



Sygn. akt IV CSK 158/05

**WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 29 marca 2006 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Hubert Wrzeszcz (przewodniczący)

SSN Mirosław Bączyk

SSN Teresa Bielska-Sobkowicz (sprawozdawca)

Protokolant Katarzyna Jóskowiak

w sprawie z powództwa Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w L.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia

o zapłatę,

po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej

w dniu 29 marca 2006 r.,

skargi kasacyjnej strony powodowej

od wyroku Sądu Apelacyjnego

z dnia 2 czerwca 2005 r., sygn. akt [...],

**uchyla zaskarżony wyrok i oddala apelację oraz pozostawia
Sądowi pierwszej instancji rozstrzygnięcie o kosztach
postępowania apelacyjnego i kasacyjnego.**

Uzasadnienie

Wyrokiem wstępnym z dnia 4 czerwca 2004 r. Sąd Okręgowy w G. uznał za usprawiedliwione, co do zasady, powództwo Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w L. przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia o zasądzenie kwoty 780 600 zł tytułem zapłaty za świadczenia zdrowotne wykonane ponad określony umową limit. Zdaniem Sądu pierwszej instancji, skoro w umowie pozwany kategorycznie zobowiązał się do udziału w renegocjacjach, to tym samym zgodził się, że ustalony maksymalny poziom finansowania świadczeń nie jest ostateczny i że nastąpi jego podwyższenie. Odmawiając zmiany umowy, w sposób zawiniony nie wykonał wynikającego z niej zobowiązania, co – w ocenie tego Sądu - uzasadnia uwzględnienie powództwa co do zasady na podstawie art. 471 k.c. i § 10 pkt 15 umowy.

Wyrokiem z 2 czerwca 2005 r. Sąd Apelacyjny zmienił powyższy wyrok i oddalił powództwo. Rozstrzygnięcie to oparte zostało na następujących ustaleniach i ocenach prawnych.

Powód zawarł z poprzednikiem prawnym pozwanego, Regionalną Kasą Chorych, umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stacjonarnego na okres od dnia 1 stycznia 2001 do dnia 31 grudnia 2003 r. Zawarcie umowy było poprzedzone negocjacjami przedstawicieli stron, z których sporządzono protokół. Na oferowaną przez powoda wartość świadczeń na kwotę 24 257 930 zł pozwany nie wyraził zgody i ostatecznie strony ustaliły, że pozwany sfinansuje świadczenia zdrowotne udzielone przez powoda w roku 2001 maksymalnie do kwoty 16 582 150 zł, przy czym w § 11 pkt 15 umowy zastrzeżono, że strony przystąpią do renegocjacji warunków umowy, których zakończenie przewidziano na dzień 30 września 2001 r.

Powód zwracał się wielokrotnie o renegocjowanie maksymalnego limitu finansowego świadczeń, lecz poprzednik pozwanego odmówił, tłumacząc się brakiem środków. Powód wykonał świadczenia ponadlimitowe na kwotę 780 600 zł,

co stanowiło przedmiot sporu, przy czym w toku postępowania przed Sądem pierwszej instancji powód ograniczył roszczenie do wysokości 734 240 zł.

Przytoczone wyżej ustalenia faktyczne Sąd Apelacyjny podzielił i przyjął za własne, jednakże nie zaaprobował ich oceny prawnej, która doprowadziła Sąd Okręgowy do wniosku o zasadności powództwa. W uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia Sąd drugiej instancji podniósł, że niedopuszczalne jest utożsamienie obowiązku podjęcia renegotjacji z obowiązkiem ich zakończenia zgodnie z oczekiwaniami powoda. Treść umowy w żadnym miejscu nie wskazuje na powinność podwyższenia przez pozwanego limitu finansowania świadczeń zdrowotnych w roku 2001, a jedynie na obowiązek podjęcia w tej mierze renegotjacji, który sam w sobie nie kreuje wierzitelności powoda wobec pozwanego.

Co prawda nie wyklucza to, zdaniem Sądu Apelacyjnego, roszczenia odszkodowawczego wobec kontrahenta za nienależyte wykonanie zobowiązania umownego do renegotjowania umowy, jednakże zgodnie z art. 6 k.c. wymagałoby to wykazania przez powoda przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej, czego powód nie uczynił. Pozwany nie gwarantował powodowi za skutek podjętych renegotjacji i w ocenie Sądu, w sposób dostateczny wywiązał się z obowiązku uczestniczenia w nich.

Od powyższego wyroku powód wywiódł skargę kasacyjną, opartą wyłącznie na podstawie naruszenia prawa materialnego poprzez jego niewłaściwe zastosowanie, a to art. 5, art. 6, art. 56, art. 353¹, art. 354 i art. 471 k.c. oraz art. 7 ustawy z dnia 14 października 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408 ze zm.), które polegało na przyjęciu, że pozwany nie miał obowiązku refundowania świadczeń poniesionych przez powoda kosztów udzielenia pacjentom świadczeń zdrowotnych w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta, przekraczających maksymalny poziom finansowania określony w umowie. W związku z powyższym, powód wniósł o uchylenie wyroku Sądu Apelacyjnego i orzeczenie co do istoty sprawy poprzez oddalenie apelacji pozwanego i zasądzenie od niego zwrotu kosztów postępowania.

W odpowiedzi na skargę kasacyjną, pozwany wniósł o jej oddalenie.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Podniesione w skardze kasacyjnej zarzuty okazały się tylko częściowo zasadne, co jednak wystarczyło dla uznania wadliwości zaskarżonego wyroku i w konsekwencji jego uchylenia i oddalenia apelacji od wyroku wstępnego, wydanego przez Sąd pierwszej instancji. Trafnie zarzucał skarżący, że stanowisko Sądu Apelacyjnego, wyrażone w zaskarżonym orzeczeniu, opiera się częściowo na błędnych założeniach. Dotyczy to w szczególności zarzutu błędnego zastosowania art. 471 k.c., na którym oparł swoje orzeczenie Sąd Apelacyjny. Sąd ten bowiem niewłaściwie przypisał powodowi oparcie roszczenia na treści art. 471 k.c., podczas gdy zarówno w pozwie, jak i w oświadczeniu złożonym na rozprawie przed Sądem Okręgowym (k. 299), powód w sposób jednoznaczny podał jako podstawę dochodzonego roszczenia przepis art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 91, poz. 408 ze zm. – dalej: „u. z. o z.”). To dopiero Sąd Okręgowy, w uzasadnieniu wyroku zaskarżonego przez stronę pozwaną apelacją, podniósł, że zobowiązanie do renegotjacji umowy „wyprzedza” kwestię zobowiązania do refundacji świadczeń ponadlimitowych. W istocie zatem spór nie dotyczy tego, czy pozwany należycie wykonał zobowiązanie z umowy zawartej przez poprzednika prawnego pozwanego, ale tego, czy powód wykonał ponadlimitowe świadczenia zdrowotne na rzecz ubezpieczonych w warunkach zagrożenia życia i zdrowia, to jest w warunkach, o jakich mowa w art. 7 u. o z. o. z., oraz czy można wobec tego przyjąć, że pozwany ponosi wobec powoda odpowiedzialność cywilną z tytułu finansowania tych ponadlimitowych świadczeń. Sąd Okręgowy tak właśnie sformułował zasadę, o której orzekał wyrokiem wstępnym, jednakże jej istoty nie rozstrzygnął, ponieważ oparł się na zupełnie innej podstawie prawnej niż wynikająca z żądania powoda; podobnie uczynił to Sąd drugiej instancji, który oparł rozstrzygnięcie nie na art. 7 u. o z. o. z., lecz na art. 471 k.c.

Przepis art. 7 u. o z. o. z. stanowi, że okoliczności wymienione w art. 5 tej ustawy (a odnoszące się do udzielania świadczeń ludności określonego obszaru lub określonej grupie) ani żadne inne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do

odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do zakładu opieki zdrowotnej potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Chodzi zatem o bezwzględny obowiązek ratowania zdrowia i życia ludności.

Wyjaśniając znaczenie tego przepisu dla umów zawartych pomiędzy zakładami jako świadczeniodawcami i Narodowym Funduszem Zdrowia, należy zwrócić uwagę, że nie statuuje on normy adresowanej do Funduszu jako finansującego świadczenia zdrowotne, adresatem normy jest bowiem zakład opieki zdrowotnej. Nie oznacza to jednak, że przepis ten nie ma znaczenia dla wykładni umów zawieranych przez kasy chorych, a obecnie przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z zakładami opieki zdrowotnej. Trafnie skarżący, zarzucając naruszenie art. 353¹ i art. 56 k.c., wskazywał na związek pomiędzy tymi przepisami kodeksu cywilnego a przepisem art. 7 u. o z. o. z. Zgodnie z art. 56 k.c., czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy. W zakresie dotyczącym wynagrodzenia za świadczenia spełnione w przypadkach objętych przepisami art. 7 u. o z. o. z., a także art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (tekst jedn. Dz.U. z 2002 r., nr 21, poz. 204 ze zm.), treść stosunku zobowiązaniowego powstałego w następstwie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń określały więc te przepisy, a nie postanowienia umowy (por. wyrok SN z dnia 15 grudnia 2005 r., II CSK 21/05, dotąd nie publ.).

Właściwość stosunku umownego, nawiązywanego przez świadczeniodawców z finansującym świadczenia zdrowotne NFZ wyraża się w tym, że zakład opieki zdrowotnej zobowiązuje się świadczyć na rzecz ubezpieczonych w Funduszu pacjentów świadczenia zdrowotne, których liczbę i kwoty można przewidywać w sposób przybliżony, zaś Fundusz gwarantuje ich finansowanie na określonym poziomie. Praktyka ustanawiania „limitów” nie jest bezwzględnie sprzeczna z prawem, jednakże musi być właściwie rozumiana. Nie sposób bowiem twierdzić, że szpital ma bezwzględny obowiązek jakiegokolwiek kwotowego ograniczenia liczby świadczeń, jeżeli ich udzielenie jest uzasadnione obowiązkiem ustawowym.

Właściwe rozumienie ustalonego w umowie limitu finansowego powinno być więc takie, że jest on wiążący, lecz nie absolutnie. Wchodzi tu w grę ocena podbudowana aksjologicznie, oparta na ważeniu sprzecznych ze sobą niekiedy wartości: gospodarczej stabilności opartego na prawie i zawartych umowach systemu ubezpieczeń i opieki zdrowotnej z jednej strony, oraz życia i zdrowia ludzkiego z drugiej strony. Rozstrzygnięcie tego dylematu jest jednoznaczne: jeżeli istnieje sytuacja zagrożenia życia lub zdrowia, z uwagi na art. 7 u. o z. o. z., szpital ma obowiązek udzielenia świadczeń zdrowotnych. Nie sposób przyjąć, jakoby oznaczało to działanie „na własne ryzyko”, gdyż byłoby to właśnie sprzeczne z celem ustanowienia publicznego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, które mają charakter gwarancyjny. Odpowiedzialność za ciągłość i powszechną dostępność świadczeń zdrowotnych ponosi publiczna osoba prawna, jaką jest Narodowy Fundusz Zdrowia. W tym również mieści się ryzyko wystąpienia kosztów świadczeń ponadlimitowych, ratujących życie i zdrowie, które Fundusz powinien odpowiednio kalkulować przy tworzeniu planu finansowego.

Rację pozwanemu należy przyznać o tyle, że takie uregulowanie nie zwalnia szpitala od obowiązku dokonania oceny każdego przypadku z należytą starannością. Wykładając art. 7 u. o z. o. z., trzeba bowiem mieć na uwadze, że obejmuje on tylko świadczenia zdrowotne udzielone „ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia”, a więc takie, których niepodjęcie mogłoby, przy uwzględnieniu zasad doświadczenia życiowego i wiedzy medycznej, prowadzić do zgonu pacjenta lub nastąpienia skutków w postaci trwałego uszczerbku na zdrowiu. Dokonanie tak ukierunkowanej oceny jest obowiązkiem personelu szpitala.

Gdyby natomiast w każdym przypadku przyjmować bezwzględne związanie szpitala limitem ustalonym w umowie z NFZ, prowadziłyby to do preferencji względów prawno-finansowych ponad wartość ludzkiego życia i zdrowia. Taka argumentacja byłaby jawnie sprzeczna z zasadami współżycia społecznego oraz właściwością stosunku umownego, który ma charakter gwarancyjny w tym sensie, że zapewnia obywatelom realizację konstytucyjnej zasady dostępu do opieki medycznej. Biorąc pod uwagę powyższe, należy zgodzić się z argumentem, że art. 7 u. o z. o. z. wywiera istotny wpływ na wykładnię i skutki umów zawieranych przez świadczeniodawców z Funduszem. Zakres zobowiązania Kasy Chorych, a obecnie

Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawcy określa zatem umowa oraz przepisy ustaw nakładających na zakłady opieki zdrowotnej i lekarzy udzielanie pomocy zdrowotnej (tak w wyroku SN z 15.12.2004 r., IV CK 361/04, niepubl.).

Odnosząc się do zarzutów naruszenia art. 5 i 6 k.c., należy zwrócić uwagę, że w uzasadnieniu skargi kasacyjnej powód nie wskazał żadnych argumentów na poparcie tego zarzutu i już tylko z tego względu nie zachodzi potrzeba jego oceny. Ubocznie więc tylko wystarczy zwrócić uwagę, że wbrew pogładowi skarżącego, art. 5 k.c. nie może stanowić podstawy prawnej dochodzonego roszczenia, ponieważ jest środkiem obronnym, przysługującym, w określonych sytuacjach, pozwanemu.

Gdy natomiast chodzi o przepis art. 6 k.c., to jego naruszenie, według dotychczasowego orzecznictwa Sądu Najwyższego, rzadko może stanowić skuteczny zarzut kasacyjny. Jest to bowiem przepis prawa materialnego, który jest uzupełniony odpowiednimi normami kodeksu postępowania cywilnego, a w szczególności art. 227 k.p.c.. W związku z tym przyjmuje się, że powód powinien w zasadzie dowieść faktów — a więc zaoferować dowody na okoliczności, z których wywodzone jest dochodzone roszczenie (tworzących prawo podmiotowe); dowodzi on również fakty, uzasadniające jego odpowiedź na zarzuty pozwanego (por. uzasadnienie wyroku SN z 16.4.2003 r., II CKN 1409/00, OSNC 2004/7-8, poz. 113; wyrok SN z dnia 19.11.1997 r., I PKN 375/97, OSNP 1998/18, poz. 537). Sąd Apelacyjny mógłby naruszyć przepis art. 6 k.c. jedynie wówczas, gdyby nałożył na powoda ciężar dowodzenia okoliczności, których powód nie podnosił i nie wywodził z nich skutków prawnych. Sytuacja taka nie miała miejsca.

Uznanie części podnoszonych w skardze kasacyjnej zarzutów okazało się wystarczające dla uwzględnienia wniosku o orzeczenie co do istoty sprawy na podstawie art. 398¹⁶ k.p.c.

Z powyższych względów Sąd Najwyższy orzekł jak w sentencji, pozostawiając wniosek o zasądzenie kosztów postępowania kasacyjnego do rozstrzygnięcia w orzeczeniu końcowym.