



Sygn. akt I CSK 229/06

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 listopada 2006 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Jan Górowski (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Józef Frąckowiak

SSN Elżbieta Skowrońska-Bocian

w sprawie z powództwa Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego [...] przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia o zapłatę,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym
w Izbie Cywilnej w dniu 10 listopada 2006 r.,
skargi kasacyjnej strony powodowej
od wyroku Sądu Apelacyjnego w [...] z dnia 18 stycznia 2006 r.,

oddala skargę kasacyjną.

Uzasadnienie

Powód Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny wniósł ostatecznie o zasądzenie od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia kwoty 10 887 267,27 zł

z tytułu niesfinansowanych tzw. ponadlimitowych świadczeń medycznych udzielonych osobom ubezpieczonym w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w 2002 r. W piśmie z dnia 30 sierpnia 2004 r. wskazał „że w istocie dochodzi zapłacenia kwoty określonej w pozwie, która nie wynika z wiążących w 2002 r. strony umów, na podstawie art. 753 k.c....”. Pozwany zapłacił częściowo powodowi za nadwykonania w oddziałach o jednolitych kodach, lecz nie uiszczył należności za takie świadczenia wykonane w klinikach jednoimiennych tj. nieposiadających odpowiedników w innych szpitalach regionu. Taka postawa przewodniczki pozwanego Regionalnej Kasy Chorych usprawiedliwiła –jego zdaniem - dobrą wiarę co do słuszności wykonywania przez niego nieprzewidzianych umową świadczeń medycznych, które mogły ratować zdrowie i życie ubezpieczonych w ramach ubezpieczenia, tzn. bez pobierania opłat od pacjentów. W końcu podkreślił, że wszystkie świadczenia wykonane przez niego ponad limit miały uzasadnienie medyczne i mieściły się w granicach koniecznej potrzeby. Odmowa ich wykonania mogłaby skutkować uszczerbkiem na zdrowiu osób objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Wyrokiem z dnia 31 marca 2005 r. Sąd Okręgowy w W. powództwo oddalił i ustalił, że łącząca powoda z Kasą Chorych umowa nr 03/1006/F017/2002 dotycząca udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz ubezpieczonych w zakresie lecznictwa zamkniętego w sposób szczegółowy regulowała wzajemne zobowiązania stron tj. określiła zakres działalności powoda, rodzaj świadczonych usług, ich ilość oraz cenę maksymalną, górną granicę finansowania świadczeń zdrowotnych oraz zasady wzajemnych rozliczeń, w tym przekazywania środków przez Kasę Chorych na rzecz powoda. Przewidywała, że istnieje możliwość rozliczania dodatkowych świadczeń, jeżeli powód uzyska do tego prawo. Strony zastrzegły (§ 31), że umowa może zostać zmieniona między innymi w wypadku wystąpienia przez każdą z nich z pisemnym uzasadnionym wnioskiem o zmianę warunków umowy. Była renegotjowana pomiędzy stronami, częściowo z pozytywnym dla powoda skutkiem (aneksy z dnia 6 maja 2002 r., z dnia 8 sierpnia 2002 r., z dnia 8 listopada 2002 r. i z dnia 15 listopada 2002 r.).

Strony zawarły także umowę na udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych, świadczeń w zakresie pomocy doraźnej,

świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej, oraz o świadczenie usług w zakresie programu leczenia operacyjnego metodą śródnaczyniową tętniaków aorty piersiowej, brzusznej i tętnic biodrowych. Wszystkie te umowy zawierały zapisy dotyczące szczegółowych warunków finansowania świadczeń, ich maksymalną cenę, ilość, rodzaj i cenę jednostkową.

Maksymalne kwoty świadczeń wynegocjowane przez powoda na jego działalność okazały się niewystarczające i nie zabezpieczyły wszystkich wykonanych usług. Również pomimo zapłaty za dalsze świadczenia zdrowotne wykonane na podstawie zmian wprowadzonych aneksami do tych umów, nie zostały pokryte świadczenia „ponadlimitowe” dochodzone pozwem.

Według oceny Sądu pierwszej instancji, zgodnie z art. 53 ust 3 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 ze zm., dalej „u.p.u.z.”) kasa chorych zobowiązana była do przestrzegania zasady równoważenia kosztów z przychodami oraz zasady, że suma kwot jej zobowiązań musi się mieścić w planie finansowym. Wyraził pogląd, że umowa dotycząca świadczeń zdrowotnych jako umowa cywilnoprawna była jedynym źródłem zobowiązań kasy chorych do zapłaty za zakontraktowane wykonane świadczenia zdrowotne. Do świadczeń tzw. ponadlimitowych, wbrew stanowisku powoda, nie mają zastosowania przepisy o prowadzeniu cudzych spraw bez zlecenia, skoro pozwany nie był pozbawiony możliwości, działania w zakresie swoich obowiązków, a przepis art. 753 § 1 k.c. nakazuje oczekiwać zleceń osoby zastępowanej, albo prowadzić sprawę dopóty, dopóki osoba ta nie będzie mogła sama się nią zająć.

Apelację powoda Sąd Apelacyjny oddalił wyrokiem z dnia 18 stycznia 2006 r. na podstawie tych samych ustaleń faktycznych, ocenionych w podobny sposób. Wskazał, że nie istnieją pozaumowne podstawy żądania zapłaty za wykonanie „ponadlimitowych” świadczeń zdrowotnych, za wyjątkiem wypadków określonych w art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408, dalej „u.z.o.z.”), gdyż wtedy zachodzi obowiązek ustawowy natychmiastowego spełnienia świadczenia. Wyraźnie jednak zastrzegł, że powód nie wykazał aby dochodzone roszczenie dotyczyło świadczeń udzielonych na tej podstawie.

Powód w skardze kasacyjnej opartej na podstawie naruszenia prawa materialnego tj. art. 68 Konstytucji, art. 1a pkt 6 i 7, art. 4, art. 53, art. 60 i art. 72 u. p.u.z., art. 7, art. 33 ust 1, art. 54 i art. 19 u.z.o.z., art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i dentysty (tekst jednolity: Dz.U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204 ze zm., dalej „u.z.l.”) i art. 752 k.c. oraz na naruszeniu prawa procesowego w stopniu mającym istotny wpływ na wynik sprawy, a to art. 233 k.p.c. wniósł, o uchylenie zaskarżonego wyroku i o przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Zaskarżony wyrok został wydany w dniu 16 czerwca 2005 r., a zatem do rozpoznania skargi kasacyjnej miał zastosowanie kodeks postępowania cywilnego w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 22 grudnia 2004 r. o zmianie ustawy kodeks postępowania cywilnego oraz ustawy – prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz.U. z 2005 r. Nr 13, poz. 98) a w tym art. 398³ § 3 k.p.c., według którego podstawą skargi kasacyjnej nie mogą być zarzuty dotyczące ustalenia faktów lub oceny dowodów.

Unormowanie to jest wynikiem tego, że *de lege lata* środek ten przysługuje od orzeczeń prawomocnych. W związku z tym postępowanie przed Sądem Najwyższym toczy się przede wszystkim w interesie publicznym i dlatego jest oparte na odmiennych zasadach niż postępowanie przed sądem merytorycznym. Z tego względu nie można opierać skargi kasacyjnej na zarzucie obrazy art. 233 § 1 k.p.c. Taki zarzut, gdyby nie dalsze wytknięte braki podlegające merytorycznej ocenie, skutkowałby nawet odrzuceniem skargi kasacyjnej (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 7 maja 1998 r., III CZ 60/98, OSNC 1998, nr 11, poz. 190).

Sąd drugiej instancji wyraźnie wskazał, że w toku procesu powód nie wykazał, aby dochodzona kwota dotyczyła świadczeń udzielonych na podstawie art. 7 u.z.o.z. W tej kwestii trzeba dodać, że ani w toku postępowania przed Sądem pierwszej instancji ani przed Sądem Apelacyjnym powód nie powoływał się na tę podstawę odpowiedzialności podobnie jak i na art. 30 u.z.l. Wprawdzie zarówno w literaturze jak i w judykaturze ugruntowany jest pogląd, że sąd drugiej instancji rozpoznając apelację powinien wziąć pod uwagę wszystkie stwierdzone naruszenia

prawa materialnego popełnione przez sąd pierwszej instancji niezależnie od tego, czy zostały wytknięte w tym środku odwoławczym (por. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 września 2004 r., I CKN 179/99, OSNC 2002, nr 4, poz. 54 i postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 4 października 2002 r., III CZP 62/02, OSNC 2004, nr 1, poz. 7), niemniej nie może wyjść z urzędu ponad zgłoszoną przez powoda podstawę faktyczną powództwa. Tymczasem wprawdzie powód twierdził, że „ponadlimitowe” świadczenia udzielone ubezpieczonym w klinikach jednoimiennych mogły ratować pacjentom życie, lecz nie wskazywał jako okoliczności uzasadniającej żądanie, że były to przypadki nagłe (nie cierpiące zwłoki), do których mogłyby mieć zastosowanie art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l. Charakterystycznym jest, że powód nie powoływał tych podstaw odpowiedzialności przed Sądem Apelacyjnym, pomimo, że pozwany w piśmie procesowym z dnia 2 stycznia 2006 r. złożonym w toku postępowania drugoinstancyjnego wyraźnie podnosił, że źródłem zobowiązania Kasy Chorych mogła być umowa, a wyjątek od tej zasady dotyczy jedynie sytuacji, gdy osoba zgłaszająca się do zakładu opieki zdrowotnej potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie życia. Z tego już względu Sąd drugiej instancji nie miał podstawy do stosowania z urzędu, ani art. 7 u. z.o.z., ani art. 30 u.z.l.

Poza tym powód rzeczywiście nie wykazywał, w których wypadkach zachodził ustawowy obowiązek natychmiastowego udzielenia świadczenia, a w tym zakresie - stosownie do art. 6 k.c. - obciążał go ciężar dowodu. Wobec prowadzenia dokumentacji lekarskiej każdego pacjenta, nie jest to obowiązek trudny do wykonania (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 2003 r., IV CK 189/02, z dnia 9 czerwca 2005 r., III CK 626/04 i z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK 365/03 niepublikowane). Nie każde świadczenie ratujące życie objęte jest hipotezami wskazanych wyżej przepisów. Poniesiony dopiero w skardze kasacyjnej fakt, że zawarte w przedstawionych jako dowody tabelach świadczenia na oddziałach położniczym, neonatologicznym i intensywnej terapii są wszystkie świadczeniami udzielanymi w trybie nagłym ratującymi zdrowie lub życie, nie mógł przynieść oczekiwanego przez skarżącego skutku, gdyż w postępowaniu kasacyjnym nie jest dopuszczalne powoływanie nowych okoliczności faktycznych (art. 398¹³ § 2 k.p.c.). Poza tym założenie, że wszystkie świadczenia zdrowotne

udzielone na powołanych oddziałach, dotyczą świadczeń stanowiących ustawowy obowiązek, jest nietrafne.

Choć więc kasy chorych były zobowiązane do zapłaty swym kontrahentom za świadczenia zdrowotne przekraczające limity ustalone w umowie udzielone osobom ubezpieczonym w warunkach „przymusu ustawowego” (art. 56 k.c.) tj. objętych hipotezami art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u. z.l. (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 15 grudnia 2005 r., II CSK 21/05, OSNC 2006, nr 9, poz. 157, z dnia 4 marca 2005 r. III CK 397/04, z dnia 16 czerwca 2004 r. III CK 143/03 z dnia 5 sierpnia 2004, III CK 365/03, z dnia 5 listopada 2003 r., IV CK 189/02 niepublikowane) to w omawianym wypadku nie można przyjąć, że Sąd Apelacyjny dopuścił się obrazy tych przepisów zwłaszcza, że w skardze kasacyjnej nie został wskazany jako naruszony art. 6 k.c. (por wyroki Sądu Najwyższego z dnia 15 grudnia 2004 r. IV CK 361/04 i z dnia 21 grudnia 2005 r. IV CK 312/05 niepublikowane).

Nietrafny okazał się zarzut obrazy art. 68 Konstytucji. Wprawdzie przynajmniej każdemu obywatelowi prawo podmiotowe do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, ale w granicach określonych ustawami (por. ustęp 1 i 2 tego przepisu i wyroki Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 marca 1999 r., K 2/98, OTK 1999 nr 3, poz. 38 i z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK 2004, nr 1, poz. 1). Z unormowania tego – w sposób nie budzący wątpliwości - wynika więc , że zakres udzielania tych świadczeń może być ograniczony aktami normatywnymi rangi ustawowej.

W trzech dalszych ustępach art. 68 Konstytucji mowa jest jedynie o zasadach polityki państwa w zakresie ochrony zdrowia, które ze swej istoty nie mogą być źródłem bezpośrednich roszczeń jednostek (por uchwałę 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 19 maja 2000 r., III CZP 4/00, OSNC 2000, nr 11, poz. 195). W wyroku z dnia 28 lutego 2005 r., P 7/03 (OTK 2005, nr 2, poz. 18) Trybunał Konstytucyjny jednoznacznie odrzucił możliwość podważania powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego z jego podstawową instytucją umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zarzutem niezgodności z Konstytucją i przez doszukiwanie się poza tym systemem podstaw prawnych dla roszczeń o zapłatę za tzw. świadczenia „ponadlimitowe”.

W judykaturze wyjaśniono, że zawarta przez kasę chorych (obecnie Fundusz) ze świadczeniodawcą umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej określa stosunki pomiędzy stronami i jest dla nich wiążąca. Poza wskazanym wyżej wyjątkiem nie ma innego tytułu prawnego do żądania zapłaty za wykonane świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu art. 68 ust. 2 Konstytucji oraz ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (por np. wyroki Sadu Najwyższego z dnia 7 sierpnia 2003 r., IV CKN 393/01, Biuletyn S.N. 2004, s. 11 i z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK 365/03 oraz z dnia 21 grudnia 2004, I CK 320/04, niepublikowane).

Umowa o udzielenie świadczeń zdrowotnych jest umową odrębną, uregulowaną poza kodeksem cywilnym tj. w prawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (wtedy w art. 53 u.p.u.z.). Nie można zasadnie przyjmować, że za „poza limitowe” świadczenia należy się zapłata świadczeniodawcy na podstawie art. 752 k.c. Obowiązek świadczenia opieki zdrowotnej to nie „cudza sprawa” kasy chorych, a obecnie Funduszu Zdrowia. Ubezpieczyciel nie był i nie jest bowiem zobowiązany do tzw. świadczeń rzeczowych (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 grudnia 2004 r., I CK 320/04, niepublikowany).

Artykuł 1a u. p.u.z. określał ogólne zasady ubezpieczenia zdrowotnego, a skarżący nie przedstawił w skardze kasacyjnej zarzutu jakoby Kasa Chorych w 2002 r. prowadziła działalność zmierzającą do uzyskania zysku, czy też realizowała zadania w sposób niegospodarny (por. pkt. 6 i 7 tego przepisu). Z kolei art. 4 u.p.u.z. (wielokrotnie nowelizowany) określał zadania kas chorych i także nie stanowił źródła roszczenia powoda wobec pozwanego o zapłatę tzw. świadczeń „ponadlimitowych”. Wręcz przeciwnie, z ustępu trzeciego tego przepisu wynikał wprost wniosek, że w ramach powszechnego ubezpieczenia świadczenia zdrowotne są udzielane ubezpieczonym w granicach środków finansowych posiadanych przez kasę chorych (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 stycznia 2004 r., IV CK 434/02, niepublikowany). Wprawdzie ubezpieczony miał - już na gruncie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym – prawo, np. ze względu na renomę placówki, do wyboru świadczeniodawcy (art. 60 u. p.u.z.) i w związku z tym kasa chorych miała obowiązek w ramach umów dokonywać alokacji zamówień (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK

365/03, niepublikowany), niemniej skarżący w tym kierunku nie tylko nie wyartykułował zarzutu kasacyjnego, lecz przeciwnie podniósł, iż pozwany powinien zwrócić powodowi koszty świadczeń „ponadlimitowych” udzielonych w klinikach jednoimiennych tj. nie mających odpowiedników w regionie. Z kolei art. 72 u.p.u.z. określał zakres działania kas chorych i jego analiza także nie pozwalała na skonstruowanie obowiązku ustawowego tych podmiotów do sfinansowania omawianego rodzaju świadczeń zdrowotnych.

Artykuł 33 ust 1 u.z.o.z. w brzmieniu obowiązującym w 2002 r. stanowił, że publiczny zakład opieki zdrowotnej udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością, natomiast art. 54 u.z.o.z. przede wszystkim określał z jakich źródeł publiczny zakład opieki zdrowotnej mógł pozyskiwać środki finansowe. Z kolei art. 19 u.z.o.z. stanowił, że w sytuacji ograniczonych możliwości spełnienia świadczeń pacjent ma prawo do korzystania z rzetelnej opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń. W każdym razie z żadnego z tych przepisów nie można wywieść uprawnienia świadczeniodawcy do żądania od kasy chorych zapłaty za „ponadlimitowe” świadczenia opieki zdrowotnej.

Z tych względów skarga kasacyjna uległa oddaleniu (art. 398¹⁴ k.p.c.).