

Sygn. akt I ACa 674/13

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 23 października 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Katowicach I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący :	SSA Zofia Kawińska-Szwed
Sędziowie :	SA Joanna Kurpierz SO del. Gabriela Ott (spr.)
Protokolant :	Anna Wieczorek

po rozpoznaniu w dniu 23 października 2013 r. w Katowicach

na rozprawie

sprawy z powództwa T. T.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Katowicach

z dnia 9 kwietnia 2013 r., sygn. akt II C 98/11

1) oddala apelację;

2) zasądza od powoda na rzecz pozwanego 5400 (pięć tysięcy czterysta) złotych tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.

**sygn. akt I ACa 674/13**

## UZASADNIENIE

Po ostatecznym sprostowaniu pozwu powód domagał się zasądzenia od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W. kwoty 313.380 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 14.12.2007 r. Początkowo wskazywał, że dochodzona kwota stanowi niezasadnie naliczone kary umowne, ostatecznie, że wynika z tytułu zwiększenia przyznanego limitu w ramach umowy na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

Pozwany domagał się oddalenia powództwa albowiem po jego stronie nie powstało jakiegokolwiek zobowiązanie do zapłaty dochodzonej kwoty.

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 9 kwietnia 2013 r. Sąd Okręgowy w Katowicach oddalił powództwo i zasądził od powoda na rzecz pozwanego kwotę 7.217 zł tytułem zwrotu kosztów procesu. Swoje rozstrzygnięcie oparł na następujących ustaleniach.

Bezsporne między stronami było, że poprzednik prawny powoda zawarł z pozwanym w dniu 31.12.2005 r. umowę nr (...) na okres od 1.01.2006 r. do 31.12.2006 r. o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, ambulatoryjne świadczenie specjalistyczne, ambulatoryjne świadczenie diagnostyczne. Strony ustaliły maksymalną kwotę realizacji umowy w 2006 r. na 3.015.000 zł. W okresie obowiązywania umowy limit świadczeń został przekroczony o kwotę 944.271 zł. Wyrokiem w sprawie II C 207/07 (Sądu Okręgowego w Katowicach) zasądzono od pozwanego na rzecz powoda kwotę 409.563 zł, stanowiącą zapłatę za świadczenia ratujące życie. Tym samym kwota „nadwykonań” zmniejszyła się do 534.708 zł. W toku postępowania II C 207/07 poprzednik prawny powoda oświadczył, że rezygnuje z dochodzenia kwoty 221.328 zł. W przedmiotowej sprawie dochodzona jest pozostała kwota 313.380 zł, co do której strony prowadziły negocjacje, w wyniku których wypracowano stanowisko o zwiększeniu limitu. Po stronie pozwanej negocjacje prowadziły B. B. i M. W.. W trakcie negocjacji sporządzono protokół z dnia 21.09.2006 r. przewidujący zwiększenie kwoty zobowiązania pozwanego na rok 2006 r. o kwotę 313.380 zł. Bezsporne było również to, że protokół nie został zaakceptowany przez ówczesnego Dyrektora Oddziału (...) Narodowego Funduszy Zdrowia.

W tej sytuacji, zdaniem Sądu Okręgowego, powód nie wykazał żadnego ze swych twierdzeń co do podstaw odpowiedzialności pozwanego. W toku procesu powód w rzeczywistości poszukiwał podstawy faktycznej dochodzonego roszczenia. Żadnego ze swych twierdzeń nie udowodnił.

Apelację od tego wyroku złożył powód, który domagał się jego zmiany poprzez uwzględnienie powództwa i zasądzenie kosztów postępowania. Zaskarżonemu wyrokowi zarzucał naruszenie art. 233 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów, polegające na zdyskwalifikowaniu dowodu z zeznań byłego dyrektora oddziału pozwanego -M. P. tylko na tej podstawie, że zeznania innych świadków były odmienne, a ponadto błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę rozstrzygnięcia, w szczególności poprzez uznanie, że powód nie udowodnił podstaw swojego roszczenia.

Pozwana domagała się oddalenia powództwa oraz zasądzenia kosztów procesu.

### ***Sąd Apelacyjny ustalił i zważył co następuje:***

Apelacja powoda nie jest zasadna i nie mogła skutkować zmianą ani też uchYLENIEM zaskarżonego wyroku z następujących powodów.

Ustalenia faktyczne dokonane przez Sąd Okręgowy jako wynik właściwej oceny zebranego materiału dowodowego są prawidłowe. Okoliczności dotyczące zawarcia umowy o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej na rok 2006 zawartej między stronami, renegeocjacji tej umowy oraz sporządzenia protokołu tych renegeocjacji z dnia 21.09.2006 r. nie były między stronami sporne i ustalenia te Sąd Apelacyjny przyjmuje za własne. Jednocześnie uzupełnia je o następujące fakty, wynikające z zebranego przez Sąd Okręgowy materiału dowodowego. Umowa o oświadczenie usług opieki zdrowotnej podpisana w dniu 30.12.2005 r. określała maksymalną kwotę zobowiązania pozwanego z tytułu realizacji umowy na 3.015.000 zł. Umowa ta była zmieniana kilkakrotnie w 2006 r., przez aneksy, w tym także w zakresie maksymalnej kwoty zobowiązania pozwanego, i tak aneksem nr (...), obowiązującym od 1.03.2006 r. na 315.000 zł i aneksem nr (...) z dnia 4.07.2006 r. na kwotę 3.400.200 zł (dowód aneksu do umowy (...) k.31 i 33). Nie było sporne między stronami, że z zobowiązania do kwoty 3.400.200 zł pozwany się wywiązał a ponadto, na mocy wyroku Sądu Okręgowego w Katowicach, wydanego w sprawie o sygn. akt II C 207/07, wypłacił powodowi kwotę 409.563 zł z tytułu świadczeń ratujących życie, wykonanych w 2006 r. ponad umówiony limit. Jak ustalił Sąd Okręgowy kwota wszystkich świadczeń wykonanych przez poprzednika prawnego powoda w 2006 r. ponad umówiony limit wyniosła 944.271 zł. Bezsporne między stronami było również to, że po renegeocjacji w dniu 21.09.2006 r. i podpisaniu protokołu tych renegeocjacji nie doszło do podpisania kolejnego aneksu do umowy o oświadczenie usług opieki zdrowotnej podpisanej w dniu 30.12.2005 r.

Podniesiony w apelacji zarzut naruszenia art. 233 k.p.c. nie jest zasadny. Zgodnie z art. 233 § 1 k.p.c, sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Uzasadnienie wyroku w zakresie stanu faktycznego powinno natomiast zawierać ustalenie faktów, które sąd uznał za udowodnione, dowodów, na których się oparł i przyczyn, dla których innym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej (art. 328 § 2 k.p.c). Uzasadnienie zaskarżonego wyroku zawiera wszystkie te elementy a wyciągnięte przez sąd I-instancji wnioski z zebranych dowodów co do stanu faktycznego są przekonujące i logiczne. Być może zwięzłość uzasadnienia, bez znajomości akt, może budzić pewne trudności w jego zrozumieniu, jednak zawiera ono niezbędne wymagane ustawą elementy. Jak wskazywano wielokrotnie w orzecznictwie Sądu Najwyższego oraz orzecznictwie sądów powszechnych zarzut naruszenia art. 233 k.p.c może zostać skutecznie postawiony sądowi orzekającemu wyłącznie w wypadku braku logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo pozostaje w sprzeczności z zasadami doświadczenia życiowego. Taka sytuacja nie ma miejsca w przedmiotowej sprawie. Po

pierwsze wbrew twierdzeniom zawartym w apelacji, z uzasadnienia zaskarżonego wyroku wynika, że Sąd Okręgowy odmówił wiarygodności zeznaniom M. P. nie tylko z uwagi ich sprzeczność z zeznaniami pozostałych świadków, ale również z uwagi na sprzeczność z przedstawionymi przez stronę pozwaną dokumentami w postaci protokołów negocjacji z innymi niż powód podmiotami, podpisanymi przez tego świadka. Świadek w swoich zeznaniach twierdził bowiem, że generalnie nie podpisywał protokołów renegotjacji umów a podpisywał zastawienia zbiorcze tych protokołów a później aneksy do umów. Z zeznań tych wynika również zastrzeżenie świadka, że tak było o ile dobrze pamięta. Tymczasem przedłożone przez pozwanego wraz z pismem z dnia 17.06.2011 r. kopie protokołów renegotjacji, pochodzące również z 2006 r., były podpisane przez Dyrektora Oddziału, którym, był wówczas świadek. W tej sytuacji Sąd I-instancji miał pełne prawo nie dania wiary zeznaniom tego świadka, co do praktyk związanych z podpisywaniem (lub niepodpisywaniem) protokołów renegotjacji. Po drugie, zacytowane w apelacji stwierdzenie świadka „na podstawie okazanego mi protokołu renegotjacji, mimo że nie ma na nim mojego podpisu, powinien zostać sporządzony aneks do umowy”, nie ma jakiegokolwiek znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy albowiem w tym zakresie są to tylko przypuszczenia świadka a nie jego wiedza co do faktów. Także opisana przez świadka praktyka postępowania w przypadku renegotjacji umów ze świadczeniodawcami nie zmienia faktu, że - co jest między stronami bezsporne - po renegotjacjach z dnia 21.09.2006 r. nie doszło do podpisania, ani protokołu renegotjacji, ani też aneksu łączącej strony umowy.

Niezasadny jest także zarzut powoda błędu Sądu Okręgowego w ustaleniach faktycznych. Skarżący w apelacji nie wskazał, na czym błąd ten polegał i które ustalenia faktyczne nie są prawidłowe. Uzasadnianie apelacji w tej części polemizuje z rozważaniami dotyczącymi podstawy prawnej dochodzonego przez powoda roszczenia a zatem nie neguje ustaleń faktycznych Sądu Okręgowego.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego prawidłowo wskazał Sąd Okręgowy, że powód nie wykazał zasadności dochodzonego roszczenia, do czego był zobowiązany z mocy art. 6 k.c. Nie jest pozbawione również racji stwierdzenie, że powód od początku miał problemy z określeniem, z jakiego tytułu dochodzi swojego roszczenia. W pozwie pełnomocnik powoda wskazał, że jest to roszczenie z tytułu nienależnie nałożonej kary umownej. W piśmie z dnia 21.04.2011 r., że jest to roszczenie z tytułu zwiększenia przyznanego limitu w ramach umowy na udzielnie świadczeń z opieki zdrowotnej, w piśmie z dnia 5.06.2012 r. zawierającym załącznik nr 2, iż roszczenie dotyczy świadczeń na łączną kwotę 313.866 zł, które zostały wykonane w okresie od 20.02.2006 r. do 24.07.2006 r., a następnie, że dochodzona kwota stanowi „zwykle nad wykonania” usług nie objętych umową, a których dotyczyły negocjacje z 21.09.2006 r. Sam powód w czasie przesłuchania oświadczył, że postępowanie toczy się o świadczenia, które zostały wykonane na podstawie protokołu renegotjacji, co wskazywałoby na to, że dotyczy świadczeń wykonanych w ostatnim kwartale 2006 r. Ponadto pełnomocnik powoda zobowiązany do wskazanie podstawy prawnej roszczenia wskazał na trzy podstawy: po pierwsze bezpodstawne wzbogacenie, po drugie roszczenie wynikają z przyrzeczenia zawarcia umowy a po trzecie podnosił, żeperfacta concludenta doszło do zawarcia aneksu umowy łączącej strony, zatem dochodzona kwota wynika z nienależytego wykonania umowy.

Zaoferowanymi przez powoda dowodami nie zdołał on wykazać, aby spełnione zostały podstawy którejkolwiek z powołanych podstaw odpowiedzialności.

W celu wykazania bezpodstawnego wzbogacenia powód zobowiązany był udowodnić uszczuplenie swojego majątku oraz przysporzenie o tę samą wartość majątku pozwanego, bez podstawy prawnej, w szczególności nie wynikające z łączącego strony stosunku prawnego. Nie budzi wątpliwości, że poprzednik prawny powoda wykonał ponadkontraktowe świadczenia. Tego twierdzenia pozwany nie kwestionował. Z samego faktu wykonania świadczeń ponad zakontraktowany limit nie wynika przysporzenie majątkowe po stronie pozwanego. Powód nie wskazał nawet na czym miało ono polegać, albowiem obowiązek finansowania tych świadczeń przez pozwanego z niczego nie wynikał. Gdyby wynikał natomiast z umowy, to nie można by ich dochodzić w trybie bezpodstawnego wzbogacenia, lecz wyłącznie należytego wykonania łączącej strony umowy.

Protokół renegocjacji nie może być traktowany jako umowa przedwstępna chociażby już tylko z tego powodu, że nie został podpisany przez uprawnionego do działania w imieniu oddziału pozwanego dyrektora. Zatem powodowi nie przysługują roszczenia, ani o zawarcie umowy przyrzeczonej, ani o naprawienie szkody wynikającej z nie zawarcia umowy przyrzeczonej. Natomiast nawet gdyby, jak podnosi powód, w ten sposób zinterpretować skutki prawne sporządzenia protokołu renegocjacji, to roszczenie uległoby już przedawnieniu z mocy art. 390 § 3 k.p.c, który to zarzut został skutecznie podniesiony przez stronę pozwaną. Skoro ewentualny aneks umowy miał obowiązywać od 1.10.2006 r., to z dniem 1.10.2007 r. doszłoby do przedawnienia roszczeń wynikających z umowy przedwstępnej.

Podobnie nie możliwym jest uznanie za prawidłowe twierdzenia powoda, że do zawarcia aneksu umowy zwiększającego limit świadczeń o dochodzona kwotę doszło przez fakty dokonane albowiem z mocy art. 155 ust 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027) do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, natomiast na mocy ust. 4 art. 155 tej ustawy umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności. Dlatego też uzupełnienie lub zmiana tego rodzaju umowy, dla ich ważności, wymaga również zachowania formy pisemnej (art.77§1k.c).

Reasumując żaden z zarzutów apelacji nie był zasadny i dlatego też Sąd Apelacyjny na mocy art. 385 k.p.c. oddalił apelację powoda. Na mocy art. 98 k.p.c. w zw. z art. 108 § 1 k.p.c. i art. 391 § 1 k.p.c. orzekł o kosztach postępowania apelacyjnego stosownie do jego wyniku.