



Sygn. akt III CK 620/04

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 maja 2005 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Mirosław Bączyk (przewodniczący)

SSN Teresa Bielska-Sobkowicz (sprawozdawca)

SSN Barbara Myszka

w sprawie z powództwa Prywatnego Szpitala Położniczo - Ginekologicznego sp. z o.o. w K.

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

o zapłatę,

po rozpoznaniu w Izbie Cywilnej w dniu 20 maja 2005 r., na rozprawie kasacji strony powodowej od wyroku Sądu Apelacyjnego z dnia 12 maja 2004 r., sygn. akt I ACa (...),

oddala kasację i zasądza od powoda na rzecz pozwanego 5400 (pięć tysięcy czterysta) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania kasacyjnego.

Uzasadnienie

Wyrokiem z dnia 5 lutego 2004 r. Sąd Okręgowy w K. oddalił powództwo Prywatnego Szpitala Położniczo-Ginekologicznego sp. z o.o. w K. przeciwko (...) Oddziałowi Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w K. o zapłatę kwoty 339.100 zł wraz z odsetkami tytułem zapłaty za ponadlimitowe świadczenia zdrowotne wykonane w 2002 r.

Z dokonanych ustaleń wynika, że (...) Regionalna Kasa Chorych, będąca poprzednikiem prawnym pozwanego, zawarła z powodem w dniu 20 czerwca 2001 r. umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia zamkniętego (ginekologia i położnictwo). Ilość zakontraktowanych świadczeń została określona na podstawie przewidywań i symulacji, wobec czego w zawartej umowie przewidziano dodatkowy sposób rozliczania ilości wykonywanych świadczeń na wypadek systematycznego przekraczania liczby zakontraktowanych świadczeń w okresie ½ okresu rozliczeniowego. W sytuacji takiej Kasa Chorych mogła wystąpić z propozycją ustalenia nowych warunków finansowych.

W dniu 2 stycznia 2003 r. strona powodowa wystawiła rachunek na kwotę 339.100 zł, nieuwzględniony przez stronę pozwaną, która to przesłała powodowi projekt porozumienia w sprawie zasad finansowania świadczeń, zgodnie z którym zaproponowała zapłatę 33% ceny za wykonane świadczenia zdrowotne ponad zakontraktowaną ilość. Powód nie wyraził na tę propozycję zgody i podtrzymał swe żądania zapłaty 100% wartości świadczeń ponadlimitowych, na co z kolei pozwana nie wyraziła zgody.

W ocenie Sądu Okręgowego, strona pozwana nie jest zobowiązana do płacenia świadczeniodawcy za wszystkie udzielone usługi, gdyż podważałoby to sens zawierania jakichkolwiek umów, natomiast wywiązała się ona z klauzuli renegeacyjnej w wyniku złożenia propozycji sfinansowania świadczeń wykonanych ponad limit. Z kolei powód, godząc się na zapisy zawieranej umowy, był świadomy ich konsekwencji. Sąd nie podzielił stanowiska powoda, iż przedmiotowe roszczenie znajduje podstawę w przepisach o prowadzeniu cudzych spraw bez zlecenia, czy o bezpodstawnym wzbogaceniu.

Apelację powoda oddalił Sąd Apelacyjny wyrokiem z dnia 12 maja 2004 r., dzieląc dokonane ustalenia i oceny prawne.

Wyrok Sądu Apelacyjnego zaskarżył powód kasacją opartą na obu podstawach kasacyjnych określonych w art. 393¹ k.p.c. W ramach pierwszej z nich zarzucił naruszenie prawa materialnego przez niewłaściwe zastosowanie art. 65 i 66 k.c. poprzez przyjęcie, że złożone przez pozwanego oświadczenie woli w projekcie porozumienia było ofertą, a nie uznaniem przez pozwanego długu. Natomiast w ramach drugiej podstawy zarzucił naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez zastosowanie zbyt daleko idącej swobody w zakresie oceny materiału dowodowego. W konkluzji wnosił o zmianę zaskarżonego wyroku.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje.

W pierwszej kolejności podlegają rozważeniu zarzuty podnoszone w ramach drugiej podstawy kasacyjnej, bowiem ustalony stan faktyczny sprawy wiąże Sąd Najwyższy (art. 393¹¹ k.p.c.) i jest miarodajny dla oceny prawidłowości wykładni czy też zastosowania konkretnych przepisów prawa materialnego. Jedynym zarzutem natury proceduralnej, postawionym przez skarżącego, jest naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. W ocenie skarżącego, przepis ten został naruszony poprzez przekroczenie granic swobody oceny materiału dowodowego i w konsekwencji wydanie orzeczenia na podstawie tylko jednego, w dodatku wadliwie interpretowanego postanowienia umowy. Zarzut ten nie jest trafny. Trzeba zwrócić uwagę, że w orzecznictwie Sądu Najwyższego wyjaśniono wyraźnie, iż art. 233 § 1 k.p.c. wyjątkowo tylko może stanowić skuteczną podstawę kasacyjną, gdy dokonana przez sąd drugiej instancji ocena dowodów jest rażąco wadliwa, sprzeczna z zasadami logicznego rozumowania, bądź też, gdy nie jest wszechstronna, została dokonana bez uwzględnienia niektórych dowodów, albo też oparta została na wadliwie zebranych materiałach dowodowych. Wtedy jednak skarżący powinien przytoczyć w podstawie kasacyjnej te przepisy regulujące postępowanie dowodowe, które zostały przez sąd drugiej instancji naruszone. Podkreślić należy, że nie trafność oceny dowodów, lecz jej legalność jest przedmiotem oceny Sądu Najwyższego. Skarżący takich przepisów nie przytoczył, nie wskazał też konkretnych dowodów, które pominąć miał Sąd Apelacyjny, co prowadzić miało do niepełnej i wybiórczej ich oceny. Uzasadnienie tego zarzutu sprowadza się do twierdzenia, że ocenie Sądu poddano tylko jedno z wielu postanowień umowy. W związku z tak postawionym zarzutem należy zauważyć, że dowodem w sprawie jest umowa, a nie jej poszczególne postanowienia. Ustaleniem faktycznym objęta jest treść umowy, podczas gdy jej wykładnia, oparta na analizie poszczególnych postanowień, należy do sfery materialnoprawnej. Jeżeli zatem skarżący zarzucał w kasacji, że ocena umowy nie uwzględnia wszystkich jej postanowień, to taki zarzut w istocie nie dotyczy naruszenia art. 233 § 1 k.p.c., ale naruszenia prawa materialnego i jest przedmiotem oceny Sądu Najwyższego w ramach pierwszej podstawy kasacyjnej.

Przechodząc zatem do rozważań odnoszących się do zarzutów natury materialnoprawnej, należy zwrócić uwagę na następujące kwestie.

Sprawa dotyczy żądania zapłaty za tzw. ponadlimitowe świadczenia zdrowotne, udzielone przez skarżącego w wykonaniu umowy o świadczenie usług zdrowotnych, zawartej w dniu 20 czerwca 2002 r. z (...) Regionalną Kasą Chorych - poprzednikiem

prawnym pozwanego. Zasady udzielania przez powoda świadczeń zdrowotnych oraz ich finansowania przez kasę chorych w okresie obowiązywania umowy określone zostały przez strony pod rządem art. 53 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.; dalej - puz). Nie ulega wątpliwości, że umowa o świadczenie usług zdrowotnych charakteryzuje się specyfiką wynikającą z przepisów puz. Ustawa ta określała tryb zawierania umów (obligatoryjny konkurs ofert - art. 54 i nast.), obowiązkowe postanowienia umowy (art. 53 ust. 4). Nakładała też szczególne obowiązki na kasy chorych. Wymienienie wszystkich nie jest niezbędne, wystarczy wskazać na obowiązek równoważenia przychodów z kosztami (art. 53 ust. 3 pkt 1) i obowiązek przestrzegania zasady, że suma kwot zobowiązań kasy chorych ze wszystkich zawartych umów musi się mieścić w planie finansowym kasy (art. 53 ust. 3 pkt 2). Poza zatem specyficznymi wymogami określonymi w puz, do umów o świadczenie usług zdrowotnych należy stosować przepisy kodeksu cywilnego.

Z ugruntowanego orzecznictwa Sądu Najwyższego wynika, że cytowana wyżej ustawa nie narzucała kasom chorych obowiązku zapłaty za świadczenia zdrowotne udzielone ponad określony w niej limit, przeciwnie – obowiązkiem stron wynikającym z art. 53 ust. 4 p.u.z. było określenie maksymalnej kwoty zobowiązania kasy wobec świadczeniodawcy. Zasadnicze zatem znaczenie dla wzajemnych rozliczeń stron mają postanowienia umowy, które należy wyklądać zgodnie z zasadami wykładni określonymi w art. 65 k.c., mając też na uwadze zasady współzycia społecznego, a także słuszny interes pacjentów, ewentualnie również monopolistyczną pozycję kasy chorych.

Oceniając z tego punktu widzenia zawartą przez strony umowę, trzeba w pierwszym rzędzie zauważyć, że zgodnie z obowiązkiem określonym w art. 53 ust. 4 p.u.z. precyzyjnie wskazywała zarówno limit świadczeń zdrowotnych, jak też maksymalną kwotę zobowiązań kasy. Jednocześnie jednak, wobec tego, że limit świadczeń strony określiły – jak to ustalono w sprawie - na podstawie symulacji i przewidywań, umowa zawierała też pewne postanowienia na wypadek, gdyby okazało się, że limit został określony błędnie. Strony zatem zdawały sobie sprawę z tego, że może zaistnieć potrzeba zmiany warunków umowy. Jednak, wbrew zarzutom kasacji, nie oznacza to istnienia obowiązku kasy chorych dokonania zmian w umowie w taki sposób, aby świadczeniodawca uzyskał zapłatę za wszystkie wykonane usługi. Z zawartej bowiem umowy wynikało (§ 15), że w takiej sytuacji po półrocznym okresie obowiązywania umowy kasa mogła wystąpić z propozycją ustalenia nowych warunków finansowych, które jednak miały być oparte na zasadach określonych w pierwotnie

zawartej umowie. Zasady te zaś określały, że kasa zapłaci za wszystkie ponadlimitowe świadczenia określone w § 1 ust. 5 umowy, a więc za świadczenia ratujące życie pacjentów, natomiast jeśli chodzi o świadczenia innego rodzaju, to przy ich finansowaniu kasa musi przestrzegać zasad określonych w art. 53 ust. 4 p.u.z. i uwzględniać plan finansowy. Z samej więc umowy stron wynikało, że strony nie wykluczały możliwości finansowania przynajmniej w pewnym zakresie świadczeń ponadlimitowych, jednak mogło to nastąpić wtedy tylko, gdy sytuacja finansowa kasy na to pozwalała. Nie można w żadnym wypadku uznać, by kasa chorych zobowiązała się finansować wszystkie usługi ponadlimitowe, bowiem z umowy taki obowiązek nie wynika, a gdyby nawet takie ustalenie zawarto w umowie, to byłoby sprzeczne z art. 53 ust. 4 p.u.z. Trafnie ponadto orzekające w sprawie Sądy wskazały, że sens zawierania umowy byłby znikomy, gdyby uznać, że niezależnie od jej zapisów na kasie chorych ciąży obowiązek zapłaty za wszystkie usługi zdrowotne wykonane przez skarżącego ponad określony w niej limit.

Wbrew także zarzutom skarżącego, z umowy nie wynikał obowiązek renegotjacji umowy, lecz tylko taka możliwość, która zresztą została wykorzystana. Zobowiązanie się przez kasę chorych do uregulowania 100% kosztów poniesionych przez skarżącego na wykonanie usług ratujących zdrowie pacjentów i wykonanie tego obowiązku oznacza zmianę warunków umowy, gdy chodzi o określenie ilości świadczeń zdrowotnych. Jeżeli zaś chodzi o pozostałe świadczenia ponadlimitowe, kasa złożyła skarżącemu, podobnie zresztą jak innym świadczeniodawcom, propozycję sfinansowania ich w wysokości 33% poniesionych kosztów. Złożyła zatem oświadczenie woli w przedmiocie renegotjacji umowy, stanowiące ofertę jej zmiany w tym zakresie (art. 66 k.c.). Oferty tej skarżący nie przyjął, żądając zapłaty w wysokości 100%, nie doszło zatem do zmiany umowy. Wbrew zarzutom skarżącego, kwalifikując oświadczenie woli poprzedniczki prawnej pozwanego jako oferty Sąd drugiej instancji nie naruszył art. 66 k.c. Nie można uznać, jak chce skarżący, by to oświadczenie stanowiło uznanie długu. Takie uznanie byłoby możliwe, gdyby z oświadczenia kasy wynikało, że jest zobowiązana do zapłaty za inne niż ratujące życie świadczenia ponadlimitowe. Takiego wniosku jednak wyprowadzić nie można, w żadnym bowiem wypadku kasa chorych takiego oświadczenia nie złożyła, przedstawiając jedynie propozycję zmiany umowy w tym przedmiocie. Okoliczność zaś, że taka propozycja została złożona później niż po 6 miesiącach obowiązywania umowy, nie ma znaczenia dla jej prawnej kwalifikacji. Gdyby bowiem przyjąć, jak chce skarżący, że kasa nie mogła renegotjować umowy w późniejszym okresie, to konsekwencją takiego stanowiska było uznanie, że do zmiany umowy w żadnym zakresie (także gdy

chodzi o świadczenia określone w § 1 ust. 5 umowy) nie doszło, bowiem kasa chorych po upływie 6 miesięcy obowiązywania umowy nie przystąpiła do negocjacji jej nowych warunków. Jak jednak wskazał Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK 365/03, (nie publ.), odmowa „renegocjacji” nie tworzy wiarygodności w wysokości zgłoszonego roszczenia. W wyniku tego rodzaju postanowienia umownego nie powstaje bowiem zobowiązanie o charakterze gwarancyjnym, a obowiązek negocjacji nie został zabezpieczony karą umowną lub innym zabezpieczeniem o charakterze bezwzględny. W takiej sytuacji możnaby ewentualnie rozważać, czy kasa nie nadużyła swojej monopolistycznej pozycji, odmawiając renegocjacji umowy pomimo posiadania środków finansowych, oraz czy zawiniona odmowa podjęcia negocjacji może uzasadniać roszczenie odszkodowawcze, oczywiście w razie wykazania przez powoda pozostałych przesłanek takiej odpowiedzialności, tj. winy, szkody i związku przyczynowego. Takiego jednak roszczenia skarżący nie wywodził, a w kasacji brak tego rodzaju zarzutów. Można tylko wspomnieć, że wobec ustalenia, że rok finansowy 2002 kasa chorych zamknęła stratą w wysokości 15 mln. zł, roszczenie oparte na twierdzeniu, że pomimo posiadania środków pieniężnych kasa w sposób zawiniony odmówiła finansowania świadczeń ponadlimitowych, byłoby co najmniej wątpliwe.

Wobec powyższego orzeczono jak w sentencji na podstawie art. 393¹² k.p.c. w brzmieniu obowiązującym przez zmianą wprowadzoną ustawą z dnia 22 grudnia 2004 r. o zmianie ustawy – kodeks postępowania cywilnego oraz ustawy – prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz. U. z 2005 r. Nr 13, poz.98), a to z uwagi na przepis art. 3 tejże ustawy.