



Sygn. akt III CK 17/04

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 grudnia 2004 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Stanisław Dąbrowski (przewodniczący)

SSN Bronisław Czech (sprawozdawca)

SSN Irena Gromska-Szuster

Protokolant Bożena Kowalska

w sprawie z powództwa Szpitala Specjalistycznego - Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w K.
przeciwko NFZ, jako następcy prawnemu Regionalnej Kasy Chorych
o zapłatę,
po rozpoznaniu w Izbie Cywilnej w dniu 1 grudnia 2004 r.,
na rozprawie
kasacji strony pozwanej od wyroku Sądu Apelacyjnego
z dnia 16 lipca 2003 r., sygn. akt [...],

**oddala kasację i zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę
5.400 zł (pięć tysięcy czterysta złotych) tytułem zwrotu kosztów
procesu za instancję kasacyjną.**

Uzasadnienie

Powodowy Szpital w pozwie żądał zasądzenia od Regionalnej Kasy Chorych (obecnie NFZ) kwoty 4.501.992 zł wraz z ustawowymi odsetkami z tytułu dokonania świadczeń zdrowotnych przekraczających limity umowne określone na 1999 i 2001 rok. W toku postępowania, po dokonanej przez pozwaną wpłacie części należności, powód ograniczył żądanie do kwoty 3.532.930 zł. z odsetkami.

Pozwana wniosła o oddalenie powództwa podnosząc, że żądanie powoda nie znajduje uzasadnienia zarówno w obowiązujących przepisach prawa jak i w postanowieniach umów zawartych przez strony. Twierdziła, że kwoty określone w poszczególnych umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych stanowiły „maksymalną kwotę” zobowiązania Kasy Chorych wobec szpitala jako świadczeniodawcy.

Sąd Okręgowy w K. wyrokiem z dnia 2 lutego 2003 r. zasądził od pozwanej na rzecz powoda kwotę 3.532.930 zł z ustawowymi odsetkami wymienionymi w wyroku, oddalił powództwo o odsetki w pozostałym zakresie, umorzył postępowanie w części objętej cofnięciem pozwu, nie obciążył pozwanej wpisem od pozwu i koszty zastępstwa procesowego wzajemnie zniósł.

Sąd Apelacyjny, wyrokiem zaskarżonym kasacją, oddalił apelację pozwanego i zasądził od niego na rzecz powoda koszty postępowania apelacyjnego w kwocie 5 400 zł.

Podstawą rozstrzygnięcia stały się następujące ustalenia i oceny prawne.

W dniu 29 grudnia 1998 r. powodowy Szpital zawarł z Regionalną Kasą Chorych umowę nr [...] /98 o udzielanie świadczeń zdrowotnych przysługujących ubezpieczonym w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie leczenia stacjonarnego w okresie od 1 stycznia 1999 r. do 31 grudnia 1999 r. Zgodnie z paragrafem 3 ust. 4 umowy, świadczeniodawca był zobowiązany do udzielania świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w przypadku: wypadków, zatruc, urazów, porodu, stanów zagrożenia życia oraz w razie wydania na podstawie odrębnych przepisów decyzji o przymusowej hospitalizacji. Paragraf 8 tej umowy przewidywał, że „w razie przekroczenia ilości wykonanych świadczeń o 10 % w stosunku do ¼ ilości wszystkich świadczeń określonych w umowie, cena jednostkowa tych świadczeń

będzie renegotjowana”. Wartość zakontraktowanych w umowie świadczeń zdrowotnych została określona na kwotę 37.504.030 zł.

W dniu 10 lutego 2000 r. powód zawarł z pozwaną „porozumienie” w sprawie rozliczenia kontraktu nr 10/S/98 dotyczącego leczenia stacjonarnego. W paragrafie 1 określono, że wartość faktycznie zrealizowanych w 1999 r. świadczeń zdrowotnych ostatecznie wyniosła kwotę 40.092.697 zł. Różnica z tytułu świadczeń wykonanych powyżej limitu z umowy wyniosła 2.457.706 zł. Zgodnie z paragrafem 2 „porozumienia” powód otrzymał kwotę 122.885 zł, co stanowiło 5% z kwoty wymienionej różnicy. W „porozumieniu” strony zawarły również zapis, w myśl którego w przypadku uzyskania dodatkowych środków finansowych Kasa Chorych może zwiększyć w 2000 r. zakres rozliczenia w drodze odrębnego porozumienia.

W grudniu 2000 r. strony podpisały dalsze umowy, określające zasady udzielania świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym w 2001 r.

W dniu 10 grudnia 2000 r. podpisano umowę nr [...]01, dotyczącą udzielania świadczeń zdrowotnych przysługujących ubezpieczonemu w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Zgodnie z jej paragrafem 14 powód miał otrzymać na realizację wymienionych świadczeń kwotę 1.037.500 zł za okres od 1 stycznia 2001 r. do 31 grudnia 2001 r.

W dniu 20 grudnia 2000 r. podpisano umowę nr 061/100128/05/1 o udzielanie świadczeń zdrowotnych przysługującym ubezpieczonym w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie pomocy doraźnej w okresie od 1 stycznia 2001 r. do 31 grudnia 2001 r. W paragrafie 3 ust. 2 na powodowy Szpital nałożony został obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych każdemu ubezpieczonemu niezależnie od pory dnia, gdy potrzebuje on pomocy z powodu: wypadku, urazu, porodu, stanów zagrożenia życia oraz w razie uzyskania na podstawie odrębnych przepisów decyzji o przymusowej hospitalizacji.

W dniu 30 grudnia 2000 r. strony podpisały aneks do umowy nr [...]00 z dnia 31 grudnia 1999 r, którym postanowiły, że umowa ta od 1 stycznia 2001 r. otrzymuje nowe ujednolicone brzmienie. Dotyczyła ona udzielania świadczeń zdrowotnych przysługujących ubezpieczonemu w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie leczenia zamkniętego. W paragrafie 3 tej umowy zostały określone podmioty, uprawnione do bezpłatnego korzystania ze świadczeń zdrowotnych, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego poza przypadkami nagłych wypadków, zatruc, urazów, porodu, stanów zagrożenia życia

oraz w razie wydania na podstawie odrębnych przepisów decyzji o przymusowej hospitalizacji. W paragrafie 13 pozwana Kasa Chorych zobowiązała się do przekazania świadczeniodawcy kwoty 30.831.400 zł tytułem zakontraktowanych i wykonanych świadczeń. Natomiast paragraf 15 umowy przewidywał, że w sytuacji systematycznego przekraczania liczby wykonywanych świadczeń zdrowotnych określonych w Załączniku do umowy w okresie odpowiadającym 1/2 okresu rozliczeniowego liczba tych świadczeń będzie renegocjowana. Renegocjacje umowy miały być uzależnione od sytuacji finansowej Kasy Chorych.

Pismem z dnia 26 lipca 2001 r. powód zwrócił się do Regionalnej Kasy Chorych o wypłacenie kwoty 2.334.821 zł z tytułu wynagrodzenia za świadczenia zdrowotne wykonane zgodnie z umową numer [...] /98 zawartą w dniu 29 grudnia 1998 r. Pozwana w piśmie z dnia 7 sierpnia 2001 r. odmówiła zapłaty twierdząc, że kwestia wynagrodzenia za świadczenia wykonane ponad wielkości określone tą umową zostały definitywnie rozliczone na mocy „porozumienia” z dnia 10 lutego 2000 r.

Na sytuację finansową powoda wpłynął fakt, że z dniem 1 stycznia 2001 r. wszedł w życie przepis art. 4a ust.1 ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania wynagrodzeń przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw. Przepis ten wprowadził obowiązek udzielenia podwyżek pracownikom samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w kwocie nie niższej niż 203 zł miesięcznie w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy. Zastosowanie się do tego nakazu spowodowało wypłatę przez powoda kwoty 1.827.373,84 zł. Ponieważ obowiązek wypłaty podwyżek zaistniał po zakończeniu świadczeń zdrowotnych na 2001 r. powód wystąpił do Ministra Finansów z wnioskiem o sfinansowanie podwyżek. W odpowiedzi Ministerstwo wskazało, iż środki na ten cel powinny pochodzić ze środków uzyskanych z tytułu sprzedaży świadczeń zdrowotnych kontraktowanych przez Kasy Chorych, które otrzymały w roku 2001 dodatkowe środki finansowe na ten cel.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego przedstawione tu postanowienia umowne oraz fakt dokonywania dalszych wypłat (jest niesporne, że pozwana za 2000 r., nieobjętych sporem, wypłaciła 55 % należności z tytułu nie zakontraktowanych usług) podważają twierdzenie strony pozwanej, iż związana jest ona kwotą ustaloną w umowie, zgodnie z planem finansowym na dany rok, a to celem zachowania równowagi finansowej. Wypłacenie 122.885 zł za rok 1999 i kwoty ustalonej

aneksem z 31 stycznia 2002 r. świadczy o tym, iż zmieniające się okoliczności realizacji umów wpłynęły na zmiany w zakresie dysponowania środkami finansowymi przez Kasę chorych. Jest to poprawne, ponieważ strona pozwana nie rozdziela własnych środków, a jedynie przekazane jej kwoty składek ubezpieczeniowych, które z kolei mają zapewnić ubezpieczonym uzyskanie wszelkiej pomocy medycznej stosownie do umowy i ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, bez względu na limity usług określone w umowach zawieranych ze świadczeniodawcami usług medycznych.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego niepewność przy określaniu wartości świadczeń mających być udzielonymi w 1999 r. i 2001 r. oraz fakt, iż w latach tych na skutek zmiany okoliczności wynikającej z faktycznie świadczonych usług nakładał na obie strony obowiązek renegotjacji umowy. Powód wzywał pozwaną do zapłaty dalszych kwot, co jednak nie dało rezultatu. W tej sytuacji należy przyjąć, iż Regionalna Kasa Chorych zaniechała współdziałania przy wykonywaniu powyższych umów, co stanowi naruszenie reguł postępowania, określonych w art. 354 k.c. i art. 355 k.c. Strona pozwana nie wywiązała się ze zobowiązania tak jak tego wymaga art. 354 § 1 k.c., tj. zgodnie z jego treścią i w sposób odpowiadający jego celowi społeczno-gospodarczemu oraz zasadom współżycia społecznego. Zasadniczym celem umowy o świadczenie usług zdrowotnych jest zapewnienie środków pieniężnych na pokrycie kosztów tych usług, czyli zapewnienie ubezpieczonym dostępu do korzystania z usług medycznych. Realizacja obowiązku państwa w zakresie zapewnienia obywatelom nieodpłatnego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej (art. 68 Konstytucji RP), na gruncie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym spoczywa m.in. na takich świadczeniodawcach jak powód, finansowany przez kasy chorych. Powód przy nałożonych na niego obowiązkach, ma możliwość jedynie racjonalizowania wydatków. Jednakże w tym zakresie strona pozwana nie przedstawiła żadnych zarzutów.

Analizując dalej stosunek zobowiązaniowy łączący strony, Sąd Apelacyjny stwierdził, że przedmiotem umów było wykonanie usług, a zatem do umów tych mają

- z mocy art. 750 k.c. - zastosowanie przepisy o zleceniu m.in. art. 735 k.c. i art. 744 k.c.. Skoro strona pozwana nie wywiązała się w całości z ciążącego na niej obowiązku zapłaty za wykonane przez powoda usługi „ponad limitowe”, uzasadnionym było – zdaniem Sądu Apelacyjnego - zasądzenie dochodzonej kwoty w oparciu o powołane przepisy oraz art. 471 k.c.

Pozwana w kasacji zarzuciła naruszenie prawa materialnego przez:

1/ błędną wykładnię następujących przepisów:

- art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej,

- art. 354 § 1 Kodeksu cywilnego,

- art. 1a pkt 6, art. 4 ust. 1–4 i ust. 7, art. 31c ust. 2, art. 53 ust. 3-4, art. 54 oraz art. 60 ust. 1 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.),

2/ niewłaściwe zastosowanie art. 471 Kodeksu cywilnego,

3/ nie zastosowanie art. 127 - 135a ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Przytaczając wymienioną podstawę kasacji pozwana wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku przez oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda na jej rzecz kosztów postępowania apelacyjnego i kasacyjnego, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku „w całości ze zniesieniem postępowania” i przekazanie sprawy Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania.

Powód wniósł o oddalenie kasacji i zasądzenie na jego rzecz od pozwanej kosztów postępowania kasacyjnego.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

1. Sąd Najwyższy rozpoznaje sprawę w granicach zaskarżenia kasacją oraz jej podstaw; w granicach zaskarżenia bierze jednak z urzędu pod rozwagę nieważność postępowania (art. 393¹¹ § 1 k.p.c. w brzmieniu sprzed dnia 6 lutego 2005 r., które ma w sprawie niniejszej zastosowanie).

Pozwana zarzuciła naruszenie jedynie prawa materialnego. W związku z tym Sąd Najwyższy związany jest ustaleniami faktycznymi stanowiącymi podstawę zaskarżonego wyroku (art. 393¹¹ § 3 k.p.c., zob. również wyroki SN z dnia 7 marca 1997 r., II CKN 18/97, OSNC 1997, nr 8, poz. 112 i z dnia 26 marca 1997 r., II CKN 60/97, OSNC 1997, nr 9, poz. 128). Treść oświadczeń woli stron zawartych w umowach należy do ustaleń faktycznych (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 listopada 1996 r., II CKN 90/96, OSNC 1997, nr 11, poz. 201).

2. W orzecznictwie Sądu Najwyższego nie budzi wątpliwości, że stosunek między kasą chorych a świadczeniodawcą, którym z reguły jest zakład opieki zdrowotnej, ma charakter umownego zobowiązania, którego powstanie i wykonanie podlega ocenie z punktu widzenia prawa cywilnego (np. nie publ. wyroki z dnia 7 sierpnia 2003 r., IV CKN 393/01, z dnia 25 marca 2004 r., II CK 207/03 oraz z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK 365/03).

Zarzuty postawione w kasacji dotyczą wprawdzie wielu przepisów i obszernej judykatury powołanej przez obie strony, to jednak w rzeczywistości koncentrują się na jednej kwestii, która legła u podstaw zaskarżonego wyroku oddalającego apelację pozwanej, a mianowicie na kwestii wykładni i skuteczności umów zawartych przez strony, nakładających na powoda obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych w granicach przewidzianych przez prawo (art. 68 Konstytucji oraz obowiązująca wówczas ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.), a na pozwaną – obowiązek zapłaty za te świadczenia. Obowiązek zapłaty wynika zatem z tej treści umów, a nie z zawartego w nich zapisu o możliwej renegotjacji. Wobec braku zarzutu naruszenia art. 65 k.c. Sąd Najwyższy związany jest wykładnią przedmiotowych umów dokonaną przez Sąd Apelacyjny.

3. W umowach zawartych przez strony, odnoszących się do roku 1999 i 2001 (których to lat dotyczy niniejsza sprawa) powód przyjął obowiązek spełnienia opisanych w nich świadczeń zdrowotnych również w zakresie „ponadnormatywnym”, a pozwana do zapłaty za nie. Zawarte w tych umowach zastrzeżenie pozwanej, że renegotjacja umowy w zakresie przekroczenia ilości świadczeń będzie zależna od sytuacji finansowej Kasy Chorych, jest prawnie nieskuteczna jako sprzeczna z zasadami współżycia społecznego, skoro powód miał obowiązek udzielić w każdym przypadku świadczeń określonych w umowie. Sąd Apelacyjny przyjął, że w sprawie nie była kwestionowana ilość udzielonych świadczeń zdrowotnych i związana z tym wysokość zapłaty przez pozwaną. Sąd Najwyższy związany jest tym ustaleniem, skoro nie ma zarzutu naruszenia prawa procesowego. Sąd Apelacyjny przyjął trafnie, że brak zapłaty jest nienależnym wykonaniem umowy (art. 354 § 1 i art. 471 k.c.).

Z powyższych przyczyn i zasad Sąd Najwyższy orzekł jak w sentencji wyroku (art. 393¹² k.p.c. oraz art. 98 k.p.c. w zw. z art. 393¹⁹ i 391 § 1 k.p.c.).