



Sygn. akt III CK 397/04

## WYROK

### W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 4 marca 2005 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

*SSN Jan Górowski (przewodniczący, sprawozdawca)*

*SSN Józef Frąckowiak*

*SSN Zbigniew Kwaśniewski*

w sprawie z powództwa Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej, (...) Centrum Rehabilitacji w K.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia, (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w K.  
o zapłatę,

po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej w dniu 4 marca 2005 r., kasacji strony pozwanej od wyroku Sądu Apelacyjnego z dnia 13 lutego 2004 r., sygn. akt I ACa (...),

**zmienia zaskarżony wyrok oraz wyrok Sądu Okręgowego w K. z dnia 22 września 2003 r., sygn. I C (...) w ten sposób, że powództwo oddala i nie obciąża strony powodowej kosztami procesu.**

#### Uzasadnienie

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Centrum Rehabilitacji w K. po ostatecznym sprecyzowaniu powództwa domagał się od (...) Regionalnej Kasy Chorych w K. (obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia), po ostatecznym sprecyzowaniu powództwa, zapłaty kwoty 146 090 zł, z ustawowymi odsetkami od dnia 1 kwietnia 2000

r., podnosząc, że na podstawie zawartej w dniu 31 grudnia 1998 r. umowy pozwana jest zobowiązana zrefundować koszty usług medycznych świadczonych przez powódkę ubezpieczonym w 1999 r.

Pozwana wniosła o oddalenie powództwa zarzucając, że zawarta umowa nie dawała powodowi gwarancji refundacji za nadwykonane świadczenia, a ponadto podniosła zarzut przedawnienia roszczenia.

Sąd Okręgowy w K. wyrokiem z dnia 22 września 2003 r. uwzględnił powództwo w całości, ustalając, że strony zawarły w dniu 31 grudnia 1998 r. umowę o udzielanie świadczeń medycznych, zmienioną aneksem z dnia 9 lipca 1999 r. na realizację świadczeń stanowiących przedmiot umowy stron a pozwana zobowiązała się do ich zapłaty, według ich specyfikacji wartościowo-ilościowej. Kwota 4 250 577 zł, została określona jako maksymalna wartość zobowiązania pozwanej wobec powoda z tytułu realizacji umowy. W następstwie podpisanego aneksu rozliczenie w oparciu o rzeczywistą liczbę wykonanych świadczeń miało następować na koniec każdego kwartału po przedłożeniu stosownej dokumentacji. Ustalono także, że w razie przekroczenia świadczeń danego rodzaju, za nadwykonania do 10% pozwana zapłaci tylko za te usługi medyczne kwotę stanowiącą 30% ceny jednostkowej tych świadczeń (z przekroczonej ilości do 10% ich cenę w 30%).

Pewne rodzaje świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez powoda i pewne kategorie osób, którym te świadczenia wykonywano nie były objęte szczególnymi limitami określonymi przedmiotową umową.

Do końca 2002 r. Dyrektor powoda wielokrotnie otrzymywał zapewnienia od strony pozwanej, że Kasa zapłaci za nadwykonane powyżej 10 % usługi medyczne, jeżeli tylko pozwana pozyska środki finansowe. Zapewnienia te stanowiły przyczynę nie występowania przez powódkę na drogę sądową o zapłatę za te nadwykonane świadczenia zdrowotne.

W dniu 10 lutego 2000 r. zaproponowano powodowi podpisanie porozumienia w treści którego potwierdzono wynikającą z kontraktu jego ogólną wartość. W propozycji tej jako rozliczenie roku 1999 wskazano, że wartość należności według karty kontraktowej wynosi 3 845 677 zł, a wartość świadczeń wykonanych przez powoda stanowi kwotę 3 991 767 zł. Powód odrzucił tę propozycję.

Dyrektor (...) Centrum Rehabilitacji wielokrotnie do końca 2000 r. prowadził rozmowy z kierownictwem strony pozwanej. Podczas tych spotkań Dyrektor Kasy oświadczał, że jeżeli pozyska środki na wykonane w 1999 r. ponadlimitowe świadczenia

medyczne, to je zapłaci. Również stanowisko Zarządu strony pozwanej sprowadzało się do tego, że (...) Centrum Rehabilitacji należy się refundacja całości wartości wykonanych świadczeń, lecz nie jest to możliwe ze względu na brak środków finansowych. Stanowiska te spowodowały zaniechanie wystąpienia przez powódkę na drogę sądową do dnia 17 grudnia 2002 r.

Według oceny Sądu pierwszej instancji z § 7 i 8 umowy wynikało zobowiązanie strony pozwanej do zapłaty powodowi za wszystkie udzielone świadczenia zdrowotne do maksymalnej kwoty 4 250 577 zł. Zastrzegł jednak, że nawet gdyby przyjąć pogląd odmienny to roszczenie nie uległo przedawnieniu z uwagi na upływ dwuletniego terminu (art. 750 i 751 k.c. ). Wobec bowiem uznania niewłaściwego roszczenia przez stronę pozwaną bieg przedawnienia uległ przerwaniu (art. 123 § 1 pkt. 2 k.c.). Wyraził jednocześnie pogląd, że uznanie roszczenia nie jest zmianą umowy i dlatego do swej ważności nie wymagało formy pisemnej.

Sąd Apelacyjny wyrokiem z dnia 13 lutego 2004 r. oddalił apelację strony pozwanej. Przyjął za własne ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji i podzielił jego argumentację prawną. Zauważył, że strona pozwana nie kwestionowała faktu wykonania dodatkowych usług medycznych, ani celowości ich wykonania, ani też wartości nadwykonanych świadczeń. Z powołaniem się na umowę i ustawę podkreślił, „że specyfikacja ilościowo-kwotowa” świadczeń przewidziana umową nie może być granicą do wysokości, której Kasa Chorych (obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia) refunduje świadczenia w sytuacji, gdy nadwykonania nie przekraczają oznaczonej w umowie maksymalnej kwoty refundacji.

Pozwana w kasacji opartej na naruszeniu przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na wynik sprawy tj. art. 233 § 1 k.p.c., oraz na naruszeniu prawa materialnego przez błędną jego wykładnię lub niewłaściwe zastosowanie, a to art. 4 ust. 3 i art. 53 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153, dalej „ustawy”) oraz art. 56 k.c., art. 58 § 1 i 3 k.c. i art. 123 k.c. wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania albo o jego zmianę i oddalenie powództwa.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Zarzuty skarżącego koncentrują się wokół trzech podstawowych kwestii, tj.: czy na gruncie zawartej umowy strona pozwana zobowiązała się do zapłaty powodowi za ponadlimitowe świadczenia zdrowotne, czy umowa o udzielenie świadczeń zdrowotnych ze względu na jej treść należy do umów o świadczenie usług, do której - na podstawie

art. 750 k.c. - stosuje się odpowiednio przepisy o zleceniu, w tym art. 751 pkt. 1 k.c. o dwuletnim przedawnieniu i jaki charakter ma tzw. niewłaściwe uznanie roszczenia. Najdalej idącym był zarzut pierwszy i dlatego nietypowo należało od niego rozpocząć rozważania. Zarzut procesowy dotyczył bowiem tylko ustaleń służących do oceny, czy wystąpiło ze strony pozwanej tzw. niewłaściwe uznanie roszczenia. Dłużnik jednak może w sposób niewłaściwy uznać roszczenie bez względu na to, czy jest rzeczywiście dłużny, lecz nie wpłynie to na powstanie, zmianę, czy ustanie stosunku prawnego, na co trafnie zwrócił uwagę skarżący.

Pozwany ma niejednokrotnie uzasadniony interes prawny w tym, aby przedawnienie nie było wzięte pod uwagę. Zobowiązanie przedawnione jest jednak zobowiązaniem istniejącym, którego jedynie nie można skutecznie dochodzić i z tego względu pozwanemu może zależeć nie tylko na oddaleniu powództwa, ale i na wyjaśnieniu, że roszczenie nie istnieje albo, że zostało wykonane tj. na wykazaniu zarzutów merytorycznych przeciwko powstaniu roszczenia czy jego istnieniu.

Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wyraźnie normowała, że świadczenia zdrowotne są udzielane ubezpieczonym tylko w ramach środków finansowych posiadanych przez Kasę Chorych (art. 4 ust. 3 ustawy). Przy zawieraniu więc umów ze świadczeniodawcami Kasa miała obowiązek przestrzegania zrównoważenia wydatków z przychodami. Poza tym suma kwot zobowiązań Kasy Chorych wobec świadczeniodawców powinna się była mieścić w zasadzie w planie finansowym.

W sprawie poza sporem było, że nadwykonane świadczenia przekraczały oznaczone w umowie ich ilości, a z drugiej strony nie przekraczały jednocześnie wskazanej w umowie maksymalnej kwoty zobowiązania. Na marginesie trzeba zauważyć, że fakt, iż pewne rodzaje usług medycznych świadczone przez powoda dla pewnej kategorii osób nie były objęte limitami nie miał znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy, gdyż nie były one przedmiotem sporu. Dochodzona bowiem przez stronę powodową wierzytelność miała wynikać z zawartej przez strony umowy.

Trzeba się zgodzić ze stanowiskiem skarżącego, że wiążące są nie tylko postanowienia umowne, które określają maksymalną kwotę zobowiązania, ale także i te, które ustalają, że Kasa zapłaci za poszczególne rodzaje świadczeń o liczbie i wartości określonej w załączniku do umowy. Specyfikacja ilościowo-wartościowa wiązała więc, wbrew odmiennej ocenie Sądu Apelacyjnego, obydwie strony. Kasa nie była dłużna wobec powoda z tytułu świadczeń nie objętych obowiązującą specyfikacją dopóki nie

uległa ona zmianie na skutek modyfikacji istniejącej umowy lub zawarcia nowej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 sierpnia 2003 r., IV CKN 393/01 niepubl.)

Za taką wykładnią przemawiało unormowanie zawarte w art. 53 ust. 4 ustawy, wskazujące na te elementy składowe umowy, które powinny znaleźć się w jej treści. Chodzi tu między innymi o rodzaj o zakres udzielanych świadczeń, warunki i zasady udzielania świadczeń, zasady rozliczeń, maksymalną kwotę zobowiązania Kasy Chorych wobec świadczeniodawcy, zasady kontroli jakości, zasadności i dostępności świadczeń, zasady rozpatrywania kwestii spornych, czy prowadzenia dokumentacji i jej udostępniania Kasie Chorych. Jeżeli więc ustawodawca określił te elementy umowy i wskazał je za obowiązkowe, to nie może być wątpliwości co do ich mocy wiążącej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 października 2004 r., IV CK 73/04 niepubl.).

W świetle więc powyższych uwag, należało rozważyć kwestię, czy w drodze wykładni umowy (art. 56 k.c.), były podstawy do przyjęcia, że powstał obowiązek do sfinansowania przez Kasę Chorych ponadlimitowych świadczeń wykonanych przez powoda w 1999 r. W tej materii podstawowe znaczenie miały postanowienia aneksu do przedmiotowej umowy z dnia 31 grudnia 1998 r., zawartego w dniu 9 lipca 1999 r., który wyznaczając zasady dokonywania rozliczeń wynikających ze świadczeń zdrowotnych realizowanych na rzecz ubezpieczonych w (...) Kasie Chorych, po pierwsze wyeliminował paragraf 8 pkt. 1 umowy podstawowej o obowiązku renegotjacji umowy, w razie przekroczenia ilości wykonanych świadczeń i po wtóre wprowadził mechanizm finansowania świadczeń nadwykonanych. Na podstawie bowiem § 7 ust. 1 aneksu Kasa Chorych w razie przekroczenia zakontraktowanych ilości świadczeń danego rodzaju zobowiązała się w nim do sfinansowania maksimum 10% tych świadczeń i to tylko kwotą stanowiącą iloczyn 30 % ceny jednostkowej tego świadczenia. Mechanizm ten zatem umożliwiał sfinansowanie świadczeń nadwykonanych jedynie w nieznacznym zakresie. Zestawienie tego postanowienia umowy z dalszymi zawartymi w rozdziale drugim umowy a zwłaszcza z mającym zmienioną treść § 8 stanowiącym, że kwota 4 250 577 zł może stanowić maksymalne zobowiązanie Kasy Chorych w stosunku do świadczeniodawcy pozwalało na wysunięcie wniosku, iż strona pozwana zobowiązała się zapłacić za świadczenia zakontraktowane tj. za świadczenia w liczbie i wartości określonej w załącznikach do umowy, według specyfikacji ilościowo wartościowej wiążącej obydwie strony.

W wyniku tego rodzaju postanowienia umownego nie powstaje bowiem zobowiązanie o charakterze gwarancyjnym. Ewentualna odmowa podjęcia negocjacji,

gdyby taki obowiązek był zastrzeżony w umowie, mogłaby jedynie uzasadnić roszczenie odszkodowawcze, ale w razie wykazywania i wykazania jego przesłanek (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK 365/03 niepubl.).

Pewna niejednolitość judykatury dotyczyła jedynie świadczeń ratujących życie, tj. których wykonanie na podstawie art. 7 ustawy z dnia 14 października 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz. U. z 1997 r. Nr 104, poz. 661 ze zm.) i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r., o zawodzie lekarza (tekst jedn.: Dz. U. z 1998 r. Nr 64, poz. 729) przez świadczeniodawców ma charakter bezwzględny, wyprzedzający ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Według przeważającego zapatrywania powinna je pokryć Kasa Chorych, a obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia (por. wyżej powołany już wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK 365/03 i z dnia 16 czerwca 2004 r. III CK 143/03 niepubl.) Jedynie w wyroku z dnia 25 czerwca 2004 r., II CK 207/03, (niepubl.) Sąd Najwyższy zajął w omawianej kwestii nieco odmienne stanowisko. Powód jednak nawet nie podnosił jakoby świadczył tego rodzaju świadczenia zdrowotne, a więc kwestia ta nie mogła mieć znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. Skoro ani z zawartej przez strony umowy, ani z przepisów kodeksu cywilnego i ustawy o świadczeniach zdrowotnych nie wynikało zobowiązanie Kasy Chorych do sfinansowania powódce świadczeń ponadlimitowych, nie objętych postanowieniem § 7 ust. 1 umowy, to dochodzonego przez powoda roszczenia nie można było uznać za uzasadnione.

Już z tych względów kasacja musiała ulec uwzględnieniu i to bez potrzeby rozważania dalszych zarzutów. Nieistnienie bowiem roszczenia w sensie materialnoprawnym, czyniło bezprzedmiotowe rozważania kwestii jego przedawnienia i uznania niewłaściwego.

Z tych względów kasacja uległa uwzględnieniu (art. 393<sup>15</sup> k.p.c. obowiązujący do dnia 5 lutego 2005 r.).