



Sygn. akt IV CSK 536/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 maja 2014 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Barbara Myszka (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Mirosław Bączyk

SSA Katarzyna Polańska-Farion

w sprawie z powództwa Miejskiej Przychodni Specjalistycznej w T.
przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia z siedzibą w W.
o zapłatę,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej
w dniu 22 maja 2014 r.,
skargi kasacyjnej strony powodowej
od wyroku Sądu Apelacyjnego
z dnia 16 kwietnia 2013 r.

**uchyla zaskarżony wyrok w części zmieniającej wyrok Sądu
pierwszej instancji (pkt I) oraz orzekającej o kosztach
postępowania apelacyjnego (pkt III) i w tym zakresie przekazuje
sprawę Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania,
pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach
postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

Sąd Okręgowy w B. - po rozpoznaniu dwóch spraw z powództwa Miejskiej Przychodni Specjalistycznej w T. przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia z siedzibą w W., jednej o zasądzenie kwoty 183 612 zł z odsetkami od dnia 27 stycznia 2011 r. z tytułu należności za wykonane świadczenia medyczne z zakresu rehabilitacji leczniczej, a drugiej o zasądzenie kwoty 163 345,80 zł z odsetkami od dnia 13 kwietnia 2011 r. z tytułu należności za wykonane świadczenia medyczne w związku z wnioskami o przesunięcie środków finansowych w ramach limitu umownego, połączonych na podstawie art. 219 k.p.c. do łącznego rozpoznania i rozstrzygnięcia – wyrokiem z dnia 16 lipca 2012 r. w drugiej z wymienionych spraw zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 163 345,80 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 13 kwietnia 2011 r.

Ustalił, że w dniu 31 grudnia 2007 r. powódka zawarła z pozwanym dwie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nr 08 - 10/T0034/R. dotyczącą świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej i nr 08 - 10/T0034/A. dotyczącą świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Obie umowy były kilkakrotnie zmieniane kolejnymi aneksami. W dniu 10 grudnia 2010 r. powódka wystąpiła do pozwanego z dwoma wnioskami o dokonanie przesunięć środków finansowych. Jeden dotyczył zwiększenia o kwotę 31 671 zł środków na świadczenia rehabilitacyjne, objęte umową nr 08 – 10/T0034/R. z równoczesnym zmniejszeniem o tę samą kwotę środków z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, objętych umową nr 08 - 10/T0034/A., a drugi przesunięcia środków w ramach umowy nr 08 – 10/T0034/A. przez zwiększenie o kwotę 131 675,80 zł środków na świadczenia z zakresu alergologii, alergologii dla dzieci, dermatologii i wenerologii, endokrynologii, medycyny sportowej, neurologii, okulistyki oraz reumatologii z równoczesnym zmniejszeniem o tę samą kwotę środków na świadczenia z zakresu chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii, narządów ruchu, diabetologii, gastroenterologii, położnictwa i ginekologii oraz kardiologii. Pozwany uzależnił dokonanie przesunięć od podpisania przez powódkę aneksu nr 17 do umowy nr 08 - 10/T0034/R., obciążającego powódkę kwotą 25 103,45 zł, którą omyłkowo uiszczył na rzecz Miejskiego Ośrodka Rehabilitacji

Dzieci i Młodzieży w T. Powódka odmówiła podpisania aneksu, ponieważ Ośrodek został zlikwidowany, a jego zobowiązania – zgodnie z uchwałą Rady Miasta T. z dnia 18 marca 2010 r. - stały się zobowiązaniami Gminy. Pozwany odmówił dokonania przesunięć, mimo że świadczenia zdrowotne, których dotyczyły wnioski zostały przez powódkę wykonane.

Sąd Okręgowy - powołując się na art. 97 i 116 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jedn. tekst: Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm. - dalej: „u.ś.o.z.”) – uznał żądanie zasądzenia kwoty 163 345,80 zł, stanowiącej wynagrodzenie za udzielone świadczenia opieki zdrowotnej, za uzasadnione. Stwierdził, że pozwany bezpodstawnie odmówił wnioskowi powódki z dnia 10 grudnia 2010 r., gdyż jej żądanie było - w świetle § 20 i § 21 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz.U. Nr 81, poz. 484 - dalej: „o.w.u.”) - uzasadnione. Pozwany naruszył tym samym obowiązek współdziałania przy wykonywaniu umowy, dlatego Sąd na podstawie art. 354 k.c. w związku z § 8 umowy nr 08 – 10/T0034/A. zasądził dochodzoną kwotę 163 345,80 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 27 stycznia 2011 r.

Na skutek apelacji pozwanego, Sąd Apelacyjny wyrokiem z dnia 16 kwietnia 2013 r. zmienił wyrok Sądu Okręgowego w tej części i powództwo o zasądzenie kwoty 163 345,80 zł z odsetkami oddalił.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, wnioski powódki o przesunięcie środków finansowych nie spełniały wymagań określonych w § 20 i § 21 o.w.u. Wnioski o przesunięcie kwot ustalonych w umowie dla danego rodzaju świadczeń na poczet należności za wykonanie innego rodzaju świadczeń w większym zakresie czy też na poczet innego rodzaju świadczeń z innej łączącej strony umowy powinny być składane po upływie kwartału kalendarzowego i dotyczyć zobowiązań za dany kwartał, a wnioski dotyczące ostatniego kwartału - do dnia 15 grudnia roku, którego dotyczą. Wnioski złożone przez powódkę w dniu 10 grudnia 2010 r. nie dotyczyły ostatniego kwartału 2010 r., lecz całego roku 2010, co wynika zarówno z ich treści,

ponieważ w odpowiednich fragmentach nie wykreślono pierwszego, drugiego i trzeciego kwartału, jak i z ze szczegółowych zestawień, w których wskazano kwartały III i IV 2010 r. oraz I – IV 2010 r. Nie można podzielać poglądu Sądu pierwszej instancji, że pozwany był zobowiązany do uwzględnienia wniosków o dokonanie przesunięć, nawet gdy obejmowały one okresy dłuższe aniżeli kwartał kalendarzowy, tylko z tego względu, że żądane przesunięcia nie zmierzały do zwiększenia limitu umownego. Przesunięcia środków na podstawie § 20 i 21 o.w.u., po złożeniu przez świadczeniodawcę wniosku dotyczącego danego kwartału kalendarzowego, wymagają dokonania zmiany zawartych umów. Jeżeli pozwany odmawia uwzględnienia wniosku o przesunięcie środków, stronie wnioskującej nie służy roszczenie o zapłatę, lecz o zobowiązanie pozwanego do złożenia oświadczenia woli o treści odpowiadającej wnioskowi.

Konkludując, Sąd Apelacyjny stwierdził, że żądanie zasądzenia kwoty 163 345,80 zł było nieuzasadnione, ponieważ wnioski powódki odnosiły się do okresów dłuższych aniżeli ostatni kwartał 2010 r., a powódka nie wykazała w jakiej części dotyczyły one przesunięć dokonanych w tym kwartale. Poza tym strony nie dokonały modyfikacji łączących je umów, w związku z czym brak podstawy prawnej do uwzględnienia żądania zapłaty, a z roszczeniem o zobowiązanie pozwanego do złożenia oświadczenia woli powódka nie wystąpiła.

W skardze kasacyjnej od wyroku Sądu Apelacyjnego powódka, powołując się na obie podstawy określone w art. 398³ § 1 k.p.c., wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku w części oddalającej powództwo o zasądzenie kwoty 163 345,80 zł z odsetkami i orzeczenie co do istoty sprawy przez oddalenie apelacji ewentualnie przekazanie sprawy w tym zakresie do ponownego rozpoznania. Wskazała na naruszenie art. 354 k.c. w związku z art. 136 pkt 4 i 5 u.ś.o.z. i § 14 o.w.u. przez przyjęcie, że umowne ustalenie limitu finansowania nie zobowiązuje pozwanego do zapłaty wynagrodzenia na rzecz świadczeniodawcy w razie zwiększonego wykonania świadczeń jednego rodzaju lub zakresu przy jednoczesnym zmniejszeniu wykonania świadczeń innego rodzaju lub zakresu w ramach limitu rocznego okresu rozliczeniowego, art. 65 k.c. w związku z § 18 ust. 4, 20 i 21 o.w.u. przez przyjęcie, że wniosek z dnia 10 grudnia 2010 r. o dokonanie przesunięcia nie spełniał wymagań formalnych, i art. 6 k.c. przez przyjęcie, że we

wniosku tym powódka nie wykazała ilości i wartości świadczeń wykonanych w ostatnim kwartale 2010 r. W ramach drugiej podstawy kasacyjnej podniosła natomiast zarzut obrazy art. 382 k.p.c. przez pominięcie dowodów na okoliczność przyczyn odmowy uwzględnienia wniosków o przesunięcie środków w ramach rocznego limitu umownego, i art. 328 k.p.c. przez niewyjaśnienie w uzasadnieniu wyroku przyczyn pominięcia tych dowodów.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Zarzut naruszenia art. 328 § 2 w związku z art. 391 § 1 k.p.c. przez niewyjaśnienie motywów pominięcia dowodów na okoliczność przyczyn odmowy przesunięcia środków finansowych nie może odnieść zamierzonego skutku. Skarżąca ma rację twierząc, że uzasadnienie wyroku powinno zawierać wskazanie przyczyn, dla których sąd odmówił określonym dowodom wiarygodności i mocy dowodowej. Trafnie też zauważa, że Sąd Apelacyjny nie sprostał temu wymaganiu. Trzeba jednak przypomnieć, że uchybienie wymaganiom określonym w art. 328 § 2 w związku z art. 391 § 1 k.p.c. może być ocenione jako mogące mieć wpływ na wynik sprawy tylko wyjątkowo, gdy braki w uzasadnieniu są tak znaczące, że uniemożliwiają kontrolę kasacyjną zaskarżonego orzeczenia (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 11 maja 2000 r., I CKN 272/00, nie publ., z dnia 25 października 2000 r., IV CKN 142/00, nie publ., z dnia 7 lutego 2001 r., V CKN 606/00, nie publ., z dnia 28 lipca 2004 r., III CK 302/03, nie publ. i z dnia 18 lutego 2005 r., V CK 469/04, „Izba Cywilna” 2005, nr 12, s. 59 oraz postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 22 maja 2013 r., III CSK 293/12, OSNC 2012, nr 12, poz. 148). W niniejszej sprawie natomiast - pomimo pewnych niedostatków uzasadnienia – sfera motywacyjna zaskarżonego wyroku została ujawniona w stopniu pozwalającym na poddanie go kontroli kasacyjnej.

Odmiennej oceny wymaga zarzut naruszenia art. 382 k.p.c., ponieważ Sąd Apelacyjny pominął część zebranego w sprawie materiału. Powódka twierdziła, że wyłączną przyczyną nieuwzględnienia wniosków o przesunięcie środków finansowych była odmowa podpisania przez nią aneksu nr 17 do umowy nr 08 - 10/T0034/R., obciążającego ją kwotą 25 103,49 zł, którą pozwany omyłkowo wypłacił na rzecz Miejskiego Ośrodka Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży w T.

Powoływała się na dowody z dokumentów w postaci pism pozwanego z dnia 7 i 11 kwietnia 2011 r. oraz wykazu ugód pozasądowych (k. 49, 50 i 158). Pozwany nie wskazał powodce konkretnych przyczyn odmowy wyrażenia zgody na przesunięcie środków finansowych, nie zgłosił zarzutów co do prawidłowości sporządzenia przez nią wniosków z dnia 10 grudnia 2011 r., twierdził jedynie, że nie jest nimi związany. W odpowiedzi na pozew podniósł natomiast, że uwzględnienie wniosku o przesunięcie środków finansowych jest możliwe tylko do czasu rozdysponowania niewykorzystanych środków na rzecz innych świadczeniodawców.

Trzeba zgodzić się ze skarżącą, że pominięcie dowodów z dokumentów mogło mieć wpływ na wynik sprawy, nie pozostawały one bowiem bez znaczenia dla oceny sposobu współdziałania pozwanego przy wykonywaniu umów łączących strony. Uszło też uwagi Sądu Apelacyjnego, że twierdzenia skarżącej dotyczące aneksu nr 17 znalazły odzwierciedlenie w ustaleniach Sądu pierwszej instancji. W tym stanie rzeczy zarzut naruszenia art. 382 k.p.c. trzeba uznać za uzasadniony (zob. postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 6 stycznia 1999 r., II CKN 100/98, OSNC 1999, nr 9, poz. 146 i z dnia 7 lipca 1999 r., I CKN 504/99, OSNC 2000, nr 1, poz. 17 oraz wyroki Sądu Najwyższego z dnia 26 maja 1999 r., III CKN 1178/98, nie publ., z dnia 8 października 1999 r., II CKN 443/98, nie publ., z dnia 21 października 1999 r., I CKN 728/99, nie publ., z dnia 8 grudnia 1999 r., II CKN 587/98, nie publ. i z dnia 10 października 2012 r., II PK 65/12, nie publ.).

Rozważenie podstawy kasacyjnej z art. 398³ § 1 pkt 1 k.p.c. należy rozpocząć od przypomnienia regulacji zawartych w art. 136 i 158 u.ś.o.z. Według pierwszego z tych przepisów, umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej powinna określać m.in. rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, warunki ich udzielania, zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami oraz kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy. Według drugiego, nieważna jest zmiana zawartej umowy, jeżeli dotyczy ona warunków, które podlegały ocenie przy wyborze oferty, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy. W przypadku konieczności wprowadzenia zmian, o których mowa, umowa w nowym brzmieniu obowiązuje

do czasu zapewnienia świadczeń na podstawie nowego postępowania w sprawie zawarcia umowy.

Zgodnie z § 9 ust. 1 o.w.u., świadczeniodawca udziela świadczeń przez cały czas obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem pracy oraz planem rzeczowo-finansowym, stanowiącym załącznik do umowy. Z kolei zgodnie z § 14 ust. 1 o.w.u., Fundusz jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie.

W przypadku zawarcia umowy co najmniej na dwa z wymienionych w § 20 ust. 1 o.w.u. rodzajów świadczeń, strony umowy, na wniosek świadczeniodawcy, składany po upływie kwartału kalendarzowego, dokonają zmiany zawartych umów, polegających na zwiększeniu kwoty zobowiązania ustalonej dla jednego lub kilku rodzajów świadczeń i jednocześnie zmniejszeniu kwoty zobowiązania za ten kwartał ustalonej dla pozostałych rodzajów świadczeń, z uwzględnieniem art. 158 u.ś.o.z. Wniosek dotyczący ostatniego kwartału roku kalendarzowego należy złożyć do dnia 15 grudnia roku, którego dotyczy. Zmiany umów, o których mowa w ust. 1, nie mogą spowodować zwiększenia łącznej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, z tytułu wszystkich zawartych z nim umów, zmniejszenia kwot zobowiązań ustalonych dla poszczególnych rodzajów świadczeń, o więcej niż 15%, dla każdego rodzaju świadczeń, określonych w umowach na pierwszy dzień okresu rozliczeniowego, zmniejszenia kwot zobowiązań ustalonych dla poszczególnych zakresów świadczeń w ramach danego rodzaju świadczeń, o więcej niż 20%, dla danego zakresu świadczeń, określonych w umowach na pierwszy dzień okresu rozliczeniowego oraz ograniczenia dostępności do świadczeń (§ 20 ust. 2 i 3 o.w.u.).

Zgodnie z § 21 o.w.u., z zastrzeżeniem § 20, strony umowy, na wniosek świadczeniodawcy złożony po upływie kwartału kalendarzowego, dokonają zmian zawartych umów, polegających na zwiększeniu kwoty zobowiązania ustalonej dla jednego lub kilku zakresów świadczeń przy jednocześnie zmniejszeniu kwoty zobowiązania za ten kwartał ustalonej dla pozostałych zakresów świadczeń, z uwzględnieniem art. 158 u.ś.o.z. Wniosek dotyczący ostatniego kwartału roku

kalendrzowego jest składany do dnia 15 grudnia roku, którego dotyczy. Zmiany umów, o których mowa, nie mogą spowodować zwiększenia łącznej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, z tytułu zawartej umowy, zmniejszenia kwot zobowiązań ustalonych dla poszczególnych zakresów świadczeń, o więcej niż 20%, dla każdego zakresu świadczeń, określonych w umowach na pierwszy dzień okresu rozliczeniowego oraz ograniczenia dostępności do świadczeń.

Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej kreuje między świadczeniodawcą a Funduszem stosunek zobowiązaniowy, do którego – jeżeli przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie stanowią inaczej – stosuje się przepisy kodeksu cywilnego (art. 155 u.ś.o.z.). Do stosunku tego ma więc 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. Postanowienia umowy określające rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej - co do zasady - są dla stron umowy wiążące, co nie oznacza, że uwzględnienie wniosku świadczeniodawcy o przesunięcie środków finansowych zależy jedynie od uznania Funduszu. Świadczy o tym regulacja zawarta w przytoczonych § 20 – 21 o.w.u., która w przeciwnym razie byłaby zbędna. Wykonywanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej powinno zmierzać do sprawiedliwej dystrybucji środków publicznych, zarządzanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, i do maksymalnego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych osób uprawnionych do korzystania z tych środków. Wymaga to starannego współdziałania ze strony Funduszu, który powinien badać wnioski świadczeniodawców składane na podstawie § 20 i 21 o.w.u. także pod kątem ich zgodności z zasadami współżycia społecznego określonymi przez słuszny interes pacjentów. Odmowa uwzględnienia wniosków, odpowiadających wymaganiom określonym w § 20 i 21 o.w.u., może nastąpić tylko z ważnych powodów, które powinny być świadczeniodawcom wyjaśnione.

Uzasadnione zastrzeżenia nasuwa zajęte przez Sąd Apelacyjny stanowisko, że w razie odmowy uwzględnienia wniosku złożonego na podstawie § 20 lub § 21 o.w.u., świadczeniodawcy przysługuje jedynie roszczenie o zobowiązanie Narodowego Funduszu Zdrowia do złożenia oświadczenia woli o treści odpowiadającej żądaniu wniosku. Uszło uwagi Sądu Apelacyjnego, że zasadność odmowy uwzględnienia wniosku, będąca przesłanką odmowy sfinansowania wykonanych świadczeń opieki zdrowotnej, może podlegać badaniu w sprawie o zapłatę należności za te świadczenia. Odmienne ujęcie tego zagadnienia mogłoby prowadzić do mnożenia spraw sądowych i związanych z nimi kosztów oraz wydłużenia całej procedury rozliczeń finansowych, co nie leży w interesie żadnej ze stron.

Trafnie również zarzuca skarżąca, że Sąd Apelacyjny, kwestionując prawidłowość sporządzenia wniosków o przesunięcie środków finansowych, nie rozważył podnoszonej przez nią okoliczności, że wnioski te zostały przez pozwanego pozytywnie zweryfikowane, jako zgodne z dotychczasową praktyką rozliczeń, stosowaną przez strony.

Z przytoczonych powodów Sąd Najwyższy na podstawie art. 398¹⁵ § 1 oraz art. 108 § 2 w związku z art. 398²¹ k.p.c. uchylił zaskarżony wyrok w części zmieniającej wyrok Sądu pierwszej instancji (pkt I) oraz orzekającej o kosztach postępowania apelacyjnego (pkt III) i w tym zakresie przekazał sprawę do ponownego rozpoznania oraz rozstrzygnięcia o kosztach postępowania kasacyjnego.