



Sygn. akt III CSK 414/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 15 listopada 2016 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Jan Górowski (przewodniczący)

SSN Grzegorz Misiurek (sprawozdawca)

SSN Maria Szulc

w sprawie z powództwa Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala im. R.
sp. z o.o. w K.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia Oddziałowi Wojewódzkiemu NFZ w
K.

o zapłatę,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej w dniu 15 listopada
2016 r.,

skargi kasacyjnej strony powodowej

od wyroku Sądu Apelacyjnego z dnia 25 czerwca 2015 r., sygn. akt I ACa (...),

**uchyla zaskarżony wyrok w częściach: oddalającej
powództwo (pkt 1.II.), oddalającej apelację (pkt 2) i orzekającej o
kosztach procesu (pkt 1.III. oraz pkt 3 i 4) i w tym zakresie
przekazuje sprawę Sądowi Apelacyjnemu do ponownego
rozpoznania oraz rozstrzygnięcia o kosztach postępowania
kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

Powódka Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. R. spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w K. domagała się zasądzenia na swoją rzecz od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia Oddziału Wojewódzkiego NFZ w K. kwoty 97.759,06 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w płatności składających się na tę sumę określonych należności.

Sąd Okręgowy w K. wyrokiem z dnia 14 listopada 2014 r. oddalił powództwo, przyjmując za podstawę rozstrzygnięcia następujące ustalenia i wnioski.

Strony zawarły w dniu 31 stycznia 2007 r. umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego. W umowie tej powódka zobowiązała się do wykonywania jej postanowień zgodnie z zasadami i na warunkach przewidzianych w „Szczegółowych materiałach informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne”, określonych w drodze zarządzenia Prezesa NFZ. W § 9 przewidziano, że w zakresie nieuregulowanym umową stosuje się rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Prezes NFZ wydał w dniu 3 listopada 2009 r. zarządzenie nr (...) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, które zastąpiło zarządzenie z dnia 22 października 2008 r. nr (...). Zgodnie z § 23 pkt 10 tego zarządzenia, jeżeli okres pomiędzy świadczeniami udzielonymi świadczeniobiorcy przez świadczeniodawcę, podczas odrębnych pobyków w szpitalu, z powodu określonego przez rozpoznanie lub procedurę występującą w charakterystyce danej grupy z katalogu grup wskazanych w załączniku nr 1a albo z katalogu świadczeń odrębnych z załącznika 1b, nie przekracza 14 dni, lub z zasad postępowania medycznego wynika, że problem zdrowotny może być rozwiązany jednocześnie, świadczenia te są wykazywane do rozliczenia jako jedno świadczenie. Stosownie do § 23 pkt 1 zarządzenia, w uzasadnionych medycznie przypadkach dyrektor Oddziału Funduszu na umotywowany wniosek świadczeniodawcy mógł wyrazić zgodę na rozliczenie określonych świadczeń związanych z ponowną hospitalizacją

w okresie krótszym niż 14 dni. Umowa z dnia 31 stycznia 2007 r. była zmieniana kilkakrotnie aneksami.

Kontrola zasadności kwalifikowania i sprawozdawania świadczeń medycznych przeprowadzona przez pozwanego w powodowym Szpitalu wykazała, że w 2009 i 2010 r. w przypadkach 198 hospitalizacji okres pomiędzy świadczeniami udzielonymi podczas odrębnych pobytów w Szpitalu z powodu tej samej jednostki chorobowej nie przekraczał 14 dni, przy czym odbywało się to bez zgody Dyrektora Oddziału NFZ. Pozwany - odwołując się do treści § 28 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (dalej; „o.u.w.”) - wyliczył, że na skutek tych nieprawidłowości wypłacił powódce nienależnie kwotę 53.346 zł; uznał również, że powódkę obciąża - stosownie do § 30 ust.1 pkt lit. c o.w.u. - obowiązek zapłaty kary umownej w kwocie 42.027,06 zł. Należności te zostały potrącone z wierzytelnościami przysługującymi powódce z tytułu bieżącego wykonywania umowy.

Oceniając tak ustalony stan faktyczny, Sąd Okręgowy uznał za skuteczne potrącenie należności dochodzonych w niniejszym procesie. Stwierdził, że powódka niewątpliwie nie wykonywała umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w sposób prawidłowy. Oceny tej dokonał z uwzględnieniem postanowień zarządzenia Prezesa NFZ nr (...) wydanego na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (jedn. tekst: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.; dalej: „u.ś.o.z.”). Zaznaczył przy tym, że unormowanie zawarte w § 23 pkt 10 powołanego zarządzenia zostało - z woli stron - wprowadzone do umowy zawartej w dniu 31 stycznia 2007 r.

Sąd Apelacyjny, po rozpoznaniu apelacji powódki, wyrokiem zaskarżonym skargą kasacyjną zmienił wyrok Sądu Okręgowego w ten sposób, że zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 21.539,17 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 25 stycznia 2014 r., oddalił powództwo oraz apelację w pozostałym zakresie i orzekł o kosztach procesu za obie instancje.

Sąd Apelacyjny podzielił ustalenia faktyczne przyjęte za podstawę zaskarżonego wyroku oraz - co do zasady - ich ocenę prawną. Podkreślił, że powódka знаła procedurę umożliwiającą uzyskanie - za zgodą Dyrektora Oddziału NFZ - dodatkowego finansowania świadczeń w przypadkach uzasadnionych, jednak z niej nie skorzystała. Pozwany na etapie składania sprawozdań nie miał możliwości ich zweryfikowania pod kątem zgodności z umową i przyjmował je w zaufaniu do świadczeniodawcy; stwierdzając w wyniku kontroli niedopełnienie przez powódkę obowiązków umownych był uprawniony do uznania - na podstawie § 28 ust. 1 o.w.u. - przekazanych jej środków budżetowych za nienależne.

Mając na uwadze charakter działalności powódki, bezsporny fakt udzielenia przez nią świadczeń medycznych objętych żądaniem pozwu oraz brak jednoznacznego uregulowania kwestii terminu do złożenia wniosku o rozliczenie świadczeń udzielonych w czasie ponownej hospitalizacji w okresie krótszym niż 14 dni, Sąd Apelacyjny przyjął, że istnieją podstawy do zredukowania należnej pozwanemu kary umownej o 50% i uznania powództwa za usprawiedliwione w zakresie, w jakim oświadczenie pozwanego o potrąceniu wierzytelności z tego tytułu nie wywarło zamierzonego skutku.

W skardze kasacyjnej, opartej na podstawie określonej w art. 398³ § 1 pkt 1 k.p.c., powódka zarzuciła naruszenie: art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 oraz art. 137 ust. 9 u.ś.o.z. przez błędną wykładnię oraz art. 58 § 1 i 3 k.c. przez niewłaściwe zastosowanie. W konkluzji wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku w części oddalającej powództwo oraz apelację i uwzględnienie apelacji oraz powództwa w całości bądź też przekazanie sprawy w tym zakresie Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania.

Pozwany w odpowiedzi na skargę kasacyjną wniósł o jej oddalenie.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

U podstaw zaskarżonego rozstrzygnięcia legła ocena, że określenie w zawartej przez strony umowie o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej warunków ich rozliczenia przez odwołanie się do treści § 23 zarządzenia Prezesa NFZ nr (...) nastąpiło w sposób wiążący a w konsekwencji - iż zastosowanie się przez pozwanego do tych warunków wyłącza możliwość uwzględnienia powództwa.

Podniesionym w skardze kasacyjnej zarzutom, podważającym powyższą ocenę, nie można odmówić słuszności.

Kompetencja Prezesa Funduszu przewidziana w art. 146 u.ś.o.z., obejmuje określenie przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteriów oceny ofert oraz warunków wymaganych od świadczeniodawców; ogranicza się ona zatem do etapu przygotowania konkursu. Akt realizujący tę kompetencję, bez względu na jego nazwę, nie może być uznany za akt normatywny w rozumieniu art. 87 Konstytucji (zob. m.in. wyroki: Sądu Najwyższego z dnia 30 marca 2012 r., III CSK 217/11, nie publ. oraz Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 24 lutego 2011 r., II GSK 262/10, nie publ.). Taki charakter ma niewątpliwie rozporządzenie Ministra Zdrowia określające ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiące wzorzec normatywny wydany na podstawie delegacji ustawowej (art. 137 u.ś.o.z.). Szczegółowe oznaczenie wzajemnych świadczeń stron i rozliczeń między nimi, w tym wyceny świadczeń rzeczowych świadczeniodawcy oraz warunków ich udzielania, jest dokonywane w umowie. Strony mogą - rzecz jasna - włączyć do umowy treść postanowień zarządzenia Prezesa Funduszu dotyczącego postępowania konkursowego; mogą to uczynić wprost, przenosząc je do umowy, albo - jak miało to miejsce w konkretnym stanie faktycznym - pośrednio, odwołując się do nich. W orzecznictwie Sądu Najwyższego wyrażono pogląd, aprobowany przez skład orzekający, że w przypadku skorzystania przez strony z drugiego rozwiązania, postanowienia zarządzenia Prezesa Funduszu uzyskują status wzorca kwalifikowanego, oddziałującego na treść stosunku prawnego i podlegającego kontroli według zasad stosowanych wobec wzorców umownych. Nie ma przy tym znaczenia, czy w takim akcie powołano podstawę prawną jego wydania; istotne jest tylko to, czy treść umowy ukształtowana przez jego przyjęcie nie narusza przepisów prawa bezwzględnie obowiązujących lub innych - określonych w art. 353¹ k.c. - granic swobody kontraktowej (zob. wyroki: z dnia 30 marca 2012 r., III CSK 217/11; z dnia 29 stycznia 2016 r., II CSK 91/15 oraz z dnia 19 maja 2016 r., IV CSK 550/15 - nie publ.).

Jakkolwiek zatem strony określonego kontraktu mogą samodzielnie ustalić zasady wzajemnych rozliczeń przez uznanie kilku udzielonych świadczeń za jedno

świadczenie, wprowadzenie minimalnego okresu hospitalizacji lub sumowanie świadczeń w trakcie kilku hospitalizacji w określonym terminie, to ocena zgodności tych postanowień z prawem i zasadami współżycia społecznego nie może być oderwana od treści całej umowy; musi ona przy tym uwzględniać treść bezwzględnie obowiązujących przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, kodeksu cywilnego oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Sąd Apelacyjny oceny takiej nie przeprowadził, aprobując - za Sądem Okręgowym - bez bliższego uzasadnienia ocenę, że postanowienia § 23 zarządzenia Prezesa Funduszu nr (...) określiły zasady wzajemnych rozliczeń stron w sposób wiążący, gdyż zostały włączone do umowy przez odwołanie się do ich treści. Oparcie zaskarżonego wyroku na tym wadliwym - przedwcześnie przyjętym - założeniu nie pozwala skutecznie odeprzeć zarzutów podniesionych w skardze kasacyjnej.

Z tych względów Sąd Najwyższy na podstawie art. 398¹⁵ § 1 k.p.c. orzekł, jak w sentencji.

jw

r.g.