

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 czerwca 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Artur Kowalewski (spr.)
Sędziowie:	SSA Agnieszka Bednarek – Moraś SSA Małgorzata Gawinek
Protokolant:	starszy sekretarz sądowy Marta Osińska

po rozpoznaniu w dniu 30 maja 2019 r. na rozprawie w Szczecinie

sprawy z powództwa W. W.

przeciwko Samodzielnemu Publicznemu (...) Szpitalowi (...) w S.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie

z dnia 17 grudnia 2018 r. sygn. akt VIII GC 294/18

I. zmienia zaskarżony wyrok:

1. **w punkcie 1 ponad prawomocnie zasądzoną kwotę 8.446,50 (osiem tysięcy czterysta czterdzieści sześć złotych i pięćdziesiąt groszy) w ten sposób, że zasądza od pozwanego Samodzielnego Publicznego (...) Szpitala (...) w S. na rzecz powódki W. W. odsetki za opóźnienie od kwoty 8.446,50 (osiem tysięcy czterysta czterdzieści sześć złotych i pięćdziesiąt groszy) za okres od 2 stycznia 2018r. do dnia 17 stycznia 2019r. i oddala powództwo w pozostałym zakresie,**

2. **w punkcie 2 w ten sposób, że odstępuje od obciążania powódki kosztami procesu pozwanego,**

II. oddala apelację w pozostałym zakresie;

III. zasądza od powódki na rzecz pozwanego kwotę 3.375 (trzy tysiące trzysta siedemdziesiąt pięć złotych) tytułem części kosztów postępowania apelacyjnego, odstępując od obciążania powódki tymi kosztami w pozostałej części.

Małgorzata Gawinek Artur Kowalewski Agnieszka Bednarek – Moraś

UZASADNIENIE

Powódka W. W. wniosła o zasądzenie od pozwanego Samodzielnego Publicznego (...) Szpitala (...) w S. kwoty 75.940,09 zł wraz z odsetkami za opóźnienie od dnia 10 stycznia 2018 roku, stanowiące wynagrodzenia należne powódce za miesiąc październik 2017 r. z tytułu łączącej strony umowy o świadczenie usług medycznych.

W odpowiedzi na pozew pozwany Samodzielny Publiczny (...) Szpital (...) w S. wniósł o oddalenie powództwa ponad kwotę 8.446,50 zł, stanowiącą - w jego ocenie - należne powódce wynagrodzenie za czas objęty pozvem i zasądzenie kosztów procesu.

Wyrokiem z dnia 17 grudnia 2018 r. Sąd Okręgowy w Szczecinie zasądził od pozwanego Samodzielnego Publicznego (...) Szpitala (...) w S. na rzecz powódki W. W. kwotę 75.940,09 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2018 roku, oraz kwotę 9.215 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Podstawę tego rozstrzygnięcia stanowiły następujące ustalenia faktyczne i ich ocena prawna.

Strony zawarły w dniu 27 lutego 2015 roku umowę nr (...). Zgodnie z treścią § 2 ust. 1 umowy Szpital powierzył, a powódka przyjęła do wykonania udzielenie świadczeń zdrowotnych w poradni endokrynologicznej na zasadach określonych w umowie (udzielanie porad specjalistycznych). Zgodnie z § 5 umowy dotyczącym wynagrodzenia strony umowy przyjęły, że z tytułu wykonania przedmiotu umowy przyjmujący zamówienie otrzyma wynagrodzenie miesięczne za sprzedane usługi medyczne zgodnie z załącznikiem nr 2 do umowy (ust. 1). Nadto przyjmujący zamówienie zobowiązany został do przedstawienia udzielającemu zamówienie zatwierdzonego przez upoważnionego przez niego przedstawiciela - lekarza koordynatora (ordynatora) lub inną osobę upoważnioną - rachunku zawierającego odrębne wykazanie realizacji poszczególnych rodzajów świadczeń w terminie do 3-go dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni (ust. 3). Każdy dzień opóźnienia w dostarczeniu rachunku skutkować miał przy tym opóźnieniem w płatności (ust. 4). Płatność nastąpić miała w terminie do 25. dnia następnego miesiąca za miesiąc poprzedni.

Strony przewidziały, że umowa może ulec rozwiązaniu lub zmianie w wyniku zmiany aktów prawnych regulujących zasady udzielania świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania podmiotów leczniczych. W tym zakresie strony uznały również, że podstawa do zmiany warunków umowy w drodze aneksu może wynikać ze zmian wielkości limitów ilościowych i wartościowych świadczeń, a także ze zmian w sposobie wyceny procedur medycznych. Nadto ustaliły, że brak porozumienia stron w tym zakresie w terminie 30 dni od daty wejścia w życie przedmiotowych zmian powoduje możliwość rozwiązania umowy z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia (§ 8 ust. 5 umowy).

W załączniku finansowym nr 2 do umowy wskazany został dla świadczeń zdrowotnych w poradni endokrynologicznej ryczałt w wysokości 1.500 zł, a także ustalono procentowy udział w wykonaniu procedur medycznych w stawce 2,45 zł za każdy wypracowany punkt do wysokości przyznanego limitu na zespół.

Przez cały okres współpracy powódka na zakończenie miesiąca otrzymywała wykaz wykonanych w danym miesiącu punktów od działu rozliczeń pozwanego Szpitala. Ilość punktów wynikała nadto z systemu komputerowego, do którego dostęp miała powódka oraz służby Szpitala. Powódka i pozostali lekarze nie mieli wpływu na wpisywanie ilości punktów. Generował je system i było one widoczne dla powódki i pozostałych lekarzy Poradni oraz dla Szpitala. Po otrzymaniu wykazu punktów powódka wystawiała fakturę mnożąc ilość punktów po stawce 2,45 zł za punkt. Faktura była potwierdzana przez koordynatora G. K.. G. K. podpisywał także listę wypracowanych punktów, które raz w miesiącu otrzymywał z działu rozliczeń Szpitala. Powódka nie знаła wartości punktu, jaka otrzymywał Szpital od NFZ, nie uzależniała wysokości wynagrodzenia od tej wartości albowiem w jej świadomości wynagrodzenie było jedynie pochodną ilości wypracowanych punktów i kwoty 2,45 zł. Na takich samych zasadach pracowali pozostali lekarze

w Poradni Endokrynologiczne, którzy mieli takie same umowy. Również uważali, że ich wynagrodzenie jest stałe i wynosi 2,45 zł za wypracowany punkt.

We wrześniu 2017 r. między Szpitalem a Narodowym Funduszem Zdrowia doszło do zmian zasad finansowania, związanych ze zmianami ustawowymi w zakresie powołania sieci szpitali i zmiany zasad ich finansowania. Zmiany te powodowały, iż zmniejszyła się wartość jednego punktu oraz zasady punktowania za poszczególne świadczenia. Na podstawie zmienionej umowy z NFZ limit był przyznawany przez Narodowym Funduszem Zdrowia na Szpital, a następnie wewnętrznie limity przyznawano na poszczególne jednostki. Wcześniej natomiast limity odrębnie w każdej poradni określał Fundusz. W związku z wprowadzoną reformą ochrony zdrowia stawka za punkt w poradni zmieniła się z 9,98 zł na 1,09 zł za jeden punkt przy czym zmieniła się też liczba punktów.

W związku z powyższymi zmianami odbyło się spotkanie z Dyrektorem Szpitala, na którym obecny był koordynator Przychodni Endokrynologicznej – G. K.. Na spotkaniu przedstawiono obecnym zakładane zmiany w finansowaniu szpitali i założenia tych zmian. Zmiany te zostały wprowadzone od 1 października 2017 roku. Nie odbywały się żadne spotkania ani rozmowy z lekarzami Poradni, w tym z powódką. Szpital nie wystosował żadnych pism w tej sprawie, nie zaproponowano także zmian warunków łączących Szpital z lekarzami umów.

Powódka udzielała porad w Poradni w październiku 2017 roku. Po tym miesiącu zarówno ona, jak i pozostali lekarze nie otrzymali wykazu wykonanych punktów ani żadnej informacji o rozliczeniu tego miesiąca. W związku z powyższym lekarze, w tym powódka, wystawili faktury za miesiąc październik, na podstawie liczby punktów wynikających z systemu. Zgodnie z systemem powoda w październiku wykonała 30996,3 punktu, co potwierdził koordynator. Wystawiła fakturę nr (...) na kwotę 75.940,95 zł. Faktury nie zostały przyjęte w księgowości pozwanego Szpitala. Powódka nie otrzymała w tym przedmiocie żadnego pisma ani rozliczenia.

Na początku grudnia, na żądania lekarzy, doszło do spotkania G. K. z M. K.. Na spotkaniu przedstawiono propozycje aneksu do umowy zmieniającego sposób rozliczenia wykonanych świadczeń, wskazując, że aneks ma zostać podpisany z datą od 1 października 2017 roku. Lekarze nie wyrazili zgody na taką zmianę, powódka zaś w tym czasie przebywała na zwolnieniu lekarskim. Odbyło się również w grudniu spotkanie z Dyrektorem Szpitala M. U., na którym G. K. złożył propozycje zmian umów w zakresie rozliczeń zaproponowanych, na które pozwany szpital nie wyraził zgody. Pismem z 12 grudnia 2017 roku powódka i G. K. oraz I. K. zwrócili się do Dyrektora Szpitala z informacją o wysokości naliczonego wynagrodzenia. Wskazano, że Szpital nie podjął negocjacji i nie przedstawił w umownym terminie aneksów do umów. Powołano się w nim również na brak porozumienia w czasie spotkań. Pismem z 15 grudnia 2017 roku pozwany wypowiedział powódce umowę na podstawie 8 ust. 5 umowy. Powódka świadczyła jeszcze usługi w styczniu 2018 roku.

W dniu 31 stycznia 2018 r. Szpital zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia - (...) Oddziałem Wojewódzkim w S. ugodę w sprawie ustalenia kwoty całkowitej wynagrodzenia z tytułu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna za okres od 1 stycznia do 30 września 2017 r. Przedmiotem ugody było między innymi rozliczenie wykonanych świadczeń w zakresie endokrynologii (pozycja 19 planu rzeczowo-finansowego), w zakresie endokrynologii - świadczenia pierwszorazowe (pozycja 20 planu rzeczowo-finansowego) i w zakresie endokrynologii- diagnostyka onkologiczna (pozycja 21 planu rzeczowo-finansowego). W okresie od 1 stycznia 2017 r. do 30 września 2017 r. wysokość ceny jednostkowej rozliczenia czyli 1 wartość punktu wynosiła 9,79 zł.

W dniu 14 lutego 2018 r. Szpital zawarł aneks nr (...) do umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia - (...) Oddziałem Wojewódzkim w S. . W celu ostatecznego rozliczenia rzeczowo-finansowego świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem umowy nr (...) w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych przez Szpital w okresie rozliczeniowym od 1 października do 31 grudnia 2017 r. strony umowy dokonały zmiany liczby jednostek rozliczeniowych oraz kwot zobowiązań w poszczególnych zakresach świadczeń będących przedmiotem umowy oraz dodatkowo zmienił się plan rzeczowo - finansowy stanowiący załącznik nr 1 do aneksu nr (...). W związku z nowym planem rzeczowo - finansowym zmienił się sposób rozliczania za udzielone świadczenia, w tym zmieniła się wartość za 1 punkt świadczeń. Za świadczenia w zakresie endokrynologii - diagnostyka onkologiczna

oraz diagnostyka poza pakietem onkologicznym - wartość punktu wynosiła 1,09 zł (pozycja 232 i 233 planu rzeczowo-finansowego stanowiącego załącznik nr 1 do aneksu nr (...)).

W piśmie z dnia 15 marca 2018 r. w związku z rozwiązaniem umowy i koniecznością rozliczenia finansowego powódka zwróciła się do Szpitala o podanie ilości punktów będących podstawą do wystawienia rachunków za okres od 1 stycznia do 30 września 2017 r. oraz za październik 2017 r. i styczeń 2018 r.

W odpowiedzi na powyższe wraz z pismem z dnia 5 kwietnia 2018 r. Szpital przesłał zestawienie informacyjne, w którym wskazano między innymi, że przy rozliczeniu za okres od 01-09/2017 (ugoda) punkty – sprzedaż wyniosły 774,69, wartość za 1 punkt 2,45 zł i sumę stanowiła kwota 1897,99 zł oraz, że za 10/2017 świadczenia w zakresie endokrynologii ryczałt i pierwszorazowe wyniosły 8078,62 zł, świadczenia poza ryczałtem - onkologia wyniosły 367,88zł, w sumie 8.446,50 zł. Nie wskazano sposobu wyliczenia należności za października 2017 roku.

W takich uwarunkowaniach faktycznych Sąd Okręgowy uznał powództwo za uzasadnione, kwalifikując stosunek prawny łączący strony jako umowę o świadczenie usług, do której na podstawie art. 750 k.c., odpowiednie zastosowanie powinny mieć przepisy o zleceniu. Umowa ta, w oparciu o którą powódka zobowiązała się między innymi do udzielenia świadczeń zdrowotnych (udzielania porad specjalistycznych) w poradni endokrynologicznej, miała charakter umowy starannego działania, przy czym wysokość wynagrodzenia za te świadczenia strony uzależniły od ich efektu w postaci ilości udzielonych porad.

Sąd I instancji wskazał, że spór w niniejszej sprawie sprowadzał się do ustalenia zasad, wedle których winno być ustalone dochodzone przez powódkę wynagrodzenie. W tym aspekcie podkreślił, że strony zgodnie odnosiły się do treści § 5 ust. 1 umowy i załącznika finansowego nr 2, jednak odmiennie interpretowały jego treść. Powódka wskazywała, że jej wynagrodzenie było stałe i wynosiło stawkę 2,45 zł za punkt, natomiast pozwany łączył wysokość wynagrodzenia za punkt z zapisem o „procentowym udziale w wykonaniu procedur medycznych” określając je na 25% wartości punktu płaconego Szpitalowi przez NFZ. W sytuacji rozbieżności w interpretacji zasadniczego postanowienia umowy, konieczne stało się ustalenie treści oświadczeń woli stron, stosownie do zasad wykładni przewidzianych w art. 65 k.c.

W tym kontekście Sąd Okręgowy zauważył w pierwszej kolejności, że treść umowy, w żadnym miejscu nie wskazywała na wartość punktu otrzymywanego przez Szpital od NFZ, ani też wysokość procentu od tej wartości, co jest zbieżne ze stanowiskiem powódki. Zbyt daleko idące jest - w jego ocenie - uznanie, iż powódka, jako strona kontraktu, miałaby samodzielnie ustalić wartość punktu dla Szpitala, a następnie dokonać obliczenia przysługującego jej wynagrodzenia procentowego w oparciu o aktualnie w załączniku wskazaną wartość kwotową 2,45 zł. Ani bowiem umowa, ani załącznik, nie zawiera wartości punktu ustalonego pomiędzy Szpitalem a NFZ, ani wysokości procentowej, jaką miałyby otrzymywać powódka. Sformułowanie jest dalece ogólne i lakoniczne. Trzeba mieć również na uwadze, iż także I. K. oraz G. K. jednoznacznie wskazywali, iż umowy (tożsame w tych zapisach) odnosiły się jedynie do iloczynu wypracowanych punktów i wartości stałej 2,45 zł za punkt. Także przebieg dotychczasowych rozliczeń stron wskazuje, iż powódka otrzymywała konkretną kwotę za punkt, zaś ilość wypracowanych punktów nie tylko wynikała z dostępnego dla stron systemu, ale także było każdorazowo generowana przez dział rozliczeń pozwanego i przedstawiany powódce po potwierdzeniu przez koordynatora. Pozwany nie wykazał, by kiedykolwiek – czy to w umowie, czy w rozliczeniu, czy wreszcie w inny sposób, w stosunku do powódki, odnosił wynagrodzenie do wartości procentowej punktu w stosunku do kwoty płaconej przez NFZ, ani nawet by powódka wartość tę znała. Działania podejmowane przez pozwanego, po zmianach wprowadzonych 1 października 2017 roku, także, w ocenie Sądu I instancji, wskazują na to, że dotychczasową wolą stron było rozliczanie stałe punktów, bez odnoszenia ich do wartości procentowej. Należy bowiem uwzględnić, że treść art. 8 ust. 5 umowy wskazywała na podstawy zmiany umowy lub jej rozwiązania w sytuacji związanej ze zmianą wielkości limitów ilościowych i wartościowych świadczeń, a także ze sposobu wyceny procedur medycznych. Taka sytuacja nastąpiła w niniejszej sprawie, co potwierdziła Dyrektor Szpitala M. U. oraz M. K.. Konieczność aneksowania umowy wiązała bowiem właśnie ze zmianą w sposobie naliczania punktów oraz zmianą ich wartości płaconej przez NFZ. Wprawdzie finalnie koszt świadczenia medycznego miał sumarycznie wynosić identyczną kwotę, jednak zmieniały się sposoby jej wyliczenia. Gdyby w istocie umowa łącząca

strony odnosiła się do 25% wartości punktu, jak twierdzi pozwany, nie zachodziłaby potrzeba jej aneksowania. Pozwana bowiem przesłałaby kolejne rozliczenie wykazujące liczbę wypracowanych punktów pomnożonych przez 25% wartości obecnej wyceny. Do takiego prostego przełożenia jednak nie doszło, a służby pozwanego podjęły, po dwóch miesiącach bezczynności, próby aneksowania umów, gdzie dopiero próbowano wprowadzić zasadę powiązania procentowego wartości punktu płaconego przez NFZ. W relacji z powódką nigdy wcześniej takie założenie nie pojawiło się. Powyższe okoliczności pozwalają ustalić, iż wolą stron umowy, która obowiązywała od 1 kwietnia 2015 roku, było więc rozliczanie wykonanych punktów w stałej wysokości. Odmienna interpretacja wynika jedynie z próby przerzucenia ciężaru reformy na powódkę. Sąd Okręgowy dostrzegł ogromny problem dla pozwanego Szpitala, związany z nagłymi zmianami sposobu organizacji i finansowania placówek medycznych, do których doszło w czasie trwania umów między innymi z powódką. Jednak pozwany miał możliwość wcześniejszego reagowania na takie zmiany, finalnie niekorzystne dla siebie, poprzez realizację uprawnienia wynikającego z § 8 ust. 5 umowy. Niezwłoczne więc podjęcie rozmów i ewentualne wypowiedzenie umowy pozwoliłoby ograniczyć starty Szpitala. Niedopuszczalne jest jednak pozostawienie w niepewności, czy nawet niewiedzy, jak to miało miejsce w stosunku do powódki, kontrahenta umowy, który nadal świadczy swoje obowiązki, a następnie usiłowanie przerzucenia na niego niekorzystnych skutków reformy. Niespornie bowiem, co wynika z zeznań wszystkich świadków oraz stron, z powódką nie podjęto żadnych rozmów, nie udzielano żadnych informacji – nie tylko o ewentualnych zmianach, ale nawet nie podano ilości wypracowanych punktów, a następnie – wbrew postanowieniom umowy, dokonano jej wypowiedzenia pismem z 15 grudnia. W ocenie Sądu Okręgowego, w tej dacie pozwanemu nie przysługiwało już uprawnienie z § 8 umowy do wypowiedzenia umowy z zachowaniem jednomiesięcznego wypowiedzenia, upłynął bowiem trzydziestodniowy termin na prowadzenie takich rozmów i dokonanie zmian umowy. Nie stanowią przy tym usprawiedliwienia problemy organizacyjne pozwanego, albowiem także one nie mogą obciążać powódki jako strony umowy. Należy również zaznaczyć, iż pozwany również po zakończeniu umowy, w odpowiedzi na pismo powódki o rozliczenie, nie podał ilości wypracowanych punktów, niezależnie od sporu stron co do ich wartości, co również wskazuje, iż pozwany próbuje obciążyć powódkę niekorzystnymi skutkami zmian umowy z NFZ.

Mając na uwadze powyższe Sąd I instancji uznał, iż umowa stron obejmowała rozliczenie ilości punktów po wskazanej kwocie 2,45 zł. Ilość punktów została przez powódkę pobrana z systemu i potwierdzona zgodnie z umową przez koordynatora. Pozwany nie wykazał, by liczba wykonanych punktów była mniejsza. Zaś umowa stron nie została zmieniona wobec czego stawka obowiązywała do jej zakończenia. Roszczenie powódki jest więc uzasadnione.

O odsetkach Sąd Okręgowy orzekł podstawie w art. 481 § 1 i 2 k.c. w zw. z art. 455 k.c., zaś o kosztach procesu w oparciu o art. 98 § 1 i § 3 w zw. z art. 99 i art. 108 § 1 k.p.c., wedle zasady odpowiedzialności za wynik procesu. Za nieuzasadniony w tym zakresie uznał wniosek pozwanego o zastosowanie art. 101 k.p.c.

Powyższy wyrok w całości zaskarżył apelacją pozwany Samodzielny Publiczny (...) Szpital (...)w S., zarzucając naruszenie przepisów postępowania, tj.

1) art. 231 k.p.c. w zw. z art. 233 § 1 k.p.c. poprzez bezpodstawne przyjęcie, iż powódce przysługiwało wynagrodzenie za miesiąc październik 2017 r. w wysokości 75 940 zł, podczas gdy dotychczasowe wynagrodzenie wynikające z zawartej przez strony umowy było około 10 razy niższe i zasądzona kwota stanowi nienależne świadczenie oraz pominięcie przez Sąd dowodu z projektu aneksu przedstawionego przez stronę pozwaną, wskazującego na wolę określenia przez strony po 30 września 2017 r. wynagrodzenia powódki oraz świadków K. i B.-K. jako procentu od wartości punktu określonego przez NFZ;

2) art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 328 § 2 k.p.c. poprzez dokonanie przez Sąd I instancji dowolnej a nie swobodnej oceny materiału dowodowego poprzez przyjęcie, iż prawidłową podstawą wystawienia faktury przez powódkę był iloczyn liczby wygenerowanych z systemu punktów i stawki 2,45 zł podczas, gdy z zawartej przez strony umowy wynika, iż powódce przysługiwało zgodnie z umową wynagrodzenie za sprzedane usługi medyczne oraz przyjęcie przez Sąd I instancji, iż wysokość wynagrodzenia powódki nie ma związku z zawartymi przez pozwanego umowami z NFZ oraz przyjętymi w tych umowach zasadami rozliczeń,

3) art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 328 § 2 k.p.c. poprzez przyjęcie za okoliczność wykazaną i udowodnioną przez stronę powodową, iż dla powódki - przedsiębiorcy jako podstawę wynagrodzenia stanowiła nowa, 10-krotnie większa ilość punktów wg nowego systemu wyceny oraz dotychczasowa stawka za 1 punkt według poprzedniego sposobu finansowania świadczeń przez NFZ,

4) art. 230 k.p.c. w zw. z art. 6 k.c. poprzez przenieśnięcie na stronę pozwaną ciężaru dowodu w niniejszej sprawie poprzez wskazanie w uzasadnieniu, iż pozwany nie wykazał, by kiedykolwiek odnosił wynagrodzenie do wartości procentowej punktu w stosunku do kwoty płaconej przez NFZ, w sytuacji, gdy na stronie powodowej spoczywa obowiązek wykazania, iż wynagrodzenie za udzielone w miesiącu październiku 2017 roku przysługuje w żądanej przez powódkę wysokości oraz przyjęcie jako wiarygodne zeznań świadków K. i B.-K. w sytuacji, gdy pozostają oni w sporze sądowym z pozwanym;

5) art. 65 § 2 kodeksu cywilnego w związku z art. 26 ust. 3, 26a ust. 1 i art 27 ust. 2, 3 i 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.) poprzez przyjęcie przez Sąd I instancji, iż rzeczywistą wolą stron było zawarcie umowy ze stawką określoną kwotowo (stałą) a nie jako część (procent) wynagrodzenia wypłacanego pozwanemu przez Narodowy Fundusz Zdrowia co jest sprzeczne z postanowieniami umowy, jej celem oraz podstawami prawnymi jej zawarcia, podczas gdy:

a) z okoliczności i przebieg sprawy wynika, iż umowa zawarta w wyniku konkursu ofert pozostawała w związku z finansowaniem świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia,

b) wolą stron umowy, wykazanych zeznaniami świadka i dyrektora S, było „podzielenie się” zapłaconym przez NFZ wynagrodzeniem z lekarzami udzielającymi świadczeń przy uwzględnieniu kosztów szpitala oraz kosztów drogich badań zleczanych pacjentom m.in. przez powódkę,

c) kwota wynagrodzenia zasądzonego na rzecz powódki jest prawie dziesięciokrotnie wyższa od otrzymywanej dotychczas, co czyni żądanie powódki nienależnym,

d) z zapisów załącznika finansowego do umowy wynika, iż stawka wynagrodzenia jest wskazywana procentowo (25%) do wartości 1 punktu określanego przez NFZ,

e) z umowy - § 5 ust 1 wynika, iż z tytułu wykonywania przedmiotu umowy pozwany otrzymuje wynagrodzenie miesięczne za sprzedane usługi medyczne - zgodnie z załącznikiem nr 2 - finansowym do umowy, przy czym za sprzedane procedury (usługi medyczne) należy rozumieć usługi:

- potwierdzone i zapłacone przez NFZ
- potwierdzone i zapłacone przez MZ oraz innych odbiorców usług (§ 5 ust. 9 umowy), co logicznie wskazuje, iż celem (wolą) pozwanego, jako jednostki sektora finansów publicznych, nie mogło być zobowiązanie się do zapłaty za udzielone przez powódkę świadczenia w kwocie kilkakrotnie wyższej niż kwota, za którą sprzedał te usługi do NFZ.

W oparciu o tak sformułowane zarzuty wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa ponad uznaną przez pozwanego kwotę 8 446 zł 50 gr, oraz o zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa radcowskiego za obie instancje według norm przepisanych.

W odpowiedzi na apelację powódka W. W. wniosła o jej oddalenie i zasądzenie na jej rzecz od pozwanego kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja pozwanego okazała się uzasadniona.

Pomimo formalnego osadzenia apelacji na szeregu zarzutów, mających zarówno charakter procesowy, a wskazujących na naruszenie przez Sąd Okręgowy zasad oceny zgromadzonego w sprawie materiału procesowego w kontekście poczynionych przez ten Sąd ustaleń faktycznych, jak i materialnoprawny, w ocenie Sądu Apelacyjnego – podobnie jak to wskazał Sąd I instancji – istota sporu w przedmiotowej sprawie dotyczyła w istocie rzeczy jednego zagadnienia, a mianowicie dokonania prawidłowej wykładni łączącej strony umowy z dnia 27 lutego 2015 r. w zakresie podstaw do ustalenia należnego powódce wynagrodzenia za wykonanie przewidzianych w nim świadczeń medycznych wynagrodzenia. Tej też kwestii dotyczyły w gruncie rzeczy wszystkie zgłoszone w apelacji zarzuty, których wspólnym kwantyfikatorem - w aspekcie jurydycznym – jest dyspozycja art. 65 § 2 k.p.c. Oś sporu stron w tej materii wyznaczały ich przeciwstawne stanowiska co do tego, w jaki sposób wynagrodzenie powódki za miesiąc październik 2017 r. winno zostać określone, na podstawie § 5 ust. 1 umowy i załącznika finansowego nr 2. Zdaniem powódki, należy jej składnik zmienny wynagrodzenie stanowił iloczyn liczby punktów oraz stawki 2,45 zł za punkt. Z kolei pozwany uważał, że wysokość wynagrodzenia za punkt interpretować należy w oparciu o zapis o „procentowym udziale w wykonaniu procedur medycznych”, określając ten udział na 25% wartości punktu płaconego Szpitalowi przez NFZ.

Syntetyzując prezentowane w judykaturze i nauce prawa stanowiska w zakresie zasad wykładni oświadczeń woli, za dominujące uznaje należy zapatrywanie, wedle którego na gruncie art. 65 k.c., który nakazuje uwzględnić różne kryteria oceny oświadczenia woli, takie jak: okoliczności, w których zostało ono złożone, zasady współżycia społecznego, ustalone zwyczaje, zgodny zamiar stron oraz cel umowy, zastosowanie znajduje kombinowana metoda wykładni. Sąd Najwyższy w uchwale składu siedmiu sędziów z dnia 29 czerwca 1995 r. (sygn. akt III CZP 66/95, OSNC 1995, nr 5, poz. 168) przyjął - na tle art. 65 k.c. - powyższą metodę wykładni oświadczeń woli. Obejmuje ona zasadniczo dwie fazy. W pierwszej fazie sens oświadczenia woli ustala się, mając na uwadze rzeczywiste ukonstytuowanie się znaczenia między stronami. Na tym etapie wykładni priorytetową regułą interpretacyjną oświadczeń woli składanych indywidualnym adresatom stanowi rzeczywista wola stron. Zastosowanie tej reguły wymaga wyjaśnienia, jak strony rozumiały złożone oświadczenie woli, a w szczególności, jaki sens łączyły z użytym w oświadczeniu woli zwrotem lub wyrażeniem. W razie ustalenia, że były to te same treści myślowe, pojmowany zgodnie sens oświadczenia woli trzeba uznać za wiążący. Jeżeli natomiast okaże się, że strony nie przyjmowały tego samego znaczenia oświadczenia woli, konieczne jest przejście do drugiej fazy wykładni (obiektywnej), w której właściwy dla prawa sens oświadczenia woli ustala się na podstawie przypisania normatywnego, czyli tak, jak adresat sens ten zrozumiał i rozumieć powinien. Przyjmuje się, że na podstawie art. 65 § 2 k.c. możliwa i dopuszczalna jest sytuacja, w której właściwy sens umowy ustalony przy zastosowaniu wskazanych w nim dyrektyw będzie odbiegał od jej jasnego znaczenia w świetle reguł językowych (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 września 2011 r., V CSK 427/10). Wykładania umowy dokonywana jest na trzech poziomach. Pierwszy wyznaczony jest dosłownym brzmieniem umowy, drugi zdeterminowany jest przez jej treść odczytaną przy zastosowaniu reguł interpretacyjnych wyrażonych w art. 65 § 1 k.c., trzeci zaś polega na ustaleniu znaczenia oświadczeń woli przez odwołanie się do zgodnego zamiaru stron i celu umowy. Nie można jednak przyjąć takiego znaczenia interpretowanego zwrotu, który pozostawałby w sprzeczności z pozostałymi składnikami wypowiedzi. Klóciłoby się to bowiem z założeniem o racjonalnym działaniu uczestników obrotu prawnego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 31 stycznia 2008 r., II CSK 406/07). Tak więc przy wykładni oświadczenia woli należy - poza kontekstem językowym - brać pod uwagę także okoliczności złożenia oświadczenia woli, czyli tzw. kontekst sytuacyjny (art. 65 § 1 k.c.). Obejmuje on w szczególności przebieg negocjacji, dotychczasowe doświadczenie stron, ich status (wyrażający się, np. prowadzeniem działalności gospodarczej). Niezależnie od tego z art. 65 § 2 k.c. wynika nakaz kierowania się przy wykładni umowy jej celem. Dla ustalenia, jak strony rzeczywiście pojmowały oświadczenie woli w chwili jego złożenia, może mieć znaczenie także ich postępowanie po złożeniu oświadczenia, np. sposób wykonania umowy. Ustalenie treści czynności prawnej wymaga również uwzględnienia art. 56 k.c., który stanowi, że czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy, z zasad współżycia i ustalonych zwyczajów.

Okolicznością, której znaczenia przy wykładni § 5 lit. 1 łączącej strony umowy nie sposób pominąć jest fakt, że to powódka wywodziła pozytywne dla siebie skutki z twierdzenia, że w powiązaniu z załącznikiem numer 2 określa ona należne jest wynagrodzenie jako iloczyn liczby punktów oraz kwoty 2,45 zł. za jeden punkt. To na powódce spoczywał zatem procesowy obowiązek powołania dowodów pozwalających na tego rodzaju ustalenie (art. 232 zd. 1

k.p.c.), ze skutkami materialnoprawnymi zaniechania tej powinności wynikającymi z dyspozycji art. 6 k.c. Odbiorca oświadczenia woli (tu: powódka) może tylko wtedy powołać się skutecznie na swoje jego rozumienie, gdy każdy uczestnik obrotu prawnego, znajdujący się w analogicznej, jak on sytuacji, w szczególności dysponujący takim samym zakresem wiedzy o oświadczeniu i towarzyszących mu okolicznościach, zrozumiałby je tak samo (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 1997 r., II CKN 171/97). Art. 65 § 2 k.c. traktuje przy tym o tym, jaki był "zgodny zamiar stron i cel umowy", a nie o tym, jaki był zamiar i cel jednej z jej stron (tak. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 29 stycznia 2003 r., I CKN 1431/00).

Przenosząc tak opisane uwarunkowania prawne do realiów niniejszej sprawy Sąd Apelacyjny doszedł do przekonania, iż wadliwą jest przyjęta przez Sąd Okręgowy wykładnia § 5 ust. 1 łączącej strony umowy, aprobująca w całości jej interpretację przedstawioną przez powódkę. Sąd I instancji błędnie zawęził bowiem interpretację tego zapisu do kontekstu językowego, wyznaczonego – w jego ocenie – treścią załącznika nr 2 do tej umowy.

Zauważyć w tym miejscu należy, że nie jest tak, jak wskazuje Sąd Instancji, jakoby treść tego załącznika jednoznacznie nakazywała uznanie za prawidłowy sposobu interpretacji umowy forsowanego przez powódkę. W istotnej dla rozstrzygnięcia sprawy kwestii załącznik skonstruowany był w taki bowiem sposób, że stawka „2,45 zł za każdy wypracowany i osobiście sprzedany punkt do wysokości limitu przyznanego na zespół”, stanowiła wyłącznie element konkretyzujący sposób ustalenia wynagrodzenia za usługi, który w załączniku opisowo określono jako „procentowy udział w wykonaniu procedur medycznych”. Już to tylko zestawienie stwarzało uzasadnioną wątpliwość, czy stawka 2,45 zł na punkt może być uznana za stałą, skoro należne powódce wynagrodzenie stanowić miało jedynie część (opisaną w załączniku jako procentowy udział), wartości procedury medycznej, do której wykonania powódka zobowiązała się w umowie. Celem jego wyjaśnienia koniecznym było sięgnięcia nie tylko do całego tekstu umowy łączącej strony, ale także zewnętrznych – w tym normatywnych - uwarunkowań jej zawarcia i wykonywania.

Zgodnie z § 5 umowy, powódce przysługiwało wynagrodzenie miesięczne wyłącznie za sprzedane usługi medyczne, pod którym to pojęciem - w istotnym dla rozstrzygnięcia sprawy aspekcie - strony rozumiały usługi zatwierdzone i opłacone przez NFZ. Z kolei w § 1 umowy wskazano, że mają do niej zastosowanie, między innymi, umowy zawierane przez Szpital z NFZ. Nie wydaje się przy tym wymagać pogłębionych analiz oczywista teza, że strony zawierając umowę w dniu 27 lutego 2015 r. miały pełną świadomość tego, w jakich uwarunkowaniach organizacyjnych jest ona zawierana, a w szczególności, że jej finansowanie realizowane będzie ze środków publicznych, przekazywanych pozwanemu przez NFZ na podstawie kontraktów, przedmiotem których było udzielanie przez Szpital świadczeń opieki zdrowotnej. Już to tylko zestawienie czyni wyłącznie logicznym wniosek, że zawierając umowę, zgodną świadomością stron objęte było to, że wynagrodzenie, które powódka za wykonywane na rzecz pozwanego świadczenia medyczne ma uzyskiwać, nie może być wyższe niż wynagrodzenie, jakie za te usługi zobowiązał się uiszczać ich ostateczny płatnik, tj. NFZ. Zbędnym byłoby przecież w takim przypadku uzależnianie aktualizacji prawa powódki do wynagrodzenia od zdefiniowanego w samej umowie sprzedania usług temu podmiotowi. W konsekwencji tylko tak wskazanych uwag nie jest możliwa do zaakceptowania teza, że wynagrodzenie powódki miało mieć bezwzględnie charakter stały i wynosić niezmienną kwotę, powstałą w wyniku działania mnożenia liczby punktów i kwoty 2,45 zł. Nie mogło bowiem ono – i to w świetle samej umowy – przekroczyć wynagrodzenia, które uzyskiwał za nie pozwany od ich płatnika. Taka zaś sytuacja niewątpliwie zaistniała w odniesieniu do października 2017 r. kiedy to – jak wynika z aneksu nr (...) z dnia 14 lutego 2018 r. - wynagrodzenie należne pozwanemu od NFZ za świadczenia w zakresie endokrynologii - diagnostyka onkologiczna oraz diagnostyka poza pakietem onkologicznym, zostało określone według wartości punktu - 1,09 zł, zaś powódka domaga się za ten okres wynagrodzenia liczonego według stawki za punkt ponad 2 – krotnie wyższej (2,45 zł).

Powyższą interpretację w istotny sposób racjonalizuje treść złożonego przez pozwanego na rozprawie w dniu 5 grudnia 2018 r. projektu zmiany/aneksu załącznika nr 2 do umowy (k. 649) i to nie tyle w zakresie propozycji przedstawionych w nim przez samego pozwanego, ale reakcji na nią w formie własnoręcznych zapisków na tym projekcie, dokonanych przez koordynatora poradni endokrynologicznej dr n. med. G. K. (k. 649). Sam świadek K., który wedle powódki i drugiego z lekarzy tej poradni I. K. zajmował się negocjowaniem z pozwanym warunków, na jakich umowy mogłyby być zmienione, zaproponował bowiem stawki procentowe (tu: 35%) od wartości wypracowanych osobiście punktów, co też potwierdził w swoich zeznaniach. Wynika zaś z tego w sposób jednoznaczny, że miał on całkowitą świadomość,

właścista pełniąc wcześniej funkcje kierownicze w pozwanym Szpitalu, że wynagrodzenie lekarzy przychodni stanowić może jedynie część środków otrzymywanych przez pozwanego z NFZ za świadczone przez nich usługi. Niepodobna w tym kontekście uznać za wiarygodne zeznań G. K. i I. K. (osób pozostających z pozwanym w analogicznych sporach sądowych i przez to osobiście zainteresowanych korzystną dla powódki interpretacją przedmiotowej umowy) oraz samej powódki, wedle których stawka 2,45 zł. za punkt była jedynym uzgodnieniem stron co do sposobu określenia wynagrodzenia i obowiązywać miała niezmiennie przez cały okres obowiązywania umowy, niezależnie od zmian w zakresie poziomu finansowania przez NFZ. W ocenie Sądu odwoławczego, świadomość tego, że wynagrodzenie może wynosić jedynie część środków przekazywanych przez NFZ mieli wszyscy lekarze, w tym powódka, zawierający z pozwanym umowy cywilnoprawne na świadczenie usług ambulatoryjnych, o czym świadczy to, że zeznała dyrektor pozwanego M. U., ww. świadkowie i powódka są jedynymi lekarzami, którzy domagają się zapłaty wynagrodzenia wedle kwotowej stawki za punkt wymienionej w umowie. To zaś, że nie przyjęli oni proponowanych przez Szpital rozwiązań, jak zeznał G. K., zasadniczo wynikało z tego, że od 1 października 2017 r. pozwany zamierzał zaprzestać wypłacania wynagrodzenia ze pacjentów tzw. pozalimitowych, przez co ich wynagrodzenie, gdyby pracowali w takim rozmiarze jak poprzednio, tj. przyjmując również takich pacjentów, uległoby istotnemu zmniejszeniu w zakresie wynagrodzenia za jedną faktycznie udzieloną poradę.

Kontynuując wywód Sąd Apelacyjny wskazuje, że zapis o procentowym udziale w wykonaniu procedur medycznych jako wyznaczniku sposobu ustalenia należnego powódce wynagrodzenia przeczy co do zasady również możliwości przyjęcia, że wynagrodzenie powódki mogłoby być identyczne ze świadczeniem, jakie pozwany za jej usługi otrzymywał z NFZ. Jak wynika z art. 52 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. samodzielność finansowa samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jakim jest pozwany, przejawia się w tym, że powinien on z posiadanych środków i uzyskanych przychodów pokrywać koszty swojej działalności i regulować zobowiązania. Podstawowym zaś źródłem tych przychodów są środki finansowe pochodzące z odpłatnej działalności leczniczej (art. 55 ust. 1 pkt 1 cyt. ustawy). Wynagrodzenia części personelu (w tym przypadku lekarzy), jak w każdej działalności zarobkowej, stanowią jedynie jeden i to nie dominujący składnik tych kosztów. Z uzyskiwanych przychodów pozwany obowiązany jest pokryć szereg innych wydatków, związanych czy to z utrzymaniem we właściwym stanie technicznym środków trwałych, w tym nieruchomości w których prowadzi działalność, czy też mających związek z prowadzoną działalnością leczniczą (min. zakup i konserwacja sprzętu medycznego, zakup środków medycznych, w tym leków, badania diagnostyczne, wynagrodzenia niższego personelu medycznego i pozostałych pracowników). Niepodobna w tym kontekście przyjąć, aby czynnik ten nie był brany pod uwagę przy konstrukcji umowy zawartej z powódką, w zakresie ustalenia podstaw przysługującego jej wynagrodzenia. Wniosek ten wspiera bezsporna w niniejszej sprawie okoliczność, że stawka 2,45 zł. za punkt, w okresie 2,5 roku, tj. do końca września 2017 r. zawsze stanowiła jedynie część takiej stawki, wedle której ustalane było wynagrodzenie wypłacane pozwanemu przez NFZ za udzielanie porad specjalistycznych w poradni endokrynologicznej. W ostatnim okresie, uwzględniając treść ugody z dnia 31 stycznia 2018 r. wynosiła ona 9,79 zł na punkt. Co więcej, jak wynika z załączonego do akt planu rzeczowo – finansowego stanowiącego załącznik nr 1 do umowy nr (...) zawartej przez pozwanego z NFZ na okres od 1 stycznia 2015 do 31 grudnia 2015 r., a dotyczącego ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wartość rozliczeniowa jednego punktu w zakresie świadczeń w poradni endokrynologicznej także wynosiła 9,79 zł. (poz. 48 na k. 89 akt). Analogiczne dane wynikają z planu rzeczowo – finansowego stanowiącego załącznik nr 1 do umowy nr (...) zawartej przez pozwanego z NFZ na okres od 1 stycznia 2016 do 31 grudnia 2016 r. – poz. 19-21 k. 255. Wskaźnik procentowy, zarówno na początku obowiązywania umowy, w jej trakcie, jak i we wrześniu 2017 r., odniesiony do stawki 2,45 zł., wynosił zatem 25%, jak słusznie wskazywał pozwany. Myli się w tym kontekście powódka, twierdząc że przy stosowaniu wskaźnika procentowego dochodzi do jej pokrzywdzenia, skoro wynagrodzenie pozwanego wzrastało, a jej pozostawało niezmiennie. Biorąc zaś pod uwagę wzrost innych kosztów działalności (choćby jedynie o wskaźniki inflacji), które z pozostałej części wynagrodzenia obowiązany był on pokrywać, to brak indeksowania przez NFZ wynagrodzenia za świadczenia wykonywane w poradni endokrynologicznej, w tym powódkę, w całości obciążał wynik finansowy pozwanego.

Jak trafnie wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 8 października 2004 r., V CK 670/03, postanowienia umowy wzajemnej nie mogą naruszać zasady ekwiwalentności świadczeń. Jest ona podstawową cechą tej kategorii umów, w których obowiązek świadczenia ciąży na obu stronach. W tego rodzaju umowach każda ze stron jest dłużnikiem

i wierzycielem drugiej, zaś świadczenie każdej stanowi równoważnik (ekwiwalent) tego, co sama otrzymuje. Ta równowaga właśnie określana jest mianem ekwiwalentności świadczeń. Element ten – mający charakter normatywny – nie może również pozostawać obojętny dla dokonywania wykładni samej treści umowy. Dotyczy to zwłaszcza takich przypadków, jaki stanowi przedmiot niniejszego postępowania, w których zakres świadczenia jednej ze stron, przy braku zmian treści samej umowy, ma ulec radykalnemu zwiększeniu. Oczywistym jest przy tym, że zasada ekwiwalentności stoi na przeszkodzie takiej interpretacji umowy, w której - w postępie czasowym jej realizacji – dojść może do rozdzwisku pomiędzy tym, co strony w dacie zawarcia umowy uważały za ekwiwalentne, a tym co jedna ze stron w okresie późniejszym zobowiązana miałaby świadczyć, gdy obowiązek ten nie wynika z woli stron takiego ukształtowania łączącego je stosunku prawnego czy też uwarunkowań zewnętrznych o charakterze przymusowym (orzeczenie sądu, obowiązek o charakterze normatywnym, itp.). Innymi słowy mówiąc, zasada ekwiwalentności stoi na przeszkodzie takiej wykładni umowy - przy niezmienności jej treści - która stoi w opozycji do tego, co strony w dacie jej zawarcia uznawały za ekwiwalentne i czemu dawały wyraz w trakcie jej wykonywania, o ile nie zaistniały niezależne od woli stron czynniki zewnętrzne. Oczywiście nie dotyczy to przypadków, w których zmiana świadczeń stron, co w umowach o charakterze ciągłym jest normalną sytuacją, wynika wprost z umowy, lub w umowie tej przewidziane są podstawy do ustalenia ich zmienionego rozmiaru.

Przekładając tak opisany stan prawny do realiów poddanego pod osąd sporu stwierdzić należy, że przedstawiona przez Sąd I instancji interpretacja § 5 ust. 1 umowy i załącznika finansowego nr 2., zasadę ekwiwalentności świadczeń obowiązującą w umowach wzajemnych narusza. W niniejszej sprawie świadczenie powódki polegało na realizowaniu określonych usług medycznych, którego ekwiwalentem - rozumianym jako wymierna wartość, wyrażona w pieniądzu - była powinność zapłaty przez pozwanego określonego wynagrodzenia. Umowa, w powiązaniu z kontraktem łączącym pozwanego z NFZ, przewidywała zasady jego ustalenia: każda świadczona przez powódkę usługa oznaczała wypracowanie określonej liczby punktów, których suma za dany miesiąc, przemnożona przez część kwoty wypłacanej z tego tytułu pozwanemu przez końcowego płatnika usług, a określonej w umowie na 2,45 zł., wyznaczała zmienny składnik wynagrodzenia należnego powódce uzależniony od liczby udzielonych przez nią świadczeń. Wynagrodzenie tak określone było zatem - zgodnie z umową - ekwiwalentem (odpowiednikiem) faktycznych świadczeń wykonywanych przez powódkę, a jego ostateczna wysokość uzależniona była od ilości tych świadczeń. Punkty i ich pieniężna mnożna dotyczyły wyłącznie sposobu jego ustalenia. Taki stan rzeczy istniał przez cały okres obowiązywania umowy, do września 2017 r. włącznie: powódka udzielała porad pacjentom w określonym rozmiarze, któremu odpowiadało uznane za ekwiwalentne przez strony w tej umowie świadczenie pozwanego. Powódka jak zeznała pracowała bardzo dużo, czego odzwierciedleniem były uzyskiwane przez nią zarobki. Jak wskazała, praktycznie nie „schodziła” poniżej 12.000 zł. miesięcznie, a zdarzały się miesiące, że otrzymywała wynagrodzenie w przedziale 16.000 – 18.000 zł. miesięcznie (e – protokół z rozprawy w dniu 5 grudnia 2018 r. 02:43:34 – 02:44:20). Zeznała również, że w dniu 24 października 2017 r. doznała złamania kości ramieniowej i od tego dnia w miesiącu tym już nie pracowała (02:18:28 – 02:20:00 ww. e – protokołu). Jednocześnie w materiale procesowym nie istnieje jakikolwiek dowód, w oparciu o który możliwe byłoby dokonanie jakichkolwiek ustaleń faktycznych wskazujących na to, że przez 23 dni października 2017 r., udzieliła nie tylko znacznie większej, ale w ogóle większej liczby porad, niż w miesiącach poprzedzających. Zasady doświadczenia życiowego, z uwagi na brak świadczeń przez cały miesiąc, nakazywałyby przyjąć w tym zakresie wnioski o zmniejszeniu ilości tych świadczeń. Za oczywiście sprzeczną z zasadą ekwiwalentności uznać w tym kontekście należy taką interpretację umowy, która dopuszcza możliwość domagania się kilkukrotnie wyższego - w ujęciu jednostkowym – wynagrodzenia, zaś świadczone w tym miesiącu usługi, niż wynagrodzenie, które powódka otrzymywała za nie w okresie wcześniejszym. Podstawy do tego rodzaju żądania, a na tym w istocie rzeczy opiera się zgłoszone pozwem roszczenie, nie może stanowić sam fakt zmiany przez NFZ, od dnia 1 października 2017 r., wartości punktowej jednej specjalistycznej porady lekarskiej z 3,57 na 33. Zmiana ta nie wpływała bowiem w żaden sposób na zakres faktycznie wykonywanych przez powódkę świadczeń, który - poza samą liczbą porad – był przez cały czas obowiązywania umowy niezmienny. Dostrzec przy tym trzeba i to, że zmiana ta, związana z wprowadzonymi przez ustawodawcę zmianami w systemie opieki zdrowotnej, polegającymi min. na wprowadzenia tzw. sieci szpitali, równocześnie powiązana była ze zmianą wartości jednego punktu, z 9,79 zł. na 1,09 zł. Proste działanie matematyczne wskazuje, że wzrost wynagrodzenia wypłacanego i to pozwanemu przez NFZ na nowych zasadach wyniósł jedynie 1,02 zł. Jeśli zatem w ogóle można by mówić o wpływie tych zmian na

zachowanie ekwiwalentności świadczeń stron, muszą być one oceniane kompleksowo, w swoim całokształcie. Sąd Apelacyjny dostrzega, że powódka wykonując nadzwyczaj odpowiedzialny zawód, ciężko pracując, ma prawo w zamian oczekiwać adekwatnego wynagrodzenia. Nie może to wszakże oznaczać, że wynagrodzenie to może być kształtowane w sposób oderwany od znanych obu stronom umowy – w chwili jej zawarcia - zewnętrznych, systemowych uwarunkowań wpływających na sposób jego ustalenia oraz sposobu wykonywania tej umowy przez okres 2,5 roku tylko dlatego, że zmieniony został jeden ze składników jego określenia, bez uwzględnienia, że równoczesnej zmianie uległ także drugi z nich.

Z tych wszystkich względów odmienne stanowisko Sądu I instancji, a także powódki, w zakresie wykładni istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy elementów łączącej strony umowy, nie mogło zostać zaakceptowane.

Sąd Apelacyjny nie podziela poglądu powódki przedstawionego w odpowiedzi na apelację, jakoby z uwagi na brak odniesienia w umowie zarówno do ilości punktów, jak i stawki za punkt przyjętych w umowach łączących pozwanego z NFZ, każda ze stron przyjęła na siebie ryzyko ich zmian. Jak wyżej wskazano, umowa przewidywała stosowanie do niej postanowień umów zawartych przez Szpital z płatnikiem, a zatem stanowiły one normatywną podstawę kształtującą stosunek prawny łączącej strony. Powódka nie dostrzega przy tym, że jej koncepcja w ogóle uniemożliwiałaby ustalenie należnego powódce wynagrodzenia, skoro liczba punktów, która dla tych potrzeb była generowana w systemie informatycznym, stanowiła proste przełożenie punktów obowiązujących właśnie w relacji pozwanego – NFZ.

Odnosząc się w tym miejscu do szeroko akcentowanego, zarówno przez Sąd I instancji, jak i samą powódkę, zagadnienia konieczności podjęcia działań zmierzających do zawarcia aneksu do umowy, według przewidzianej w jej § 8 ust. 5 procedury i jej nieskuteczności, Sąd Apelacyjny wskazuje, że w kontekście przedstawionych wyżej uwarunkowań, nie sposób mówić o obowiązku dokonania takiej zmiany tylko z tego względu, że zmieniona została procedura wyceny świadczeń przez NFZ w zakresie liczby punktów i ich jednostkowej wartości. Zapis ten stwarzał jedynie możliwość wdrożenia procedury zmian w tym przedmiocie, a nie taki obowiązek, który nie zaktualizował się w sytuacji, w której możliwym było - przy prawidłowej interpretacji umowy - przetransponowanie tych zmian do łączącej strony umowy bez potrzeby jej formalnej zmiany. Jak przy tym wynika z zeznań przesłuchanych w sprawie świadków, oraz stron, geneza proponowanych przez pozwanego zmian umów była znacznie szersza i związana była z zasadniczą zmianą modelu funkcjonowania Szpitala polegającą na tym, że to on – a nie jak dotychczas NFZ – miał samodzielnie dokonywać podziału środków na poszczególne poradnie, w ramach ogólnie przyznanego limitu, przy zniesieniu odrębnego finansowania przez płatnika tzw. świadczeń pozalimitowych. I to właśnie ta kwestia, jak wyżej wskazano, stanowiła zasadniczą przyczynę nie osiągnięcia przez strony konsensusu (a także przez G. K. oraz I. K.). Godzi się w tym miejscu zauważyć i to, że z uwagi na przewidziany w § 8 ust. 5 tryb zmiany umowy, jej modyfikacja w jakimkolwiek zakresie, przed dniem 15 października 2017 r., w ogóle nie była możliwa, skoro umowę określającą nowe warunki finansowania pozwanego zawarł z NFZ w dniu 15 września 2017 r. Aneks taki z istoty rzeczy, w zakresie przedmiotu niniejszego procesu, który dotyczy wyłącznie wynagrodzenia za październik 2017 r. musiałby mieć charakter wsteczny, przez co pozwanemu nie sposób czynić jest skutecznego zarzutu, że podjął działania w tym zakresie z opóźnieniem. Sąd Apelacyjny nie dostrzega przy tym związku pomiędzy tym, kiedy czynności w tym przedmiocie zostały przez pozwanego zainicjowane, oraz ich wynikiem, a kierunkiem wykładni umowy z dnia 27 lutego 2015 r.

Wbrew Sądowi Okręgowemu, za przedstawioną przez niego interpretacją umowy nie może przemawiać to, że strony przez cały czas obowiązywania umowy posługiwały się kwotą 2.45 zł. za jeden punkt, nigdy nie odwołując się wartości procentowej punktu w stosunku do kwoty płaconej przez NFZ. Jak bowiem wyżej wskazano, także stawka płacona pozwanemu za jeden punkt, w zakresie świadczeń udzielanych przez powódkę była niezmienna i wynosiła 9,79 zł. Skoro zatem stawka ta nie ulegała zmianie, nie występowała też potrzeba sięgania do tej stawki celem aktualizacji wynagrodzenia należnego powódce. Jakikolwiek pozytywne dla powódki skutki nie mogą wynikać też z tego, że stawka ta nie była jej znana. Jak wyjaśniono, zgodnie z § 1 umowy z dnia 27 lutego 2015 r., miały do niej zastosowanie postanowienia umów łączących pozwanego z NFZ i to rzeczą powódki było zapoznać się z taką umową, wpływającą

przecież na jej sytuację prawną. Skoro tego nie uczyniła, to wyłącznie ją obciążać mogą skutki takiego stanu rzeczy przy uwzględnieniu, że nawet nie twierdziła ona, aby ze strony pozwanego doznała w tej materii jakichkolwiek utrudnień.

Z tych wszystkich przyczyn powództwo, ponad uznaną przez pozwanego, a nie objętą granicami apelacji (ze skutkami wynikającymi z art. 378 § 1 k.p.c.), kwotę 8.446,50 zł., podlegać musiało oddaleniu. Wprawdzie powódka wskazywała, że jest ono zaniżone nawet przy zastosowaniu stawek przyjętych przez pozwanego, tym niemniej nie przedstawiła w tym zakresie jakichkolwiek konkretnych argumentów, przez co jej stanowisko w tym przedmiocie uchyla się od możliwości jego merytorycznej weryfikacji. Podobnie Sąd II instancji nie mógł poddać weryfikacji roszczenia powódki, wedle przyjętej w niniejszym wyroku interpretacji łączącej strony umowy. Powódka nie naprowadziła w toku procesu jakichkolwiek twierdzeń w tym przedmiocie, choćby poprzez przedstawienie alternatywnej – w stosunku do kwestionowanego przez siebie stanowiska pozwanego – wersji w tym przedmiocie. Co do zasady uniemożliwiało to ocenę czy, a jeżeli tak to w jakiej części, powódce przysługiwało dalej idące wynagrodzenie za świadczenia medyczne udzielone w październiku 2017 r.

O odsetkach za opóźnienie w zapłacie kwotę 8.446,50 zł. Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 481 § 1 i 2 k.c., ustalając datę wymagalności tego świadczenia na podstawie art. 455 k.c., analogicznie jak uczynił to Sąd I instancji. Datę końcową płatności tej należności ubocznej wyznaczała z kolei bezsporna – jak wynika ze zgodnych oświadczeń stron złożonych na rozprawie apelacyjnej – data spełnienia przez pozwanego na rzecz powódki uznanego przez siebie świadczenia.

Jakkolwiek z uwagi na wynik procesu powódkę obciążałby - nawet przy zastosowaniu zasady ich stosunkowego rozdzielenia, w proporcji 11% do 89 % - obowiązek zwrotu istotnej części kosztów zastępstwa procesowego pozwanego (3.807 zł.), Sąd Apelacyjny uznał, że z uwagi na przedmiot niniejszej sprawy, jej nietypowy i nieoczywisty charakter prawny, mogący wywoływać u powódki subiektywne - poddające się obiektywnej racjonalizacji - przekonanie o zasadności dochodzonego roszczenia, a także przedprocesową postawę samego pozwanego, który nie zareagował właściwie na prośbę powódki o rozliczenie, na co słusznie zwrócił uwagę Sąd I instancji, uzasadnionym było rozstrzygnięcie o tych kosztach wedle zasady słuszności, w oparciu o dyspozycję art. 102 k.p.c.

Z tych względów konieczne stało się wydanie wyroku reformatoryjnego, o treści jak w punkcie I sentencji, na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. Apelacja podlegała natomiast oddaleniu w zakresie uwzględnionego roszczenia o zapłatę odsetek za opóźnienie, w oparciu o dyspozycję art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania apelacyjnego, w zakresie kwoty 3.375 zł., stanowiącej równowartość opłaty od apelacji uiszczonej przez pozwanego, Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 108 § 1 k.p.c. w zw. z art. 98 § 1 k.p.c., zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu. Z analogicznych, jak w przypadku kosztów postępowania pierwszoinstancyjnego przyczyn, na podstawie art. 102 k.p.c., odstąpiono od nałożenia na powódkę obowiązku zwrotu pozwanemu dalej idących kosztów tego postępowania, tj. kosztów zastępstwa procesowego. Sąd odwoławczy uwzględnił dodatkowo w tym aspekcie okoliczność, że to nie powódka była inicjatorem postępowania apelacyjnego, a zatem to nie jej czynności skutkowały wygenerowaniem kosztów tego postępowania. Nałożenie na powódkę obowiązku pokrycia tych kosztów, podobnie jak kosztów postępowania pierwszoinstancyjnego, oznaczałoby, że winna ona zapłacić pozwanemu więcej, niż w wykonaniu umowy od niego otrzymała, co subiektywnie wzmacniałoby u niej poczucie pokrzywdzenia, a w wymiarze obiektywnym - oznaczającym także odbiór zewnętrzny wyroku jako całości - mogłoby wywoływać uznanie go za nadmiernie wobec powódki restrykcyjny, a tym samym niesprawiedliwy. Okoliczności te nie były natomiast wystarczające, aby dobrodziejstwo z art. 102 k.p.c. zastosować względem powódki w pełnym zakresie, tj. także w zakresie tych kosztów, które w postaci opłaty sądowej pozwany musiał ponieść, celem ochrony - jak z niniejszego wyroku wynika - swoich słusznych praw podmiotowych.

SSA A. Bednarek-Moraś SSA A. Kowalewski SSA M. Gawinek