



Sygn. akt III CK 546/03

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 3 listopada 2004 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Elżbieta Skowrońska-Bocian (przewodniczący)

SSN Jan Górowski (sprawozdawca)

SSN Maria Grzelka

Protokolant Bożena Kowalska

w sprawie z powództwa Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego [...] przeciwko Kasie Chorych obecnie Narodowemu Funduszowi Zdrowia o zapłatę,
po rozpoznaniu w Izbie Cywilnej w dniu 3 listopada 2004 r.,
na rozprawie
kasacji strony pozwanej od wyroku Sądu Apelacyjnego z dnia 7 maja 2003 r., sygn. akt [...],

uchyla zaskarżony wyrok i sprawę przekazuje Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania i orzeczenia o kosztach postępowania kasacyjnego.

Uzasadnienie

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny wniósł o zasądzenie od pozwanej Regionalnej Kasy Chorych kwoty 936 273 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 11 maja 2004 r. do dnia zapłaty. Sąd Okręgowy w K. wyrokiem z dnia 20 listopada 2002 r. uwzględnił powództwo w całości.

Zdaniem Sądu, pomiędzy stronami niesporne było, że pozwana przeprowadziła konkurs ofert na udzielenie świadczeń szpitalnych w 2000 r., i wśród oferentów był także powód. Szczegółowe warunki konkursu ofert nie przewidywały odrębnego kontraktowania świadczeń na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM). Koszty leczenia na tym oddziale miały być uwzględnione w cenie świadczeń oddziałów danego szpitala.

W dniu 31 grudnia 1999 r. strony zawarły umowę o udzielenie świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie lecznictwa zamkniętego na 2000 r., w której nie znalazł się zapis o oddzielnym finansowaniu przez pozwaną świadczeń na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, natomiast w § 12 umowy postanowiono, że ustalona kwota za udzielone świadczenia zdrowotne stanowi wszystkie zobowiązania Kasy Chorych w stosunku do powoda.

Powód w piśmie z dnia 24 stycznia 2000 r. skierowanym do pozwanej zgłosił zastrzeżenia w przedmiocie braku unormowania odpłatności za świadczenia na przedmiotowym oddziale. Następnie na tle przypadku pacjenta Z.T. skierował żądanie do Kasy Chorych o zwrot kosztów tego leczenia. Dalsze takie zabiegi w tym przedmiocie doprowadziły do zawarcia w dniu 23 maja 2001 r. aneksu do umowy obowiązującego od dnia 1 maja 2001 r., zgodnie z którym przewidziano w tego rodzaju sytuacjach odrębne rozliczenie świadczeń, jednakże nadal pozwana nie wyraziła zgody na ich rozliczenie za 2000 r. Świadczeń tych na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii udzielono 40 – tu pacjentom ubezpieczonym, nie

leczonym na żadnym innym oddziale tego szpitala, których koszt wyniósł kwotę 936 273 zł.

Kasa Chorych w 2000 r. miała wielomilionowe nadwyżki nad wydatkami, dysponując zyskiem netto.

Według oceny Sądu pierwszej instancji, brak było w umowie stron postanowienia co do oddzielnego rozliczenia świadczeń zdrowotnych na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii w 2000 r., a szczegółowe warunki konkursu ofert takiej możliwości nie dawały, gdy pacjent był leczony tylko na tym oddziale. Jego zdaniem kwestia oddzielnych rozliczeń za tego rodzaju świadczenia nie była w umowie uregulowana i w konsekwencji przyjął, że odpowiedzialność strony pozwanej wynikała z art. 405 k.c.

Nie wykluczając jednak także odpowiedzialności kontraktowej (art. 471 k.c.) wskazał, że dłużnik powinien wykonać zobowiązanie nie tylko zgodnie z jego treścią, ale także w sposób odpowiadający jego celowi społeczno gospodarczemu i zasadom współżycia społecznego. Wyraził pogląd, że skoro istotą działalności pozwanej było zabezpieczenie ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych w ramach posiadanych środków finansowych, a pozwana dysponowała funduszami przekraczającymi zobowiązania i była monopolistą w zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych, to trudno przyjąć aby wykonała swoje zobowiązanie umowne w sposób odpowiadający celowi społeczno gospodarczemu i zgodnie z zasadami współżycia społecznego.

Od tego wyroku apelację wniosła pozwana, którą Sąd Apelacyjny oddalił wyrokiem z dnia 7 maja 2003 r.

Sąd Apelacyjny podzielił ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji, lecz wykluczył art. 405 k.c. jako podstawę odpowiedzialności strony pozwanej.

Jego zdaniem wynagradzanie zrealizowanych świadczeń zdrowotnych udzielonych hospitalizowanym tylko na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii w 2000 r. w ramach ratowania życia, którzy zmarli, bądź zostali przewiezieni do innych placówek medycznych, względnie zostali wypisani do domu „mieściło się” w zawartej przez strony umowie. Wyraził pogląd, że skoro stosowane przez stronę pozwaną w 2000 r. zasady rozliczeń nie przewidywały pokrywania kosztów leczenia

pacjentów hospitalizowanych wyłącznie na przedmiotowym oddziale to szpital nie otrzymał należnego za nie wynagrodzenia. Odmowa zapłaty za te świadczenia jest sprzeczna z istotą łączącego strony stosunku obligacyjnego i art. 4 ust. 2 i 3, art. 53 ust. 3 i 4, art. 54 ust. 1 i 2 oraz art. 127 - 131d ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm. – dalej „ustawy”). Jego zdaniem z obowiązywania nakazu oznaczenia w umowie maksymalnej kwoty świadczeń nie można zasadnie wywodzić, że art. 53 ust. 4 pkt. 4 ustawy jest przepisem bezwzględnie obowiązującym i że brak jest podstaw do renegotjacji umowy w zakresie rozliczenia świadczeń zdrowotnych udzielonych pacjentom hospitalizowanym wyłącznie na oddziale anestezyjologii i intensywnej terapii w stanie zagrożenia życia i zdrowia.

Następca prawny strony pozwanej, Narodowy Fundusz Zdrowia w kasacji opartej na podstawie naruszenia prawa materialnego tj. art. 354 § 1 k.c., art. 471 k.c. a także art. 56 k.c. i art. 58 k.c. oraz na naruszeniu przepisów postępowania, które miało wpływ na wynik sprawy, a to art. 233 k.p.c. wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania, ewentualnie o jego zmianę przez uwzględnienie apelacji.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Na wstępie należy zauważyć, że Sąd pierwszej instancji uznał, że wszystkie istotne okoliczności dla rozstrzygnięcia sprawy są niesporne, w tym fakt, iż strony nie objęły umową z dnia 31 grudnia 1999 r. świadczeń udzielanych pacjentom wyłącznie na OIOM-ie i z tego względu, jego zdaniem, w istocie należało zastosować jako podstawę odpowiedzialności art. 405 k.c. Sąd Apelacyjny natomiast pomimo, że były zarzuty apelacyjne co do podstawy faktycznej zaskarżonego wyroku uznał ustalenia Sądu Okręgowego za prawidłowe, a z drugiej strony stwierdził, że łączącą strony umową zostały objęte sporne świadczenia medyczne, lecz nie została za nie dokonana zapłata. Poczynił więc dodatkowe ustalenia i to częściowo odmienne od podstawy faktycznej wyroku Sądu pierwszej instancji, nie wskazując przy tym ani dowodów na jakich się oparł, ani nie dokonał oceny dowodów zebranych w sprawie.

Aby odpowiedzieć jak przedstawia się stan rzeczywisty należało przede wszystkim ustalić treść oświadczeń stron zawartych w przedmiotowej umowie, gdyż jest to kwestia z zakresu faktów (por. wyrok Sadu Najwyższego z dnia 6 listopada 1996 r., II UKN 9/96, OSNPiUS 1997, nr 11, poz. 201), a następnie dokonać wykładni tych oświadczeń, co należy do sfery prawnej i podlega kontroli w ramach pierwszej podstawy kasacyjnej (por. np. orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 20 lutego 1997 r., I CKN 90/97 nie publ. i z dnia 4 marca 1999 r., I PKN 616/98 OSNAP i US 2000, nr 8, poz. 312).

Jeżeli Sad drugiej instancji dokonuje dodatkowych ustaleń faktycznych, to ma obowiązek wskazania dowodów, na których się oparł oraz dokonania własnej oceny dowodów zgromadzonych przed sądami obydwu instancji (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 maja 2002 r., II CKN 615/00, LEX 55097). Dotyczy to zwłaszcza wypadku, gdy sąd pierwszej instancji, pomimo braku dostatecznych podstaw uznał, że stan faktyczny sprawy jest niesporny. Dokonanie przez Sąd Apelacyjny ustaleń bez wskazania dowodów, na których się oparł oraz pominięcie w takim wypadku własnej oceny dowodów jest rażącym uchybieniem art. 233 § 1 k.p.c., podlegającym kontroli kasacyjnej i usprawiedliwia podstawę drugą z art. 393¹ k.p.c.

Zgodzić się trzeba ze stanowiskiem skarżącego, że oddział anestezyjologii i intensywnej terapii to oddział specyficzny, którego zadaniem jest zasadniczo podtrzymanie lub przywrócenie funkcji życiowych organizmu. Sądy przyjęły jako podstawę prawną powstania obowiązku pozwanego zapłaty za te świadczenia art. 354 § 1 k.c. i art. 355 k.c., aczkolwiek Sąd Apelacyjny odwołał się także do wyżej wymienionych przepisów ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Jest oczywistym, że jeżeli źródłem zobowiązania jest umowa to stosunek zobowiązaniowy dookreślają przepisy kodeksu cywilnego i innych ustaw (art. 56 k.c.), w tym także przepisy dyspozytywne o ile nie zostały wyłączone przez odmienną wolę stron wyrażoną w umowie. Przepisy bezwzględnie obowiązujące natomiast są źródłem obowiązku w każdym wypadku, chyba że stosownie do art. 58 k.c. dojdzie do nieważności całej umowy a nie jej poszczególnych postanowień. System opieki zdrowotnej jest i był unormowany wieloma aktami prawnymi. Przy wykładni zatem przepisów nie można było pominąć wykładni systemowej. Tymczasem art. 7 ustawy

z dnia 14 października 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz.U. z 1997 r. Nr 104, poz. 661 ze zm.). i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (tekst jedn. Dz.U. z 1998 r. Nr 64, poz. 729) nakładają na świadczeniodawców bezwzględny obowiązek świadczeń w razie zagrożenia życia. Obowiązki te mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 sierpnia 2000 r., III CK 365/03 nie publ.).

Dla rozstrzygnięcia sprawy istotna była więc relacja między tymi obowiązkami tj. udzielaniem świadczeń ratujących życie a sfinansowaniem ich kosztów. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 25 marca 2004 r., (II CK 207/03 nie publ) wyraził pogląd, że ani przepisy ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, ani art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ani też art. 30 ustawy o zawodzie lekarza nie dają podstawy skonstruowania obowiązku strony pozwanej do zapłaty za tego rodzaju usługi medyczne.

Skarżący jednak zarzucili, z powołaniem się na art. 58 k.c., że niedopuszczalne byłoby, jako sprzeczne zasadami współżycia społecznego, zawarcie umowy pomijającej całkowite sfinansowanie świadczeń ratujących życie. Podnieśli także że niekorzystne zasady rozliczania tych świadczeń zostały jej narzucone przez stronę pozwaną .

Brak wystarczających ustaleń i rozważań w kierunku zgodności zawartej umowy z art. 58 k.c. usprawiedliwią także podstawę pierwszą z art. 393¹ k.p.c.

Z tych względów kasację uwzględniono (art. 393¹³ k.p.c.).