

**Sygn. akt I ACa 607/10 Sygn. akt I ACa 607/10**

## WYROK

### W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

**Dnia 10 lutego 2011 r.**

Sąd Apelacyjny w Warszawie I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSA Bogdan Świerczakowski (spr.)

Sędziowie: SA Hanna Muras

SO (del.) Robert Obrębski

Protokolant: st. sekr. sąd. Marta Rudnik

po rozpoznaniu w dniu 27 stycznia 2011 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa Szpitala (...) im. (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w K.

przeciwko Skarbowi Państwa - Ministrowi Zdrowia

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 31 marca 2010 r. sygn. akt II C 783/09

**1. oddala apelację;**

**2. nie obciąża powoda kosztami postępowania apelacyjnego.**

Sygn. akt I ACa 607/10

## UZASADNIENIE

Szpital (...) im.(...) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w K. wniósł o zasądzenie od Skarbu Państwa - Ministra Zdrowia kwoty 232.574,62 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu na którą składają się: 204.270,56 zł tytułem wzrostu kosztów świadczeń zdrowotnych w oparciu o ustawę z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazywaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń „w rodzaju: opieka medyczna psychiatryczna i leczenie uzależnień w związku z leczeniem pacjentów nieubezpieczonych za miesiące październik - grudzień 2006 r. oraz styczeń - październik 2007 r.” i 28.304,06 zł tytułem odsetek ustawowych od kwoty głównej za okres poprzedzający wniesienie pozwu.

Wyrokiem z dnia 31 marca 2010 r. Sąd Okręgowy w Warszawie oddalił powództwo, nie zasądając od powoda na rzecz pozwanego zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Powyższe rozstrzygnięcie zapadło przy ustaleniu, że Szpital (...) im. (...) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w K., działając na podstawie ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, dokonał podwyżek na rzecz zatrudnionych pracowników. Spowodowało

to wzrost kosztów świadczeń medycznych świadczonych przez Szpital tak na rzecz pacjentów ubezpieczonych, jak i nieubezpieczonych.

Zdaniem Sądu owa podwyżka dotyczyła w jednakowym stopniu pacjentów ubezpieczonych jak i nieubezpieczonych, w granicach zagwarantowanych dla nich świadczeń ze środków publicznych. Przedmiotowe roszczenie nie ma prawnego uzasadnienia, lecz jest oparte na rachunku ekonomicznym i wynikającej z niego zasadzie słuszności. Roszczenie, które nie ma oparcia w prawie lecz wynika z zasady słuszności (art.5 k.c.), nie mogło zostać uwzględnione.

Nadto Sąd I instancji zauważył, że zarówno tytuł ustawy z 22 lipca 2006 r. „o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń”, jak i tytuł rozdziału II tej ustawy, regulującego zasady podwyżek „zasady przekazania środków finansowych w 2006 r. i w 2007 r.”, które nie wprowadzają rozróżnienia na pacjentów ubezpieczonych i nieubezpieczonych, przemawiają za przyjęciem, że ustawa odnosi się do obu tych kategorii pacjentów. Także art. 3 ustawy, który reguluje zasady podwyżek, nie wprowadza takiego rozróżnienia. Nie daje do niego podstaw również ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 164, poz.102, ze zm.), do której odwołuje się art. 3 ustawy z 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń. Ustawa ta dotyczy świadczeń medycznych tak na rzecz pacjentów ubezpieczonych, jak i pacjentów nieubezpieczonych. O kosztach postępowania Sąd orzekł zgodnie z art.102 k.p.c., uwzględniając złą sytuację finansową powodowego Szpitala, związaną z ujemnym bilansem, która przy odmiennym rozstrzygnięciu w kwestii kosztów, zamykałaby mu drogę do dochodzenia ochrony sądowej.

Powód wniósł apelację odnoszącą się do całego wyroku.

W pierwszej kolejności, w sposób ogólny, w punktach 1-4 zarzucił naruszenie przepisów ustaw: z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz.U. Nr 149, poz. 1076 ze zm.) i z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135 ze zm.), oraz rozporządzeń: Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2004r. - w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni (Dz. U. Nr 281, poz. 2789) i Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998r. w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej;

- poprzez nie uwzględnienie przepisów powyższych aktów prawa w niniejszej sprawie, nie zastosowanie w sprawie przepisów powyższych aktów oraz przez przyjęcie, że powodowi nie należały się od Skarbu Państwa środki pieniężne tytułem wzrostu kosztów świadczeń medycznych udzielanych pacjentom nieubezpieczonym a nadto poprzez przyjęcie, iż roszczenie powoda nie ma oparcia w przepisach prawa, wreszcie poprzez przyjęcie iż Narodowy Fundusz Zdrowia pokrył zwiększone koszty świadczeń dla pacjentów nieubezpieczonych, podczas gdy nie miało to miejsca.

W szczególności powód zarzucił wyrokowi:

5. naruszenie art. 12 i 13 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r., poprzez dowolne przyjęcie, iż w okresie od października 2006r. do października 2007r. świadczenia medyczne na rzecz pacjentów nieubezpieczonych były finansowane przez NFZ jak i z budżetu państwa, a nadto poprzez przyjęcie iż wzrost kosztów świadczeń na rzecz pacjentów nieubezpieczonych będący skutkiem realizacji przepisów ustawy z dnia 22 lipca 2006r. został pokryty przez Narodowy Fundusz Zdrowia,

6. naruszenie art. 136 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. w związku z art. 3 ust 1 pkt 1 ustawy z dnia 22 lipca 2006r. poprzez przyjęcie, iż wzrost kosztów świadczeń dla pacjentów nieubezpieczonych został pokryty przez NFZ podczas gdy przepisy te wskazują na umowę łączącą NFZ ze świadczeniodawcą której zakresem objęte są świadczenia dla pacjentów ubezpieczonych, a nie uwzględniają innych stanów prawnych, w tym przypadku świadczeń dla pacjentów nieubezpieczonych - nie objętego zakresem umowy z NFZ;

7. naruszenie art. 2 i 3 ustawy z dnia 22 lipca 2006r. poprzez przyjęcie, iż znajduje ona zastosowanie do obydwu kategorii pacjentów (ubezpieczonych i nieubezpieczonych) i że zwiększone koszty świadczeń dla pacjentów nieubezpieczonych pokryte zostały przez Narodowy Fundusz Zdrowia;

8. naruszenie § 1, § 2 ust. 2, § 3 ust. 4 pkt 7 i pkt 8 lit. a przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z 20 grudnia 2004r. poprzez przyjęcie, iż w okresie objętym żądaniem pozwu koszty świadczeń dla pacjentów nieubezpieczonych pokrywał Narodowy Fundusz Zdrowia, podczas gdy przepisy rozporządzenia stanowiły, iż świadczenia te finansowane są z budżetu państwa, a także poprzez nieuwzględnienie zasad ustalania ceny za świadczenia dla pacjentów nieubezpieczonych gdzie cena ta to cena przewidziana w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia a w przypadku świadczeń wysokospecjalistycznych to cena przewidziana w umowie z ministrem właściwym do spraw zdrowia, zaś w innych przypadkach niż w pkt 7, to najniższa cena przewidziana w u umowach na świadczenia opieki zdrowotnej zawierane przez wojewódzki Oddział NFZ dla danego rodzaju świadczeń, w tym nieuwzględnienie dla potrzeb ustalenia wzrostu kosztów świadczeń dla pacjentów nieubezpieczonych, wzrostu ceny świadczeń określonej w umowach zawartych przez powodowy Szpital z NFZ będącej następstwem realizacji przepisów ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, a mającej wyraz w zawartych pomiędzy powodowym Szpitalem a NFZ aneksach przedłożonych jako materiał dowodowy w sprawie;

9. naruszenie § 7 i § 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998r. poprzez nieuwzględnienie, iż opłatę za świadczenie zdrowotne ustala się na podstawie kosztu własnego sprzedaży świadczenia zdrowotnego, który obejmuje m. in. wynagrodzenia, w tym wynagrodzenia ze stosunku pracy oraz wynagrodzenia z umów zleceń i umów o dzieło;

10. naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez nierozważnie całego materiału dowodowego i dowolne przyjęcie, iż wzrost kosztów świadczeń na rzecz pacjentów nieubezpieczonych będący skutkiem realizacji przepisów ustawy z dnia 22 lipca 2006r. został pokryty przez Narodowy Fundusz Zdrowia, co w konsekwencji prowadzi do obciążenia tym kosztem powodowego Szpitala, a nadto nierozważenie okoliczności wzrostu kosztów świadczeń dla pacjentów nieubezpieczonych, w odniesieniu do wzrostu wynagrodzeń pracowników powodowego Szpitala powstałych w wyniku realizacji ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, a nadto w odniesieniu do wzrostu kwoty zobowiązania NFZ wobec powodowego Szpitala z tytułu realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Powód wniósł o zmianę zaskarżonego i uwzględnienie powództwa wraz z zasądzeniem kosztów za obie instancje, ewentualnie o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania i orzeczenia o kosztach postępowania apelacyjnego.

Pozwany wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie kosztów.

### **Sąd Apelacyjny ustalił i zważył, co następuje:**

Szpital (...) im. (...) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w K. zawierał w latach 2005-2007 z Narodowym Funduszem Zdrowia - (...) Oddziałem Wojewódzkim w K. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które z uwagi na wejście w życie ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazywaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076 ze zm.: dalej – „ustawa z 22 lipca 2006 r.”), były aneksowane. W poszczególnych aneksach zwiększono kwotę zobowiązań Funduszu wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy, o środki na podwyżki. Zostały zawarte następujące aneksy: nr (...) z dnia 27 września 2006r. do umowy nr (...) - ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, nr (...) z dnia 25 września 2006 r. do umowy nr (...) – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, nr (...) z dnia 29 września 2006 r. do umowy nr (...) - leczenie szpitalne i nr (...) z dnia 24 października 2007 r. do umowy nr (...) - leczenie szpitalne (k.174-177 i 210). Narodowy Fundusz Zdrowia przekazał z tego tytułu powodowi: w roku 2006 - 1.664.343,39 zł a w roku następnym - 6.675.261 zł, które to kwoty w całości zostały wykorzystane (oświadczenia świadczeniodawcy - k.188-190 i 252).

Zgodnie z art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. w zw. z art. 136 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135 ze zm.: dalej – „ustawa z 27 sierpnia 2004 r.”), w umowach zawartych na lata 2006 i 2007 wzrosły z mocy prawa o określone procentowo w art. 3 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z 22 lipca 2006r. koszty pracy, kwoty zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawcy.

Nie było zamiarem ustawodawcy osiągnięcie za pomocą tej regulacji dalej idącego skutku niż to zostało w niej wyrażone *expressis verbis*, w szczególności nie chodziło o zwiększenie świadczeń z budżetu państwa, należnych świadczeniodawcom na zasadach określonych w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni (Dz.U. Nr 281, poz. 2789: dalej – „rozporządzenie z 20 grudnia 2004r.”). Przekonuje o tym stwierdzenie w projekcie ustawy z 22 lipca 2006 r., że „uwzględnienie przez Narodowy Fundusz Zdrowia środków finansowych na pokrycie wzrostu wynagrodzeń osób zatrudnionych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej nie wpływa na cenę świadczeń opieki zdrowotnej i ich liczbę ustalone w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” (k.83).

Wydane na podstawie art. 13 ust. 4 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. rozporządzenie z 20 grudnia 2004 r. określało sposób i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń z opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni. Zgodnie z § 3 tego rozporządzenia podstawą finansowania miały być faktury i miesięczne zestawienia sporządzane przez świadczeniodawcę. Faktura miała obejmować kwotę stanowiącą sumę cen świadczeń wymienionych w zestawieniu (§ 3 ust. 3 rozporządzenia). Skoro według projektu ustawy cena świadczenia nie miała wzrosnąć, to nie powinna też ulec zmianie kwota obejmująca sumę świadczeń wymienionych w zestawieniach.

Trzeba nadto zauważyć, że w projekcie ustawy, w ramach „Oceny skutków regulacji” znalazł się zapis, iż wejście w życie ustawy nie będzie miało wpływu na wydatki budżetu państwa a spowoduje tylko wzrost wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia (k.85 akt).

Zdaniem Sądu Apelacyjnego odesłanie w artykule art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. tylko do art. 136 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. było więc zamierzone. Wolą ustawodawcy było obciążenie kosztami pracy w powiększonej części wyłącznie Narodowego Funduszu Zdrowia, przy czym istotą regulacji było podwyższenie kwoty zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawców o kwoty stanowiące dodatkowe koszty wynagrodzeń, bez wpływu na cenę świadczeń. Działaniem ustawy zostali objęci świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia w czasie obowiązywania ustawy. Okoliczność, że podmioty te udzielały świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej również pacjentom innym niż ubezpieczeni, jest irrelevantna z punktu widzenia celu i zakresu działania ustawy.

Należy też zwrócić uwagę na treść art. 4 ustawy z 22 lipca 2006 r., w którym dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu zostali zobligowani do dokonania w terminie 14 dni od wejścia w życie ustawy jednostronnych zmian umów zawartych na rok 2006, zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 1. Ten przepis, jak też treść art. 9 ustawy, który w ustępie pierwszym wskazywał na środki określone w planie finansowym Funduszu jako źródło pokrycia wzrostu kosztów zobowiązania, świadczą o kompleksowym uregulowaniu zasad i skutków podwyżek w dotyczącej ich ustawie, tylko z wyjątkiem odesłania do art. 136 ust. 5 ustawy z 27 sierpnia 2004r.

Powyższe uwagi znajdują wsparcie w treści aneksów złożonych do akt sprawy, gdzie kwoty należne w związku z wejściem w życie ustawy z 22 lipca 2006 r. określono jako „środki na podwyżki” (k.174-177,210), bez jakiegokolwiek odniesienia do wysokości kosztów sprzedaży świadczeń zdrowotnych. Zdaniem Sądu Apelacyjnego nie znajdują więc w niniejszej sprawie zastosowania także przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Zdrowotnej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.98.164.1194).

Reasumując, ustawa z 22 lipca 2006 r. zwiększyła koszty pracy zarazem określając mechanizm podwyżek i stanowiąc, że będą one sfinansowane w całości przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Nie wzrosły z tego powodu koszty świadczeń, również tych udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni, co sprawia, że przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 13 ust. 4 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. (rozporządzenie RM z 20 grudnia 2004 r.) pozostają poza oddziaływaniem tego aktu prawnego.

Powództwo winno być oddalone jeszcze z innego względu. W odpowiedzi na apelację pozwany słusznie zauważył, że powód nie wykazał by dokonał podwyżek wynagrodzeń w kwocie przekraczającej środki otrzymane od NFZ. Poprzestał jedynie na wystawieniu faktury opartej na teoretycznym wyliczeniu, określonym mianem „kalkulacji” (k.173). Jest to o tyle istotne, że niniejszy pozew zawiera przecież roszczenie o zwrot zwiększonych kosztów pracy za świadczenia dla osób nieubezpieczonych. Tymczasem powód nie twierdzi, że koszty takie rzeczywiście poniósł ani nawet, że wynagrodzenie personelu który zatrudnia jest w jakikolwiek sposób zależne od tego, czy pracownicy świadczą opiekę zdrowotną na rzecz osób ubezpieczonych lub nieubezpieczonych.

Niemniej, ze względu na przedstawioną wcześniej argumentację trafna jest także uwaga pozwanego, że gdyby doszło do zwiększenia wynagrodzeń ponad kwoty wynikające z aneksów, to koszty podwyżek w tym zakresie obciążałyby wyłącznie świadczeniodawcę.

Z przedstawionych względów Sąd Apelacyjny oddalił apelację na podstawie art. 385 k.p.c. Orzeczenie o kosztach zapadło przy zastosowaniu art. 102 k.p.c. ze względu na sytuację materialną powoda, która legła u podstaw zwolnienia go w całości od kosztów sądowych (postanowienie z dnia 3 listopada 2009 r. – k.109) oraz fakt, że dotychczasowe wyroki Sądu Apelacyjnego w analogicznych sprawach: z dnia 5 lutego 2010 r., sygn. akt I ACa 969/09 i z dnia 10 lipca 2008 r., I ACa 299/08 (niepubl.), z których pierwszy został przywołany w uzasadnieniu pozwu (k.9), były korzystne dla świadczeniodawców.