



Sygn. akt IV CK 361/04

**WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 15 grudnia 2004 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Zbigniew Strus (przewodniczący)

SSN Iwona Koper

SSA Elżbieta Strelcow (sprawozdawca)

Protokolant Hanna Kamińska

w sprawie z powództwa Fundacji „H.”
przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia
o zapłatę,
po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej
w dniu 15 grudnia 2004 r.,
kasacji strony powodowej
od wyroku Sądu Apelacyjnego
z dnia 21 stycznia 2004 r., sygn. akt [...],

oddala kasację.

Uzasadnienie

Wyrokiem z dnia 14 kwietnia 2003 roku Sąd Okręgowy w G. oddalił powództwo Fundacji „H.” skierowane przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia, następcy prawnemu Regionalnej Kasy Chorych o zapłatę należności w kwocie 2.065.224,10 złotych.

Wyrok ten oparty został na następującym stanie faktycznym:

W latach 1999 – 2001, Szpital w S. łączyły z Kasą Chorych umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Umowy te określały maksymalny poziom finansowania świadczeń zdrowotnych na wynegocjowane przez strony kwoty.

Strony ustaliły, że zobowiązanie Kasy wobec świadczeniodawcy nie może przekroczyć wynegocjowanego maksymalnego poziomu finansowania określonego w umowie. Szpital wykonywał usługi medyczne ponad określone w umowach limity maksymalnego finansowania. Z tego tytułu wystawił faktury na łączną kwotę 2.065,224,10 zł, które nie zostały przez Kasę Chorych zapłacone.

W dniu 28 grudnia 2001 roku powodowa Fundacja zawarła ze szpitalem w S. umowy zbycia wierzytelności wobec Kasy Chorych na kwoty 439.090,75 złotych i 1.637.434,44 złotych. W umowach tych strony ustaliły, że zapłata ceny zbycia wierzytelności nastąpi po odzyskaniu należności a w razie zakwestionowania przez dłużnika wymagalności długu bądź jego wysokości. Fundacja zwróci Szpitalowi przedmiot cesji w całości lub w zakwestionowanej przez dłużnika części.

Oceniając roszczenie powodowej Fundacji w świetle treści art. 53 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 ze zm.) Sąd Okręgowy uznał powództwo za niezasadne stwierdzając, iż skoro umowy zawarte między Kasą Chorych a Szpitalem ustalały rzeczowy zakres świadczonych usług medycznych oraz maksymalną kwotę zobowiązania, to brak jest podstaw do żądania przez Szpital zapłaty za usługi wykonane ponad umowę. Podniósł też Sąd Okręgowy, że powódka nie wykazała, jakich konkretnie świadczeń, wykonywanych poza kontraktem, dotyczą faktury,

których zapłaty dochodzi, a tym samym nie wykazała aby świadczenia te udzielane były w warunkach zagrożenia życia, o jakich mowa w art. 30 ustawy o zawodzie lekarza. Sąd Okręgowy wyraził też wątpliwość co do legitymacji czynnej powódki, podnosząc, że umowa cesji zmierzała do obejścia prawa skoro jej jedynym celem było dochodzenie należności przed sądem.

Wyrokiem z dnia 21 stycznia 2004 roku Sąd Apelacyjny oddalił apelację powódki. Odnosząc się do wyrażonej przez Sąd pierwszej instancji wątpliwości co do legitymacji czynnej powodowej Fundacji, Sąd Apelacyjny uznał, że umowa cesji skutecznie przeniosła wierzytelność Szpitala na powódkę i nie istnieją podstawy do jej podważania.

W pozostałym zakresie Sąd Apelacyjny podzielił dokonaną przez Sąd Okręgowy ocenę prawną roszczeń powódki podkreślając, iż zarówno umowy zbywcy wierzytelności z Kasą Chorych, jak i przepisy art. 53 ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym zaopatrzeniu zdrowotnym (obowiązującej w czasie realizacji umów) uzasadniają przyjęcie, że zobowiązanie Kasy Chorych do zapłaty za świadczone usługi medyczne ograniczone było ustaloną w umowach maksymalną kwotą. Wskazał też Sąd Apelacyjny, że zapłata jednej z faktur pomimo przekroczenia górnego limitu finansowania nie świadczy o występowaniu podstawy do uznania wszystkich usług medycznych wykonywanych poza limitem za uzasadniające żądanie zapłaty, skoro strona powodowa nie wykazała, aby były to świadczenia ratujące życie.

W kasacji od tego wyroku powódka zarzuciła naruszenie prawa materialnego przez błędną wykładnię art. 4 i art. 53 ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, art. 5 i art. 7 ustawy z dnia 14 października 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 7 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza w związku z art. 8 ust. 2 i art. 68 pkt 1 i 2 Konstytucji. W ramach drugiej podstawy kasacyjnej skarżąca zarzuciła naruszenie art. 385 k.p.c. przez bezpodstawne oddalenie apelacji.

W oparciu o te zarzuty skarżąca wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku i uwzględnienie powództwa w całości z zasądzeniem na jej rzecz kosztów

postępowania, a ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje.

Zarzut naruszenia wskazanych w kasacji norm prawa materialnego oparty został na założeniu, że skoro art. 68 ust. 1 Konstytucji gwarantuje każdemu prawo do ochrony zdrowia zaś przepisy ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i ustawy o zawodzie lekarza ustanawiają obowiązek udzielania pomocy medycznej w przypadkach zagrożenia życia i zdrowia, to szpital musiał wykonać usługi medyczne a strona pozwana obowiązana jest za nie zapłacić bez względu na to, czy usługi te umieszczają się w limicie świadczeń określonym w umowie.

Obowiązek zapłaty za wszystkie wykonane przez szpital usługi medyczne wynika więc wedle skarżącej, z zawartej w Konstytucji gwarancji powszechnego prawa do ochrony zdrowia.

Z rozumowaniem takim nie sposób się zgodzić. Art. 68 ust. 2 Konstytucji nakłada na władze publiczne a w szczególności na ustawodawcę obowiązek określenia zasad realizowania prawa do ochrony zdrowia. Ustawodawca realizację tego obowiązku podjął w ustawie z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 z p. zmianami). Przyjęty w tej ustawie system ochrony zdrowia oparty został na umowach o świadczenie usług medycznych. Przedmiotem tych umów jest zakup przez Kasy Chorych określonej ilości świadczeń medycznych, za które zobowiązuje się zapłacić świadczeniodawcom posiadającym uprawnienia do udzielania świadczeń. Kwestionowane przez skarżącego przepisy art. 53 ust. 1 i 4 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym określają prawa i obowiązki stron umowy, m. innymi przewidując zastrzeżenie w umowie maksymalnej kwoty zobowiązania Kasy Chorych wobec świadczeniodawcy, nie regulują jednakże sytuacji przekroczenia przez świadczeniodawcę ilości świadczeń określonych w umowie. Skoro więc umowy zawarte przez zbywcę wierzytelności powódki wobec Kasy Chorych określały maksymalną wysokość świadczeń, to brak jest podstaw do żądania zapłaty za świadczenia przekraczające określone umownie limity tylko dlatego, że zostały udzielone osobom ubezpieczonym w ramach

powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Należy zgodzić się z zapatrywaniem skarżącego co do obowiązku Kasy Chorych pokrycia kosztów świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach „przymusu ustawowego” (por. uzasadnienie wyroku SN z 5 sierpnia 2004 r., sygn. III CK 365/03), jednak ustalenia faktyczne uzasadniające takie rozstrzygnięcie mogły być dokonane tylko przed sądami pierwszej lub drugiej instancji. Ponieważ Sąd Apelacyjny ustalił, że przesłanki faktyczne, o których mowa nie zostały wykazane, Sąd Najwyższy orzekł o stosowaniu prawa materialnego na tej podstawie (art. 393¹¹ § 2 k.p.c.).

Z konstytucyjnego prawa do powszechnej ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji) nie wynika roszczenie świadczeniodawcy do zamawiającego, ponieważ warunki udzielania świadczeń określa ustawa. Zaskarżony wyrok nie naruszał zatem wskazanego w kasacji art. 68 ust. 1 Konstytucji. Wobec braku usprawiedliwionej pierwszej podstawy kasacji (art. 393¹ pkt 1 k.p.c.) nie doszło również do naruszenia art. 385 k.p.c.

W tym stanie kasacja z mocy art. 393¹² podlegała oddaleniu.