



Sygn. akt III CK 345/04

## WYROK

### W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 lutego 2005 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

*SSN Iwona Koper (przewodniczący)*

*SSN Zbigniew Kwaśniewski*

*SSN Henryk Pietrkowski (sprawozdawca)*

w sprawie z powództwa Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w M. koło K.

przeciwko (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia w K.

o zapłatę,

po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej w dniu 9 lutego 2005 r.,

kasacji strony pozwanej od wyroku Sądu Apelacyjnego z dnia 13 stycznia 2004 r., sygn. akt I ACa (...),

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

#### Uzasadnienie

Powodowy Szpital domagał się od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia zapłaty kwoty 1.646.853 zł tytułem zwrotu wartości świadczeń medycznych wykonanych w 2002 r. ponad limit ustalony w umowach.

Wyrokiem Sądu Apelacyjnego z dnia 13 stycznia 2004 r. oddalona została apelacja strony pozwanej od wyroku Sądu Okręgowego w K., na podstawie którego roszczenie strony powodowej uwzględnione zostało do kwoty 1.641.426,50 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 27 marca 2003 r.

Rozstrzygnięcie powyższe oparte zostało na następujących ustaleniach i wnioskach:

Przedmiotem umów łączących strony, a zawartych w dniach 27 stycznia 2001 r. i 29 grudnia 2001 r., było kompleksowe i całodobowe organizowanie i wykonywanie przez powodowy Szpital jako świadczeniodawcę szczegółowo opisanych świadczeń w zakresie leczenia stacjonarnego oraz świadczeń ambulatoryjnych na rzecz ubezpieczonych (pacjentów) za wynagrodzeniem ustalonym do kwoty maksymalnej z możliwością jego zmiany. Zgodnie z ustalonymi w umowach regułami w zakresie renegotjowania stawki wynagrodzenia w wypadku przekroczenia ustalonego jego maksymalnego poziomu, strona powodowa zobowiązała się do zawiadomienia strony pozwanej z miesięcznym wyprzedzeniem o przewidywanym przekroczeniu liczby zakontraktowanych usług oraz liczby ubezpieczonych pozostających w leczeniu. Strony zobowiązały się, że w terminie 30 dni po zakończeniu kwartału, którego dotyczy przekroczenie ustalonego limitu przystąpią do renegotjacji warunków umowy. Ustalenia podjęte w wyniku renegotjacji obowiązywać miały od następnego kwartału. W razie braku porozumienia strona pozwana zobowiązała się zapłacić stronie powodowej za usługi wykonane, a ponadto miała wskazać innego świadczeniodawcę, który powinien udzielić ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych. Strona powodowa w dniu 9 kwietnia 2002 r. powiadomiła stronę pozwaną o przekroczeniu w I kwartale 2002 r. zakontraktowanych świadczeń, żądając renegotjowania umowy. Wobec odmowy wezwała stronę pozwaną pismem z dnia 10 maja 2002 r. do wskazania zakładu opieki zdrowotnej, do którego powinna kierować pacjentów. W odpowiedzi strona pozwana powiadomiła, że nie uznaje wniosku o renegotjację umowy, bowiem z przekazanych danych w piśmie z dnia 10 maja 2002 r. nie wynika, aby w maju 2002 r. liczba świadczeń została przekroczona, a ponadto z tego względu, że nie został zachowany przez stronę powodową miesięczny termin zawiadomienia o przewidywanym przekroczeniu liczby zakontraktowanych świadczeń.

Za okoliczność bezsporną Sąd Apelacyjny uznał, że świadczenia zdrowotne udzielone przez stronę powodową były celowe i o wartościach znacznie przewyższających limit ustalony w umowach.

Sąd Apelacyjny uznał, że strona pozwana obciążona była obowiązkiem renegotjowania umowy nie tylko w wypadku zagrożenia przekroczenia limitu świadczeń, ale także w przypadku rzeczywistego przekroczenia tego limitu, „skoro bowiem umowne skutki wzajemnych postaw, strony przewidywały w wypadku hipotetycznego przekroczenia limitu świadczeń, to racjonalne było oczekiwanie powoda, że do renegotjacji dojdzie także po rzeczywistym przekroczeniu limitu (ze skutkami o jakich mowa w § 20A umowy)”. Za taką wykładnią postanowień umowy przemawia – zdaniem Sądu Apelacyjnego – jej publiczno-prawny cel, którym jest określenie zasad udzielania pomocy zdrowotnej pacjentom. Postawa strony pozwanej polegająca na zaniechaniu współdziałania ze stroną powodową przez odmowę renegotjacji umowy i niewskazanie stronie pozwanej innego świadczeniodawcy, oznaczała akceptację dla leczniczych działań strony powodowej oraz co najmniej godzenie się na pokrywanie należności z tytułu tych świadczeń na poziomie umownych wartości jednostkowych. Rozważania Sądu Apelacyjnego zakończone zostały stwierdzeniem, że nienależyte wykonanie umowy przez stronę pozwaną (brak renegotjacji i niewskazanie innego świadczeniodawcy) wywołało uszczerbek majątkowy po stronie powoda w postaci braku wynagrodzenia za udzielone świadczenia medyczne, co usprawiedliwia uwzględnienie powództwa na podstawie art. 471 i art. 363 § 1 zdanie pierwsze k.c.

Kasacja strony pozwanej oparta została na podstawie naruszenia prawa materialnego – art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, art. 4 ust. 3, art. 53 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, (Dz. U. Nr 28, poz. 153, ze zm.), art. 19 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, (Dz. U. Nr 91, poz. 408, ze zm.), a także „naruszenie § 7 aneksu nr 1/2002 z dnia 29 sierpnia 2001 r. przez dowolną jego interpretację i nieuwzględnienie innych postanowień tego przepisu”. Strona skarżąca wносиła o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa ewentualnie o jego uchylenie i przekazanie sprawy Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Zasadniczą przyczyną sporu pomiędzy powodem a stroną pozwaną są niejasne regulacje prawne. Z jednej strony wynika z nich, że zakład opieki zdrowotnej powinien spełnić określone świadczenia zdrowotne. Tak w szczególności stanowią przepisy ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, dalej jako „ustawa o z.o.z.” (Dz. U. Nr 91, poz. 408, ze zm.), które przyznając pacjentom tych zakładów szereg praw nakładają na zakłady opieki zdrowotnej obowiązek udzielenia im opieki

medycznej. Z drugiej strony – według przepisów ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, dalej jako „ustawa o p.u.z.” (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.) – świadczenia zdrowotne były (i są nadal) udzielane ubezpieczonym w ramach środków finansowych posiadanych przez b. kasy chorych (aktualnie Oddziały NFZ). Powszechnie też wiadomo, że kasy chorych nie dysponowały odpowiednią ilością środków finansowych aby zabezpieczyć uzasadnione potrzeby zakładów opieki zdrowotnej. Taki stan rzeczy nakłada na sądy rozpatrujące spory na tle zawartych umów między kasami chorych a świadczeniodawcami konieczność szczególnie wnikliwego rozważenia racji obu stron i, pomimo ułomności znajdujących tu zastosowanie przepisów, poszukiwania rozstrzygnięcia uwzględniającego granice wyznaczone przez normy prawne. Przepisy regulujące korzystanie przez ubezpieczonych ze świadczeń zdrowotnych są zaś bez wątpienia częścią systemu prawa obowiązującego w Polsce i z tego względu przy ich wykładni należy brać pod uwagę nie tylko przepisy wprost odnoszące się do świadczenia pomocy medycznej ale także przepisy innych gałęzi prawa, które mogą znaleźć tu zastosowanie, a także zasady i założenia aksjologiczne całego systemu.

W rozpatrywanej sprawie Sąd Apelacyjny dostrzegając niedostatki regulacji zawartej w ustawie o p.u.z. nie tyle jednak poszukiwał rozstrzygnięcia w analizie tych przepisów i ewentualnie w analizie norm prawa cywilnego, które mogły tu mieć zastosowanie, lecz posłużył się bardzo ogólnymi argumentami opartymi tylko w zasadzie na próbie oceny racjonalności zachowań stron umów o świadczenie usług zdrowotnych, z punktu widzenia dobra pacjenta oraz celowości działań kasy chorych i zakładu opieki zdrowotnej. Sąd Apelacyjny powinien - nie tracąc z pola widzenia ogólnych zasad wyznaczających zachowania stron - dokonać przede wszystkim wnikliwej analizy norm prawnych wyznaczających zachowanie powoda i pozwanego, zadaniem sądów jest bowiem stosowanie prawa. Nie wyklucza to nadawania, w drodze wykładni celowościowej lub systemowej takiego znaczenia przepisom, które odbiega od ich dosłownego rozumienia ale tylko przy zachowaniu idei racjonalnego ustawodawcy, Sąd nie może jednak tego ustawodawcy zastępować.

Ustalenie jakie znaczenie mają postanowienia umów łączących strony wymaga przeprowadzenia o wiele bardziej złożonej analizy prawnej niż zrobił to Sąd Apelacyjny w zaskarżonym wyroku. Przede wszystkim należało zbadać czy na etapie zawierania przedmiotowych umów strony dysponowały swobodą w podejmowaniu decyzji i wyrażeniu woli. Innymi słowy, czy strona pozwana nie nadużyła swojej pozycji, w istocie

monopolisty na rynku świadczeń zdrowotnych, dla narzucenia w umowach korzystnych dla siebie rozwiązań. Zbadania wymagało również, zgodnie z art. 65 k.c., jaki był zgodny zamiar stron i cel umowy oraz jak w świetle zasad współżycia społecznego należy rozumieć oświadczenia stron składające się na zawarte umowy. Wreszcie nie jest także wykluczona ocena poszczególnych postanowień zawartych umów pod kątem ich zgodności z znajdującymi tu zastosowanie przepisami oraz zasadami współżycia społecznego. Taka ocena, która zmierzałaby do uznania niektórych postanowień umów za niewiążące, nie może jednak abstrahować od postanowienia art. 58 § 3 k.c. Oznacza to, że należy ustalić, czy bez określonych postanowień strony w ogóle zawarłyby takie umowy, gdyż może się okazać, że nie tyle nieważne są poszczególne postanowienia tych umów, co całe umowy. Dopiero wyjaśnienie tych wszystkich okoliczności mogło doprowadzić do prawidłowego ustalenia, czy postanowienia umów, których skuteczność zakwestionował Sąd Apelacyjny w zaskarżonym wyroku, są wiążące dla stron, czy też mają one charakter tylko swoistej prognozy. Podstawy dla sformułowania takiego wniosku nie stanowi przy tym sam art. 54 ustawy o p.u.z., lecz uregulowane prawem cywilnym instytucje dotyczące wykładni oświadczeń woli, wad oświadczenia woli, czy nieważności czynności cywilnoprawnych.

Stanowisko takie znajduje również potwierdzenie w ugruntowanym w doktrynie poglądzie na złożony charakter instytucji ubezpieczeń zdrowotnych. Instytucja ubezpieczeń zdrowotnych ma złożony charakter; ubezpieczenia zdrowotne to w istocie trzy typy stosunków prawnych, które są współzależne i niezbędne dla realizacji prawa do świadczenia zdrowotnego. Obok podstawowego stosunku ubezpieczenia łączącego ubezpieczonego z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ, dawniej Kasą Chorych), wyróżnia się również stosunek pomiędzy NFZ i świadczeniodawcą, powstający na podstawie zawieranej przez nich umowy oraz stosunek łączący świadczeniodawcę z ubezpieczonym (pacjentem). Każdy z tych stosunków ma pod względem treści i charakteru swoje cechy specyficzne, niemniej nie może budzić wątpliwości, że stosunek między NFZ a świadczeniodawcą, którym z reguły jest zakład opieki zdrowotnej, ma charakter umownego zobowiązania, którego powstanie i wykonanie podlega ocenie z punktu widzenia prawa cywilnego (por. wyrok SN z dnia 7 sierpnia 2003 r., IV CKN 393/01, nie publikowany).

Taka kwalifikacja stosunku prawnego, który powstał wskutek zawarcia przez strony umów z dnia 27 stycznia 2001 r. i 29 grudnia 2001 r. niewątpliwie wymagała oceny ich postanowień według przesłanek z art. 58 k.c., a zważywszy na istotę oraz

zakres powstałego sporu, także z punktu widzenia dyrektyw tłumaczenia oświadczeń woli wskazanych w art. 65 k.c. Sąd Apelacyjny wprawdzie oceny takiej dokonał ale w oderwaniu od przepisów ustawy o p.u.z. oraz ustawy o z.o.z. Według tych przepisów świadczenia zdrowotne są udzielane ubezpieczonym – co należy jeszcze raz podkreślić - w ramach środków finansowych posiadanych przez kasę chorych i powinny odpowiadać aktualnej wiedzy i praktyce medycznej, ponadto b. kasy chorych przy zawieraniu umów były zobowiązane do przestrzegania zasady zrównoważenia kosztów z przychodami oraz zasady, że suma kwot zobowiązań kasy chorych wobec świadczeniodawców ze wszystkich zawartych umów musi się mieścić w planie finansowym kasy chorych, same zaś umowy między kasą chorych a świadczeniodawcami powinny określać maksymalną kwotę zobowiązania kasy chorych wobec świadczeniodawcy (art. 4 i 53 ustawy o p.u.z.). W świetle takich regulacji kasy chorych miały nie tylko prawo, ale obowiązek ustalania maksymalnej ilości środków finansowych dla każdej umowy, a roszczenia świadczeniodawców w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego istnieje tylko o tyle, o ile ma ono podstawę w wiążącej strony umowie. Każde zatem, nie spowodowane nagłymi wydarzeniami wyjście przez świadczeniodawcę ponad zakontraktowaną liczbę usług ocenić należało jako działanie świadczeniodawcy poza umową i Kasa nie miała obowiązku finansowania takich usług. Mogła ona jednak, a nawet powinna je finansować poprzez podpisanie dodatkowego aneksu do umowy, jeśli posiadała wolne środki finansowe. Fragment wyводу Sądu Apelacyjnego dotyczący kwestii związanej z niepodjęciem renegotjacji jest mało zrozumiały i zawarty został w zdaniu „skoro bowiem umowne skutki wzajemnych postaw, strony przewidywały w wypadku hipotetycznego przekroczenia limitu świadczeń, to racjonalne było oczekiwanie powoda, że do renegotjacji dojdzie także po rzeczywistym przekroczeniu limitu (ze skutkami o jakich mowa w § 20A umowy)”.

Pamiętać ponadto należy, że zgodnie ze wspomnianą ustawą to Kasy Chorych realizowały zadania z zakresu ubezpieczeń zdrowotnych i to one określały zasady dostępności do świadczeń zdrowotnych. Z tego punktu widzenia zakłady opieki zdrowotnej są tylko podmiotami, przy pomocy których Kasy wypełniają nałożone na nie obowiązki ustawowe. Z drugiej strony istnieje niewątpliwie związek, co podkreślił Sąd Apelacyjny, pomiędzy sposobem i poziomem finansowania zakładów opieki zdrowotnej, a możliwością wypełniania przez szpitale ich statutowych obowiązków oraz dostępem uprawnionych do usług medycznych. Nie jest to zależność tak bezpośrednia jak wywiódł

w zaskarżonym orzeczeniu Sąd Apelacyjny, jednakże to, czy powodowy Szpital mógł wykonać określoną ilość zabiegów zależy niewątpliwie od tego, czy może oczekiwać, że uzyska za nie zapłatę od Kasy Chorych.

Mając na uwadze, że zarzuty kasacji okazały się usprawiedliwione Sąd Najwyższy, na podstawie art. 393<sup>13</sup> k.p.c., uchylił zaskarżony wyrok i przekazał sprawę Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania i orzeczenia o kosztach postępowania kasacyjnego.