



Sygn. akt II CSK 141/07

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 lipca 2007 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Teresa Bielska-Sobkowicz (przewodniczący)

SSN Barbara Myszka (sprawozdawca)

SSN Kazimierz Zawada

w sprawie z powództwa Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów
Opieki Zdrowotnej [...]

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia

o zapłatę,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej

w dniu 5 lipca 2007 r.,

skargi kasacyjnej strony powodowej

od wyroku Sądu Apelacyjnego

z dnia 20 września 2006 r., sygn. akt [...],

**oddala skargę kasacyjną i zasądza od powoda na rzecz
pozwanego kwotę 3600 zł (trzy tysiące sześćset złotych) tytułem
zwrotu kosztów postępowania kasacyjnego.**

Uzasadnienie

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej wnosił o zasądzenie od Narodowego Funduszu Zdrowia, kwoty 302 666 zł z odsetkami tytułem należności za świadczenia zdrowotne wykonane we wrześniu 2003 r. na rzecz „osób z innych województw”.

Wyrokiem z dnia 30 stycznia 2006 r. Sąd Okręgowy w S. oddalił powództwo, przyjmując za podstawę orzeczenia następujący stan faktyczny.

W dniu 22 kwietnia 2003 r. strony zawarły ogółem dziewięć umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w których w identyczny sposób uregulowały tryb postępowania w przypadku udzielania świadczeń osobom z innych województw. W § 2 ust. 1 każdej z umów określiły osoby uprawnione do świadczeń jako ubezpieczone w Regionalnej Kasie Chorych, w § 13 ust. 1 ustaliły limity świadczeń, a w § 13 ust. 5 przewidziały dłuższy termin płatności za świadczenia wykonane na rzecz ubezpieczonych w innej kasie chorych. W § 11 ust. 2 każdej z umów powód zobowiązał się do udostępnienia pozwanemu miesięcznych raportów statystycznych z wykonanych świadczeń na rzecz ubezpieczonych w innej kasie chorych. Ze względu na wzmożony ruch turystyczny w pasie nadmorskim i związaną z tym potrzebę zwiększonej liczby świadczeń zdrowotnych, strony sporządziły aneksy do zawartych umów, w których podwyższyły górną granicę zobowiązania pozwanego o kwotę 755 790 zł. Za świadczenia wykonane w okresie od 1 kwietnia do 31 grudnia 2003 r. pozwany zapłacił powodowi kwotę 17 736 736 zł, która obejmowała także przyznaną na pokrycie tzw. „usług wakacyjnych” kwotę 755 790 zł. W dniu 9 grudnia 2003 r. powód wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 302 945,85 zł stanowiącej należność za świadczenia udzielone we wrześniu 2003 r. osobom ubezpieczonym w innej kasie chorych. Pozwany przeprowadził wówczas u powoda kontrolę ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń udzielonych pacjentom z obcych województw. W jej wyniku stwierdzono u powoda wiele uchybień formalnych i zakwestionowano – spośród świadczeń udzielonych we wrześniu 2003 r. – świadczenia o wartości 105 304 zł. Powód dokonał wówczas weryfikacji swoich roszczeń i określił je ostatecznie na kwotę 302 666 zł.

Dokonując oceny prawnej przedstawionego stanu faktycznego Sąd Okręgowy podkreślił, że z dniem 1 kwietnia 2003 r., wobec wejścia w życie ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45, poz. 391 ze zm. – dalej: „u.p.u.NFZ”), zniesiony został podział pacjentów ze względu na miejsce zamieszkania, wobec czego ubezpieczony uzyskał prawo dostępu do świadczeń zdrowotnych u każdego świadczeniodawcy, który podpisał umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Oznaczało to, że w ramach określonej w umowie kwoty zobowiązania Funduszu świadczeniodawca był obowiązany – w razie nagłego zachorowania, wypadku, urazu lub zatrucia, stanu zagrożenia życia oraz porodu – udzielić zgłaszającemu się ubezpieczonemu świadczenia zdrowotnego, bez względu na jego miejsce zamieszkania. Świadczenia zdrowotne na rzecz ubezpieczonych pacjentów z innych województw powinny być wykonywane w ramach limitu określonego w umowie zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Powód powinien przeznaczyć na pokrycie kosztów świadczeń udzielonych we wrześniu 2003 r. pacjentom z innych województw kwotę 755 790 zł, przyznaną mu na tzw. usługi wakacyjne. Żądanie dodatkowej zapłaty za świadczenia na rzecz tych pacjentów i to za wszelkie świadczenia, bez względu na limity ustalone w umowie, jest nie tylko bezpodstawne, ale i sprzeczne z przyjętymi w ustawie zasadami finansowania ochrony zdrowia, zgodnie z którymi w miejsce dotychczasowego kryterium przyznawania środków finansowych według wielkości placówki wprowadzono kryterium finansowania konkretnych procedur medycznych w ramach posiadanych przez Fundusz środków finansowych. Bezspornie – podkreślił Sąd Okręgowy – zawarte przez strony umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w 2003 r. zostały wykonane i pozwany zapłacił powodowi należność za ustaloną liczbę świadczeń, brak zatem podstaw do żądania dalszej kwoty, przewyższającej górną granicę zobowiązania pozwanego, tym bardziej że pozwany nie przewidział tego w planie finansowym, w którym był obowiązany do przestrzegania zasady zrównoważenia kosztów z przychodami (art. 72, art. 73 i art. 108 u.p.u.NFZ”). Trzeba przy tym podkreślić – stwierdził Sąd Okręgowy – że powód, spełniając świadczenia „ponadkontraktowe”, nie wykonywał żadnego obowiązku ustawowego. Z 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.; jedn. tekst: Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 – dalej: „u.z.o.z.”) wynika bowiem – w sytuacji ograniczonych możliwości udzielania odpowiednich świadczeń – konieczność tworzenia tzw. kolejki medycznej, stosowanej również w najbogatszych krajach. Prawo ubezpieczonego do swobodnego wyboru świadczeniodawcy, na które powoływał się powód, nie ma charakteru bezwzględnego, gdyż zostało umiejscowione w maksymalnej kwocie zobowiązania określonej w umowie i mieszczącej się w planie finansowym Funduszu. Poza tym dochodzona kwota – zauważył Sąd Okręgowy – obejmuje koszt znacznej liczby zabiegów wykonanych na oddziale chirurgii plastycznej, które nie należą do kategorii zagrażających zdrowiu lub życiu (art. 7 u.z.o.z.) i powinny być udzielone z uwzględnieniem tzw. kolejki medycznej. Z powyższych względów Sąd Okręgowy uznał żądanie pozwu za nieuzasadnione.

Apelację powoda od tego wyroku Sąd Apelacyjny oddalił wyrokiem z dnia 20 września 2006 r. Sąd Apelacyjny zaaprobował zarówno ustalenia faktyczne, jak i ocenę jurystyczną Sądu pierwszej instancji. Podkreślił, że ani z umów zawartych przez strony w dniu 23 kwietnia 2003 r., ani z aneksów do tych umów nie wynika, by wolą stron było obciążenie pozwanego obowiązkiem pokrycia kosztów wszystkich świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym spoza województwa. W § 2 każdej z umów określono krąg osób uprawnionych do świadczeń oraz sposób ustalenia ceny jednostkowej za daną usługę; były to regulacje o charakterze ogólnym, z których nie wynikała wysokość zobowiązania pozwanego. Natomiast w § 13 każdej z umów strony określiły maksymalne kwoty zobowiązania pozwanego. Oznacza to, że – wbrew odmiennym twierdzeniom powoda – pozwany nie zobowiązał się do pokrycia wszystkich świadczeń na rzecz osób spoza województwa. Postanowienia dotyczące ubezpieczonych w danej kasie chorych były wynikiem negocjowania warunków umów przed wejściem w życie powoływanej już ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r., niemniej dokonana z dniem 1 kwietnia 2003 r. zmiana stanu prawnego i zniesienie rejonizacji mają przy interpretacji zawartych umów jedynie znaczenie pomocnicze. Z treści tych umów nie wynika przecież, by wolą stron było udzielanie świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym w Kasie Chorych w ramach ustalonego limitu i nie limitowane udzielanie świadczeń pozostałym ubezpieczonym. Interpretację taką potwierdza fakt sporządzenia

aneksów, w których wyraźnie wskazano, że zwiększenie maksymalnej kwoty zobowiązania pozwanego następuje w celu pokrycia kosztów świadczeń na rzecz ubezpieczonych spoza terenu objętego właściwością Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Prawdłowo zatem przyjął Sąd pierwszej instancji, że wszystkie świadczenia zdrowotne były objęte limitem, w przeciwnym wypadku zbędne byłoby sporządzanie tej treści aneksów.

Zgodnie z art. 72 ust. 3 u.p.u.NFZ, suma kwot zobowiązań Funduszu wobec świadczeniodawców nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu, stąd wywodzenie obowiązku pokrycia przez pozwanego wszystkich świadczeń na rzecz określonej grupy osób – stwierdził Sąd Apelacyjny – pozostaje w sprzeczności z zasadami finansowania świadczeń zdrowotnych. W orzecznictwie utrwalił się pogląd, że świadczeniodawca może domagać się od Narodowego Funduszu Zdrowia zapłaty za świadczenia medyczne przekraczające limity ustalone w umowie tylko wtedy, gdy zachodzą przesłanki określone w art. 7 u.z.o.z., czyli w razie potrzeby udzielenia świadczeń ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Powód nie wykazał, by sytuacje takie miały miejsce w niniejszej sprawie, a jako podstawę dochodzonego roszczenia wskazywał postanowienia umów zawartych z pozwanym. Pomiął przy tym jednoznaczność treści aneksów, w których strony postanowiły, że dodatkowe kwoty są przeznaczone na pokrycie kosztów leczenia osób spoza województwa. Z aneksów tych wynikały – stwierdził Sąd Apelacyjny – dwie konsekwencje: po pierwsze, że wyraźną wolą stron było wydatkowanie dodatkowych środków na konkretny zakres świadczeń, po drugie, że zobowiązanie pozwanego do pokrycia kosztów świadczeń na rzecz osób spoza województwa nie było nieograniczone kwotowo. Środki pieniężne na pokrycie zwiększonych usług wakacyjnych zostały powodowi przekazane, a powód – co wynikało z zeznań dyrektora szpitala – przeznaczył je na sfinansowanie świadczeń udzielonych mieszkańcom województwa. Zachodzą tym samym podstawy, by stwierdzić, że powód naruszył warunki umów zawartych z pozwanym. Gdyby zaś powód rozdysonował dodatkową kwotę zgodnie z umową, pokryłaby ona w całości koszt świadczeń udzielonych pacjentom ubezpieczonym w innym oddziale wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, okoliczność ta ma decydujące znaczenie dla oceny

zasadności dochodzonego żądania, nie może bowiem uzyskać ochrony strona świadomie naruszająca umowę, tym bardziej że gdyby do naruszenia umowy nie doszło dochodzone żądanie byłoby zaspokojone.

W skardze kasacyjnej od wyroku Sądu Apelacyjnego powód – powołując się na podstawę określoną w art. 398³ § 1 pkt 1 k.p.c. – wniósł o jego uchylenie oraz o uchylenie wyroku Sądu Okręgowego w S. z dnia 30 stycznia 2006 r. i orzeczenie zgodnie z żądaniem pozwu ewentualnie przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania. W ramach powołanej podstawy kasacyjnej wskazał na naruszenie art. 353¹ k.c. przez nieuwzględnienie wynikającej z tego przepisu zasady swobody umów i pominięcie postanowień § 2 ust. 4 i § 13 ust. 5 łączących strony umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, z których wynikał obowiązek zapłaty za świadczenia udzielone osobom spoza Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, oraz art. 72 ust. 3 u.p.u.NFZ przez błędną wykładnię, a w jej wyniku nieuprawnione przyjęcie, że przepis ten ograniczał finansowanie świadczeń zdrowotnych tylko do wysokości limitu ustalonego w umowie.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Formułując zarzuty wypełniające podstawę kasacyjną określoną w art. 398³ § 1 pkt 1 k.p.c., skarżący wyszedł z założenia, że u podstaw podjętego zaskarżonym wyrokiem rozstrzygnięcia leżała kwestia oceny dopuszczalności umownego ustalenia reguł finansowania świadczeń zdrowotnych w sposób odbiegający od zasad wynikających z przepisów powoływanej już ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Z tej przyczyny podnoszone zarzuty zmierzały do wykazania, że – w ramach wynikającej z art. 353¹ k.c. swobody kształtowania stosunku zobowiązaniowego – dopuszczalne było zobowiązanie się pozwanego w umowach z dnia 22 kwietnia 2003 r. do poniesienia kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych ubezpieczonym z terenu innych województw, bez względu na ustalone w tych umowach limity świadczeń, wobec czego odnośne umowy nie były sprzeczne z ustawą.

Tak skonstruowane zarzuty nie mogą jednak odnieść zamierzonego skutku, gdyż skarżący błędnie założył, że istota rozstrzygnięcia sprowadza się do

właściwego wytyczenia granic swobody umów i zastosowania w sprawie art. 353¹ k.c. W sprawie chodziło natomiast o dokonanie wykładni łączących strony umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych według reguł określonych w art. 65 k.c. i ustalenie, czy przewidziane w tych umowach świadczenia na rzecz ubezpieczonych spoza terenu województwa zachodniopomorskiego były objęte ustalonymi limitami. Innymi słowy, czy koszt tych świadczeń powinien być pokryty ze środków przyznanych skarżącemu na podstawie zawartych umów, czy też zobowiązanie pozwanego do ich sfinansowania nie zostało ograniczone kwotowo. Sąd Apelacyjny dokonał wykładni odnośnych postanowień umów i ustalił ich znaczenie w ten sposób, że wolą stron było objęcie limitami wszystkich świadczeń zdrowotnych, w tym także świadczeń na rzecz pacjentów spoza województwa, przy czym swoje stanowisko w tej kwestii obszernie umotywował w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku. Ponieważ skarżący w ramach powołanej podstawy kasacyjnej nie podniósł zarzutu naruszenia art. 65 k.c., dokonana wykładnia nie może podlegać kontroli i jest dla Sądu Najwyższego wiążąca. Sąd Najwyższy bowiem rozpoznaje skargę kasacyjną tylko w granicach jej podstaw, z urzędu bierze pod rozwagę jedynie nieważność postępowania (art. 398¹³ § 1 k.p.c.).

Przy uwzględnieniu ustalonej w drodze wiążącej wykładni treści łączących strony umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w sprawie nie występuje problem określenia granic swobody kształtowania stosunku zobowiązaniowego ani zastosowania art. 353¹ k.c. Nie można też dopatrzeć się sprzeczności postanowień wspomnianych umów z podstawowymi zasadami finansowania świadczeń zdrowotnych, określonymi w przepisach zarówno powoływanej ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, jak i poprzednio obowiązującej ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 ze zm. – dalej: „u.p.u.z.”). W obu ustawach bowiem przewidziano finansowanie świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych oparte na założeniu, że kasa chorych (Narodowy Fundusz Zdrowia) przekazuje świadczącym usługi zdrowotne tyle środków finansowych, ile przewiduje umowa zawarta między zainteresowanymi stronami. Zarówno pod rządem art. 53 u.p.u.z., jak i art. 75 u.p.u.NFZ w umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych określeniu podlegały kwoty zobowiązania kasy

chorych (Narodowego Funduszu Zdrowia), wobec świadczeniodawcy. W orzecznictwie Sądu Najwyższego utrwalił się natomiast pogląd, że stosunek prawny między zakładem opieki zdrowotnej świadczącym usługi zdrowotne a kasą chorych czy Narodowym Funduszem Zdrowia, ma charakter zobowiązania umownego, którego powstanie i wykonanie podlega ocenie z punktu widzenia prawa cywilnego.

W praktyce, w czasie obowiązywania obu ustaw, wyłonił się problem niezgodności liczby spełnionych świadczeń i wysokości wynagrodzenia z limitami ustalonymi w umowie. Był on przedmiotem licznych rozstrzygnięć Sądu Najwyższego, który co do zasady zanegował przysługiwanie świadczeniodawcom w stosunku do kasy chorych, a następnie do Narodowego Funduszu Zdrowia, roszczenia o wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe, uznając, że odmienny pogląd oznaczałby odmowę uznania mocy wiążącej umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych i tym samym naruszałby art. 353¹ k.c. Od zasady tej dopuszczono wyjątek dotyczący świadczeń ponadlimitowych spełnionych w przypadkach, w których art. 7 u.z.o.z. i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 ze zm.; pierwszy tekst jedn. Dz.U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204 ze zm.; obecnie: Dz.U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 ze zm. – dalej: „u.z.l.”) nakładały na zakłady opieki zdrowotnej i lekarzy obowiązek niezwłocznego udzielenia pomocy medycznej ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Sąd Najwyższy uznał, że roszczenie świadczeniodawcy, wynikające z art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l., interpretowanych w zgodzie z art. 68 ust. 2 Konstytucji, wobec kasy chorych o wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe spełnione na rzecz ubezpieczonych w przypadkach określonych w art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l. nie podważa przyjętego rozwiązania opierającego stosunek pomiędzy świadczeniodawcą a kasą chorych na umowie o udzielanie świadczeń. Podkreślił, że, zgodnie z art. 56 k.c., czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy, oraz że w zakresie dotyczącym wynagrodzenia za świadczenia spełnione w przypadkach objętych przepisami art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l. treść stosunku zobowiązaniowego powstałego w następstwie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych określały te przepisy, a nie

postanowienia umowy (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 grudnia 2005 r., II CSK 21/05, OSNC 2006, nr 9, poz. 157 i powołane tam orzecznictwo).

Według wiążącego stanu faktycznego sprawy skarżący dochodził wynagrodzenia za świadczenia udzielone z przekroczeniem ustalonych limitów w przypadkach nieobjętych przepisami art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l. W tej sytuacji podniesione przez niego zarzuty kasacyjne nie mogły odnieść zamierzonego skutku.

Z powyższych względów Sąd Najwyższy na podstawie art. 398¹⁴ oraz art. 98 i art. 99 w związku z art. 391 § 1 i art. 398²¹ k.p.c. orzekł, jak w sentencji.