



Sygn. akt IV CSK 550/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 maja 2016 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Mirosława Wysocka (przewodniczący)

SSN Anna Owczarek (sprawozdawca)

SSN Krzysztof Pietrzykowski

w sprawie z powództwa Wojewódzkiego Szpitala [...]przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia o ustalenie,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej
w dniu 19 maja 2016 r.,
skargi kasacyjnej strony pozwanej
od wyroku Sądu Apelacyjnego
z dnia 4 grudnia 2014 r.

uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach postępowania kasacyjnego Sądowi Apelacyjnemu.

UZASADNIENIE

Powód Wojewódzki Szpital [...] wniósł o ustalenie nieważności § 1 ust. 2 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartej z pozwanym Narodowym Funduszem Zdrowia w dniu 31 grudnia 2008 r. w zakresie, w jakim zobowiązuje go do wykonywania umowy zgodnie z zasadami § 25 pkt 1 i 9 zarządzenia nr 93/2008/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz z zasadami § 23 pkt 1 i 10 zarządzenia nr 69/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne. Powód zarzucił, że wskazane zarządzenia nie stanowią źródeł prawa powszechnie obowiązującego oraz zostały wydane bez upoważnienia ustawowego gdyż, wskazany jako ich podstawa, art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczy tylko wymogów technicznych i proceduralnych stawianych świadczeniodawcom, a Prezes NFZ określił warunki merytoryczne udzielania tych świadczeń. Wskazał ponadto na sprzeczność zarządzeń z art. 14 w zw. z art. 97 ust. 3 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 33 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, art. 5 k.c. oraz § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

Sąd Okręgowy w B. wyrokiem z dnia 25 maja 2011 r. oddalił powództwo. Z bezspornego stanu faktycznego wynika, że strony zawarły w dniu 31 grudnia 2008 r. umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której § 1 ust. 2, kwestionowany w obecnym procesie, stwierdza, że „Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, ustalonych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa NFZ wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008, Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), zwanych dalej "warunkami zawierania

umów”, Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), zwanych dalej „ogólnymi warunkami umów”, oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143)”. Umowa została zawarta na okres od dnia 1 stycznia 2009 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. Zgodnie z § 25 pkt 1 i 9 zarządzenia nr 93/2008/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne przy wykazywaniu świadczeń do rozliczenia świadczeniodawca zobowiązany był do przestrzegania następujących zasad: (pkt 1) w przypadku udzielenia więcej niż jednego świadczenia w czasie pobytu świadczeniobiorcy w zakładzie opieki zdrowotnej do rozliczenia należy wykazywać tylko jedną grupę z katalogu grup, stanowiącego załącznik nr 1a do zarządzenia albo świadczenie z katalogu świadczeń odrębnych, stanowiącego załącznik nr 1b do zarządzenia lub świadczenie z katalogu radioterapii, stanowiącego załącznik nr 1d do zarządzenia, z zastrzeżeniem pkt 2-5, (pkt 9) jeżeli okres pomiędzy świadczeniami udzielonymi świadczeniobiorcy przez świadczeniodawcę, podczas odrębnych pobytów w szpitalu, z powodu schorzenia określonego charakterystyką danej grupy, nie przekracza 14 dni, świadczenia te wykazywane są do rozliczenia jako jedno świadczenie, z zastrzeżeniem pkt 11. Ponadto w pkt 11 stwierdzono, że w uzasadnionych medycznie przypadkach dyrektor Oddziału Funduszu na umotywowany wniosek świadczeniodawcy może wyrazić zgodę na rozliczanie określonych świadczeń, związanych z ponowną hospitalizacją w okresie krótszym niż 14 dni. Zgodnie z § 23 pkt 1 i 10 zarządzenia nr 69/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne przy wykazywaniu świadczeń do rozliczenia świadczeniodawca zobowiązany był do przestrzegania następujących zasad: (pkt 1) w przypadku udzielenia więcej niż jednego świadczenia w czasie pobytu świadczeniobiorcy w zakładzie opieki zdrowotnej do rozliczenia należy wykazywać tylko jedną grupę z katalogu grup, stanowiącego załącznik nr 1a do zarządzenia albo świadczenie z katalogu świadczeń odrębnych, stanowiącego załącznik nr 1b

do zarządzenia lub świadczenie z katalogu radioterapii, stanowiącego załącznik nr 1d do zarządzenia, z zastrzeżeniem pkt 2-5, (pkt 10) jeżeli okres pomiędzy świadczeniami udzielonymi świadczeniobiorcy przez świadczeniodawcę, podczas odrębnych pobytów w szpitalu, z powodu schorzenia określonego przez rozpoznanie lub procedurę występującą w charakterystyce danej grupy z katalogu grup, stanowiącego załącznik nr 1a do zarządzenia, albo odpowiednio z katalogu świadczeń odrębnych, stanowiącego załącznik nr 1b do zarządzenia nie przekracza 14 dni, lub zasad postępowania medycznego wynika, że problem medyczny może być rozwiązany jednocześnie, świadczenia te wykazywane są do rozliczenia jako jedno świadczenie, z zastrzeżeniem pkt 11. Punkty określone jako „z zastrzeżeniem” zawierały wyjątki od ogólnych zasad wykazywania świadczeń, w szczególności dopuszczały łączne rozliczanie świadczeń z grupami lub z innymi świadczeniami. Punkt 11 wyłącza stosowanie rozliczeń jak w pkt 10 w odniesieniu do hospitalizacji wyłącznie w celu realizacji świadczeń z zakresu teleradioterapii, brachyterapii, terapii izotopowej oraz związanego z tym leczenia objawowego. Ponadto w pkt 12 stwierdzono, że w uzasadnionych medycznie przypadkach dyrektor Oddziału Funduszu na umotywowany wniosek świadczeniodawcy może wyrazić zgodę na rozliczanie określonych świadczeń, związanych z ponowną hospitalizacją w okresie krótszym niż 14 dni. Sąd stwierdził, że wskazane zarządzenia Prezesa NFZ stanowią wzorce umowne w rozumieniu art. 384 § 1 k.c. w zw. z art. 137 i 146 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej jako: u.ś.o.z.), przy czym treść pierwszego zarządzenia była znana powodowi już w chwili zawarcia umowy, a kolejne miało charakter powszechnie dostępny, przez co wiązały powoda na mocy art. 384 § 2 k.c.

Sąd Apelacyjny wyrokiem (I) z dnia 6 grudnia 2011 r. uchylił zaskarżony wyrok i przekazał sprawę Sądowi Okręgowemu w B. do ponownego rozpoznania. Podstawą uchylenia było nie rozpoznanie istoty sprawy, polegające na nie zbadaniu przesłanek warunkujących stwierdzenie nieważności umowy ze względu na sprzeczność ze wskazanymi przepisami ustawy. Sąd drugiej instancji nie zakwestionował oceny legalności i istnienia interesu prawnego powoda w dochodzeniu ustalenia nieważności.

Wyrokiem z dnia 20 czerwca 2012 r. Sąd Okręgowy ponownie oddalił powództwo. Wskazał, że istotą sporu jest kwestia prawna dotycząca związania powoda wskazaniami zawartymi w zarządzeniach Prezesa NFZ oraz istnienie podstawy prawnej wydania tych zarządzeń. Stwierdził, że szerokie zakreślenie w art. 146 u.ś.o.z. kompetencji Prezesa NFZ powoduje, że nie jest możliwe ustalenie ich zakresu, stąd wskazanie na brak umocowania ustawowego dla określenia w zarządzeniu zasad przekazywania świadczeń do rozliczenia jest chybione. Uznał, że art. 14 w zw. z art. 97 ust. 3 pkt 2 u.ś.o.z. stanowiące, że do zakresu działania Funduszu należą m.in. zawieranie umów o udzielania opieki zdrowotnej, monitorowanie ich realizacji i rozliczanie nie niweczy uprawnienia Prezesa NFZ do określania zasad obowiązujących powoda przy przedstawianiu świadczeń do rozliczenia. Nie podzielił zarzutu sprzeczności umowy z art. 33 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (dalej jako: u.z.o.z.), obowiązującej w dacie jej zawierania, w którym stwierdzono, że publiczny zakład opieki zdrowotnej udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym (...) na podstawie odrębnych przepisów, nieodpłatnie, z częściową lub całkowitą odpłatnością. Wskazał, że nie stanowi ograniczenia przekazywanych środków finansowych określenie przez Prezesa NFZ zasad i sposobu rozliczania udzielonych świadczeń, a w wypadku ich wykonania zgodnie z umową świadczeniodawcy przysługuje roszczenie o zapłatę. Stwierdził brak sprzeczności zarządzeń Prezesa NFZ z dnia 22 października 2008 r. nr 93/2008/DSOZ oraz z dnia 3 listopada 2009 r. nr 69/2009/DSOZ z § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, który reguluje jedynie zasady ewidencjonowania danych dotyczących udzielonego świadczenia zdrowotnego, zatem tylko sposób realizacji zawartej umowy. Nie dopatrył się również takiej sprzeczności między treścią zarządzeń Prezesa NFZ. Zdaniem Sądu pierwszej instancji treść § 1 ust. 2 umowy z dnia 31 grudnia 2008 r. nie jest sprzeczna z zasadami współżycia społecznego ani społeczno-gospodarczym przeznaczeniem prawa (art. 5 k.c.), w szczególności powód nie wskazał zasady

współżycia społecznego, która - w jego ocenie - została naruszona, związku pomiędzy nią a przewidywanym w dłuższej perspektywie zadłużeniem szpitala, aby włączenie do umowy postanowień zawartych w warunkach zawierania umów nastąpiło w złej wierze i było sprzeczne ze społeczno-gospodarczym celem umowy. Podkreślił, że projekt zarządzenia Prezesa NFZ dotyczący ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawierający w szczególności rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, sposób wyceny, sposób finansowania oraz warunki ich udzielania jest uzgadniany z Ministrem Zdrowia i organizacjami wymienionymi w art. 137 u.ś.o.z.

Wyrokiem (II) z dnia 16 stycznia 2013 r. Sąd Apelacyjny oddalił apelację. Stwierdził, że nie została spełniona przesłanka interesu prawnego w zakresie dochodzenia ustalenia stosunku prawnego (art. 189 k.p.c.), bowiem powodowi w wypadku braku zapłaty za świadczenia przedstawione pozwanemu do rozliczenia będzie przysługiwało roszczenie o zapłatę. W toku takiego procesu powód może powoływać się na nieważność postanowień umowy wynikającą z ich niezgodności z przepisami prawa lub braku umocowania Prezesa NFZ. Niezależnie od tego, odnosząc się do zarzutów apelacyjnych, uznał że kwestionowane „warunki obowiązywania umów” wiążą jako część umowy, a nie jako powszechnie obowiązujące źródło prawa.

Sąd Najwyższy wyrokiem z dnia 21 marca 2014 r., uwzględniając skargę kasacyjną powoda uchylił zaskarżony wyrok i przekazał sprawę Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania. Uznał za błędne stanowisko co do braku interesu prawnego wskazując, że zgodnie z utrwalonym stanowiskiem judykatury interes taki występuje również wówczas, gdy ze spornego stosunku prawnego mogą wynikać dalsze, przyszłe roszczenia, a powództwo o ustalenie spowoduje usunięcie wątpliwości co do jego treści i zasad wykonywania, wyjaśnią i ustabilizują pozycję stron. Wskazał, że wątpliwości dotyczą sposobu sporządzania dokumentacji rozliczeniowej, a konsekwencją ustalenia czy odnoszące się do tej kwestii postanowienia umowy są ważne będzie usunięcie wątpliwości, mogących prowadzić do sporów o poszczególne świadczenia. Odnosząc się do podstaw kasacyjnych wskazał, że umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest pozakodeksową umową cywilnoprawną, do której mają

zastosowanie ogólne zasady prawa cywilnego. Tryb zawierania tej umowy i jej treść precyzują przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przy czym rozporządzenie jest aktem normatywnym wykonawczym, wydanym na podstawie delegacji ustawowej. Ustawa obejmuje szeroki zakres upoważnienia Ministra Zdrowia, a w zakresie w jakim ustawodawca przekazał mu uprawnienie do ustanowienia ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej o charakterze aktu powszechnie obowiązującego, nie ma podstaw do przypisania w drodze rozszerzającej wykładni uprawnień o tym charakterze innym podmiotom, zaś postanowienia aktu wykonawczego mieszczące się w ramach delegacji wiążą ich adresatów. Art. 146 ust. 1 u.ś.o.z., który uprawnia Prezesa NFZ do określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteriów oceny ofert oraz warunków wymaganych od świadczeniodawców nie może być interpretowany jako dający uprawnienie do wkraczania w zakres merytorycznej treści umowy, przez ustanawianie obowiązków świadczeniodawcy, które wprost lub pośrednio kształtować będą jej postanowienia w sposób sprzeczny z zasadami wynikającymi z ustawy i rozporządzenia Ministra Zdrowia. Wprowadzanie takich postanowień może prowadzić do ich sprzeczności z prawem. Sąd Najwyższy stwierdził, że przyjętą zasadą jest odpłatność za każde świadczenie spełnione w ramach umowy, a uprawnienia Prezesa NFZ przewidziane w art. 146 u.ś.o.z. muszą być interpretowane przy uwzględnieniu postanowień rozdziału 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r., który dookreśla pojęcie warunków wymaganych od świadczeniodawców i łączy je ze standardami jakościowymi, organizacyjnymi i technicznymi wykonywania świadczeń. Przez „określenie wymaganych warunków” w orzecznictwie Naczelnego Sądu Administracyjnego rozumie się wskazanie adresatów, którzy mogą wziąć udział w konkursie, a nie kreowanie praw i obowiązków jego uczestników. Sąd Najwyższy podzielił to stanowisko. Wskazał, że przedmiot postępowania o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej precyzują art. 139 i nast. u.ś.o.z. Przedmiot ten stanowi zawarcie umowy o wykonanie skonkretyzowanych świadczeń na określonych warunkach i za oznaczoną odpłatnością, co nie oznacza

dowolności w formułowaniu treści umowy. Sąd Najwyższy podkreślił, że przeprowadzona przez sądy obu instancji ocena postanowień umownych oparta została na odmiennych założeniach, ponadto nie została poprzedzona kompleksowym ustaleniem treści postanowień umowy łączącej strony, mimo że nawet kwestionowane postanowienia zawierają w swej treści informację o tym, iż dopuszczają wyjątki. Nie jest więc możliwe stwierdzenie, czy wskazane przez skarżącego postanowienia umowne uznać można za sprzeczne z ustawą lub mające na celu jej obejście.

Wyrokiem (III) z dnia 4 grudnia 2014 r. Sąd Apelacyjny zmienił wyrok Sądu Okręgowego w ten sposób, że uznał za nieważne postanowienie w § 1 ust. 2 umowy stron z dnia 31 grudnia 2008 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte w części, w której zobowiązuje powoda do wykonywania tej umowy zgodnie z zasadami wskazanymi w § 25 pkt 1 i 9 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 93/2008/DSOZ z dnia 22 października 2008 r. i w § 23 pkt 1 i 10 zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 69/2009/DSOZ z dnia 3 listopada 2009 r. Sąd przyjął, że powód ma interes prawny w żądaniu ustalenia nieważności wskazanego postanowienia umownego, gdyż rozstrzygnięcie tego sporu może ustabilizować istniejący między stronami stosunek prawny i zasady wykonywania umowy (art. 189 k.p.c.). Wskazał, że kwestionowane zarządzenia Prezesa NFZ są wzorcami umownymi w rozumieniu art. 384 § 1 k.c., a związanie nimi należy oceniać pod kątem delegacji ustawowej, na podstawie której zostały wydane. Uznał, że treść § 25 pkt 1 i 9 zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 22 października 2008 r. oraz § 23 pkt 1 i 10 zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 3 listopada 2009 r. nie odnosi się do sposobu zawierania umów, gdyż reguluje zasadę ustalania wysokości wynagrodzenia za udzielane świadczenia, przez co wykracza poza ramy delegacji ustawowej z art. 146 ust. 1 u.ś.o.z. Stwierdził, że Prezes NFZ został upoważniony do wydania wzorca umownego, lecz nie do nadania mu dowolnej treści. Celem delegacji ustawowej było ograniczenie swobody umów (art. 353¹ k.c.). W konsekwencji sąd przyjął, że wzorzec w tej części jest nieważny (art. 58 § 1 k.c.) i nie wiąże stron. Twierdzenie, że powód miał świadomość treści spornych postanowień uznał za pozbawione znaczenia, skoro działał w warunkach ograniczeń i był w sytuacji przymusowej bowiem, w razie nie

zawarcia umowy, nie miałby źródeł finansowania i nie mógłby świadczyć opieki zdrowotnej. Nawiązując do art. 33 ust. 1 u.z.o.z. przewidującego odpłatność umowy uznał, że oznacza to iż za każde wykonane przez świadczeniodawcę świadczenie opieki zdrowotnej należy mu się zapłata, co do zasady odpowiadająca jego wartości. Niezgodne z tą zasadą jest ustalenie wynagrodzenia tylko za jedno świadczenie. Inną kwestią jest sposób ustalania wynagrodzenia, który powinien być zgodny z ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Sąd Apelacyjny podkreślił, że określanie przez Prezesa NFZ jednostek rozliczeniowych oraz wycena poszczególnych świadczeń nie może naruszać zasady pełnej odpłatności za każde udzielone świadczenie. Stosowanie katalogów rozliczeń świadczeń uznał za dopuszczalne pod warunkiem, że będą uwzględniać każde wykonane świadczenie. Za sprzeczne z art. 33 ust. 1 u.z.o.z. uznał ograniczenie wynagrodzenia do stawki za jeden pobyt świadczeniobiorcy w szpitalu, w sytuacji gdy był on hospitalizowany kilkakrotnie w ciągu czternastu dni od pierwszego pobytu. Przyznał, że może to doprowadzić do nierzetelności stosowania procedur. Wskazał, że w umowie są przewidziane wyjątki od tych zasad rozliczeń, ale nie przywracają w pełni zasady słusznego wynagrodzenia za wykonane świadczenia, ponadto „ustawiają świadczeniodawcę w roli petenta proszącego Prezesa NFZ o zapłatę”. Ponadto kwestionowane postanowienie umowne narusza - zdaniem sądu drugiej instancji - zasadę słusznego wynagrodzenia za wykonanie świadczenia opieki zdrowotnej, więc jest sprzeczne z art. 5 k.c.

Pozwany wniósł skargę kasacyjną od wyroku Sądu Apelacyjnego w całości. Wnosząc o jego uchylenie i przekazanie sprawy temu Sądowi do ponownego rozpoznania, ewentualnie jego uchylenie i orzeczenie co do istoty sprawy poprzez oddalenie powództwa w całości powołał pierwszą podstawę kasacyjną (art. 398³ § 1 pkt 1 k.p.c.). W jej ramach zarzucił naruszenie: art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 u.ś.o.z. poprzez przyjęcie, że zaskarżone postanowienia zarządzeń Prezesa NFZ z dnia 22 października 2008 r. oraz z dnia 3 listopada 2009 r. zostały wydane z przekroczeniem udzielonej mu delegacji ustawowej; art. 58 § 1, § 2 i § 3 k.c. poprzez przyjęcie, że zaskarżone postanowienia zarządzeń Prezesa NFZ, stanowiące ogólne warunki umowy, są sprzeczne z ustawą, tj. art. 14 i art. 139

u.ś.o.z. i w konsekwencji nieważny jest § 1 ust. 2 umowy; art. 5 k.c. poprzez przyjęcie, że zapisy umowy, w części zobowiązującej do jej wykonania zgodnie ze wskazanymi postanowieniami zarządzeń Prezesa NFZ, są sprzeczne z zasadami współżycia społecznego, a konkretnie z zasadą słusznego wynagrodzenia i w konsekwencji nieważne na podstawie art. 58 § 2 k.c.

Sąd Najwyższy zważył:

Ocena podstawy kasacyjnej polegającej na zakwestionowaniu prawidłowości zastosowania prawa materialnego może być skuteczna tylko wówczas, gdy motywy zaskarżonego orzeczenia pozwalają na odtworzenie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia, w oparciu o którą dokonano subsumcji, a wskazana podstawa prawna rozstrzygnięcia pozwala na odtworzenie toku rozumowania sądu i przypisanie powołanych przepisów prawa do treści wydanego orzeczenia (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 11 marca 2003 r. V CKN 1825/00, z dnia 10 marca 2011 r. II PK 241/10). Wymaganiom tym nie czyni zadość uzasadnienie wyroku Sądu drugiej instancji. Co do pierwszej kwestii Sąd zaniechał zarówno odniesienia do kwalifikowanego sposobu zawarcia, jak i kompleksowego ustalenia treści postanowień umowy łączącej strony, w tym sposobu rozumienia pojęć, wzajemnej relacji postanowień, bezwzględnego zakresu związania kwotą kontraktu w danych okresach rozliczeniowych (zobowiązania Oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy), względnego zakresu związania liczbą i ceną jednostek rozliczeniowych oraz kwot zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową w danym okresie rozliczeniowym, kwot zobowiązania określonych w planie rzeczowo-finansowym, liczby punktów, sposobu rozliczeń i możliwości dokonywania zmian w tym przedmiocie. Potrzebę ich wyjaśnienia sygnalizował już Sąd Najwyższy w orzeczeniu kasacyjnym. Co do drugiej - w uzasadnieniu brak wykładni oświadczeń woli stron zawartych bezpośrednio w postanowieniach umowy jak i wskazanych zarządzeniach Prezesa NFZ w celu stwierdzenia ich prawnie wiążącego znaczenia, kwalifikacji oraz wyjaśnienia podstawy prawnej rozstrzygnięcia. Ostatecznie stanowisko Sądu zostało sformułowane w następującej wypowiedzi: „Skoro powyższe postanowienia obu zarządzeń Prezesa NFZ wpływają merytorycznie na treść umowy, a ściślej bez podstawy

prawnej i wbrew treści art. 14 i 139 u.ś.o.z. oraz niezgodnie z art. 5 k.c. regulują szczególne zasady rozliczeń za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, to łącząca strony umowa z 31 grudnia 2008 r. jest na podstawie art. 58 § 1, 2 i 3 k.c. w tej części nieważna”. W istocie uchyla się ono kontroli kasacyjnej, gdyż nie można stwierdzić czy podstawą przyjęcia nieważności części postanowienia § 1 ust. 2 umowy w zakresie określającym powinność wykonywania umowy zgodnie z zasadami wskazanymi w „zarządzeniach” Prezesa NFZ, była sprzeczność z ustawą (art. 58 § 1 k.c.) czy z zasadami współżycia społecznego (art. 58 § 2 k.c.). Sąd zaniechał również, odwołując się do art. 58 § 3 k.c. zawierającego dyrektywę umożliwiającą utrzymanie w mocy części czynności prawnej, jeżeli nieważność dotyczy tylko jej części, jednak przy ograniczającym zastrzeżeniu „chyba że z okoliczności wynika, że bez postanowień dotkniętych nieważnością czynność nie zostałaby dokonana”, rozważań i ocen dotyczących skutków stwierdzenia nieważności części postanowień kontraktu dla stosunku prawnego łączącego strony. Ma to istotne znaczenie, zważywszy na ustawową zasadę, że przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej musi być zgodny z przedmiotem zamówienia opisanym w zawartej umowie pod rygorem nieważności (art. 155 ust. 3 u.ś.o.z.), świadczenia udzielane w wykonaniu umowy opłacane są wyłącznie do maksymalnej, określonej w umowie, kwoty zobowiązań Funduszu, ponadto obowiązuje związanie limitem, z możliwością tylko wewnętrznych przesunięć (art. 158 u.ś.o.z.). Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 12 maja 2000 r., V CKN 1029/00 (OSNC 2001, nr 6, poz. 83) ocenę przesłanek z art. 58 § 3 k.c. należy przeprowadzić przy uwzględnieniu okoliczności towarzyszących dokonywaniu czynności prawnej i oprzeć ją na zobiektywizowanym kryterium w postaci oczekiwanego w tych okolicznościach zachowania się człowieka rozsądnego. Przypomnieć trzeba, że w odniesieniu do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obowiązuje kwalifikowany ustawowy tryb kontraktowania oparty na konkursie ofert odnoszących się do ogłoszenia, oferta składana na formularzu o ściśle oznaczonej treści, adhezyjny tryb przystąpienia z możliwością ograniczonych przedmiotowo uzgodnień stron umowy w zakresie określenia jej postanowień. Jak wskazano w judykaturze w umowach między Narodowym Funduszem Zdrowia a zakładami opieki

zdrowotnej występuje wprowadzić formalnie równorzędność prawną stron, ale w rzeczywistości z przyczyn ekonomicznych pozostają one w stosunku zależności i swoistego podporządkowania wobec Funduszu (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 października 2014 r., IV CSK 10/14, nie publ.). Niezrozumiałe jest również odwołanie się przez sąd do klauzuli generalnej nadużycia prawa podmiotowego (art. 5 k.c.), która z zasady powinna być środkiem obrony, a nie podstawą dochodzenia roszczeń lub ustaleń. Już tylko z tego względu nie można odmówić zasadności części zarzutów podniesionych w ramach kasacyjnej podstawy naruszenia prawa materialnego.

Sąd drugiej instancji pominął również specyfikę podmiotów uczestniczących w systemie opieki zdrowotnej i ich wzajemne relacje. O ile bowiem podmiot publiczny stopnia centralnego, jakim jest Minister Zdrowia, nawet podejmując nie władcze czynności z zakresu organizowania świadczeń ochrony zdrowia, zawsze musi działać na podstawie prawnej i, jeżeli sam nie jest stroną umowy co do świadczeń finansowanych bezpośrednio z budżetu, musi wykorzystywać formę aktu normatywnego lub decyzji administracyjnej, o tyle Narodowy Fundusz Zdrowia, będący państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną, ma w tym zakresie większą swobodę. Jako główny organizator i koordynator udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie finansowania ma on określone kompetencje zarówno w zakresie przeprowadzania konkursów, prowadzenia rokowań jak zawierania umów. Sąd Najwyższy w składzie rozpoznającym skargę podziela stanowisko Sądu Najwyższego, który uprzednio wydając wyrok kasacyjny podkreślił, że art. 146 u.ś.o.z. wskazuje kompetencję Prezesa Funduszu do określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteriów oceny ofert, warunków wymaganych od świadczeniodawców, zatem dotyczy tylko i wyłącznie etapu przygotowywania konkursu. Takie pogląd wyraziły również sądy administracyjne (por. m.in. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 24 lutego 2011 r., II GSK 262/10, wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego z dnia 16 stycznia 2012 r., VI SA/Wa 1545/11). Przyjęły one także, że nie można uznać, iż akt decyzyjny Prezesa NFZ (bez względu na jego nazwę) określający zasady postępowania konkursowego kreuje prawa lub obowiązki jego uczestników, a przez

określenie „przedmiot postępowania” i „wymagane warunki” rozumieć należy adresatów ogłoszenia i stawiane im warunki. Nie ulega wątpliwości, że mimo oznaczenia tego aktu przez Prezesa NFZ jako „zarządzenie” i wskazania podstawy jego wydania, nie można przyjąć, że stanowi on źródło prawa (akt normatywny) w rozumieniu art. 87 Konstytucji. Art. 146 u.ś.o.z. nie zawiera bowiem delegacji ustawowej do wydania aktu prawnego, tylko podstawę kompetencyjną podejmowania czynności na etapie przygotowywania postępowania konkursowego (por. nie publikowane wyroki Sądu Najwyższego z dnia 30 marca 2012 r., III CSK 217/11, z dnia 29 stycznia 2016 r., II CSK 91/15 oraz cytowane orzeczenia sądów administracyjnych). Oczywiście przedmiot postępowania i warunki wymagane od składających ofertę (art. 146 pkt 1 i 3 u.ś.o.z.) powinny pokrywać się w całości lub w części ze świadczeniami i warunkami ich udzielania określonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 136 pkt 1 i 2 u.ś.o.z.). Od czynności podjętych przez Prezesa Funduszu w oparciu o art. 146 u.ś.o.z. należy odróżnić takie, których podstawą jest art. 137 u.ś.o.z. wyznaczający tryb wydawania przez Ministra Zdrowia rozporządzenia określającego ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Przepis ten nakłada na Prezesa Funduszu obowiązek podjęcia inicjatywy w zakresie przygotowania projektu ogólnych warunków, który powinien zawierać postanowienia dotyczące w szczególności rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, sposobu ich wyceny, sposobu finansowania oraz warunków ich udzielania i dokonania uzgodnień, natomiast na Ministra - obowiązek dokonania przeglądu projektu pod względem zgodności z przepisami prawa, dokonania niezbędnych, wynikających z tego przeglądu zmian, następnie wydanie aktu prawnego rangi rozporządzenia. Rozporządzenie Ministra Zdrowia jest aktem prawnym, z uwagi na przedmiot regulacji określanym w piśmiennictwie jako wzorzec normatywny wydany na podstawie delegacji ustawowej, niemniej jego ogólny charakter, złożoność materii, konieczność indywidualizacji i uszczegółowienia postanowień umów uniemożliwia oznaczenie praw i obowiązków stron indywidualnych kontraktów. Sprecyzowanie świadczeń wzajemnych i wyceny świadczeń rzeczowych świadczeniobiorcy następuje w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 136 u.ś.o.z. umowa taka powinna określać m.in. rodzaj i zakres udzielanych świadczeń

opieki zdrowotnej, warunki ich udzielania, zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami oraz kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy. Jak wyżej wskazano, dopuszczalne jest włączenie do jej treści postanowień „zarządzeń” Prezesa NFZ wydawanych w oparciu o przepis kompetencyjny dotyczący postępowania konkursowego. Dla związania stron kontraktu muszą być one wprowadzone do umowy wprost lub pośrednio (przez odwołanie do nich). Jeżeli nie zostały przeniesione wprost i w całości, tylko przez wskazanie, że „mają zastosowanie” należy je uznać za wzorzec kwalifikowany, wyznaczający i oddziaływujący na treść stosunku prawnego, ale zewnętrzny wobec umowy (*lex contractus*), który podlega zasadom kontroli wzorców umownych (por. cyt. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 30 marca 2012 r., III CSK 217/11, z dnia 29 stycznia 2016 r., II CSK 91/15). Nie ma przy tym znaczenia, czy w takim akcie wskazano jakąkolwiek podstawę prawną, tylko czy treść umowy ukształtowana przez jego przyjęcie nie narusza prawa w zakresie przepisów, które mają charakter bezwzględnie obowiązujący lub innych granic swobody kontaktowej (art. 353¹ k.c.). Waler źródła prawa, które wyznacza *ex lege* treść stosunku prawnego łączącego strony, w odniesieniu do którego należy dokonywać tej oceny, można przypisać jedynie ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), kodeksowi cywilnemu, rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484) oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143) o treści relewantnej dla daty zawarcia umowy. W zakresie norm względnie obowiązujących dopuszczalne jest samodzielne określenie treści umowy przez strony (por. rozdział VI u.ś.o.z.). Przypomnieć należy, że umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej kreuje między świadczeniodawcą a Funduszem stosunek zobowiązaniowy, do którego - jeżeli przepisy cyt. ustawy nie stanowiły inaczej - zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego (art. 155 u.ś.o.z.). Dotyczy go zatem regulacja art. 354 k.c., zgodnie z którym dłużnik powinien wykonać zobowiązanie zgodnie z jego treścią i w sposób odpowiadający jego celowi społeczno-gospodarczemu oraz

zasadom współzycia społecznego, a jeżeli istnieją w tym zakresie ustalone zwyczaje - także w sposób odpowiadający tym zwyczajom, i w taki sam sposób powinien współdziałać przy wykonaniu zobowiązania wierzyciel. Postanowienia umowy określające rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz świadczeń wzajemnych są - co do zasady - wiążące dla stron umowy (por. m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 maja 2014 r., IV CSK 536/13). Nie można zatem *a limine* wykluczyć samodzielnego oznaczenia przez strony kontraktu zasad rozliczeń, w tym uznania kilku udzielonych świadczeń za jedno świadczenie z zakresu opieki zdrowotnej, wprowadzenia minimalnego okresu hospitalizacji czy sumowania świadczeń udzielonych w trakcie kilku hospitalizacji w oznaczonym terminie. Taka umowna indywidualizacja pojęcia „świadczenia” zakładu opieki zdrowotnej przy wykazywaniu go do rozliczenia nie musi naruszać zasady odpłatności za każde świadczenie spełnione w ramach umowy. Zwrócić ponadto należy uwagę, że system rozliczeń świadczeń opieki zdrowotnej oparty jest na uśrednionych cenach, z zastosowaniem współczynników korygujących, które nie mają bezpośredniego odniesienia do indywidualnych kosztów usługi medycznej, mogą być wyższe lub niższe od rzeczywistych, oraz każdorazowo obejmują wliczony koszt usług stałych i pozamedycznych. Wprowadza on ponadto bezwzględnie wiążące strony ograniczenia obejmujące kwotę kontraktu i limit świadczeń, z możliwością pewnych przesunięć i zapłaty za świadczenia ponadlimitowane. Ocenę zgodności z prawem i zasadami współzycia społecznego indywidualnych postanowień umowy stron musi zatem wyprzedzić kompleksowe ustalenie i wykładnia jej treści, ze szczególnym zwróceniem uwagi na wprowadzone w niej liczne wyjątki i mechanizmy korekcyjne. Wadliwe było poprzestanie na odniesieniu się tylko do pojedynczych, wyrwanych z kontekstu, fragmentów jej treści poddanych pod osąd żądaniem pozwu oraz zaniechanie oceny dalszych skutków stwierdzenia ich nieważności.

Naruszenie przepisów prawa materialnego wskazanych w skardze uzasadnia podstawę kasacyjną określoną art. 398³ § 1 pkt 1 k.p.c. w stopniu skutkującym koniecznością wydania orzeczenia kasatoryjnego (art. 398¹⁵ § 1 k.p.c.). O kosztach postępowania przed Sądem Najwyższym orzeczono w oparciu o art. 108 § 2 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 i art. 398²¹ k.p.c.

kc

jw