



Sygn. akt I CK 578/04

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 marca 2005 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Hubert Wrzeszcz (przewodniczący)

SSN Mirosław Bączyk (sprawozdawca)

SSN Tadeusz Żyźnowski

w sprawie z powództwa Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej - Zespołu Zakładów Lecznictwa Otwartego i Zamkniętego im. (...) w M. przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu o zapłatę,
po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej w dniu 17 lutego 2005 r., kasacji strony pozwanej od wyroku Sądu Apelacyjnego z dnia 27 listopada 2003 r., sygn. akt I ACa (...),

zmienia zaskarżony wyrok w zakresie dotyczącym oddalenia apelacji strony pozwanej oraz w całości wyrok Sądu Okręgowego z dnia 12 lutego 2002 r., sygn. akt I C (...) i powództwo oddala; odstępuje od obciążenia strony powodowej kosztami procesu.

Uzasadnienie

Sąd Okręgowy zasądził od pozwanego NFZ w W. (następcy prawnego Mazowieckiej Regionalnej Kasy Chorych w W.) na rzecz powoda - Samodzielnego

Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej - Zespołu Lecznictwa Otwartego i Zamkniętego w M. kwotę 243.833 zł z odsetkami i oddalił powództwo w pozostałym zakresie. Powód dochodził od pozwanego Funduszu kwotę 932.805,99 zł, obejmującej należność za wykonane świadczenia zdrowotne na rzecz ubezpieczonych przekraczające limit świadczeń (za tzw. nadwykonanie). Fundusz wypłacił powodowi jedynie za świadczenia zdrowotne wynikające z umowy. W ocenie powoda, ustanowienie w umowie ilościowych limitów na poszczególne rodzaje świadczeń nie znajduje uzasadnienia w przepisach ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, w części postanowienia umowy są zatem sprzeczne z art. 58 k.c. i w związku z tym powinny być uznane za nieważne. Według pozwanego, zasady odpłatności za świadczenie dodatkowe (ponadlimitowe) zostały uregulowane w dwóch umowach wiążących strony.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny.

Strony łączyły dwie umowy zawarte w dniu 31 grudnia 1998 r., tj. umowa o udzielenie świadczeń stacjonarnych (tzw. umowa szpitalna) oraz umowa o udzielenie świadczeń specjalistycznych (tzw. umowa specjalistyczna). W obu umowach wskazano osoby uprawnione do korzystania ze świadczeń zdrowotnych przez pozwanego. W pierwszej umowie maksymalną kwotę finansowania świadczeń określono w wysokości 14.632.500 zł (§ 9 umowy). Szpital zobowiązał się do udzielania świadczeń, którym rodzaj, przewidywaną liczbę i cenę jednostkową określał załącznik nr 4 do umowy. Przewidziano także odpowiednie zasady finansowania świadczeń ponadlimitowych (tzw. nadwykonań) w pierwszym półroczu 1999 r. Powód nie przestrzegał w tym okresie warunku polegającego na przedstawieniu Funduszowi merytorycznego uzasadnienia potrzeby wykonania dodatkowych świadczeń. W drugim półroczu przewidywano finansowanie dodatkowych świadczeń medycznych według uznania Funduszu. Dokumentacja medyczna za drugie półrocze była prowadzona prawidłowo, ale świadczenie ponadlimitowe nie zostały ostatecznie zapłacone przez pozwanego. Także w zakresie tzw. świadczeń ambulatoryjnych, wykonywanych na podstawie drugiej umowy (tzw. specjalistycznej), w przypadku świadczeń ponadlimitowych w drugim półroczu 1999 r. wprowadzono całkowitą uznaniowość pozwanego Funduszu w zakresie finansowania takich świadczeń.

W ocenie Sądu Okręgowego, przepis art. 53 ust. 4 pkt 4 ustawy z 1997 r. nakazywał wprost zamieszczenie w umowach kwoty maksymalnego zobowiązania Kasy (Funduszu) wobec określonego świadczeniodawcy i zastrzeżenia takie były prawnie skuteczne. Pogląd ten podzielił stanowisko powoda, że umowne określenie ilości

poszczególnych świadczeń i oddzielne ich rozliczenie nie musiało być ściśle respektowane, o ile na świadczenia ponadlimitowe zaistniało pokrycie finansowe w związku z niewykorzystaniem wszystkich środków zaplanowanych na świadczenia danego rodzaju, jednocześnie zostały one prawidłowo wykonane. Strona powodowa nie dotrzymała warunków wynikających z umowy pozwalających na uzyskanie należności ze świadczenia ponadlimitowe w pierwszym półroczu 1999 r., natomiast istniały podstawy do domagania się zapłaty za świadczenia zdrowotne do kwoty wynikającej z limitów przyjętych w umowie za drugie półrocze 1999 r. Nie było natomiast podstaw do wypłaty za wszystkie wykonane w tym półroczu świadczenia nadlimitowe z uwagi na treść umowy. Powództwo zostało uwzględnione (w części) na podstawie art. 750 k.c. w zw. z art. 735 k.c.

Apelacja strony powodowej – w części nieuwzględniającej jej żądania – została oddalona. Oddalono też apelację strony pozwanej jako nieuzasadnioną. Apelujący kwestionował zasadność zasądzenia od niego na rzecz powoda należności za świadczenia zdrowotne udzielone w II kwartale 1999 r. Sąd Apelacyjny nie podzielił stanowiska strony pozwanej, że Kasa (Fundusz) zobowiązała (zobowiązał) się zapłacić tylko za udzielone świadczenia wynikające z umowy w zakresie ich poszczególnych rodzajów. Wprawdzie z obu umów (zmienionych aneksami) wynika, że zapłatę za świadczenia ponadplanowe w drugim półroczu 1999 r. uzależniono od uznania Kasy, nie znaczy to jednak, że należność za świadczenie medyczne ponadlimitowane (wykonane w tym okresie) w ogóle nie przysługuje powodowi. Skoro bowiem maksymalna kwota finansowania przewidziana w umowie nie została wykorzystana, to Kasa powinna posiadać takie fundusze, a powód – udzielając świadczeń zdrowotnych – mógł liczyć na ich sfinansowanie.

W kasacji pozwanego NFZ podniesiono jedynie zarzut naruszenia przepisów art. 53 ust. 4 pkt 12 i 4 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm., cyt. dalej jako „ustawa z 1997 r.”). Skarżący wnosił o uchylenie zaskarżonego wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

W kasacji podniesiono jedynie zarzut naruszenia prawa materialnego. Oznacza to, że Sąd Najwyższy pozostaje związany ustaleniami faktycznymi Sądu Apelacyjnego (art. 393¹¹ § 2 k.p.c.).

Zarzut naruszenia przepisu art. 53 ust. 4 pkt 1, 2 i 4 ustawy z 1997 r. motywowano tym, że Sąd drugiej instancji przyjął, iż określenie w załączniku do umowy (zawartej pomiędzy Kasą Chorych a świadczeniodawcą) rodzaju i liczby poszczególnych świadczeń, nie ogranicza świadczeniodawcy w dochodzeniu zapłaty za świadczenia wykonane ponad tak ustalony limit, jeżeli mieszczą się one w tzw. maksymalnej kwocie określonej w umowie. Przedmiotem sporu między stronami było zatem wskazanie tego, jakie kryteria powinny określać rozmiar zapłaty obciążającej pozwanego NFZ za świadczenia medyczne wykonane przez świadczeniodawcę w drugim półroczu 1999 r.

W okresie zawierania obu umów (na udzielanie tzw. stacjonarnych świadczeń i na wykonywanie tzw. świadczeń ambulatoryjnych) przepis art. 53 ust. 4 ustawy z 1997 r. obowiązywał w wersji określonej w Dz. U. z 1998 r. Nr 117, poz. 756. Zgodnie z art. 53 ust. 4 pkt 1, 3 i 4 ustawy, umowy pomiędzy Kasą Chorych a świadczeniodawcami powinny określać w szczególności:

- 1) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń;
- 3) zasady rozliczeń ze świadczeniodawcami;
- 4) maksymalną kwotę zobowiązania Kasy Chorych wobec świadczeniodawcy.

Z pewnością nie jest wykluczona kwalifikacja umów łączących obie strony jako umów podobnych do zlecenia w rozumieniu art. 750 k.c. Nie znaczy to jednak, że były uzasadnione podstawy odwołania się do przepisu art. 735 k.c., skoro w obu umowach stron przewidywano właśnie wyraźnie wynagrodzenie (odpłatność) i zasady jego (jej) wyznaczania dla strony powodowej, a przepis art. 735 k.c. ma charakter *iuris dispositivi*. Ponadto zapłata dla powoda nie obejmuje jednak, wbrew sugestii Sądu Apelacyjnego, „nakłady pracy i straty czasu”.

Nie sposób także przyjmować tego, że odpowiedź pozwanego na wezwanie do zapłaty (za świadczenia udzielone w drugim półroczu 1999 r.) powodowała powstanie nowego porozumienia, uzasadniającego żądanie zapłaty lub przynajmniej modyfikację reguł takiej zapłaty (m.in. co do jej ostatecznego rozmiaru), wynikające z obu umów z 1998 r. Treść udzielonej stronie powodowej odpowiedzi pozwanej Kasy („zapłata nastąpi w wypadku posiadania funduszy”) nie uzasadnia wspomnianych ocen prawnych, skoro wcześniej Sąd Apelacyjny stwierdził ogólnie, że świadczeniodawca nie ma roszczeń wobec kasy za świadczenia ponadplanowe.

Oznacza to, że zasady zapłaty (odpłatności) za dokonane świadczenia medyczne świadczeniodawcy powinny znajdować oparcie przede wszystkim w przepisach ustawy

z 1997 r. i postanowieniach umów z 31 grudnia 1998 r. Wskazuje na to treść art. 53 ustawy z 1997 r.

Rozważając znaczenie obu, zawartych w umowie świadczeniodawcy z Kasą, kryteriów umownych, określających zakres należnej świadczeniodawcy zapłaty za dokonane świadczenia medyczne (ilość poszczególnych rodzajów świadczeń - „kryterium przedmiotowe” i maksymalna kwota - „kryterium kwotowe”), Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 7 sierpnia 2003 r., IV CKN 391/01 (nie opublik.) wyraźnie przyjął, że kryteria te nie wykluczają się wzajemnie. Przy założeniu, że postanowienie wspomnianych umów, określające ilość poszczególnych rodzajów świadczeń, mają charakter wiążący obie strony, nie można przyjmować, iż pozwana Kasa była zobowiązana do zapłaty kwoty odpowiadającej tzw. kwocie maksymalnej przewidzianej w umowie, jeżeli kwota taka okazała się niższa od sumy wynikającej z przemnożenia ilości świadczeń określonego rodzaju przez ich cenę (ceny świadczeń medycznych określonego rodzaju). Z wykładni literalnej art. 53 ust. 4 pkt 1 ustawy z 1997 r. wynika możliwość określenia w umowach także ilości poszczególnych rodzajów świadczeń. Ostatecznie Sąd Najwyższy stwierdził, że Kasa nie była zobowiązana do zapłaty maksymalnej kwoty ustalonej w zawartych ze świadczeniodawcą umowach (obejmujących świadczenia medyczne w 1999 r.), jeżeli umowy te zawierały także wiążące stronę postanowienia dotyczące ustalania wynagrodzenia powoda w zależności od liczby wykonanych świadczeń (por. też uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 20 października 2004 r., I CK 218/04, nie opublik., oraz cyt. tam orzecznictwo).

Sąd Najwyższy podziela prezentowane stanowisko zawarte w wyroku z dnia 7 sierpnia 2003 r. dotyczące wykładni art. 53 ust. 4 ustawy z 1997 r. Finansowaniem objęte są bowiem przede wszystkim świadczenia medyczne określonego rodzaju (stypizowane z medycznego punktu widzenia) i w zakresie przewidzianym w umowie łączącej strony (załącznik nr 4 do umowy dotyczącej tzw. świadczeń stacjonarnych; § 1 umowy tzw. świadczeń ambulatoryjnych). Oznacza to wyeksponowanie w ustawie z 1997 r. zasady opłacania poszczególnych zaplanowanych świadczeń zdrowotnych po ich wykonaniu i udokumentowaniu wykonania, a nie finansowanie wszystkich świadczeń do wysokości maksymalnej kwoty zobowiązań Kasy Chorych określonej w umowie, jeżeli w umowie takiej, oczywiście, nie znalazłyby się postanowienia odmienne. Należy jeszcze zwrócić uwagę na to, że w § 19 umowy o tzw. świadczenia ambulatoryjne wyraźnie stwierdzono, iż „środki przeznaczone na realizację poszczególnych zadań wynikających z przedmiotu umowy, nie mogą być przeznaczone na inne cele”.

Należy zatem podzielić zarzut niewłaściwej interpretacji art. 53 ust. 4 pkt 1,3,4 ustawy z 1997 r. dokonanej przez Sąd Apelacyjny, a zmierzającej do powiązania rozmiaru zapłaty należnej od NFZ z tzw. maksymalną kwotą zobowiązania Funduszu, a nie koniecznością finansowania jedynie świadczeń określonych w umowie stron co do ich rodzajów i ilości.

Należy jeszcze wyjaśnić to, że w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 20 października 2004 r. (na który m.in. powoływała się strona powodowa na rozprawie kasacyjnej) oddalona została kasacja pozwanego NFZ od wyroku zasądzającego od tegoż Funduszu należności za tzw. ponadlimitowe usługi medyczne. Jednakże stało się tak z racji niepodniesienia w kasacji zarzutu pozwalającego na poddanie wyroku Sądu drugiej instancji odpowiedniej kontroli kasacyjnej (a więc – ze względów formalnych, a nie merytorycznych).

Z przedstawionych względów Sąd Najwyższy na podstawie art. 393¹⁵ k.p.c. orzekł jak w sentencji. Odstąpienie obciążenia strony powodowej kosztami procesu uzasadniał przepis ar. 102 k.p.c.