



Sygn. akt II CSK 68/06

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 lipca 2006 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Helena Ciepła (przewodniczący)

SSN Józef Frąckowiak (sprawozdawca)

SSN Zbigniew Kwaśniewski

Protokolant Anna Banasiuk

w sprawie z powództwa Specjalistycznego Zespołu Gruźlicy i Chorób
Płuc w Ko.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w Warszawie o zapłatę,
po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej w dniu 14 lipca 2006 r.,
skargi kasacyjnej strony powodowej od wyroku Sądu Apelacyjnego w [...] z dnia 1 marca 2005 r.,

**uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę Sądowi
Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania i orzeczenia o
kosztach postępowania kasacyjnego**

Uzasadnienie

Powód – Specjalistyczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc wniósł o zasądzenie od następcy prawnego Regionalnej Kasy Chorych - Narodowego Funduszu Zdrowia [...] kwoty 375 505 zł wraz z odsetkami ustawowymi. Pozwany odmówił zapłaty wskazując, że dochodzona pozwem kwota stanowi wynagrodzenie za świadczenia zdrowotne, wykonane przez powoda ponad limit ustalony przez strony w umowie z dnia 26 stycznia 2001 r. o udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stacjonarnego na okres do końca 2003 roku. W 2001 roku powód wykonał ponad limit ustalony w tej umowie świadczenia zdrowotne na kwotę 371 335 zł, a w 2002 roku na kwotę 4 170 zł.

Sąd Okręgowy w S. wyrokiem z dnia 29 marca 2004 roku oddalił powództwo i zasądził na rzecz pozwanego koszty procesu, zaś Sąd Apelacyjny wyrokiem z dnia 1 marca 2005 r. oddalił apelację powoda od wyroku Sądu I instancji, kierując się następującymi ustaleniami i ocenami prawnymi.

Sąd Apelacyjny nie podzielił zarzutu naruszenia art. 328 § 2 k.p.c., gdyż uznał że nie został on dostatecznie rozwinięty w apelacji. Podkreślił, że powód uzasadnia swoje roszczenie powołując się na art. 4 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.), chociaż przepis ten nie daje do tego podstaw. Uznając za trafną interpretację tego przepisu dokonaną przez Sąd Okręgowy, Sąd Apelacyjny podniósł dodatkowo następujące argumenty, mające świadczyć o braku podstaw prawnych dla uwzględnienia roszczeń powoda. Artykuł 3 wspomnianej ustawy (dalej ustawa o p.u.z.) stanowi, że ubezpieczonym przysługują świadczenia w niej przewidziane i określa cele jakim one służą. Natomiast art. 4 ust. 1 ustawy o p.u.z. tworzy prawno - organizacyjne ramy funkcjonowania ubezpieczeń zdrowotnych. Zgodnie z nim kasy chorych (obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia), jako instytucje ubezpieczenia zdrowotnego, w celu zapewnienia ubezpieczonym przewidzianych ustawą świadczeń zdrowotnych, gromadzą środki finansowe i nimi zarządzają. W ramach zgromadzonych środków kasy są upoważnione do zawierania umów między innymi z zakładami opieki zdrowotnej (świadczeniodawcami), do których należy także powód. Przepis ten ani wprost ani pośrednio nie uprawnia do stwierdzenia, że może on być podstawą powstanie stosunku obligacyjnego pomiędzy świadczeniodawcą a kasą chorych. Stosunek taki powstaje dopiero

z chwilą zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych pomiędzy kasą chorych a zakładem opieki zdrowotnej.

Strony, zawierając umowę z dnia 26 stycznia 2001 r., określiły ilość świadczeń zdrowotnych które miały być przez powoda udzielone, a także ustaliły cenę jednostkową i maksymalny roczny poziom finansowania świadczeń. Nie ulega wątpliwości, że w chwili zawierania umowy możliwości powoda co do udzielania świadczeń były większe niż to wynikało z kontraktu - ale pułap świadczeń w umowie został określony. Analiza umowy nie daje podstaw do wyciągnięcia wniosku, że pozwana kasa zobowiązana jest do sfinansowania wszystkich świadczenia jakie powód będzie mógł wykonać w czasie objętym pierwotną umową. Zgodnie z art. 4 ust. 3 ustawy o p.u.z. świadczenia zdrowotne wykonane przez świadczeniodawcę są finansowane przez kasę chorych na zasadach określonych umową i w ramach posiadanych przez kasę chorych środków. Skoro zaś środki te są ograniczone, to powód powinien tak planować udzielanie świadczeń, aby zapewnić pacjentom leczenie przez cały rok. Zgodnie zaś z art. 19 ust. 1 ustawy o p.u.z. może on, kierując się opartą na kryteriach medycznych procedurą, ustalać kolejność udzielanych przez siebie świadczeń, czyli odraczać ich wykonanie w czasie, biorąc pod uwagę, wynikającą z umowy możliwość sfinansowania tych świadczeń.

Ponadto Sąd Apelacyjny zwrócił uwagę, że umowa nie zawierała określenia zasad zachowania się powoda w przypadku wyczerpania limitu. To, że w umowie nie przewidziano sposobu sfinansowania wykonanych przez powoda świadczeń przekraczających limit, nie może prowadzić do wniosku, że powód miał obowiązek świadczenia te wykonać, a strona pozwana winna za nie zapłacić.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego nie ma przepisów, które w precyzyjny sposób ustalałyby konkretne terminy wykonywania określonych świadczeń zdrowotnych, z wyjątkiem sytuacji, przewidzianych w art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.), gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielania świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Wprawdzie powód w apelacji powoływał się na to, że świadczenia ponad limit ustalony w umowie zostały wykonane właśnie ze względu

na zagrożenie życia lub zdrowia, ale w ocenie Sądu Apelacyjnego oświadczenia powoda w tej kwestii i przedstawiony materiał dowodowy nie są przekonywujące. Sąd Apelacyjny doszedł do wniosku, że przewidziane w umowie wynagrodzenie ryczałtowe za wykonane świadczenia (25 zł oraz 1 850 zł), a także powtarzalność tych świadczeń wskazuje, że nie można ich kwalifikować jako te, o których mowa w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego nie można także uzasadnić roszczenia powoda na podstawie przepisów o bezpodstawnym wzbogaceniu, prowadzeniu cudzych spraw bez zlecenia, czy wprost na art. 68 Konstytucji.

W skardze kasacyjnej Powód zarzucił naruszenie prawa materialnego przez:

- 1) niezastosowanie art. 56 k.c. i art. 65 § 1 i § 2 k.c. i dokonanie błędnej oceny woli stron – powoda i pozwanego, wyrażonej w załączniku nr 1 do umowy z dnia 26 stycznia 2001 r. o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stacjonarnego;
- 2) błędną wykładnię 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.);
- 3) niewłaściwe zastosowanie art. 19 ust. 1 pkt 1 w zw. z art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w związku z art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza - aktualnie o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn. Dz.U. z 2005, Nr 226, poz. 1943 ze zm.) i art. 3 pkt 1 i art. 6 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 22 kwietnia 1959 r. o zwalczaniu gruźlicy (Dz.U. Nr 27, poz. 170 ze zm.) i art. 28 pkt 1 w związku z pkt 18 zał. nr 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz.U. Nr 126, poz. 1384 ze zm.) - przez przyjęcie, że stan zdrowia pacjentów „nadlimitowych” leczonych przez powoda z powodu gruźlicy, nowotworów płuc i astmy oskrzelowej, w oparciu o kryteria medyczne, pozwalał na odsunięcie leczenia w czasie i „ustawienie ich w kolejce medycznej”;
- 4) niewłaściwe zastosowanie powołanych w pkt 3 przepisów przez przyjęcie, że powód lecząc pacjentów „nadlimitowych” z powodu gruźlicy, nowotworów płuc i astmy oskrzelowej nie wykonywał żadnego obowiązku ustawowego;
- 5) niezastosowanie art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.;
- 6) niezastosowanie art. 58 k.c., art. 537¹ k.c. i art. 56 k.c. w związku z art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz w związku z art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i w zw.

z art. 3 pkt 1 i art. 6 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 22 kwietnia 1959 r. o zwalczaniu gruźlicy i w zw. z art. 28 pkt 1 i pkt 18 zał. nr 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach i art. 354 § 1 k.c. i art. 355 §1 i §2 k.c.; 7) niewłaściwe zastosowanie art. 4 ust. 3 w zw. z art. 53 ust. 4 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 ze zm.) przez przyjęcie, że koszty leczenia pacjentów „ponadlimitowych” leczonych z powodu gruźlicy, nowotworów płuc i chorób płuc - astmy oskrzelowej, mieszczą się w ramach środków przyznanych powodowi na podstawie zawartej umowy z pozwanym.

Ponadto skarżący zarzucił naruszenie prawa procesowego: 1) art. 378 § 1 k.p.c. przez nierozpoznanie w całości apelacji skarżącego polegające na pominięciu zgłoszonego w niej zarzutu naruszenia przez sąd pierwszej instancji art. 328 § 2 k.p.c., tj. nie zawarcia w uzasadnieniu wyroku pełnej podstawy faktycznej rozstrzygnięcia; 2) art. 382 k.p.c. oraz art. 227 k.p.c., art. 228 §1 k.p.c., art. 245 k.p.c., art. 230 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. przez nie uznanie, że faktem powszechnie znanym jest to, że gruźlica jest chorobą zakaźną; 3) art. 232 zd. drugie k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c., przez niedopuszczenie dowodu z opinii biegłych z urzędu na okoliczność charakteru świadczeń i ich nagłości udzielonych przez powoda w ramach tzw. „nadlimitów”; 4) art. 328 § 2 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. przez niewskazanie przyczyn dla których innym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje.

Istota sporu w rozpoznawanej sprawie sprowadza się do ustalenia, czy pozwany jako następca prawny kasy chorych ma obowiązek zapłaty za udzielone przez powoda w latach 2001 i 2002 świadczenia zdrowotne, które przekroczyły limit takich świadczeń określonych umową zawartą pomiędzy powodem a kasą chorych. Trafnie Sąd Apelacyjny podkreśla, że brak jest podstaw do opierania roszczenia powoda o sfinansowanie takich świadczeń wprost na art. 68 Konstytucji. Przepis ten przyznaje wszystkim obywatelom prawo do ochrony zdrowia. Natomiast gdy chodzi o dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, to Konstytucja stwierdza wyraźnie, że warunki i zakres ich udzielania określa ustawa. Właściwą ustawą,

obowiązującą w czasie gdy była wykonywana umowa z dnia 26 stycznia 2001 r., była ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.). Słusznie Sąd Apelacyjny akcentuje, że na tle tej ustawy jedyną podstawą sfinansowania przez kasę chorych kosztów udzielonych przez powoda świadczeń zdrowotnych była umowa z dnia 26 stycznia 2001 r. Przepisy wspomnianej ustawy w szczególności art. 4 i 53 wskazują bowiem wyraźnie, że kasa chorych finansuje świadczenia zdrowotne w ramach posiadanych środków na podstawie umowy zawartej z zakładem opieki zdrowotnej, która określa między innymi rodzaj i zakres udzielanych świadczeń oraz maksymalną kwotę zobowiązań kasy wobec świadczeniodawcy.

Należy jednak zwrócić uwagę, że treść stosunku prawnego pomiędzy kasą chorych a świadczeniodawcą, którego źródłem jest umowa o świadczenie usług zdrowotnych, wyznacza nie tylko wspomniana umowa, ale także w niektórych sytuacjach, wprost przepis ustawy. Zgodnie z art. 56 k.c. czynność prawna wywołuje bowiem nie tylko skutki w niej wyrażone ale również wynikające z ustawy, zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów. Takim przepisem, z którego wynika obowiązek kasy chorych do sfinansowania udzielonych świadczeń zdrowotnych jest art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.). Przewiduje on, że żadna okoliczność nie może stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli dla osoby zgłaszająca się do zakładu opieki zdrowotnej natychmiastowe jego udzielenie jest niezbędne ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Nie ulega więc wątpliwości, że jeżeli do zakładu opieki zdrowotnej zgłosi się osoba, której świadczenie zdrowotne, zgodnie z art. 7 wspomnianej ustawy, musi być udzielone zakład nie może odmówić jego natychmiastowego udzielenia. Obowiązek ten potwierdza i wzmacnia art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza - aktualnie o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn. Dz.U. z 2005, Nr 226, poz. 1943 ze zm.), który z kolei na lekarzy nakłada podobny obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych.

Skoro istnieje ustawowy obowiązek udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a obowiązek sfinansowania udzielonych ubezpieczonym przez zakłady opieki zdrowotnej świadczeń spoczywa na kasie chorych, to należy uznać, że zakładowi

opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie, jeżeli tylko wykaze, że nastąpiło to w sytuacji określonej w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Innymi słowy taki obowiązek wynika ze stosunku prawnego łączącego kasę chorych ze świadczeniodawcą, który powstał na podstawie umowy o świadczenie usług zdrowotnych, a którego treść została wzbogacona o wspomniany przepis.

Sąd Apelacyjny, chociaż nie wypowiedział w tej sprawie jednoznacznie, przyjmuje że kasa chorych nie ma obowiązku sfinansowania udzielonych przez powoda świadczeń, poza tymi które objęte zostały umową z dnia 26 stycznia 2001 r. Za uzasadnione należy wobec tego uznać podniesione w kasacji zarzuty niewłaściwego zastosowanie art. 19 ust. 1 pkt 1 w zw. z art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w związku z art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Przewidziana w art. 19 ust. 1 pkt 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej możliwość odraczania w czasie udzielenia świadczenia zdrowotnego nie może bowiem przekreślać wynikającego z art. 7 tej ustawy obowiązku natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia.

Zasadne są również zarzuty powoda dotyczące postępowania dowodowego zmierzającego do wykazania, czy udzielenie przez niego świadczeń zdrowotnych nastąpiło w warunkach przewidzianych w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Sąd Apelacyjny dokonał oceny dowodu w postaci wykazu pacjentów leczonych ze względu na zagrożenia życia i zdrowia bez uwzględnienia powszechnie znanego faktu, że gruźlica jest chorobą zakaźną, czym naruszył art. 227 i 245 k.p.c. oraz naruszył art. 232 k.p.c., gdyż dla właściwej oceny podstawowej dla rozpoznawanej sprawy okoliczności, czy pacjenci byli leczeni w warunkach zagrożenia życia i zdrowia nie zasięgnął opinii biegłego, bez którego specjalistycznej wiedzy, ocena Sądu nie mogą być właściwa.

Biorąc pod uwagę, że zarzuty podniesione w kasacji okazały się usprawiedliwione Sąd Najwyższy, na podstawie art. 398¹⁵ k.p.c., orzekł jak w sentencji.

db