



Sygn. akt V CSK 213/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 8 maja 2019 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Teresa Bielska-Sobkowicz (przewodniczący)

SSN Józef Frąckowiak (sprawozdawca)

SSN Władysław Pawlak

Protokolant Barbara Kryszkiewicz

w sprawie z powództwa (...) Szpitala Specjalistycznego im. (...) - Centrum
Medycyny Ratunkowej w W.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia

o zapłatę,

po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej w dniu 8 maja 2019 r.,

skargi kasacyjnej strony powodowej

od wyroku Sądu Apelacyjnego w (...)

z dnia 7 grudnia 2017 r., sygn. akt I ACa (...),

**uchyła zaskarżony wyrok w pkt 1 w części, w której Sąd
Apelacyjny zmienił wyrok Sądu pierwszej instancji przez
oddalenie powództwa w pozostałej części oraz w zakresie
rozstrzygnięcia o kosztach postępowania a także w pkt 3 i w tym
zakresie przekazuje sprawę Sądowi Apelacyjnemu w (...) do
ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach
postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

Zaskarżonym przez powoda (...) Szpital Specjalistyczny im. (...) - Centrum Medycyny Ratunkowej wyrokiem z dnia 7 grudnia 2017 r. Sąd Apelacyjny w W. zmienił zaskarżony przez pozwanego – Narodowy Fundusz Zdrowia – (...) Oddział Wojewódzki w (...) wyrok Sądu Okręgowego w W. z dnia 13 grudnia 2016 r. (sygn. akt I C (...)) w ten sposób, że zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 60 307,96 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 12 listopada 2012 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty. Ponadto Sąd ten oddalił powództwo w pozostałym zakresie oraz apelację pozwanego w pozostałym zakresie, a także orzekł o kosztach postępowania.

W sprawie tej ustalono co następuje:

W dniu 17 stycznia 2011 r. powód - (...) Szpital Specjalistyczny im. (...) w W. - Centrum Medycyny Ratunkowej oraz pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia – (...) Oddział Wojewódzki w (...) podpisali umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2011 r. Zgodnie z § 1 pkt 1 tej umowy zakres udzielanych świadczeń, liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania Funduszu w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową w okresie rozliczeniowym określał „Plan rzeczowo- finansowy” stanowiący Załącznik Nr 1 do przedmiotowej umowy. W § 4 ust. 1 umowy określono maksymalną kwotę zobowiązania pozwanego Oddziału Funduszu wobec strony powodowej z tytułu realizacji na kwotę 102 657.243 zł.

Powodowy szpital w dniu 30 czerwca 2011 r. wystawił fakturę korygującą VAT nr (...) do faktury VAT nr (...) z dnia 29 lutego 2012 r. za wykonane świadczenia ponadlimitowe w 2011 r. opiewającą ostatecznie na kwotę 2 036 723,25 zł. Faktury tej pozwany nie zapłacił.

Pozwem z dnia 12 listopada 2012 r. powód domagał się zasądzenia od pozwanego kwoty 2 036 723,25 zł, wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty, tytułem zapłaty za wykonane w okresie od dnia

1 stycznia do dnia 31 grudnia 2011 r., po wyczerpaniu limitu określonego w umowie stron, świadczenia opieki zdrowotnej w stanie zagrożenia zdrowia i życia.

Wyrokiem z dnia 13 grudnia 2016 r. Sąd Okręgowy w W. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 900 686,52 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 12 listopada 2012 r. do dnia zapłaty oraz oddalił powództwo w pozostałej części a także orzekł o kosztach postępowania.

Rozpoznający apelację pozwanego Sąd II instancji dokonał dodatkowych ustaleń faktycznych i przyjął, że limit świadczeń medycznych określonych w § 4 ust. 1 przedmiotowej umowy wyczerpał się w dniu 24 grudnia 2011 r. Sąd Apelacyjny ustalił ponadto, że w grudniu 2011 r. strona powodowa udzieliła ponad limitowych świadczeń medycznych w stanach nagłych u określonej liczby imiennie wskazanych pacjentów. Łączna wartość tych świadczeń według wyceny NFZ wyniosła 90 270 zł, natomiast rzeczywiście poniesione koszty, zdaniem Sądu II instancji, wyniosły 60 307,96 zł.

Sąd II instancji wskazał, że strona powodowa nie kwestionowała, że w komunikatach sprawozdawczych skierowanych do pozwanego w roku 2011 nie oznaczała wykonanych przez siebie świadczeń jako „ratujących życie i zdrowie” zgodnie z umową, co też Sąd Okręgowy prawidłowo ustalił. Sąd Apelacyjny nie podzielił jednak wniosków i rozważań Sądu I instancji co do braku możliwości wyciągnięcia negatywnych konsekwencji z tego faktu dla powoda. Sąd Apelacyjny podziela bowiem pogląd, że o przyznaniu prawa do zapłaty za te świadczenia decyduje przede wszystkim przestrzeganie ustalonych zasad rozliczeń. Naruszenie takiego obowiązku stanowi obejście prawa. Gdyby prawidłowo strona powodowa oznaczyła świadczenia do zapłaty, to w pierwszej kolejności te świadczenia zostałyby rozliczone. Fakt nieprzedstawienia tych świadczeń do rozliczenia w trybie przewidzianym umową nie może dawać powodowi prawa do domagania się za nie zapłaty na tej tylko zasadzie, że były to świadczenia ratujące życie lub zdrowie udzielone w przypadkach nagłych. Takie działanie powoda należy uznać za niezgodne ze społeczno-gospodarczym przeznaczeniem służącego mu prawa do wynagrodzenia, co uzasadnia zastosowanie regulacji zawartej w art. 5 k.c., wedle której takiemu działaniu nie można przyznać ochrony prawnej.

Świadczenia nagle powinny być rozliczane przede wszystkim w ramach limitów ustalanych w kontrakcie, inaczej umowa zawierana przez strony nie miałaby istotnego znaczenia. Zważyć należy, że świadczeniodawca zawierający umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia jest zobowiązany w okresie trwania umowy do udzielania zarówno świadczeń wymagających podjęcia natychmiastowych czynności medycznych, o których mowa w art. 19. ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (u.ś.o.z.) oraz art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (u.z.o.z.) - obecnie art. 15 ustawy o działalności leczniczej (u.d.l.), art. 30 u.z.l. jak i świadczeń o charakterze planowym, a rozliczanie obu rodzajów tych świadczeń powinno się odbywać przede wszystkim w ramach limitów ustalonych w kontrakcie.

Sąd Apelacyjny miał przy tym na względzie twierdzenie pozwanego zawarte w piśmie z dnia 17 stycznia 2011 r. odnośnie wyczerpania powyższego limitu w dniu 24 grudnia 2011 r. Pozwany słusznie zarzuca, że data ta nie została w toku postępowania pierwszoinstancyjnego precyzyjnie wskazana, zaś Sąd Okręgowy ograniczył się w tej mierze jedynie do stwierdzenia, że większość świadczeń zostało wykonanych po wyczerpaniu limitu umownego lub tuż przed jego wyczerpaniem.

Należy mieć co prawda na uwadze, że twierdzenie to zostało zgłoszone dopiero na końcowym etapie sprawy, jednak wpisane jest w treść i istotę przytoczonego na wstępie zarzutu apelacyjnego, konkretyzuje je, a więc jego rozpoznanie nie spowoduje jakiegokolwiek zwłoki w rozpoznaniu sprawy. Zgodnie z art. 381 k.p.c. Sąd drugiej instancji może co prawda pominąć nowe fakty i dowody, jeżeli strona mogła je powołać w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji, chyba że potrzeba powołania się na nie wynikła później, jednakże przepis ten nie może stanowić przeszkody do wyjaśnienia okoliczności koniecznych do prawidłowego rozstrzygnięcia sporu, do czego zawsze powinien dążyć sąd drugiej instancji.

Sąd II instancji stwierdził, że za wzięciem pod uwagę powyższego twierdzenia przemawia uzasadniony interes publiczny, a dotyczący prawidłowego

i rzetelnego dysponowania środkami publicznymi, i choćby z tego względu nie można było go zbagatelizować ani pominąć.

Według Sądu Apelacyjnego treść łączącej strony umowy wskazuje wprost, że określony w umowie limit jest limitem rocznym, a nie miesięcznym, czy też kwartalnym. Limit ten, w celu właściwego zaplanowania podziału środków, został jedynie technicznie podzielony na miesiące. Nie było jednak żadnych formalnych przeszkód ku temu, aby świadczenia wykonane z przekroczeniem „technicznego” miesięcznego limitu umowy w jednych miesiącach nie mogły być rozliczone w miesiącach następnych, aż do wyczerpania limitu rocznego umowy. W konsekwencji należało przyjąć, że wyczerpanie powyższego limitu nastąpiło w dniu 24 grudnia 2011 r., zaś strona powodowa nie wykazała, aby nie było możliwości włączenia wykonywanych przed tą datą, a dochodzonych w niniejszym postępowaniu świadczeń, do puli świadczeń wykonywanych w ramach przyznanego szpitalowi limitu.

Zdaniem Sądu II instancji należy podzielić zarzut pozwanego, że Sąd Okręgowy w sposób dowolny przyjął, że większość przedmiotowych świadczeń medycznych została udzielona po wyczerpaniu limitu umownego lub tuż przed datą tego wyczerpania, co i tak uniemożliwiałoby rozliczenie ich w ramach tychże limitów. W istocie jedynie niektóre z tych świadczeń zostały udzielone po 24 grudnia 2011 r. albo były na tyle rozłożone w czasie, że przekraczały tę datę.

Nie można było zatem podzielić stanowiska Sądu Okręgowego, że powodowi należy się zwrot kosztów za zdecydowaną większość dochodzonych na obecnym etapie sprawy świadczeń. W istocie należności te przysługują za te świadczenia, które zostały zrealizowane po przekroczeniu limitu, o ile oczywiście udzielone zostały w warunkach zagrożenia życia i zdrowia w związku z potrzebą ich natychmiastowego udzielenia.

Co do ustalenia kosztów świadczeń ponadlimitowych, to zdaniem Sądu Apelacyjnego, z uwagi na ich charakter, brak jest podstaw do stosowania w stosunku do nich cenników NFZ, które zastosowanie znajdowały wyłącznie do świadczeń objętych umową. W świetle art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wynagrodzenie

świadczeniodawcy, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wyłącznie uzasadnionych kosztów udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej. Z kolei Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 27 sierpnia 2015 r., III CSK 455/14, jednoznacznie wskazał, że świadczenia wykonane ponad limit określony w umowie traktuje się jako wykonane bez zawarcia umowy i podstawę ich finansowania stanowi art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Nie przysługuje zatem wynagrodzenie umowne, ale wynagrodzenie, które uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty, które z reguły nie odpowiadają stawkom umownym zawierającym różnorodne czynniki, w tym koszt działania świadczeniodawcy.

W praktyce wątpliwości może budzić sposób liczenia uzasadnionych kosztów, gdyż Sąd Najwyższy zaniechał wskazania ich definicji. Nie ulega wątpliwości, że pojęcie to nie obejmuje swoim zakresem zysku świadczeniodawcy, tj. marży, która wkalkulowana jest w cenę usług w przypadku świadczeń wykonywanych na podstawie umowy oraz kosztów stałych szpitala, tj. kosztów sprawowania zarządu i ogólnozakładowych, które powstają niezależnie od ilości udzielanych świadczeń medycznych. Jednocześnie z całą pewnością NFZ zobowiązany jest do zwrotu kosztów bezpośrednich związanych ze świadczeniem usług na rzecz konkretnego pacjenta.

Sąd Apelacyjny uznał, że domaganie się przez powoda zapłaty za świadczenia udzielone pierwotnie w ramach obowiązującego limitu, w sytuacji gdy powód nie spełnił obowiązków w zakresie prawidłowego rozliczania tych świadczeń i nie respektował postanowień łączącej strony umowy, będącej podstawą finansowania udzielonych świadczeń, nie jest zasadne i nie zasługuje na ochronę. Nadto wobec istnienia wzorców dotyczących przekazywania informacji stronie pozwanej, czy też platformy elektronicznej spójnej z jednoznacznie ustalonymi wymaganiami NFZ, co do sposobu zgłaszania informacji o świadczeniach oraz istnienia kluczowych dla sposobu wykonania umowy konsekwencji związanych z nieprawidłową rejestracją świadczeń udzielonych w trybie nagłym w ciągu roku, nie można uznać, że zachowanie powoda nie stanowiło naruszenia art. 354 k.c. Proces zgłaszania udzielonych świadczeń był przedstawiony powodowi i miał on obowiązek jego przestrzegania. Nie wyłącza tego obowiązku treść rozporządzeń

Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r., czy też 20 czerwca 2008 r. w sposób ogólny dotyczący kwestii regulacji warunków umownych, czy też rejestrowania informacji.

Przyjęcie powyższych ocen decyduje o konieczności oddalenia powództwa w zakresie dotyczącym żądania zapłaty za świadczenia wykonane w okresie od stycznia 2011 r. do dnia wyczerpania limitu umownego przewidzianego dla tego roku. Na uwzględnienie zasługiwało natomiast żądanie zasądzenia zapłaty za świadczenia ratujące życie lub zdrowie w sytuacjach nagłych zrealizowane u wymienionych wyżej pacjentów w grudniu 2011 r., już po wyczerpaniu limitu. W sprawie powód udowodnił zatem uzasadnione koszty udzielenia świadczeń zdrowotnych w trybie pilnym, po wyczerpaniu rocznego limitu, na kwotę 60.307,96 zł.

W skardze kasacyjnej powód zarzucił:

I. naruszenie prawa materialnego, tj.:

1) art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (u.ś.o.z.) przez błędne jego zastosowanie i uznanie, że podmiot, który zawarł umowę i wykonuje świadczenia ponad określony limit lub w niej nieprzewidziany, a więc świadczenia nieokreślone w umowie, może domagać się jedynie zwrotu uzasadnionych kosztów ich udzielenia, a nie wynagrodzenia według stawek umownych;

2) art. 5 k.c. oraz 354 k.c. przez ich błędne zastosowanie i przyjęcie, że ewentualne naruszenie tych przepisów przez powoda stanowi podstawę do oddalenia powództwa w rozpoznawanej sprawie;

II. naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na wynik sprawy, tj.:

1) art. 207 § 6 k.p.c. w zw. z art. 3 k.p.c., art. 217 § 2 k.p.c. oraz art. 381 k.p.c. przez uwzględnienie przez Sąd Apelacyjny spóźnionych zarzutów pozwanego o: wyczerpaniu limitu umowy w dniu 24 grudnia 2011 r., konieczności przedstawienia uzasadnionych kosztów udzielonych świadczeń oraz braku oznaczania świadczeń jako „ratujących życie,”

2) art. 233 § 1 k.p.c. oraz art. 328 § 2 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. przez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów polegające na nieuzasadnionym uznaniu, iż w przypadku powoda w dniu 24 grudnia 2011 r. doszło do wyczerpania limitu umowy nr (...) podczas, gdy pozwany w odpowiedzi na pozew oraz powód reprezentowali zupełnie odmienne stanowisko.

3) art. 233 § 1 k.p.c. oraz art. 328 § 2 K.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. przez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów polegające na pełnym pominięciu dowodów z przedłożonych przez powoda dokumentów, tj. zarządzeń Prezesa NFZ, i nieuzasadnionym uznaniu, iż powód nie udowodnił, aby nie było możliwości włączenia wykonywanych przed dniem 24 grudnia 2011 r., a dochodzonych w niniejszym postępowaniu świadczeń, do puli świadczeń wykonywanych w ramach przyznanego skarżącemu limitu.

4) art 328 § 2 k.p.c. przez niewskazanie przez Sąd w uzasadnieniu wyjaśnienia podstawy prawnej wyroku wraz z przytoczeniem przepisów prawa i powołanie się jedynie na „uzasadniony interes publiczny, a dotyczący prawidłowego i rzetelnego dysponowania środkami publicznymi” bez dokładnego wskazania, jaki konkretny interes Sąd miał na myśli.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje.

Uzasadniony jest zawarty w skardze kasacyjnej zarzut naruszenia art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz.1938 dalej powoływana jako u.ś.o.z.) przez błędne jego zastosowanie. Powoda łączyła z pozwanym umowa z dnia 15 stycznia 2009 r o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Brak wobec tego podstaw do stosowania tego przepisu dla określenia wysokości należnego powodowi wynagrodzenia od pozwanego. Jak wynika z literalnej wykładni 19 ust. 4 u.ś.o.z. na jego podstawie określa się wynagrodzenia tylko w sytuacji gdy świadczeniodawcę w ogóle nie łączy umowa z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wprawdzie świadczenia zdrowotne, za które powód dochodzi wynagrodzenia nie mieściły się w ustalonym na rok 2011 wynagrodzeniu w umowie łączącej strony, to jednak skoro ustaliły one jak określać wynagrodzenie za wykonywane przez powoda świadczenia zdrowotne, to dotyczyć powinno ono także

tych świadczeń, które powód zobowiązany był spełnić, a nie mieściły się one w puli wynagrodzeń jakie strony ustaliły w umowie na rok 2011. Takie też stanowisko uznać należy za przyjęte ostatecznie w orzecznictwie, co przekonywująco i wnikliwie uzasadniła Sąd Najwyższy w uchwale siedmiu sędziów SN z dnia 19 marca 2019 r. III CZP 80/18.

Trafnie skarżący zarzucił także naruszenie art. 207 § 6 k.p.c. w zw. z art. 3 k.p.c., art. 217 § 2 k.p.c. oraz art. 381 k.p.c. Sąd Apelacyjny uznał, że pomimo przedstawienia dowodu na to, że limit wynagrodzeń został wyczerpany w dniu 24 grudnia 2011 r. dopiero końcowej części postępowania przed sądem drugiej instancji, można było go dopuścić, gdyż przemawiał za tym uzasadniony interes publiczny. Brak jednak bliższego wyjaśnienia na czym ten interes zdaniem Sądu Apelacyjnego polegał. Nie przekonuje twierdzenie, że nie informowanie o tym które ze świadczeń udzielonych przez powoda jako świadczenia ratujące życie lub zdrowie wcześniej pozwoliłoby na sfinansowanie ich w ramach kwot do zapłaty których pozwany był zobowiązany. Sąd Apelacyjny nie wyjaśnił przede wszystkim dlaczego uznał, że pozwany zobowiązany jest do zapłaty tylko za świadczenia zdrowotne ratujące życie lub zdrowie, jeżeli zostały one wykonane po wyczerpaniu limitu przewidzianego umową. Skoro pozwany jest zobowiązany do zapłaty za tego rodzaju świadczenia i zostały one niewątpliwie wykonane w okresie gdy strony wiązała umowa z dnia 15 stycznia 2009 r., to obowiązek zapłaty dotyczy wszystkich tego rodzaju świadczeń, które nie mieszczą się w limicie wynagrodzeń przewidzianych umową. Zapłata w ramach ustalonego za tego rodzaju świadczenia limitu nie zmienia obowiązku pozwanego zapłaty za te świadczenia zdrowotne, które powód wykonał oraz ustalenia, że skoro część tych świadczeń była udzielona jako ratujące życie i zdrowie to powodowi należy się za nie wynagrodzenie w wysokości przewidzianej w umowie, nawet jeżeli nie mieszczą się one limicie wypłaty ustalonych w umowie.

Biorąc powyższe pod uwagę zasługuje również na uwzględnienie zarzut naruszenia przez Sąd Apelacyjny art. 5 k.c. oraz 354 k.c. Powód nie mógł odmówić wykonania świadczeń zdrowotnych ratujących życie lub zdrowie. O tym, że wskazane świadczenia były takimi przesądziła opinia biegłego, które nie podważono w postępowaniu. Za wykonanie takich świadczeń, nawet jeżeli nie

mieściły się one w limicie wynagrodzeń ustalonych łączącą strony umową z dnia 15 stycznia 2009 r., należało się powodowi wynagrodzenie według stawek ustalonych dla danego rodzaju świadczenia. W żaden sposób powód nie nadużył wobec tego swojego prawa i wykonywał należycie łączący go z pozwanym NFZ stosunek prawny, także w zakresie wynikającym z art. 354 k.c.

Mając na względzie, że zarzuty podniesione w skardze kasacyjnej okazały się uzasadnione Sąd Najwyższy, na podstawie art. 398¹⁵k.p.c., orzekł jak w sentencji wyroku.

aj