



Sygn. akt III CSK 53/05

WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 maja 2006 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Barbara Myszka (przewodniczący)

SSN Irena Gromska-Szuster (sprawozdawca)

SSN Grzegorz Misiurek

w sprawie z powództwa Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w K.
przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia Oddziałowi Wojewódzkiemu w K.
o zapłatę,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej
w dniu 10 maja 2006 r.,
skargi kasacyjnej strony pozwanej
od wyroku Sądu Apelacyjnego w [...]
z dnia 14 kwietnia 2005 r.,

**uchyla zaskarżony wyrok w punkcie 2 i 3 i w tym zakresie
przekazuje sprawę Sądowi Apelacyjnemu do ponownego
rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach postępowania
kasacyjnego.**

Uzasadnienie

Po ostatecznym sprecyzowaniu roszczeń Wojewódzki Szpital Zespolony w K. wnosil o zasądzenie od Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia kwoty 484 297,42 zł. z ustawowymi odsetkami od dnia 1 października 2004 r. tytułem należności za wykonane ponad umowny limit, dla ratowania zdrowia i życia ludzkiego, świadczenia zdrowotne w lecznictwie szpitalnym, którą to kwotę strona pozwana uznała oraz kwoty 645 929,22 zł. z ustawowymi odsetkami od dnia 21 lutego 2003 r. tytułem należności za wykonane ponad umowny limit świadczenia w leczeniu ambulatoryjnym, której strona pozwana nie uznała podnosząc, że ustalony w umowie limit świadczeń był wiążący, ponadlimitowe świadczenia nie były wykonane dla ratowania zdrowia i życia ludzkiego, a część z nich dotyczyła osób nieubezpieczonych.

Wyrokiem z dnia 27 października 2004 r. Sąd Okręgowy w K. zasądził od strony pozwanej na rzecz powoda obie dochodzone kwoty wraz z odsetkami i kosztami procesu, rozstrzygnął o kosztach sądowych i umorzył postępowanie w pozostałej części.

W wyniku apelacji strony pozwanej od powyższego wyroku w części zasądzającej kwotę 645 929,22 zł. z odsetkami i kosztami procesu, Sąd Apelacyjny zaskarżonym wyrokiem z dnia 14 kwietnia 2005 r. zmienił orzeczenie Sądu pierwszej instancji tylko o tyle, że odstąpił od obciążenia strony pozwanej obowiązkiem uiszczenia opłat sądowych, w pozostałej części oddalił apelację i zasądził od strony pozwanej na rzecz powoda kwotę 5 400 zł. tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd drugiej instancji oparł swoje rozstrzygnięcie na ustaleniach faktycznych Sądu Okręgowego, zgodnie z którymi strona powodowa zawarła w dniu 15 stycznia 2001 r. umowę ze [...] Kasą Chorych (poprzedniczką prawną pozwanego) na wykonanie osobom ubezpieczonym świadczeń leczniczych przez specjalistyczne ambulatorium powodowego Szpitala. W umowie tej postanowiono, że wynegocjowany przez strony i przyjęty w umowie poziom finansowych świadczeń stanowi maksymalną kwotę zobowiązań Kasy Chorych wobec świadczeniodawcy w rozumieniu art. 53 ust. 4 pkt. 4 ustawy o p.u.z. Limit tych świadczeń ustalony w

aneksie do umowy z dnia 20 sierpnia 2001 r. wynosił 5 464 100,30 zł. i kwotę tę strona pozwana wypłaciła powodowi. Wypłaciła także należność za ponadlimitowe świadczenia udzielone w leczeniu szpitalnym. Odmówiła natomiast wypłaty kwoty 645 929,22 zł. za ponadlimitowe świadczenia w ambulatorium specjalistycznym wskazując, że w tym zakresie wiążący jest ustalony w umowie ryczałt, strona powodowa nie wykazała, że świadczenia te wykonała dla ratowania zdrowia lub życia pacjentów, ponadto część świadczeń udzielona została osobom nieubezpieczonym a więc nieobjętym umową stron.

Sąd Apelacyjny podzielił stanowisko Sądu pierwszej instancji, iż świadczenia zdrowotne udzielone w uzasadnionych przypadkach osobom ubezpieczonym powinny być pokryte przez stronę pozwaną jako dysponenta środków finansowych uzyskanych ze składek na ubezpieczenie społeczne i to niezależnie od umowy określającej tylko orientacyjnie wysokość przeznaczonych na ten cel środków. W ocenie Sądu odwoławczego łączące świadczeniodawców i kasy chorych (obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia) umowy o świadczenie usług medycznych mają charakter umów na rzecz osób trzecich a celem określonych w nich limitów świadczeń jest dyscyplinowanie stron w zakresie realizacji ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Sąd Apelacyjny stwierdził, że skoro poprzednik prawny pozwanego miał prawo wglądu i kontroli placówek medycznych świadczących usługi lecznicze a nie przeprowadził w 2001 r. kontroli specjalistycznego ambulatorium powodowego Szpitala, nie może obecnie zarzucać, że kwota 105 614,65 zł. objęta sporną kwotą 645 929,22 zł. dotyczyła świadczeń udzielonych osobom nieubezpieczonym. Okoliczności tej strona pozwana zdaniem Sądu nie wykazała wbrew wymogom art. 6 k.c. Sąd drugiej instancji nie podzielił także zarzutu przedawnienia roszczeń wskazując, że zarówno zgodnie z art. 751 k.c., jak i art. 554 k.c. termin przedawnienia wynosi dwa lata i został zachowany.

W skardze kasacyjnej opartej na obu podstawach określonych w art. 398³ §1 k.p.c. strona pozwana w ramach pierwszej podstawy zarzuciła błędną wykładnię: art. 68 ust. 2 Konstytucji RP przez przyjęcie, że ustawodawca gwarantuje obywatelom nieograniczony dostęp do świadczeń zdrowotnych; art. 4 ust. 3 i art. 53 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.) przez przyjęcie, że umowy zawierane

przez świadczeniodawców z kasami chorych jedynie orientacyjnie określały wysokość kwot jakie kasa chorych zobowiązana była płacić za zamówione świadczenia zdrowotne oraz że jej obowiązkiem było pokrycie kosztów wszelkich wykonanych świadczeń niezależnie od postanowień umowy; art. 19 ust. 1 pkt.1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U Nr 91, poz. 408 ze zm.) przez nie uwzględnienie okoliczności, że w przypadku ograniczonej możliwości udzielania świadczeń należało stosować procedurę ustalającą dostępność do świadczeń opartą na czytelnych kryteriach medycznych. Strona pozwana zarzuciła także naruszenie § 13 ust. 3 umowy stron oraz § 1 i 2 aneksu do niej, przez pominięcie, że powód obowiązany był prowadzić terminarz oczekujących na realizację świadczeń oraz że strona pozwana wywiązała się ze wszystkich swoich obowiązków umownych.

W ramach drugiej podstawy kasacyjnej skarżący zarzucił naruszenie art. 232 k.p.c., zgodnie z którym to powód powinien był wykazać, że udzielenie świadczeń nastąpiło w przypadkach zagrożenia życia, po wyczerpaniu limitu umownego.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Nieskuteczny jest zarzut naruszenia art. 232 k.p.c., uzasadniony przez skarżącego we wskazany wyżej sposób. Przepis ten w zdaniu pierwszym jest skierowany do stron i nakłada na nie obowiązek wskazywania dowodów dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. W tej części zatem nie może zostać naruszony przez sąd, skoro nie na sąd nakłada określone obowiązki. W zdaniu drugim, odnoszącym się do sądu, dopuszcza możliwość przeprowadzenia przez sąd dowodów nie wskazanych przez strony, co nie miało miejsca w rozpoznawanej sprawie, a zatem również w tej części omawiany przepis nie mógł zostać naruszony przez Sąd Apelacyjny. Uzasadnienie omawianego zarzutu wskazuje, że skarżącemu chodzi o niewłaściwie określony przez Sąd Apelacyjny rozkład ciężaru dowodu, co jednak może być skutecznie podważane jedynie w ramach pierwszej podstawy kasacyjnej poprzez zarzut naruszenia art. 6 k.c. w związku z odpowiednim przepisem prawa materialnego kształtującym zasady odpowiedzialności stron. Natomiast zamiar wykazania, że Sąd bezpodstawnie uznał za udowodnioną określoną okoliczność wymaga przytoczenia jako

naruszonych odpowiednich przepisów postępowania cywilnego dotyczących oceny dowodów i ustalania stanu faktycznego, co zgodnie z art. 398³ § 3 k.p.c. jest niedopuszczalne na etapie postępowania kasacyjnego.

Nieskuteczne są także wskazane w ramach pierwszej podstawy kasacyjnej zarzuty naruszenia określonych postanowień umowy stron i aneksu do niej. Zgodnie bowiem z art. 398³ k.p.c. skargę kasacyjną można oprzeć jedynie na podstawie naruszenia prawa materialnego lub przepisów postępowania, co wymaga w każdym przypadku wskazania określonego przepisu prawa materialnego lub procesowego, który zdaniem skarżącego został naruszony. Postanowienia umowy stron nie są przepisami prawa materialnego a zatem zarzut ich naruszenia, bez wskazania określonego przepisu prawa materialnego, który został przez Sąd błędnie wyłożony lub niewłaściwie zastosowany, jest bezskuteczny.

Nie można natomiast odmówić słuszności pozostałym zarzutom skargi kasacyjnej opartym na pierwszej podstawie.

Jakkolwiek niewątpliwie w początkowym okresie obowiązywania reformy służby zdrowia charakter prawny umów zawieranych przez zakłady opieki zdrowotnej (świadczeniodawców) z kasami chorych o udzielanie świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym, jak również zakres obowiązków stron tych umów budził wątpliwości, to jednak w dacie orzekania w sprawie przez Sądy obu instancji ugruntowane już było stanowisko doktryny i orzecznictwa, iż umowy te mają charakter cywilnoprawny a ich postanowienia nie są jedynie „orientacyjne” lub „dyscyplinujące” strony, jak przyjął Sąd Apelacyjny, lecz co do zasady mają charakter wiążący (porównaj przykładowo tylko wyroki Sądu Najwyższego z dnia 7 sierpnia 2003 r., IV CKN 393/01, z dnia 5 listopada 2003 r., IV CK 189/02, z dnia 28 stycznia 2004 r. IC CK 434/02, z dnia 17 września 2004 r. V CK 58/04, z dnia 7 października 2004 r. IV CK 73/04, z dnia 20 października 2004 r. I CK 218/04, z dnia 14 września 2005 r. III CK 83/05).

Należy bowiem wskazać, że umowy zawierane w okresie obowiązywania ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, zwanej dalej „ustawą p.u.z.”, musiały uwzględniać zasady określone w art. 4 oraz w art. 53

tej ustawy, co oznacza, że, wbrew stanowisku Sądu Apelacyjnego, kasy chorych nie były zobowiązane do pokrycia wszelkich, niezbędnych w świetle aktualnej wiedzy medycznej, świadczeń na rzecz ubezpieczonych. Zgodnie bowiem z art. 4 ust. 3 ustawy p.u.z. świadczenia zdrowotne udzielane były ubezpieczonym tylko w ramach środków finansowych posiadanych przez kasę chorych i w tych ramach powinny odpowiadać aktualnej wiedzy i praktyce medycznej oraz nie przekraczać koniecznej potrzeby. Odpowiadało to regulacji art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, zwanej dalej „ustawą z.o.z.”, zgodnie z którym pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń – do korzystania z rzetelnej, opartej na wiedzy medycznej procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń. Powyższe postanowienia wprowadzone zostały przez ustawodawcę ze względu na brak w systemie ubezpieczeń zdrowotnych wystarczających środków finansowych na zapewnienie ubezpieczonym wszelkich niezbędnych świadczeń medycznych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej i prowadzą do limitowania tych świadczeń właśnie ze względu na brak środków. Nie narusza to postanowień art. 68 Konstytucji RP, który w zdaniu drugim ustępu drugiego pozostawia regulacji ustawowej nie tylko warunki, ale także zakres świadczeń medycznych należnych obywatelom. Podobnie jak w innych krajach Unii Europejskiej, przy niedoborze środków finansowych na zapewnienie wszelkich niezbędnych świadczeń medycznych, wprowadzono także w naszym systemie ubezpieczeń zdrowotnych limitowanie świadczeń określając ustawowo zakres i warunki limitowania.

Tym celom służą przepisy art. 53 i art. 54 ustawy p.u.z. wprowadzające procedurę zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych pomiędzy kasami chorych (obecnie Narodowym Funduszem Zdrowia) jako dysponentami ograniczonych środków na finansowanie tych świadczeń a zakładami opieki zdrowotnej, na których spoczywa ustawowy obowiązek udzielania świadczeń medycznych (art. 1 ust. 1 ustawy z.o.z.). W przepisach tych określone zostały te elementy składowe umowy, które powinny znaleźć się w jej treści, a więc elementy obligatoryjne. Wśród nich art. 53 ust. 4 wymienia rodzaj i zakres udzielanych świadczeń oraz maksymalną kwotę zobowiązania kasy chorych wobec

świadczeniodawcy. Te postanowienia, wynegocjowane i zamieszczone w umowie wiązą obie strony i określają maksymalny zakres obowiązku kasy chorych finansowania świadczeń udzielanych przez z.o.z. Skoro zatem w będącej przedmiotem sporu umowie stron określono rodzaj i zakres wykupionych przez kasę chorych specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych oraz maksymalną kwotę ich finansowania (§ 25 umowy stron z dnia 15 stycznia 2001 nr 13 R/ SPE 116/ 2001), to strona pozwana co do zasady obowiązana była do świadczeń finansowych tylko w takim zakresie, natomiast nie miała obowiązku płacić za świadczenia wykonane przez stronę powodową ponad ustalony limit ilościowy i kwotowy.

Jak wskazał jednak Sąd Najwyższy (porównaj między innymi przytoczone wyżej wyroki oraz wyroki z dnia 5 sierpnia 2004 r. III CK 365/03, z dnia 15 grudnia 2004 r., IV CK 361/04, z dnia 13 lipca 2005 r., I CK 18/05), czynności prawne wywołują nie tylko skutki w nich wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy (art. 56 k.c.). Dlatego zakres obowiązku kasy chorych świadczenia za wykonane przez z.o.z usługi medyczne obejmuje także te usługi, które świadczeniodawca zobowiązany był wykonać z mocy szczególnych przepisów ustawy, nawet jeżeli nie zostały one określone w umowie i objęte uzgodnionym wynagrodzeniem. Chodzi o świadczenia wykonane w warunkach określonych w art. 7 ustawy z.o.z oraz w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (j.t: Dz. U. z 2002 r., Nr 21, poz. 204 ze zm.), to jest w przypadkach nagłych, zagrożenia zdrowia lub życia ludzkiego. W takich sytuacjach powyższe przepisy nakładają wprost na lekarzy i zakłady opieki zdrowotnej bezwzględny obowiązek udzielenia pomocy medycznej. Koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy, zgodnie z art. 56 k.c., włączyć do skutków jakie wywołuje umowa zawarta między kasą chorych a świadczeniodawcą i obciążyć nimi kasę chorych, jako zarządzającą środkami publicznymi, z których powinny być one pokryte.

Konkludując, należy stwierdzić, że w rozpoznawanej sprawie strona pozwana byłaby zobowiązana do zapłaty kwoty 645 929,22 zł. za wykonane przez stronę powodową specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne przekraczające zakres ustalony w umowie, gdyby chodziło o świadczenia wykonane w warunkach

przymusu ustawowego, o których mowa w art. 7 ustawy z.o.z i w art. 30 ustawy o zawodzie lekarza. Zgodnie z art. 6 k.c. ciężar dowodu w tym zakresie obciąża stronę powodową.

Z tych wszystkich względów należało uznać za skuteczny zgłoszony w skardze kasacyjnej zarzut dokonania przez Sąd Apelacyjny błędnej wykładni omówionych wyżej przepisów, co prowadzi do uchylenia wyroku tego Sądu w zaskarżonej części i przekazania sprawy w tym zakresie do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach postępowania kasacyjnego (art. 398¹⁵ § 1 k.p.c. oraz art. 108 § 2 w zw. z art. 398²¹ k.p.c.).