



Sygn. akt I CSK 587/10

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 czerwca 2011 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Bogumiła Ustjanicz (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Dariusz Dończyk

SSN Wojciech Katner

w sprawie z powództwa Wojewódzkiego Szpitala

Psychiatrycznego w Ż. z siedzibą w Ż.

przeciwko Skarbowi Państwa - Ministrowi Zdrowia

o zapłatę,

po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej w dniu 2 czerwca 2011 r.,

skargi kasacyjnej pozwanego od wyroku Sądu Apelacyjnego

z dnia 1 kwietnia 2010 r.,

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

Uzasadnienie

Zaskarżonym wyrokiem Sąd Apelacyjny oddalił apelację pozwanego Skarbu Państwa - Ministra Zdrowia od wyroku Sądu Okręgowego z dnia 27 października 2009 r., którym zasądzona została na rzecz powoda Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Ż. kwota 307608,90 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 15 sierpnia 2008 r. wraz z kosztami procesu.

Podstawą tego rozstrzygnięcia były następujące ustalenia i wnioski:

W okresie od 1 stycznia do 31 października 2007 r. powód wykonywał świadczenia zdrowotne objęte kontraktem z Narodowym Funduszem Zdrowia, których wartość na rok 2007 określona została w zawartym kontrakcie na kwotę 9362232,42 zł. Ponadto realizował świadczenia zdrowotne na rzecz osób nieubezpieczonych w oparciu o przepisy art. 21 § 3 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, art. 26 § 5 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii i art. 10 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Zobowiązany do zapłaty za te świadczenia, w wysokości odpowiadającej wartości tego rodzaju świadczeń wykonywanych na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia, był pozwany. Obowiązek ten wynika z art. 13 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 ze zm., dalej – ustawa o świadczeniach). Za wskazany okres pozwany przekazał na rzecz powoda kwotę, która nie uwzględniała jednak wzrostu wartości świadczeń związanego ze wzrostem wynagrodzeń pracowników służby zdrowia, przewidzianym ustawą 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.). Wynagrodzenia pracowników służby zdrowia stanowią jeden ze składników, przyjmowanych dla określenia rozmiaru świadczenia, a zatem podwyższenie wynagrodzeń skutkuje wzrostem wartości tych świadczeń. Wykonanie ich na rzecz pozwanego spowodowało poniesienie wyższych kosztów, a zatem pozwany był zobowiązany do zapłaty za świadczenia w wysokości odpowiadającej ich rzeczywistej ilości i wartości, jaką powód uzyskalby, realizując świadczenia na podstawie umowy zawartej z Narodowym

Funduszem Zdrowia wraz ze wzrostem kwoty zobowiązania wynikającej z ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. Sąd Apelacyjny wskazał, że w art. 3 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. uregulowany został mechanizm pokrywania kosztów związanych z podwyżką wynagrodzeń poprzez zwiększenie z mocy prawa zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawcy z tytułu kosztów udzielanych świadczeń o równowartość, w 2007 r., 30 % kosztów pracy. W drodze tej ustawy uregulowany został mechanizm rozdziału środków publicznych pozostających w dyspozycji Funduszu na podwyżki wynagrodzeń. Ustawa nie zawiera odrębnego uregulowania w zakresie pokrywania wzrostu kwoty zobowiązania dla świadczeń udzielanych osobom innym niż ubezpieczone, przewidując jedynie wzrost kwoty świadczeń określonych w umowie z NFZ. Zwiększenie zatem kwoty zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawców o kwotę podwyżki wynagrodzeń, podwyższa wartość poszczególnych, udzielanych świadczeń, których istotnym składnikiem są koszty pracy. Nie znajduje uzasadnienia zarzut pozwanego, sprowadzający się do utrzymywania, że rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu Państwa świadczeń opieki zdrowotnej, udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni (Dz. U. Nr 281, poz. 2789, dalej - rozp. z 20 grudnia 2004 r.), wyklucza obowiązek zapłaty za udzielone świadczenia kwoty, obejmującej również podwyżkę wynagrodzeń. W § 3 przewiduje ono, że cena świadczenia udzielonego pacjentom nieubezpieczonym ustalana jest w oparciu o cenę przewidzianą w umowie z NFZ, a w innych przypadkach na poziomie najniższej ceny przewidzianej w umowach o świadczeniach zdrowotnych zawieranych przez dany Oddział Wojewódzki NFZ. Prowadzi to do wniosku, że wysokość zobowiązania Skarbu Państwa odpowiada wysokości zobowiązania NFZ za tego samego typu świadczenia wykonywane na podstawie umowy. Konsekwencją zwiększenia środków finansowych przekazywanych przez NFZ świadczeniodawcom o 30% kosztów pracy jest przyjęcie, że o taką samą kwotę, z mocy prawa, zwiększyła się cena poszczególnych świadczeń wykonywanych przez świadczeniodawcę, także finansowanych przez pozwanego. Środki pieniężne na finansowanie świadczeń zdrowotnych NFZ pozyskuje ze składek ponoszonych przez osoby ubezpieczone, a koszty świadczeń na rzecz osób nieubezpieczonych

pokrywane są ze środków budżetowych, co nie może mieć wpływu na wysokość zobowiązania pozwanego.

Pozwany oparł skargę kasacyjną na podstawie przewidzianej art. 398³ § 1 pkt 1 k.p.c. Naruszenie prawa materialnego łączy z błędną wykładnią art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. przez przyjęcie, że jego skutkiem jest wzrost cen świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni, z niewłaściwym zastosowaniem art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r., polegającym na uznaniu, że pozwany odpowiada za wzrost kosztów funkcjonowania powoda, wyższy niż wynikający ze środków finansowych przekazanych na podstawie art. 3 ust. 1. Niewłaściwa wykładnia dotyczy również § 13, § 17 ust. 2, § 22 i § 23 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1643, dalej - rozp. o ogólnych warunkach umów o.w.u.) i polega na przyjęciu, że wzrost pozyskanych przez powoda środków oznaczał wzrost ceny świadczenia. Do takiego samego wniosku prowadzi niewłaściwe zastosowanie § 3 ust. 4 pkt 7 rozp. z 20 grudnia 2004 r. Przyjęcie, że hipotetyczny wzrost kosztów działalności powoda był przyczyną wzrostu ceny uzyskiwanej od NFZ, a co za tym idzie, także wzrostem ceny świadczeń finansowanych przez pozwanego. Skarżący domagał się zmiany zaskarżonego wyroku, uwzględnienia jego apelacji i oddalenia powództwa, ewentualnie uchylenia zaskarżonego wyroku i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania.

Powód wniósł o oddalenie skargi kasacyjnej.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, określa rodzaje, zasady i tryb udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz nakłada obowiązek ich finansowania (art. 14) na właściwych ministrów lub Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej – NFZ).

W odniesieniu do osób ubezpieczonych zobowiązanie to wykonuje NFZ, stosownie do art. 116 ustawy o świadczeniach. W przepisie art. 132 ust. 1

przewidziano, że podstawą przyznawania tych świadczeń są umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawierane przez świadczeniodawców z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej NFZ), dyrektorem oddziału wojewódzkiego. Wskazuje on również, że osoby ubezpieczone mają prawo do tych świadczeń wyłącznie w przypadkach i na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach. Istotne postanowienia umowy określone zostały w art. 136 oraz w wydanym w oparciu o upoważnienie ustawowe (obecnie art. 137 pkt 10) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 2643, dalej - rozporz. w sprawie o. w. u.). Zgodnie z art. 136 pkt. 5 ustawy o świadczeniach na sfinansowanie tych świadczeń w odniesieniu do konkretnego świadczeniodawcy, w okresie objętym umową, przeznaczone są, przewidziane w planie finansowym NFZ, środki finansowe, określone jako kwota zobowiązania, poza świadczeniami objętymi art. 159, które dotyczą świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi. Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, również poza przewidzianymi art. 159, odbywa się, stosownie do art. 139 ust. 1, po przeprowadzeniu konkursu ofert albo rokowań. Środki przeznaczone na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej są środkami publicznymi (art. 114 ust. 1 ustawy o świadczeniach), zarządzanymi przez NFZ (art. 97), który prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie. Przychody NFZ wymienione zostały w art. 116 ustawy o świadczeniach, a ich główne źródło, to należne składki na ubezpieczenie zdrowotne (art. 116 ust. 1).

Świadczenia zdrowotne udzielane świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni finansowane są z budżetu państwa (art.13 ustawy o świadczeniach). Należą do nich również te przewidziane art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowywaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. Nr 179, poz. 1485), art. 26 ust. 5 ustawy z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485) oraz art. 10 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia o psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535 ze zm.). Wypełnianie zobowiązania określone zostało przepisami rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa

świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni (Dz. U. Nr 281, poz. 2789, dalej – rozporz. z dnia 20 grudnia 2004 r.). Z § 3 ust. 4 pkt 7 tego rozporządzenia wynika, że cena każdego rodzaju świadczenia w odniesieniu do tych świadczeniobiorców wyznaczana jest na poziomie ceny przewidzianej w umowie z NFZ, a w innych przypadkach niż w tym postanowieniu wymienione - na poziomie najniższej ceny przewidzianej w umowach o świadczeniach opieki zdrowotnej zawieranych z NFZ albo ustalonej przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej mający siedzibę na terenie danego oddziału NFZ, czy świadczenia udzielonego przez stację pogotowia ratunkowego lub ratownictwa medycznego. Zapłata za te świadczenia dokonywana jest co miesiąc na podstawie faktury wystawionej przez świadczeniodawcę i zestawienia określającego zakres i liczbę udzielanych świadczeń oraz ich cenę. Powołane uregulowania wskazują na powiązanie cen tych świadczeń z cenami objętymi umową świadczeniodawcy z NFZ w zakresie świadczeń udzielanych osobom ubezpieczonym.

Postanowienia § 13 rozporz. w sprawie o.w.u. stanowią, że obowiązek finansowania przez NFZ świadczeń wykonywanych w okresie rozliczeniowym wyznaczony jest wysokością kwoty zobowiązania oznaczonej w umowie, a w przypadku większej ilości zakresów świadczeń dla danego ich rodzaju, kwota zobowiązania jest sumą kwot zobowiązania w poszczególnych zakresach. Wycena świadczeń lub odpowiadających im jednostek rozliczeniowych uzgadniana jest w trybie określonym art. 142, art. 143 i art. 159 ustawy o świadczeniach, przy uwzględnieniu sposobów rozliczania świadczeń objętych § 15 rozporz. w sprawie o.w.u. w postaci kapitałowej stawki rocznej, ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej lub ryczałtu. Z kolei § 17 traktuje o ustalaniu wysokości zobowiązania NFZ w odniesieniu do świadczeń rozliczanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej, która według ust. 2 jest iloczynem liczby jednostek rozliczeniowych, odpowiadających udzielonym świadczeniom i ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej, która co do zasady nie może być wyższa od iloczynu liczby jednostek rozliczeniowych i ceny jednostkowej, określonych w planie rzeczowo-finansowym dla danego rodzaju świadczeń (ust. 3). Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek

wraz z raportem statystycznym. Tryb i terminy wypłaty należności przez NFZ z tytułu realizacji umowy określony został w § 23.

Na zakłady opieki zdrowotnej nałożono, przepisem art. 62 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tj. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89) i rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 164, poz. 1194, dalej – rozp. z 22 grudnia 1998 r.), obowiązek prowadzenia rachunku kosztów obejmującego ewidencję dochodów i kosztów. W § 2 tego rozporządzenia wyszczególnione zostały, obejmowane ewidencją koszty ponoszone przez zakład, z uwzględnieniem ich rodzaju oraz ośrodków powstania. Należą również do nich koszty związane z wynagrodzeniami (ust. 1 pkt 5 i 6), które są również kosztami bezpośrednimi. Z § 7 wynika, że koszt własny sprzedaży świadczenia zdrowotnego lub innej usługi oblicza się jako sumę jednostkowych kosztów własnych sprzedaży wszystkich nośników kosztów zużytych podczas wykonania świadczenia lub usługi. Ten koszt ma zasadnicze znaczenie dla określenia wysokości świadczenia, które zakład opieki zdrowotnej chce objąć umową z NFZ, jak i umowami zawieranymi z innymi świadczeniobiorcami, jeśli ma taką prawną możliwość.

Z dniem 6 września 2006 r. weszła w życie ustawa z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, dalej – ustawa z 22 lipca 2006 r.). Przewidziano w niej, że przekazywanie tych środków następować będzie w poszczególnych latach, z tym że na 2006 r. za okres od października do września. Przepis art. 3 ust. 1 tej ustawy stanowi, że kwota o której mowa w art. 136 pkt 5 ustawy o świadczeniach, w umowie zawartej na rok 2007 r., w 2007 roku wzrasta, z mocy prawa, o równowartość 30 % kosztów pracy w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej. Z kolei w ust. 2 tego przepisu wskazano, że koszty pracy w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej stanowią iloczyn kwoty zobowiązania, o której mowa w art. 136 pkt 5 ustawy o świadczeniach, i odpowiedniego wskaźnika zamieszczonego w załączniku do ustawy. Z uzasadnienia rządowego projektu ustawy (druk sejmowy nr 671) wynika, że przyjęte rozwiązanie nakłada obowiązek uwzględnienia w kwocie zobowiązania

w umowach zawartych przez NFZ wzrostu środków finansowych z przeznaczeniem na wzrost wynagrodzeń. Nie wpływa to na cenę świadczeń opieki zdrowotnej i ich liczbę, ustalone w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a zatem w żadnym wypadku nie wpłyną na zachwianie konkurencyjności między podmiotami ubiegającymi się o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zaznaczono również, że ustawa nie wpłynie na dochody i wydatki budżetu państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego, spowoduje natomiast wzrost wydatków NFZ w latach 2006 i 2007. Przyjęte w ustawie założenia podwyżki wynagrodzeń dotyczyły obowiązku NFZ, z zarządzanych przez niego środków pochodzących z przekazanych świadczeniodawcom, z którymi łączyły go umowy. Z przytoczonej treści art. 3 ust. 1 i 2 ustawy z 22 lipca 2006 r. wynika, że podwyższenie wynagrodzeń dokonane zostało przez wzrost kwoty określonej w art. 136 pkt 5 ustawy o świadczeniach o równowartość wskazanego ułamka kosztów pracy w poszczególnych rodzajach świadczeń. Odniesienie podwyższenia wynagrodzeń do będących elementem ceny świadczeń kosztów pracy było miernikiem zapewniającym jej adekwatność do nakładu pracy, jednakową dla wszystkich świadczeniodawców. Wyodrębnienie kwoty przeznaczonej na realizację podwyżek w ramach ogólnej, podwyższonej kwoty zobowiązania miało znaczenie finansowo - techniczne, ponieważ wiązało się z obowiązkiem odrębnego jej rozliczenia i ewentualnego zwrotu niewykorzystanych środków oraz wymuszenia na zakładach opieki zdrowotnej do wykorzystania jej zgodnie z przeznaczeniem. Służyło zapewne również ocenie skutków tej regulacji. Ustawa nie zawiera postanowień, które ingerowałyby w treść umów zawieranych przez świadczeniodawców z NFZ, poza podwyższeniem sumy zobowiązania. Nie doszło również do zmiany treści umów przez strony, które je zawarły. Wobec tego można przyjąć, mimo braku dokumentów określających ceny świadczeń na 2007 r., dotyczących umowy powoda z NFZ, że nie uległy one zmianie. Nawet w takiej sytuacji nie można podzielić zarzutu pozwanego, że rzeczywiście nie doszło do zmiany wartości świadczeń. Nie uwzględnia on bowiem konsekwencji ustawowego podwyższenia wynagrodzeń, skoro koszty pracy są składnikiem kosztów każdego świadczenia, a zatem obejmuje je również cena jednostkowa tego świadczenia. Oddzielenie podwyższonej wartości tego składnika w kwocie

zobowiązania określonej w umowie od pozostałych składników nie może mieć znaczenia dla określenia pełnego kształtu wartości świadczenia. Nie zostały rozważone skutki ustawowej podwyżki dla działalności powoda. Nie było przedmiotem sporu, że regulacją płac objęty był obszar działalności wiążący się z umowami zawieranymi z NFZ, a przekazane odrębnie kwoty obejmowały przewidzianą podwyżkę, w zakresie świadczeń określonych umowami. W odniesieniu do obowiązku pozwanego finansowania świadczeń wykonanych na rzecz osób nieubezpieczonych nie było kwoty zobowiązania, ponieważ zakres świadczeń nie był ograniczony. Ukształtowanie zobowiązania pozwanego przez odniesienie ceny świadczeń do objętych umową z NFZ ma również i te konsekwencje, że zmiana wysokości poszczególnych składników ceny świadczenia rzutuje na rozmiar ceny tego świadczenia. Na skutek podwyższenia wynagrodzeń koszt świadczenia powoda realizowanego na podstawie umowy z NFZ wzrósł, bo wyższe są koszty pracy. Nie ma znaczenia taka realizacja ustawy z 22 lipca 2006 r., że „środki podwyżkowe” przekazywane były bez powiązania z wykonaniem umowy. Wobec tego można przyjąć, że pozostawienie ceny świadczeń na poziomie wynegocjowanym na 2006 r. może mieć istotne znaczenie dla zachowania właściwej konkurencji w ramach procedury kształtującej zawieranie umów, czy też dla innych wskazanych przyczyn. Nie ma natomiast podstaw do uznania, że nie doszło do zmiany ceny, mimo ustawowego podwyższenia jednego jej składnika. Nie zasługiwał na podzielenie zarzut naruszenia kwestionowanym wyrokiem art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r., ponieważ nie ma racjonalnych podstaw do przyjęcia, że opisany wzrost elementu ceny świadczenia nie miał wpływu na wysokość sumy wszystkich jej elementów. Sąd Apelacyjny nie wysunął poglądu, że przepis ten ma zastosowanie wprost do środków uzyskiwanych przez powoda za świadczenia wykonane na rzecz osób nieubezpieczonych. Za niezasadny uznać należało zarzut niewłaściwego zastosowania art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. Analiza przepisów ustawy wskazuje, że regulacja płac dokonana została ze środków NFZ, w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, które były objęte umowami zawartymi z nim przez zakłady opieki zdrowotnej, będącymi świadczeniodawcami. Wobec tego regulacje, będące podstawą jej wprowadzenia miały zastosowanie w tym określonym obszarze. Istotą natomiast sporu

jest kwestia określenia skutków jakie wykonanie zapisów wywarło na działalność powoda, dotyczącą innych podmiotów, na których rzecz dokonywał on świadczeń opieki zdrowotnej. W odniesieniu do udzielania tych świadczeń osobom nieubezpieczonym, których ceny odpowiadały cenom świadczeń objętych umową z NFZ, konsekwencją wykonania ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. było to, że kwota zobowiązania (art. 136 pkt 5 ustawy o świadczeniach.), określona w umowie „wzrosła, z mocy prawa, o równowartość 30% kosztów pracy w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej”, co doprowadziło do podwyższenia ceny całego świadczenia. Nie ma usprawiedliwionych przesłanek do uznania, że te same świadczenia, które powód miał wykonywać za cenę określoną na takim samym poziomie, co w umowie z NFZ, w rachunku jego kosztów mogły mieć różną wartość, dotyczącą jednego elementu-kosztów pracy. Nie ma zatem przekonujących argumentów dla stanowiska, że zmiana wysokości wynagrodzenia, wywołana faktyczną zmianą cen świadczeń, powinna dotyczyć tylko jednego zakresu działalności powoda. Nie przekonuje zatem stanowisko wyrażone w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 6 kwietnia 2011 r., I CSK 470/10. Rację ma skarżący, że wskazane przepisy § 13, § 17 ust. 2, § 22 i § 23 rozporz. w sprawie o.w.u. określają, wiążące dla stron umowy, zasady ustalania ceny świadczeń udzielanych w ramach umowy. Nie wyklucza to jednak skutków regulacji ustawowej, odnoszącej się bezpośrednio do nich. Również § 3 ust. 4 rozporz. z 20 grudnia 2004 r., przewidujący finansowanie przez pozwanego świadczeń udzielanych osobom nieubezpieczonym na poziomie cen ustalonych w umowie z NFZ powinien być stosowany z uwzględnieniem skutków łączących się z postanowieniami ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. Nie można jednak odmówić słuszności zarzutowi naruszenia § 7 rozporz. z 22 grudnia 1998 r., ponieważ nie ma możliwości oceny, wobec braku w tej mierze wiążących ustaleń, w jakim stopniu skutki zmian wprowadzonych ustawą z dnia 22 lipca 2006 r. wpłynęły na podwyższenie kosztów działalności powoda. Zróżnicowanie w sferze wynagrodzeń pracowniczych wymagało konkretnego określenia zakresu omawianej zmiany.

Z powyższych względów zaskarżony wyrok należało uchylić w oparciu o art. 398¹⁵ § 1 k.p.c. i sprawę przekazać Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania. Na podstawie art. 108 § 2 w związku z art. 398²¹ k.p.c. orzeczenie

o kosztach postępowania kasacyjnego pozostawione zostało końcowemu rozstrzygnięciu.