



Sygn. akt III CSK 327/14

## **WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 28 maja 2015 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Irena Gromska-Szuster (przewodniczący)

SSN Krzysztof Pietrzykowski

SSN Agnieszka Piotrowska (sprawozdawca)

Protokolant Katarzyna Bartczak

w sprawie z powództwa Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej sp. z o.o. w K.  
przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W.

o zapłatę,

po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej

w dniu 28 maja 2015 r.,

skargi kasacyjnej strony pozwanej

od wyroku Sądu Apelacyjnego

z dnia 15 kwietnia 2014 r.,

**oddala skargę kasacyjną i zasądza od strony pozwanej  
na rzecz strony powodowej koszty postępowania kasacyjnego  
w kwocie 3.600 (trzy tysiące sześćset) złotych.**

UZASADNIENIE

Sąd Okręgowy w K. oddalił powództwo Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej sp. z o.o. w K. (dalej NZOZ) przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. (dalej NFZ) o zasądzenie 433 280 zł z ustawowymi odsetkami liczonymi od wskazanych przez powoda kwot i dat.

Sąd pierwszej instancji ustalił, że strony zawarły w dniu 22 grudnia 2006 roku umowę o udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej obowiązującą do dnia 31 grudnia 2010 roku. W dniu 28 grudnia 2010 r. strona powodowa złożyła wnioski o uznanie za aktywne deklaracji złożonych uprzednio przez pacjentów do tych lekarzy poz, którzy przed dniem 1 stycznia 2011 r. zakończyli pracę u powoda (dotyczyło to łącznie 19 lekarzy: 8 lekarzy w 2008 r., 6 lekarzy w 2009 r., 4 lekarzy w pierwszej połowie 2010 r. i 1 lekarza w dniu 31 grudnia 2010 r.). Strona pozwana wyraziła zgodę na finansowanie do dnia 30 czerwca 2011 r. tylko deklaracji złożonych do lekarza, który zakończył pracę u powoda w dniu 31 grudnia 2010 roku, odmawiając uwzględnienia wniosku powoda w pozostałej części. W dniu 25 stycznia 2011 roku strony zawarły kolejną umowę o udzielanie przez powoda świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w okresie od dnia 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. Lekarze, którzy zaprzestali wykonywania pracy u powoda przed dniem 1 stycznia 2011 r., nie zostali wykazani w harmonogramie załączonym do tej umowy.

W piśmie z dnia 1 sierpnia 2011 r., powód, powołując się na pismo Minister Zdrowia z dnia 21 lipca 2011 r. skierowane do Prezesa NFZ, ponownie wystąpił do pozwanego o uwzględnienie w wypłacanym wynagrodzeniu stawki kapitałowej za pacjentów, którzy byli uprzednio zaoptowani do lekarzy poz pracujących u powoda do dnia 31 grudnia 2010 roku i nie złożyli następnie nowych deklaracji. Powód powołał się na paragraf 4 ust. 1-3 umowy z dnia 25 stycznia 2011 roku oraz wskazany w piśmie Minister Zdrowia § 10a zarządzenia Prezesa NFZ nr .../2010/DSOZ z dnia 1 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o świadczenia w rodzaju: podstawowa opieka

zdrowotna. Przepis ten przewidywał, że w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń u świadczeniodawcy przez lekarza poz, świadczeniodawca udziela świadczeń świadczeniobiorcom zadeklarowanym do tego lekarza do czasu dokonania ponownego wyboru lekarza poz. Złożone uprzednio deklaracje zachowują swoją ważność do czasu ponownego złożenia deklaracji przez świadczeniobiorcę. Świadczeniodawca zobowiązany jest do podjęcia działań zmierzających do zachowania norm dotyczących liczby świadczeniobiorców określonych warunkami zawierania umów. Podobne postanowienie zawarto w paragrafie 4 umowy z dnia 25 stycznia 2011 roku. Sąd ustalił, że w okresie od dnia 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 października 2011 r. należność za pacjentów, zadeklarowanych do lekarzy, którzy przed dniem 1 stycznia 2011 r. zaprzestali pracy u powoda (z wyjątkiem przypisanych do lekarza A. P. za okres do czerwca 2011 r.) wyniosłaby 387 025,80 zł.

Oddalając powództwo Sąd Okręgowy podzielił stanowisko pozwanego i uznał, że pod rządami umowy z dnia 25 stycznia 2011 roku, powód nie miał obowiązku pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń na rzecz tych pacjentów, którzy zadeklarowali się do lekarzy zatrudnionych u powoda do dnia 31 grudnia 2010 roku, a następnie nie złożyli nowych deklaracji wskazujących lekarzy aktualnie pracujących u powoda, a pozwany nie był zobowiązany do opłacania stawki kapitacyjnej za takich pacjentów. Powód w okresie od stycznia do sierpnia 2011 r. nie wykazywał w swoich sprawozdaniach deklaracji złożonych pod rządami poprzedniej umowy do lekarzy nie udzielających już u niego świadczeń, a zaczął to robić dopiero od września 2011 r.

Po rozpoznaniu apelacji powoda, Sąd Apelacyjny wyrokiem z dnia 15 kwietnia 2014 r. zmienił zaskarżony wyrok w punkcie I w ten sposób, że zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 387 025,80 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 14 grudnia 2011 roku, oddalił powództwo i apelację w pozostałej części i orzekł o kosztach postępowania. Podtrzymując ustalenia Sądu Okręgowego i uzupełniając je o dane dotyczące liczby lekarzy zatrudnionych u powoda w okresie obowiązywania umowy z dnia 25 stycznia 2011 roku, Sąd Apelacyjny dokonał odmiennej interpretacji łączących strony umów i uznał, że powodowi przysługuje wskazana wyżej kwota 387 025,80 zł z tytułu odszkodowania za nienależyte

wykonanie przez pozwanego umowy z dnia 25 stycznia 2011 roku polegające na odmowie wypłaty należnego powodowi wynagrodzenia za świadczenie gotowości do udzielenia świadczeń zdrowotnych pacjentom legitymującym się nadal ważnymi deklaracjami wyboru lekarza poz.

W skardze kasacyjnej pozwany zarzucił naruszenie prawa materialnego tj. art. 65 k.c. w związku z art. 132 ust. 1 w związku z art. 155 ust. 1 oraz art. 156 ust. 1, art. 56 ust. 1 w związku z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, naruszenie art. 354 § 1 i 2 k.c., naruszenie art. 9 art., art. 44 ust. 1-3 oraz art. 53 ust. 1-2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, a także art. 11 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 roku o odpowiedzialności z naruszenie dyscypliny finansów publicznych. Skarżący zarzucił ponadto uchybienie przepisom postępowania, tj. art. 233 § 1 k.p.c., art. 227 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. Wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i wydanie orzeczenia reformatoryjnego oddalającego apelację powoda lub przekazanie sprawy Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Nie zasługują na uwzględnienie zarzuty naruszenia przepisów postępowania tj. art. 233 § 1 k.p.c. oraz art. 227 w związku z art. 391 § 1 k.p.c. przez poczynienie ustaleń sprzecznych z zebrany w sprawie materiałem dowodowym, w szczególności przez błędne ustalenie treści stosunku prawnego łączącego strony; są one niedopuszczalne z uwagi na naruszenie zakazu sformułowanego w art. 398<sup>3</sup> § 3 k.p.c. Kwalifikacja prawna stosunku nawiązanego między stronami na podstawie kolejnych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej - z dnia 22 grudnia 2006 roku oraz z dnia 25 stycznia 2011 roku (dalej jako umowy poz) należy do sfery stosowania prawa materialnego a nie procesowego. Fakt zawarcia tych umów oraz ich literalna treść nie były sporne; zasadnicze zarzuty skargi kasacyjnej dotyczą naruszenia art. 65 k.c. przez dokonanie błędnej wykładni postanowień wymienionych umów skutkującej niezasadnym, zdaniem skarżącego, uwzględnieniem powództwa.

Art. 65 § 1 k.c. przewiduje, że oświadczenie woli należy tak tłumaczyć, jak tego wymagają ze względu na okoliczności, w których złożone zostało, zasady współżycia społecznego oraz ustalone zwyczaje. Stosownie do art. 65 § 2 k.c. w umowach należy raczej badać, jaki był zgodny zamiar stron i cel umowy, aniżeli opierać się na jej dosłownym brzmieniu. Dokonując wykładni spornego pisemnego postanowienia umownego, a więc przeprowadzając operację intelektualną zmierzającą do ustalenia znaczenia złożonych przez strony oświadczeń woli, należy wyjść od językowej analizy treści paragrafu 4 ust. 1 i 3 umowy poz z dnia 25 stycznia 2011 roku. Przewiduje on, że cyt. „w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń u świadczeniodawcy przez lekarza poz, świadczeniodawca udziela świadczeń świadczeniobiorcom zadeklarowanym do tego lekarza do czasu dokonania ponownego wyboru lekarza poz. Złożone uprzednio deklaracje zachowują swoją ważność do czasu ponownego złożenia deklaracji przez świadczeniobiorcę. Świadczeniodawca zobowiązany jest do podjęcia działań zmierzających do zachowania norm dotyczących liczby świadczeniobiorców określonych warunkami zawierania umów”. To postanowienie umowne odpowiada dokładnie swoją treścią paragrafowi 10a zarządzenia Prezesa NFZ nr .../2010/DSOZ z dnia 1 grudnia 2009 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, zmienionego zarządzeniem Prezesa NFZ z dnia 29 grudnia 2009 roku, stosownie do którego „w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń u świadczeniodawcy przez lekarza poz, świadczeniodawca udziela świadczeń świadczeniobiorcom zadeklarowanym do tego lekarza do czasu dokonania ponownego wyboru lekarza poz. Złożone uprzednio deklaracje zachowują swoją ważność do czasu ponownego złożenia deklaracji przez świadczeniobiorcę. Świadczeniodawca zobowiązany jest do podjęcia działań zmierzających do zachowania norm dotyczących liczby świadczeniobiorców określonych warunkami zawierania umów”. Identyczne brzmienie miał także paragraf 5 poprzedniej umowy poz z 22 grudnia 2006 roku (z aneksami).

Istota sporu sprowadzała się do tego, czy pod rządami nowej umowy poz z dnia 25 stycznia 2011 roku zachowały swoją ważność deklaracje złożone przez pacjentów do tych lekarzy poz, którzy zaprzestali pracy w powodowym NZOZ

w okresie do końca 2010 roku, a więc przed zawarciem wskazanej umowy poz z dnia 25 stycznia 2011 roku. W rezultacie – czy za tych pacjentów, którzy po dniu 1 stycznia 2011 roku nie złożyli w miejsce uprzednich deklaracji - nowych deklaracji wyboru lekarza poz aktualnie u powoda zatrudnionego, przysługuje powodowi za sporny okres wynagrodzenie za świadczenie gotowości do ich leczenia w wysokości przewidzianej w umowie z dnia 25 stycznia 2011 roku.

Wbrew zarzutom skarżącego, Sąd Apelacyjny dokonał prawidłowej wykładni zarówno wskazanych w skardze kasacyjnej przepisów ustawy, jak i postanowień obu wymienionych umów poz, mając na względzie nie tylko literalne ich brzmienie, ale także cel tych umów oraz zasady funkcjonowania systemu świadczeń zdrowotnych poz w świetle ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz.U. z 2015 r., poz. 581 j.t. dalej u.ś.f.ś.p. ).

Przez zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej poz ( art. 132 u.ś.f.ś.p.) powstaje między świadczeniodawcą i pozwanym NFZ stosunek zobowiązaniowy, do którego stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy wskazanej wyżej ustawy nie stanowią inaczej (art. 155 u.ś.f.ś.p.). Do stosunku tego ma zastosowanie art. 354 k.c., zgodnie z którym dłużnik powinien wykonać zobowiązanie zgodnie z jego treścią i w sposób odpowiadający jego celowi społeczno-gospodarczemu oraz zasadom współżycia społecznego, a jeżeli istnieją w tym zakresie ustalone zwyczaje - także w sposób odpowiadający tym zwyczajom, i w taki sam sposób powinien współdziałać przy wykonaniu zobowiązania wierzyciel. Umowa ma charakter umowy dwustronnie zobowiązującej, co oznacza, że każda ze stron ma jednocześnie status wierzyciela i dłużnika.

Podstawowym celem umów poz jest zagwarantowanie osobom ubezpieczonym oraz innym osobom wskazanym w ustawie i w ślad za regulacjami ustawowymi w umowie poz, określonych świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. System ma być przyjazny dla pacjenta, gwarantujący podstawową opiekę zdrowotną, przejrzysty co do zasad wynagradzania świadczeniodawcy i zapobiegający nadużyciom ze szkodą dla interesu publicznego i puli środków publicznych przeznaczonych na finansowanie szeroko rozumianej służby zdrowia

w Polsce. Temu ostatniemu celowi służy rozbudowana sprawozdawczość i kontrola sprawowana przez pozwany NFZ. Stosunki prawne zawiązywane w trójkącie - uprawniony do świadczeń, świadczeniodawca i NFZ opierają się na różnych podstawach prawnych. Z punktu widzenia rozpatrywanej sprawy istotna jest podstawa prawna stosunku między świadczeniodawcą i NFZ, czyli wskazana wyżej umowa poz.

System udzielania świadczeń zdrowotnych poz opiera się na prawie pacjenta do swobodnego wyboru świadczeniodawcy (art. 28 u.ś.f.ś.p.), co w praktyce oznacza obowiązek uprawnionego do świadczeń złożenia pisemnej deklaracji o określonym wzorze, ze wskazaniem lekarza poz zatrudnionego u danego świadczeniodawcy, którego pacjent wybiera jako „swojego” lekarza poz. Wynagrodzenie przysługujące świadczeniodawcy rozlicza się według stawek kapitacyjnych przysługujących na każdego zadeklarowanego uprawnionego do świadczeń, nie zaś według liczby faktycznie udzielonych w określonym okresie świadczeń zdrowotnych. Ma to zasadnicze znaczenie dla finansowania podstawowej opieki zdrowotnej. System zasadza się bowiem na ciągłości opieki zdrowotnej, którą są objęci pacjenci i inne osoby uprawnione, zaoptowane do określonego świadczeniodawcy i zatrudnionego u niego lekarza poz, gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych tym uprawnionym, co polega między innymi na zapewnieniu właściwej liczby personelu medycznego oraz infrastruktury niezbędnej do udzielania świadczeń oraz swoistej zasady solidaryzmu polegającej na tym, że w sytuacji, gdy nie wszyscy uprawnieni faktycznie korzystają ze świadczeń poz, należna za nich stawka kapitacyjna służy pokrywaniu kosztów świadczeń faktycznie udzielonych i, szerzej, kosztów działalności danego świadczeniodawcy. Z punktu widzenia uprawnionego do świadczeń nie ma najmniejszego znaczenia, na jaki okres są zawierane między świadczeniodawcą i NFZ poszczególne, kolejne umowy poz, jeśli na ich podstawie jest kreowany nieprzerwany, ciągły okres, w którym ubezpieczony jest objęty podstawową opieką zdrowotną wybranego przez niego, w drodze złożenia deklaracji, świadczeniodawcy. W tym znaczeniu można mówić, jak to ujął Sąd Apelacyjny, o ciągłości stosunku prawnego powstałego w oparciu o kolejno zawierane po sobie umowy poz, którego istotą i treścią jest świadczenie na rzecz osoby trzeciej czyli ubezpieczonego pacjenta,

W świetle przytoczonych wyżej przepisów zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 1 grudnia 2009 roku oraz postanowień obu umów poz, uprawniony jest pogląd, że nie ma znaczenia dla wynagrodzenia należnego świadczeniodawcy w formie stawki kapitacyjnej to, czy wskazany przez pacjenta w deklaracji wyboru lekarz poz nadal pracuje w danej placówce medycznej czy już nie pracuje, skoro do momentu złożenia przez pacjenta nowej deklaracji wyboru lekarza poz, jego poprzednia deklaracja zachowuje ważność. Oznacza to, że taki pacjent nadal jest objęty podstawową opieką medyczną tego samego świadczeniodawcy, który zobowiązany jest udzielić mu świadczenia w zamian za co przysługuje mu ustalone w umowie z NFZ wynagrodzenie. Do momentu złożenia nowej deklaracji wyboru pacjent jest więc uważany za pacjenta zaoptowanego do dotychczasowego świadczeniodawcy i jest objęty jego podstawową opieką medyczną w zamian za stawkę kapitacyjną uiszczaną świadczeniodawcy przez pozwaną NFZ za samą gotowość świadczeniodawcy do udzielania świadczeń uprawnionemu w razie potrzeby. Wbrew więc zarzutom skarżącego, ustalając treść stosunku prawnego w sposób przedstawiony w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, Sąd Apelacyjny nie dopuścił się naruszenia art. 65 k.c. ani art. 354 k.c.

Interpretacja umów poz zaproponowana przez pozwaną NFZ, stosownie do której deklaracje złożone w przeszłości przez pacjentów do byłych lekarzy poz, którzy zakończyli pracę w powodowym NZOZ do końca 2010 roku, nie zachowują swojej ważności pod rządami nowej umowy poz z dnia 25 stycznia 2011 roku, jest nie tylko sprzeczna z treścią przytoczonych wyżej postanowień obu umów poz i zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 1 grudnia 2009 roku, ale prowadzi także do paradoksalnego rezultatu. Z jednej bowiem strony z zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 1 grudnia 2009 roku oraz treści obu umów poz wynika, że złożone uprzednio przez pacjentów deklaracje wyboru dotyczące niepracujących już u powoda lekarzy poz, zachowały swoją ważność, skoro pacjenci nie złożyli nowych deklaracji. Wskazane regulacje nie odnoszą problemu okresu ważności tych poprzednich deklaracji do czasu trwania konkretnej umowy poz. Nie przewidują konsekwencji nie złożenia przez pacjentów nowych deklaracji wyboru w postaci pozbawienia pacjentów prawa do świadczeń poz u wybranego poprzednio świadczeniodawcy. Jeśli pacjenci nie są pozbawieni prawa do świadczeń poz udzielanych



przez świadczeniodawcę, to temu świadczeniodawcy przysługuje prawo do wynagrodzenia za gotowość ich udzielania.

Argumentacja pozwanego NFZ prowadzi natomiast do wniosku, że skoro pacjenci zaoptowani do byłych już lekarzy poz, nie złożyli pod rządami nowej umowy z dnia 25 stycznia 2011 roku nowych deklaracji wyboru innego, aktualnie zatrudnionego lekarza poz, to znaleźli się nagle poza systemem poz, skoro powodowi odmówiono wynagrodzenia za objęcie takich pacjentów opieką medyczną w zakresie poz po dniu 1 stycznia 2011 roku i świadczoną przez powoda gotowość do udzielenia im świadczeń zdrowotnych przy wystarczającej w tym celu i właściwej, zgodnej z umową, liczbie lekarzy poz. Jeszcze raz należy przypomnieć, że świadczeniodawca nie ma możliwości zmuszenia pacjentów do złożenia ponownych deklaracji wyboru w razie zaprzestania pracy przez pierwotnie wybranego przez nich lekarza poz u tego samego świadczeniodawcy, a uprzednie deklaracje zachowują, zgodnie z przepisami zarządzenia Prezesa NFZ oraz postanowieniami umownymi, swoją ważność. Ani przepisy ustawy ani przepisy zarządzenia Prezesa NFZ ani postanowienia umowne nie przewidują jakichkolwiek negatywnych skutków braku złożenia tych nowych deklaracji wyboru dla pacjentów w postaci pozbawienia ich opieki medycznej w zakresie poz ani dla świadczeniodawców w postaci pozbawienia ich wynagrodzenia przysługującego w zamian za gotowość udzielenia świadczeń uprawnionym do nich pacjentom.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia przez powoda postanowień umownych dotyczących zasad przedkładania stronie pozwanej stosownej dokumentacji (§ 2 ust. 1, § 5 ust. 1 pkt 1 lit. a oraz § 6 ust. 1 umowy) należy, nie deprecjonując znaczenia formalnej prawidłowości sposobu rozliczeń świadczeniodawców z NFZ, wskazać, że te braki były konsekwencją stanowiska samego pozwanego odmawiającego uznania za ważne deklaracji złożonych uprzednio przez pacjentów do niepracujących już u powoda lekarzy poz, stanowiska, jak prawidłowo ocenił Sąd Apelacyjny, niezasadnego i pozbawionego podstaw prawnych. Te uchybienia formalne nie mogły mieć więc decydującego znaczenia dla oddalenia roszczenia powoda, czego domagał się pozwany.

W świetle powyższych rozważań rozstrzygnięcie Sądu Apelacyjnego uznać należy za trafne i zgodne z prawem. Zasadzając odszkodowanie z tytułu nienależytego wykonania przez pozwaną NFZ umowy poz z dnia 25 stycznia 2011 roku, Sąd Apelacyjny nie dopuścił się zarzucanego w skardze kasacyjnej naruszenia art. 9 ,44 ust. 1-3 oraz art. 53 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (t.j. Dz. U. 2013, poz. 885) ani art. 11 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 roku o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz. U. z 2004 r., nr 14, poz. 114). Rozstrzygając spór o charakterze cywilnoprawnym, powstały w relacji między równorzędnymi podmiotami, dotyczący kwestii nienależytego wykonania łączącej te podmioty umowy cywilnoprawnej, sąd nie ingeruje bowiem w regulowaną wspomnianymi ustawami dziedzinę gospodarowania finansami publicznymi, stąd zarzut ten, zresztą bliżej w skardze kasacyjnej nie uzasadniony, nie zasługiwał na uwzględnienie.

W tym stanie rzeczy orzeczono jak w sentencji (art. 398<sup>14</sup> k.p.c.).