



Sygn. akt I CK 821/04

## WYROK

### W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 czerwca 2005 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

*SSN Tadeusz Wiśniewski (przewodniczący)*

*SSN Tadeusz Żyznowski*

*SSA Andrzej Struzik (sprawozdawca)*

w sprawie z powództwa (...) Szpitala Specjalistycznego im. (...) w K.

przeciwko Skarbowi Państwa - Ministrowi Zdrowia

o zapłatę,

po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej w dniu 28 czerwca 2005 r., kasacji strony powodowej od wyroku Sądu Apelacyjnego z dnia 14 czerwca 2004 r., sygn. akt I ACa (...),

**oddala kasację i odstępuje od obciążenia powoda obowiązkiem zwrotu kosztów postępowania kasacyjnego pozwanemu.**

#### Uzasadnienie

Wyrokiem z dnia 25 lipca 2003 r. Sąd Okręgowy w W. zasądził od Skarbu Państwa – Ministra Zdrowia na rzecz (...) Szpitala Specjalistycznego im. (...) kwotę 589.500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 7 kwietnia 2003 r. do dnia zapłaty oraz kwotę 7.200 zł tytułem kosztów procesu. Zasądzona kwota stanowi należność za wykonane przez powoda wysokospecjalistyczne procedury medyczne, nieobjęte finansowaniem przez kasy chorych, przekraczające limit ustalony zawartą między

stronami w dniu 30 marca 2001 r. umową dotyczącą świadczenia tych procedur (w tym koronarografii) na koszt budżetu państwa. Z umowy wynikało, że powodowy szpital miał wykonać świadczenia o wartości 32.811.700 zł. W rzeczywistości wykonano świadczenia o wartości 32.450.600 zł, z tym że zabiegów koronarografii wykonano więcej niż przewidywała umowa, zaś innych procedur mniej. Szpital otrzymywał także środki od (...) Kasy Chorych, jednakże miały one pokrywać koszt pobytu chorych w szpitalu oraz koszt zakupu leków, zaś nie pokrywały kosztów samych zabiegów, które objęte były finansowaniem z budżetu państwa. Bezspornym było, że powód zgłaszał Ministerstwu Zdrowia fakt wyczerpania się limitu zabiegów koronarografii i bezskutecznie zwracał się o renegocjację umowy. Zdaniem Sądu pierwszej instancji, zgodnie z art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.) i art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, szpital miał nie tylko prawo, ale i obowiązek, kontynuować te zabiegi pomimo wyczerpania limitu, albowiem były to zabiegi konieczne dla ratowania życia lub zdrowia. Sąd Okręgowy zwrócił też uwagę, że strona pozwana miała stosowne środki na sfinansowanie tych zabiegów, skoro mieściły się one w ogólnym limicie przewidzianym umową, a należało jedynie przesunąć środki w ramach zawartych umów. Dalsze działania powodowego szpitala należało traktować jako prowadzenie cudzych spraw bez zlecenia, a podstawę prawną orzeczenia stanowi art. 754 k.c. Wysokość należności nie była kwestionowana.

Po rozpoznaniu apelacji pozwanego Sąd Apelacyjny wyrokiem z dnia 14 czerwca 2004 r. zmienił zaskarżony wyrok w ten sposób, że oddalił powództwo i zasądził od powoda na rzecz pozwanego koszty procesu za obie instancje. Zdaniem Sądu drugiej instancji, zebrany w sprawie materiał dowodowy nie dawał podstaw do przyjęcia, że zabiegi koronarografii (błędnie w uzasadnieniu wyroku określone jako „zabiegi koronografii”) stanowiły procedury medyczne, o których mowa w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, okoliczność ta była kwestionowana przez pozwanego, a ciężar dowodu spoczywał na powodzie (art. 6 k.c.). Sąd Apelacyjny wskazał na umowny charakter stosunku prawnego wiążącego strony, wynikające z treści umowy limity dotyczące poszczególnych procedur medycznych, zaakceptował też pogląd Sądu pierwszej instancji, że można, stosując przepisy o prowadzeniu cudzych spraw bez zlecenia, korygować limity dotyczące poszczególnych procedur medycznych, jeżeli przekroczenie liczby zabiegów nastąpiło na skutek konieczności natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych zgłaszającej się osobie ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Sąd Apelacyjny zwrócił uwagę, że w lipcu i sierpniu 2001 r. powód

informował pozwanego o potrzebie renegotjacji umowy, przy czym w piśmie z 9 lipca 2001 r. była mowa o osobach oczekujących na zabieg i wskazywano, iż w wypadku niezwiększenia limitu zabiegów koronarografii powodowy szpital będzie zmuszony zaprzestać wykonywania tych procedur z uwagi na brak źródeł finansowania. Treść tego pisma wskazuje zatem, że możliwym było, co zakładała umowa i obowiązujące przepisy, stworzenie listy oczekujących na zabieg. Natomiast co do zabiegów z pilnych wskazań życiowych w ramach Programu Interwencyjnego Leczenia Ostrego Stanów Kardiologicznych, które zasadniczo nie są w pełni tożsame z zabiegami, o których mowa w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, to ich liczba wynosiła około 100 miesięcznie. Jeżeli wszystkie te zabiegi zostały zrealizowane, co także nie zostało wykazane, i kwalifikowały się do natychmiastowego wykonania z uwagi na bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta, ich liczba od lipca do grudnia 2001 r. wynosiła 600, zaś w wyniku aneksowania pierwotnej umowy w grudniu tego roku liczbę zabiegów koronarografii zwiększono o 1154, do łącznej liczby 4429, a zatem zabiegi te zostały opłacone. W przekonaniu Sądu Apelacyjnego trafny był zarzut pozwanego, że powodowy szpital nie był jedynym uprawnionym do wykonywania tych zabiegów w (...).

Wyrok powyższy w całości został zaskarżony kasacją przez powoda. W kasacji, opartej na obu podstawach z art. 393<sup>1</sup> k.p.c., powód zarzucił naruszenie prawa materialnego przez błędną wykładnię art. 754 k.c., polegającą na przyjęciu dopuszczalności zastosowania przepisów o prowadzeniu cudzych spraw bez zlecenia jedynie, gdy przekroczenie liczby zabiegów nastąpiło na skutek konieczności natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych zgłaszającej się osobie ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, tj. tylko w warunkach określonych przez art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Nadto powód zarzucił naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na wynik sprawy, a mianowicie art. 227 i art. 233 § 1 w zw. z art. 382 k.p.c. przez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów oraz pominięcie dowodów z dokumentów załączonych do pozwu, których treść miała istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy oraz naruszenie art. 232 k.p.c. przez niedopuszczenie dowodu niewskazanego przez stronę na okoliczność poddawania w wątpliwość przez Sąd drugiej instancji, że zabiegi koronarografii realizowane przez powoda są tymi, o których mowa w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. W konkluzji powód domagał się zmiany zaskarżonego wyroku przez oddalenie apelacji pozwanego oraz zasądzenia kosztów procesu ewentualnie uchylenia zaskarżonego wyroku i przekazania sprawy Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Rozpoznając kasację zwrócić uwagę należy, że stosownie do art. 3 ustawy z dnia 22 grudnia 2004 roku o zmianie ustawy – Kodeks postępowania cywilnego oraz ustawy – Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz. U. z 2005 r. Nr 13, poz. 98) do jej rozpoznania stosuje się przepisy kodeksu postępowania cywilnego obowiązujące przed dniem 6 lutego 2005 r.

Z powołanych w kasacji podstaw w pierwszej kolejności rozważyć należy kwestię naruszenia przepisów postępowania. W ramach tej podstawy skarżący podnosi zarzuty dotyczące zupełności postępowania dowodowego oraz oceny dowodów, a w konsekwencji kwestionuje ustalenia faktyczne stanowiące podstawę zaskarżonego wyroku. Dopiero poprawne ustalenia faktyczne pozwalają zastosować właściwą normę prawa materialnego.

Zarzut naruszenia art. 232 k.p.c. jest nietrafny. Artykuł ten nakłada na strony obowiązek wskazywania dowodów dla stwierdzenia faktów, z których strony wywodzą skutki prawne. W konsekwencji w tym zakresie, to strona, a nie sąd może naruszyć ten artykuł. Jeśli zaś strona nie przedstawia dowodów, to uznać należy, że dany fakt nie został wykazany (udowodniony). Wprawdzie artykuł ten zawiera też postanowienie, że sąd może dopuścić dowód niewskazany przez stronę, jednakże jest to tylko możliwość, a nie obowiązek. W wyroku z dnia 25 marca 1998 r. sygn. II CKN 656/97 (OSNC z 1998 r., nr 12, poz. 208) Sąd Najwyższy wskazał, że przewidziane w art. 232 k.p.c. uprawnienie sądu dopuszczenia dowodu niewskazanego przez strony ma charakter wyjątkowy, co oznacza, że nieprzeprowadzenie tego dowodu przez sąd z urzędu tylko w szczególnym wypadku może uzasadniać podstawę kasacyjną.

Nie można też uznać za zasadny zarzutu naruszenia art. 227 k.p.c. Przepis ten stanowi, że przedmiotem dowodu są fakty istotne dla rozstrzygnięcia. Naruszenie powołanego przepisu musiałoby zatem polegać na przyjęciu przez sąd, że wnioskowany przez stronę dowód dotyczy faktów dla rozstrzygnięcia sprawy nieistotnych i w konsekwencji nieprzeprowadzeniu tego dowodu. W rozpoznawanej sprawie Sąd drugiej instancji nie prowadził postępowania dowodowego, a zatem nie mógł dopuścić się zarzucanego mu uchybienia, zaś zarzut kasacji w istocie dotyczy nieuwzględnienia jako podstawy ustaleń faktycznych przez Sąd ten poczynionych niektórych spośród dokumentów do pozwu dołączonych i wnioskowanych na dowód okoliczności w pozwie przytoczonych. Tego rodzaju zarzut należy kwalifikować jako naruszenie art. 382 w zw.

z art. 233 § 1 k.p.c. przez pominięcie części materiału zebranego przez Sąd pierwszej instancji i brak jego wszechstronnego rozważenia.

Oba dokumenty, które w kasacji zostały wskazane jako pominięte przez Sąd Apelacyjny, jak również inne, z których dowody były już w pozwie wnioskowane, zostały powołane jako podstawa ustaleń faktycznych w uzasadnieniu wyroku Sądu Okręgowego, natomiast Sąd Apelacyjny w swym uzasadnieniu powołuje wprost jeden z nich – pismo powoda z dnia 13 sierpnia 2001 r. – zaś pośrednio odnosi się do drugiego, tj. umowy z (...) Regionalną Kasą Chorych i z treści tych dokumentów wywodzi stosowne wnioski. Nie sposób zatem zaakceptować zarzutu kasacji, jakoby dokumenty te Sąd drugiej instancji, analizując materiał dowodowy pomiął. Odrębną kwestią jest natomiast, czy ustalenia faktyczne, przez ten Sąd na podstawie powołanych dokumentów dokonane, zostały poczynione przy zachowaniu reguł ustanowionych w art. 233 § 1 k.p.c., a zatem, czy nie doszło do przekroczenia granic swobodnej oceny dowodów. Z takim zarzutem zgodzić się można jedynie w części, w jakiej kasacja zarzuca brak dostatecznej analizy umowy powoda z (...) Regionalną Kasą Chorych w sprawie realizacji programu interwencyjnego leczenia świeżego zawału serca, a w szczególności załącznika do tej umowy. Brak takiej analizy czyni nieuprawnionym zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku stwierdzenie, że zabiegi z pilnych wskazań życiowych, o jakich mowa w pismach powoda do Ministerstwa Zdrowia, nie są w pełni tożsame z zabiegami, o których mowa w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Ocena ta nie ma jednak znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy w świetle dalszego wyводу zawartego w uzasadnieniu wyroku Sądu drugiej instancji. Ostatecznie Sąd ten jednoznacznie wskazuje, że liczba wszystkich zabiegów z pilnych wskazań życiowych przewidywanych do wykonanie po wyczerpaniu limitu wynikającego z pierwotnego tekstu umowy jest mniejsza od liczby, o którą zwiększono ten limit aneksem z grudnia 2001 r. Kluczem do rozstrzygnięcia sprawy jest zatem ustalenie, czy zabiegi koronarografii u chorych na te zabiegi oczekujących, były objęte hipotezą art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Zasadnie Sąd Apelacyjny stwierdza, że ciężar dowodu tego faktu spoczywał na powodzie (art. 6 k.c.), zaś powód faktu tego nie wykazał.

Podnoszony w kasacji zarzut, że ustalenie odnośnie do innych ośrodków kardiologii uczestniczących w programie interwencyjnego leczenia świeżego zawału serca nie ma znaczenia dla sprawy, jest trafny, jednak ustalenie tej okoliczności nie miało żadnego wpływu na treść orzeczenia.

Odnosząc się do pierwszej podstawy kasacyjnej, uwzględnić należy specyfikę wynikającą z okoliczności, że roszczenia swe powód kieruje nie do kasy chorych, ale do Skarbu Państwa reprezentowanego przez Ministra Zdrowia i wywodzi z umowy z nim zawartej, a dotyczącej świadczenia na rzecz osób uprawnionych wysokospecjalistycznych procedur medycznych, których koszty, w okresie sporem objętym, przez kasy chorych pokrywane być nie mogły, a ich finansowanie następowało z budżetu państwa, zgodnie z art. 31a pkt 7 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U Nr 28, poz. 153 ze zmianami) oraz z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 listopada 1998 r. w sprawie wykazu wysokospecjalistycznych procedur medycznych finansowanych z budżetu państwa oraz zasad i trybu udzielania tych świadczeń (Dz. U. Nr 140, poz. 910 ze zmianami). W dotychczasowym swym orzecznictwie Sąd Najwyższy zajmował się roszczeniami zakładów opieki zdrowotnej z tytułu tzw. świadczeń ponadlimitowych, kierowanymi przeciwko kasom chorych względnie Narodowemu Funduszowi Zdrowia wynikającymi z umów przez te podmioty zawartych. Za utrwalone uznać można stanowisko o wiążącym charakterze ustalonych tymi umowami limitów świadczeń (m.in. niepublikowane wyroki Sądu Najwyższego z 10 marca 2005 r. I CK 578/04 i z 20 października 2004 r. I CK 218/04). Rozbieżność orzecznictwa dotyczyła natomiast kwestii, czy świadczeniodawca może domagać się od kasy chorych lub Narodowego Funduszu Zdrowia zapłaty za ponadlimitowe świadczenia objęte dyspozycją art. 7 ustawy z dnia 31 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zmianami) lub art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204 ze zmianami). Stanowisko, że także i w odniesieniu do takich świadczeń obowiązują limity ustalone umową, wyrażone zostało w niepublikowanych wyrokach Sądu Najwyższego z dnia 25 marca 2004 r. II CK 207/03 i z dnia 15 października 2004 r. II CK 54/04. Pogląd przeciwny zaprezentowany natomiast został w niepublikowanych wyrokach z dnia 5 listopada 2003 r. IV CK 189/02, z dnia 5 sierpnia 2004 r. III CK 365/03 i z dnia 15 grudnia 2004 r. IV CK 361/04. Sąd Najwyższy w obecnym składzie podziela drugie z przedstawionych stanowisk. W powołanym wyżej wyroku z dnia 5 sierpnia 2004 r. wywiedziono, że czynności prawne nie stanowią wyłącznego źródła zobowiązań i nie wyczerpują obiektywnej ich treści (art. 56 k.c.). Dlatego ustalenie zobowiązań świadczeniodawców nie może pomijać norm adresowanych do zakładów opieki zdrowotnej oraz personelu medycznego, zwłaszcza lekarzy. Skoro z mocy powołanych wyżej przepisów wynika

bezwzględny obowiązek udzielenia pomocy w sytuacjach tam wskazanych, to obowiązek ten wyprzedza ograniczenia wynikające z umów o świadczenie zdrowotne. Finansowanie tych świadczeń nie może natomiast obciążać osób do nich uprawnionych (art. 38 ust. 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej). Brak też podstaw do przyjęcia, jakoby koszty te miały obciążać świadczeniodawców. Wniosek przeciwny prowadziłby do akceptacji nałożenia na zakłady opieki zdrowotnej daniny publicznej bez wyraźnego przepisu ustawy. Tego rodzaju wykładnia zakładałaby naruszenie przez ustawodawcę normy konstytucyjnej (art. 217 Konstytucji). W konsekwencji jedynym możliwym do zaakceptowania jest wniosek, że koszty udzielonych ubezpieczonym świadczeń w warunkach przymusu ustawowego nałożonego na świadczeniodawców powinny być pokryte z funduszy publicznych.

Wbrew stanowisku Sądów obu instancji oraz powoda, w takim wypadku nie znajdują zastosowania przepisy o prowadzeniu cudzych spraw bez zlecenia. W powoływanym w kasacji wyroku Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 2003 r. IV CK 189/02 pogląd o stosowaniu tych przepisów odniesiono do sytuacji, gdy publicznego zakładu opieki zdrowotnej nie łączyła umowa z kasą chorych i wskazano, że w pozostałych wypadkach obowiązek ten obciążał kasę chorych.

Powyższe wywody odnieść należy do rozważanej w rozpoznawanej obecnie sprawie sytuacji, gdy umowa o świadczenie usług medycznych na rzecz osób uprawnionych, stosownie do obowiązujących wówczas przepisów, nie została zawarta z kasą chorych, ale za Skarbem Państwa reprezentowanym przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej i dotyczyła wysokospecjalistycznych procedur medycznych, których finansowanie należało do budżetu państwa. Przepis § 2 ust. 2 powołanego wyżej rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 listopada 1998 r. przewidywał dokonanie przez zakład opieki zdrowotnej kwalifikacji do udzielenia tych procedur, ustalenie w oparciu o kryteria medyczne kolejności ich udzielania oraz, w przypadku ograniczonych możliwości udzielenia odpowiedniego świadczenia, dokonanie wpisu do rejestru pacjentów oczekujących. Natomiast zgodnie z przepisami § 2 i § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 grudnia 1998 r. w sprawie warunków i trybu przekazywania samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej środków publicznych oraz sposobu kontroli ich wykorzystania (Dz. U. Nr 166, poz. 1266), przekazanie środków publicznych w celu realizacji zadań określonych w art. 54 ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej następowało na podstawie umowy, która między innymi określała rodzaj i zakres

realizowanych świadczeń zdrowotnych oraz sumę przekazywaną świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy. Zatem i w odniesieniu do tych procedur, których liczba – podobnie jak świadczeń objętych umowami z kasami chorych – była limitowana, przyjęć należy związać wynikającymi z umowy limitami świadczeń. Niezależnie od określonej umową zawartą przez publiczny zakład opieki zdrowotnej ze Skarbem Państwa liczby wysokospecjalistycznych procedur medycznych, budżet państwa miał obowiązek zwrotu świadczeniodawcy kosztów tych procedur służących wykonaniu przez świadczeniodawcę obowiązku ustawowego.

Skoro zaskarżony wyrok mimo błędnego uzasadnienia odpowiada prawu, kasację należało oddalić na podstawie art. 393<sup>12</sup> k.p.c.

O kosztach postępowania kasacyjnego orzeczono na podstawie art. 393<sup>19</sup> w zw. z art. 391 § 1 i z art. 102 k.p.c. mając na uwadze fakt, iż zabiegi, których powództwo dotyczyło, wykonywane były w okresie kształtowania się orzecznictwa dotyczącego obowiązków z ich świadczeniem związanych, a wątpliwości dotyczące zakresu tych obowiązków w znacznej części wynikały z niedostatków prawodawstwa.