



Sygn. akt III CSK 75/06

**WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 7 czerwca 2006 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Iwona Koper (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Jan Górowski

SSN Hubert Wrzeszcz

Protokolant Iwona Budzik

w sprawie z powództwa Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego
[...]

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w Warszawie

o zapłatę,

po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej

w dniu 7 czerwca 2006 r.,

skargi kasacyjnej strony powodowej od wyroku Sądu Apelacyjnego w [...]

z dnia 16 sierpnia 2005 r.,

oddala skargę kasacyjną.

Uzasadnienie

Wyrokiem z dnia 31 marca 2005 r. Sąd Okręgowy w L. oddalił powództwo Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego [...] o zasądzenie od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie kwoty 2.236.513 zł, przyjmując za jego podstawę następujący stan faktyczny.

Powód zawarł w dniu 31 grudnia 1998 r. umowę z Regionalną Kasą Chorych w L., której przedmiotem było organizowanie i wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ramach leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej, określonych w statucie zakładu opieki zdrowotnej. Strony ustaliły, że umowa nie obejmuje ponadstandardowych, wysokospecjalistycznych procedur medycznych określonych odrębnymi przepisami, świadczeń których sposób finansowania określają odrębne przepisy, orzeczeń i zaświadczeń lekarskich niewymaganych przez Kasę Chorych. Nadto ustaliły, że powód jako świadczeniodawca zobowiązany jest do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i niezwłocznie w razie: wypadków, zatruc, urazów, porodu, stanów zagrożenia życia oraz w razie wydania na podstawie odrębnych przepisów decyzji o przymusowej hospitalizacji. W umowie szczegółowo określono zasady postępowania przy kwalifikowaniu pacjentów na leczenie szpitalne i ambulatoryjne, sposób postępowania przy przyjmowaniu pacjentów ubezpieczonych w innej niż pozwana kasie chorych, zasady rejestracji pacjentów. Na realizację celów umowy powód miał otrzymać kwotę 38.535.934 zł. Umowa została zawarta na okres od 1 stycznia 1999 r. do 31 grudnia 1999 r. i mogła być zmieniona, z tym że propozycja zmiany powinna być zgłoszona przez każdą ze stron na piśmie co najmniej miesiąc przed proponowanym terminem jej zmiany. Strony zawarły dwa aneksy do umowy w dniu 9 grudnia 1999 r. oraz w dniu 31 stycznia 2000 r. zwiększając w nich wartość kontraktu kolejno do wysokości 38.891.951,90, zł i 39.492.356, 36 zł, w tym kwota 600.404,46 zł stanowiła zapłatę za wykonanie ponadplanowych świadczeń z zakresu lecznictwa zamkniętego w wysokości 30 % planu.

Powód wykonał świadczenia zdrowotne ponad limit ustalony kontraktem i dochodził od pozwanego, jako następcy Kasy Chorych z którą zawarł umowę, kwoty stanowiącej różnicę między kwotą udzielonych świadczeń (41.728.869 zł). a kwotą zapłaconą za wykonane świadczenia przez Kasę (39.492.356 zł).

Dokonując oceny prawnej przytoczonych ustaleń wskazał Sąd Okręgowy, że w aktualnym dla rozstrzygnięcia stanie prawnym ma zastosowanie ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm. - dalej jako „ustawa”). Zakres świadczeń medycznych przewidzianych dla obywateli został w niej określony nie tylko potrzebami, ale także środkami finansowymi pozostającymi w dyspozycji kas chorych (art. 4 ustawy). System ochrony zdrowia ukształtowany został w ustawie w ten sposób, że zakłady opieki zdrowotnej świadczyły usługi medyczne na podstawie umów zawartych z kasą chorych, opartych na zasadach prawa cywilnego, a zatem również w oparciu o zasadę swobody umów. Zgodnie jednak z art. 53 ust. 2 ustawy zasady dostępności i sposób rozliczania kosztów świadczeń zdrowotnych określała kasa chorych. Zawieranie umów odbywało się na zasadzie konkursu ofert (art. 54 ustawy). W związku z tym kasy chorych zawierały umowy tylko z tymi świadczeniodawcami, którzy oferowali warunki najbardziej zbliżone do określonych przez nie zasad dostępności i sposobu rozliczania kosztów świadczeń zdrowotnych, co niewątpliwie stawiało zakłady opieki zdrowotnej w słabszej pozycji. Jednak zawierane umowy były dla stron wiążące w zakresie rodzaju świadczeń i kwot przeznaczonych na ich finansowanie. Kasa chorych nie była więc zobowiązana do finansowania ponadlimitowych świadczeń. Umowy nie przewidywały roszczeń z tytułu wykonywania świadczeń dodatkowych i wskazywały, że ich ewentualne uwzględnienie może odbywać się jedynie na zasadach renegotjacji umowy.

Działanie Kasy Chorych, z którą powód zawarł umowę, ocenił Sąd Okręgowy jako zgodne z umową oraz ustawą. W ramach posiadanych możliwości finansowych Kasa renegotjowała z powodem warunki umowy zwiększając pulę środków na realizację usług medycznych przez powoda. Zdaniem tego Sądu obowiązek refundacji ponadlimitowych usług nie wynikał także z samej ustawy, która nakładała jedynie obowiązek zawarcia umowy ze świadczeniodawcą celem zaspokojenia potrzeb ubezpieczonych. Obowiązek ten Kasa w pełni realizowała.

Powód mógł realizować świadczenia zdrowotne jedynie w ramach środków którymi dysponował w oparciu o zawarte z kasą umowy. Sąd Okręgowy wskazał nadto, że zgodnie z § 9 ust. 3 przedmiotowej umowy środki przekazane na poszczególne formy działalności nie mogły być przenoszone i przeznaczane na inne cele, a co za tym idzie powód musiał prowadzić rzetelną kontrolę wydatków, miał więc możliwość ograniczenia usług jedynie do istotnie niezbędnych. Oddalając powództwo w oparciu o powyższe motywy uznał w związku z tym za nieistotne dla rozstrzygnięcia kwestie, w jakiej rzeczywiście kwocie zamykają się świadczenia zdrowotne udzielone przez powoda ponad limit, z jakiego tytułu i w jakiej potrzebie zostały one udzielone.

W apelacji od wyroku Sądu Okręgowego powód podnosił zarzuty niewyjaśnienia wszystkich okoliczności sprawy w szczególności, przez nieuwzględnienie, że świadczenia, za które powód domaga się zapłaty, zostały wykonane w sytuacji ratującej życie i zdrowie ludzkie (art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. Nr 91, poz. 408) oraz naruszenia art. 353¹ k.c., art. 471 k.c. w zw. z art. 56 k.c. oraz art. 68 Konstytucji i art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 53 ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Sąd Apelacyjny zarzutów tych nie podzielił i wyrokiem z dnia 16 sierpnia 2005 r. orzekł o oddaleniu apelacji, uznając, że zaskarżony wyrok, mimo częściowo błędnego uzasadnienia odpowiada prawu.

W uzasadnieniu wydanego wyroku, z powołaniem się na stanowisko judykatury (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 grudnia 2004 r., I CK 320/04 nie publ.) stwierdził, że przepisy art. 353¹ i 471 w zw. z art. 56 k.c. nie mogą stanowić podstawy roszczeń szpitali wobec Kas Chorych (NFZ) za wykonane ponadlimitowe świadczenia. Nie stanowi jej także art. 68 Konstytucji, który ma jedynie ramowy charakter, a nadto Kasy Chorych nie są władzą publiczną w rozumieniu tego przepisu. Z powołanych w apelacji przepisów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wynika zaś, że świadczeniodawca - powodowy szpital, może domagać się od Kasy Chorych (NFZ) jedynie kwot ustalonych w zawartych przez te podmioty umowach, określających w sposób wiążący dla stron

maksymalną kwotę zobowiązania kasy chorych wobec świadczeniodawcy. Podkreślił, że przy zawieraniu umowy kasa chorych zobowiązana był przestrzegać zasady zrównoważenia wydatków z przychodami. W konsekwencji zaakceptował stanowisko Sądu Okręgowego, że skoro powód otrzymał za wykonane świadczenia zdrowotne kwotę określoną w umowie oraz dalszą wykraczającą poza umowę kwotę 956.404,36 zł, to również przepisy o niewykonaniu umowy nie mogą stanowić podstawy uwzględnienia powództwa.

Sąd Apelacyjny podzielił natomiast pogląd skarżącego, że odmiennie niż przyjął to Sąd Okręgowy przedstawia się sytuacja w odniesieniu do żądania zapłaty za tzw. świadczenia ratujące życie lub zdrowie o jakich mowa w art. 7 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Wskazał, że za świadczenia te szpital może domagać się od kasy chorych (NFZ) zwrotu ich kosztów, także przy przekroczeniu maksymalnej kwoty świadczeń ustalonych w umowie, jednakże - zgodnie z art. 6 k.c. - musi wykazać, że świadczenia takie wykonał. Wymogu tego powód nie spełnił, co nie może budzić wątpliwości, gdyż okoliczność tę przyznał w piśmie procesowym z dnia 23 marca 2005 r. (k. 11). W swoich twierdzeniach powód nie odniósł się do tej kwestii, nie wykazał, że świadczenia takie - i ewentualnie w jakim zakresie - wykonał, jak też, że ewentualne należności za takie świadczenia nie zostały pokryte przez Kasę Chorych w ramach kwoty dodatkowo mu wypłaconej, ponad określoną w umowie, obejmującej również te świadczenia. Z tych przyczyn za bezpodstawny uznał zarzut niewyjaśnienia przez Sąd pierwszej instancji wszystkich okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, podkreślając, że w kontradiktoryjnym procesie to nie sąd ma wyjaśniać i zbierać dowody, a obowiązek ten spoczywa na stronach, które powinny przedstawić dowody i udowodnić fakty z których chcą wywodzić skutki prawne.

Skarga kasacyjna powoda oparta została na obu podstawach ustawowych w ramach których skarżący sformułował następujące zarzuty:

1) naruszenia prawa materialnego, a to:

- art. 471 k.c. w związku z art. 56 k.c. przez ich niezastosowanie polegające na nieuwzględnieniu, że odpowiedzialność dłużnika za niewykonanie lub

nienależyte wykonanie zobowiązań odnosi się do naruszenia zobowiązań wynikających nie tylko z umownych źródeł zobowiązań, lecz także z ustaw (art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej) oraz zasad współżycia społecznego;

- art. 353¹ k.c. przez niezastosowanie w sytuacji rażącego pokrzywdzenia wierzyciela przy narzuceniu zasad rozliczeń finansowych w aspekcie nadużycia monopolistycznej pozycji przez Narodowy Fundusz Zdrowia;

- niezastosowanie art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, wynikające ze stanowiska, że przepis ten nie może stanowić podstawy żądania przez szpital zapłaty za ponadlimitowe świadczenia wykonane w warunkach ratowania życia i zdrowia ludzkiego;

- art. 53 ust. 4 pkt 1, 2 i 4 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wynikające z założenia, że maksymalny poziom finansowania wynikający z umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych zawieranych pomiędzy szpitalem a Narodowym Funduszem zdrowia wyklucza możliwość domagania się przez szpital zapłaty za ponadlimitowe świadczenia wykonane w warunkach ratujących zdrowie i życie człowieka.

2) naruszenia przepisów postępowania, a to:

- art. 102 w zw. z art. 98 k.p.c. poprzez niezastosowanie art. 102 k.p.c. i obciążenie szpitala kosztami postępowania w pełnej wysokości poprzez przyjęcie, iż szpital nie może powoływać się na zasady współżycia społecznego (zasadę słuszności), gdyż sam tych zasad nie przestrzega, wobec popierania bezpodstawnego i nieuzasadnionego powództwa;

- mogące mieć istotny wpływ na wynik sprawy naruszenie art. 382, 233 § 1 i art. 328 § 2 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. poprzez pominięcie dowodu z dokumentów znajdujących się w aktach sprawy (k. 84 - 87), które wyraźnie wskazały na rażące pokrzywdzenie powoda przy rozdziale środków finansowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz braku zasad rozdziału tych środków po stronie Funduszu, uzasadniające tezę o nadużywaniu monopolistycznej pozycji NFZ wobec świadczeniodawców.

We wnioskach skargi powód domagał się uchylenia zaskarżonego wyroku i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Apelacyjnemu oraz rozstrzygnięcie o kosztach postępowania kasacyjnego przez ich zasądzenie na rzecz skarżącego.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna nie ma uzasadnionych podstaw.

Orzeczenie o kosztach procesu zawarte w wyroku sądu drugiej instancji, jako postanowienie niekończące postępowania w sprawie, nie może być przedmiotem zaskarżenia kasacyjnego. Sąd Najwyższy może dokonać jego zmiany jedynie wraz ze zmianą wyroku w części rozstrzygającej o zasadności powództwa i w konsekwencji tej zmiany.

Zgodnie z art. 398³ § 3 k.p.c. podstawą skargi kasacyjnej nie mogą być zarzuty dotyczące oceny dowodów, co wyłącza zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. jako podstawę skargi kasacyjnej.

Podniesiony w skardze kasacyjnej zarzut obraży art. 328 § 2 k.p.c. wymaga wykazania, że kwestionowane uzasadnienia nie zawiera wszystkich elementów, które przepis ten określa, oraz wskazania wpływu zarzucanych wadliwości na wynik sprawy. Zarzut ten nie znalazł rozwinięcia, ani też uzasadnienia w uzasadnieniu podstaw skargi, zaś w postaci sformułowanej w jej petitum nie dotyczy materii będącej przedmiotem jego regulacji, nie podnosi bowiem wadliwości w zakresie uzasadnienia wyroku, lecz pominięcie przez Sąd Apelacyjny dowodu z bliżej nieokreślonych przez skarżącego dowodów z dokumentów znajdujących się w aktach sprawy na podanych przez niego kartach.

Uchybienie to - wedle powoda - stanowi równocześnie naruszenie przez Sąd Apelacyjny art. 382 k.p.c. Zarzut naruszenia tego przepisu może być jednak odnieść skutek tylko wówczas, gdy skarżący dokładnie oznaczy dowody, które sąd drugiej instancji pominął i wykaże, że uchybienie to mogło mieć wpływ na wynik sprawy. Ogólne jedynie twierdzenie skarżącego o poniechaniu przeprowadzenia bliżej nieokreślonych dowodów czyni niemożliwym dokonanie przez Sąd Najwyższy kontroli zaskarżonego orzeczenia pod tym kątem. Wpływu ponoszonego w ramach tego zarzutu uchybienia na treść wyroku upatruje powód w tym, iż w jego

następstwie doszło do nierozpoznania sprawy w aspekcie art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, a Sąd Apelacyjny nie ocenił materiału dowodowego w odniesieniu do tej podstawy prawnej. Niezależnie od tego, iż zarzut naruszenia art. 382 k.p.c. w przytoczonej wcześniej jego postaci nie jest zdatny dla dokonania na jego podstawie kontroli zaskarżonego wyroku stwierdzić należy, że nie może on odnieść skutku z uwagi na brak związku między wskazanym uchybieniem a treścią rozstrzygnięcia w postaci oddalenia żądania zapłaty mającego za podstawę art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Sąd Apelacyjny przyjął bowiem, że powód może domagać się zapłaty z tzw. świadczenia ratujące życie i zdrowie o jakich mowa w tym przepisie, mimo przekroczenia kwoty maksymalnej przewidzianej w umowie na sfinansowanie jego świadczeń, jednak dla jej uzyskania musi wykazać, że takie świadczenia wykonał, co w sprawie nie zostało udowodnione. Do tej ostatniej kwestii skarżący nie odnosi się w ogóle w skardze. Podnosi natomiast, że bezzasadnie - w jego ocenie - pominięte dowody miały służyć wykazaniu rażącego pokrzywdzenia powoda przy rozdziale środków i uzasadniać tezę o monopolistycznej pozycji NFZ wobec świadczeniodawców.

Wszystkie podniesione w skardze zarzuty naruszenia prawa materialnego zmierzają do wykazania bezzasadności stanowiska Sądu Apelacyjnego w zakresie oddalenia żądania powoda zasądzenia należności za świadczenia wykonane w warunkach określonych w art. 7 ustawy o zakładach zdrowotnych tzw. ratujące życie i zdrowie, co w sposób niebudzący wątpliwości wynika zarówno z samych podstaw skargi jak i ich uzasadnienia. Tak określony ich przedmiot i zakres pozostaje w zgodności ze stanowiskiem powoda wyrażonym w powoływanym przez Sąd Apelacyjny jego piśmie z dnia 23 marca 2005 r., w którym podał on, że w sprawie chodziło o zapłatę wyłącznie za świadczenia ponadlimitowe w tzw. przypadkach nagłych, których dotyczy powołany przepis.

Polemika ze stanowiskiem zaskarżonego wyroku w tej kwestii oparta jest na błędnym odczytaniu motywów rozstrzygnięcia Sądu Apelacyjnego. Skarżący przypisuje mianowicie Sądowi, przeciwny do wyrażonego w wyroku pogląd, że maksymalny poziom finansowania wynikający z umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych zawieranych pomiędzy szpitalem a NFZ wyklucza możliwość domagania się przez szpital zapłaty za ponadlimitowe świadczenia wykonywane

w warunkach ratujących zdrowie i życie człowieka, czyniąc go w różnych aspektach podstawą dla sformułowanych w skardze zarzutów naruszenia prawa materialnego.

Stanowisko Sądu Apelacyjnego wyrażone w następstwie uznania zasadności zarzutu apelacji powoda było jednak zgoła odmienne, Sąd ten bowiem podzielając pogląd skarżącego zaakceptował oddalenie powództwa przez Sąd pierwszej instancji. z innych zupełnie przyczyn. Uznał, że powód, nie tylko nie wykazał podstawy faktycznej dochodzonego roszczenia, ale nadto okoliczność tę przyznał, co pozwalało ocenić ją jako bezsporną. Stanowisko to należy podzielić.

W przywoływanym wcześniej piśmie z dnia 23 marca 2005 r., złożonym w postępowaniu przed Sądem Okręgowym po zamknięciu rozprawy poprzedzającej wydanie wyroku, a przed jego ogłoszeniem w dniu 31 marca 2005 r. powód wnosił o otwarcie zamkniętej rozprawy, ponieważ - jak twierdził - materiał dowodowy w sprawie był niewystarczający i nie uzasadniał jej zamknięcia. Podał, że po zapoznaniu się z motywami wyroku Trybunału Konstytucyjnego, który zapadł w dniu 28 lutego 2005 r. rozpoczął przygotowywanie dokumentacji medycznej w celu wykazania, że wykonane świadczenia ponadlimitowe są w znacznej części świadczeniami ratującymi życie i zdrowie. Dokumentacja miała być złożona na rozprawie 18 marca 2005 r., co jednak nie nastąpiło, gdyż - jak z pisma tego wynika - powód spóźnił się na rozprawę. W postępowaniu apelacyjnym powód nie składał wniosków dowodowych.

Z tych przyczyn wniesiona skarga kasacyjna nie mogła odnieść postulowanych jej wnioskiem skutków i jako pozbawiona uzasadnionych podstaw podlegała oddaleniu (art. 398¹⁴ k.p.c.).