



Sygn. akt II CSK 532/07

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 lutego 2008 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Antoni Górski (przewodniczący)

SSN Teresa Bielska-Sobkowicz (sprawozdawca)

SSN Krzysztof Strzelczyk

w sprawie z powództwa Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w K.
przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w P.
o zapłatę,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej w dniu 14 lutego 2008 r.,
skargi kasacyjnej strony powodowej
od wyroku Sądu Apelacyjnego z dnia 12 czerwca 2007 r., sygn. akt I ACa (...),

- I. **uchyla zaskarżony wyrok w punkcie II (drugim) i zmienia wyrok Sądu Okręgowego w P. z dnia 29 grudnia 2006 r., XII C (...) w ten sposób, że zasądza dodatkowo na rzecz powoda od pozwanego kwotę 396225 (trzysta dziewięćdziesiąt sześć tysięcy dwieście dwadzieścia pięć) złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 12 lutego 2003 r. do dnia zapłaty, oraz kwotę 494257,50 (czteryście dziewięćdziesiąt cztery tysiące dwieście pięćdziesiąt siedem 50/100) złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 5 listopada 2004 r. do dnia zapłaty, zaś w pozostałym zakresie apelację oddala;**

- II. uchyła zaskarżony wyrok w punkcie III (trzecim) i obciąża powoda kosztami procesu w 90% (dziewięćdziesięciu), a pozwanego w 10% (dziesięciu);**
- III. w pozostałym zakresie oddala skargę kasacyjną;**
- IV. kosztami postępowania kasacyjnego obciąża powoda w 10% (dziesięciu), a pozwanego w 90% (dziewięćdziesięciu);**
- V. szczegółowe wyliczenie kosztów procesu pozostawia Sądowi I instancji.**

Uzasadnienie

Powód, Wojewódzki Szpital Zespolony w K., domagał się zasądzenia od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia – (...) Oddziału Wojewódzkiego w P. kwoty 8 448 214 zł wraz z kosztami procesu. W toku procesu ograniczył żądanie o kwotę 78 705 zł.

Wyrokiem z dnia 29 grudnia 2006 r. Sąd Okręgowy w P. umorzył postępowanie co do kwoty 78 705 zł, oddalił powództwo w pozostałym zakresie i odstąpił od obciążania powoda kosztami procesu.

Na skutek apelacji powoda, zaskarżonym wyrokiem z dnia 12 czerwca 2007 r. Sąd Apelacyjny zmienił wyrok Sądu Okręgowego w ten sposób, że zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 296 827,50 zł z ustawowymi odsetkami od kwot i za okresy wyszczególnione w pkt I sentencji orzeczenia, zaś w pozostałej części oddalił apelację i zasądził od powoda na rzecz pozwanego kwotę 5 400 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu odwoławczym.

U podstaw tego rozstrzygnięcia legły następujące ustalenia faktyczne i ich ocena prawna:

Powód, będący samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, w dniu 15 grudnia 1999 r. zawarł z poprzednikiem prawnym pozwanego, (...) Kasą Chorych, umowę o udzielanie świadczeń medycznych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Umowa ta, aneksowana i przedłużana na kolejne lata, uprawniała powoda do udzielania świadczeń do wysokości określonych w niej limitów ilościowych. Powód udzielił jednak ubezpieczonym świadczeń ponad uzgodnione limity. Kwoty dochodzone pozwem wynikały ze świadczeń ponadlimitowych udzielonych pacjentom w III i IV kwartale 2002 r. oraz w 2003 r.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd pierwszej instancji przyjął, że co do zasady pozwany mógłby ponosić odpowiedzialność za koszty świadczeń

ponadlimitowych, gdyby były one udzielane w sytuacji bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia pacjenta, zgodnie art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t. jedn.: Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89; dalej: „u.z.o.z.”) oraz art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t. jedn.: Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 z późn. zm., dalej: „u.z.l.”). Strona powodowa nie udowodniła jednak, że świadczenia, za które dochodzi wynagrodzenia, udzielone zostały faktycznie w sytuacjach, o jakich mowa w art. 7 u.z.o.z. Ponadto powód nie wykazał, aby wszystkie objęte pozwem przypadki świadczeń, które uznaje on za „nagłe”, udzielone zostały rzeczywiście po wyczerpaniu się limitów umownych.

Uwzględniając częściowo apelację powoda, Sąd Apelacyjny wstępnie zaznaczył, że w świetle mających w sprawie zastosowanie przepisów ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 z późn. zm.; dalej: „u.p.u.z.”), jak i dalszych przepisów regulujących system ubezpieczeń zdrowotnych, tj.: ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391 z późn. zm.; dalej: „u.n.f.z.”) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.; dalej: „u.ś.o.z.”), nie było jakichkolwiek podstaw prawnych do finansowania przez kasy chorych a następnie Narodowy Fundusz Zdrowia udzielonych przez świadczeniodawców świadczeń ponadlimitowych, a nie wykonanych w warunkach bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia pacjenta.

Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych podlegają ogólnym zasadom prawa cywilnego, przede wszystkim zasadzie swobody umów, a strony związane są ich treścią, także co do przyjętych w nich limitów udzielanych świadczeń, zarówno ilościowych, jak i wartościowych. Możliwość weryfikowania treści tych umów pod względem ich zgodności z uzasadnionymi nawet interesami poszczególnych świadczeniodawców pozostaje właściwie poza kognicją sądu powszechnego. Wskazując na ustalone orzecznictwo Sądu Najwyższego, Sąd drugiej instancji zauważył, że nie ma dostatecznej podstawy do żądania zapłaty za świadczenia ponadlimitowe ani w oparciu o art. 68 Konstytucji, ani nawet na podstawie kodeksu cywilnego, w szczególności w oparciu o art. 357¹ k.c., przepisy o prowadzeniu cudzych spraw bez zlecenia czy też o bezpodstawnym wzbogaceniu.

W praktyce jednak w omawianych umowach zamieszczane są klauzule dotyczące możliwości renegocjacji kontraktu w przypadku zaistnienia określonych

okoliczności, np. przekroczenia ustalonych limitów. Zarazem Sąd drugiej instancji zastrzegł, że odmowa renegotjacji nie tworzy po stronie świadczeniodawcy wierzytelności w wysokości dochodzonego roszczenia, bowiem w wyniku takiego postanowienia umownego nie powstaje zobowiązanie o charakterze gwarancyjnym. Tym samym apelacja w części dotyczącej oddalenia roszczeń o zapłatę za świadczenia ponadlimitowe, nie udzielone w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia, podlegała oddaleniu jako oczywiście bezzasadna.

Natomiast co do roszczeń powoda o zapłatę za świadczenia, o jakich mowa w art. 7 u.z.o.z., Sąd Apelacyjny zwrócił uwagę, że w orzecznictwie utrwalila się wykładnia, zgodnie z którą kasy chorych, a obecnie NFZ, zobowiązane są do zapłaty świadczeniodawcy za świadczenia zdrowotne udzielone ubezpieczonym poza umownymi limitami w sytuacji bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia. Przychylając się do poglądu przedstawionego m.in. w uzasadnieniu wyroku SN z dnia 15 grudnia 2005 r., II CSK 21/05 (OSNC 2006 nr 9, poz. 157) Sąd uznał, że podstawą roszczeń o zapłatę tego rodzaju świadczeń są przepisy art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l. w zw. z art. 56 k.c. Możliwość odmowy przez NFZ zapłaty wynagrodzenia za wspomniane świadczenia z powołaniem się na brak wystarczających środków finansowych prowadziłyby do niedającego się pogodzić z Konstytucją obarczenia tym kosztami samych świadczeniodawców. Co do zasady żądanie zapłaty powodowi należności za tego rodzaju świadczenia byłoby więc uzasadnione.

Zaznaczając, iż istotne ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji są w jego ocenie poczynione niewadliwie, Sąd Apelacyjny uznał podnoszony w apelacji zarzut błędu w tym zakresie opiera się na pewnym nieporozumieniu. Sąd Okręgowy przede wszystkim bowiem stwierdził, że zgodnie z art. 6 k.c. powód winien był wykazać nie tylko to, że udzielił indywidualnie określonych świadczeń w warunkach zagrażających życiu i zdrowiu, ale także, że zostały one udzielone po przekroczeniu przyznanych na dane świadczenia limitów okresowych. Strona powodowa bazowała na kartach statystycznych, które w ilości blisko 3 000 dołączono do sprawy. Ustalenie, czy wskazywane przez powoda przypadki rzeczywiście można było zakwalifikować jako udzielone w warunkach art. 7 u.z.o.z. wymagało bez wątpienia zbadania dokumentacji źródłowej (historii chorób) i jej oceny z zastosowaniem wiedzy specjalistycznej w rozumieniu art. 278 k.p.c., czyli przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego (biegłych). Jednakże wbrew swoim obowiązkom procesowym i wyraźnym sugestiom sądu strona powodowa świadomie nie podjęła inicjatywy w tym kierunku. Sąd nie miał obowiązku

prowadzić w tym zakresie postępowania dowodowego z urzędu, zaś próba zwolnienia się przez skarżącego z omawianego obowiązku przez obciążenie strony pozwanej obowiązkiem dowodzenia „faktów negatywnych”, tj. nieistnienia bądź nieprawdziwości faktów stanowiących osnowę powództwa, jest nieusprawiedliwiona.

Powód, co do zasady, nie wykazał, które ze świadczeń udzielone zostały po przekroczeniu umownych miesięcznych limitów. Twierdzenia powoda w tym przedmiocie pozostały gołosłowne i nie zostały poparte w tym przedmiocie wymaganą w takim przypadku dokumentacją, i to mimo wyraźnego zaprzeczenia im przez pozwanego. Rodzić może to rzeczywiście uzasadnione przypuszczenie, że wszystkie w danych okresach świadczenia „nagle” strona pozwana próbuje traktować jako ponadlimitowe.

Sąd drugiej instancji uznał natomiast za trafne twierdzenia skarżącego co do częściowego naruszenia przez Sąd Okręgowy przepisów art. 7 u.z.o.z., art. 30 u.z.l. oraz art. 56 k.c. Już bowiem *prima facie* można stwierdzić, że na niektórych oddziałach prowadzonych przez powodowy szpital, wszystkie udzielane świadczenia medyczne z natury rzeczy muszą być świadczeniami udzielanymi w warunkach bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia. Zdaniem Sądu Apelacyjnego dotyczy to oddziałów: intensywnej opieki medycznej (IOM), intensywnej opieki kardiologicznej (IOK), patologii noworodków, patologii ciąży, porodowego, zakaźnego dla dorosłych oraz zakaźnego dla dzieci. Z uwagi na ich specyfikę trudno byłoby przy tym nawet teoretycznie założyć, że mogłyby na nich być leczone osoby nie spełniające specyficznych kryteriów medycznych. W tym zatem zakresie powód zwolniony był z wykazywania, że pacjenci wymagali przyjęcia z uwagi na bezpośrednie zagrożenie życia i zdrowia. Bez znaczenia jest też, kiedy na tych oddziałach przekroczone zostały umowne limity przyjęć.

Prowadzi to do wniosku, że co do zasady powodowi należy się dochodzone wynagrodzenie za udzielone tam ponadlimitowe świadczenia zdrowotne. Nie oznacza to, że wynagrodzenie to będzie mogło być równe jednostkowym stawkom za dane świadczenie, wynegocjonowanym w zasadniczej umowie o udzielanie świadczeń medycznych, gdyż przyjęcie takiego rozwiązania prowadziłoby do całkowitego podważenia zasad finansowania świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego, opartych na limitowaniu środków na te świadczenia i cywilnoprawnych instrumentach ich rozdzielania. Sytuacja zakładu opieki zdrowotnej mającego zawartą umowę z NFZ w zakresie prawa do zrekompensowania finansowego ze środków publicznych ponadlimitowych świadczeń udzielonych w warunkach bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia, nie powinna różnić się od analogicznej sytuacji jednostki udzielającej takich

świadczeń pozaumownie, a której sytuacja obecnie uregulowana jest w przepisach art. 19 ust. 1 i 4 u.ś.o.z. Zdaniem Sądu drugiej instancji oznacza to, że za udzielone ponadlimitowe niezbędne świadczenia opieki zdrowotnej przysługuje wynagrodzenie z Narodowego Funduszu Zdrowia, uwzględniające wyłącznie uzasadnione i wykazane koszty udzielenia tych świadczeń i tę zasadę należy odpowiednio odnieść także do stanów faktycznych zaistniałych przed dniem wejścia w życie ostatnio wspomnianych przepisów.

Nieprzedstawienie przez powoda kalkulacji rzeczywistych kosztów udzielonych świadczeń dodatkowych nie stoi na przeszkodzie rozpoznaniu merytorycznemu sprawy, gdyż same strony już w umowie w sposób ryczałtowy ustaliły wysokość dodatkowych kosztów, jakie powstaną po stronie szpitala w wyniku udzielenia ponad limitowych świadczeń. W § 22 umowy ustalono bowiem, że powód będzie miał prawo przekroczyć o 10% przyznane umową limity, z tym, że za te dodatkowe świadczenia otrzyma wynagrodzenie w wysokości 25% ceny jednostkowej danego świadczenia, wynikającej z umowy. Stosując ten sam wskaźnik do obliczenia należnej powodowi kwoty, Sąd Apelacyjny w oparciu o zgromadzony materiał procesowy ustalił, że w okresie III i IV kwartału 2002 r. powód udzielił w wymienionych wyżej oddziałach dodatkowych świadczeń na kwotę 528 300 zł, zaś w roku 2003 - na kwotę 659 010 zł, co po przemnożeniu przez 25% daje łącznie zasądzoną kwotę.

Z opóźnieniem w zapłacie należności pozwany pozostawał od dnia wyznaczonego w wezwaniach do zapłaty (art. 455 k.c.) i od tej daty należą się powodowi odsetki ustawowe na podstawie art. 481 § 1 i § 2 zd. drugie k.c., z tym że za rok 2003 odsetki Sąd uwzględnił dopiero od daty wezwania zawierającego specyfikację świadczeń udzielonych w warunkach art. 7 u.z.o.z.

Skargę kasacyjną od powyższego wyroku w części oddalającej apelację powód oparł na obu podstawach, w ramach podstawy z art. 398³ § 1 pkt 1 k.p.c. zarzucając: 1) błędną wykładnię przepisów art. 7 u.z.o.z., art. 30 u.z.l., art. 56 k.c. i art. 65 k.c., polegającą na przyjęciu, że w przypadku wykonania przez powoda świadczeń medycznych w warunkach bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia po przekroczeniu limitów określonych w umowie, powodowi należy się tylko 25% ceny jednostkowej danego świadczenia, wynikającej z umowy oraz przez przyjęcie, że tylko wszystkie świadczenia wykonane przez powoda na oddziałach: intensywnej opieki medycznej, intensywnej opieki kardiologicznej, patologii noworodków, patologii ciąży, położniczo-porodowym, zakaźnym dla dorosłych i zakaźnym dla dzieci, były z natury rzeczy

świadczeniami udzielonymi w warunkach bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia; 2) błędną wykładnię art. 354 k.c. i art. 355 k.c., polegającą na przyjęciu, że brak współdziałania pozwanego z powodem w działaniach zmierzających do rozwiązania kwestii finansowania świadczeń wykonanych ponad limity jest zgodny z celem społeczno-gospodarczym zawartej między stronami umowy oraz odpowiada zasadom współżycia społecznego; 3) błędną wykładnię art. 58 k.c., polegającą na pominięciu, że sprzeczne z zasadami współżycia społecznego jest zawarcie umowy pomijającej całkowite sfinansowanie przez pozwanego świadczeń udzielonych w warunkach bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia.

W zakresie podstawy naruszenia przepisów postępowania (art. 398³ § 1 pkt 2 k.p.c.) skarżący wskazał na naruszenie: 1) art. 278 § 1 k.p.c., art. 232 zdanie drugie k.p.c. oraz art. 233 § 1 k.p.c., poprzez nieprzeprowadzenie z urzędu przez Sąd drugiej instancji dowodu z opinii biegłego w celu zbadania dokumentacji źródłowej (historii chorób) i jej oceny z zastosowaniem wiedzy specjalistycznej, co do pacjentów wykazanych przez powoda imiennie i w 2977 kartach statystycznych szpitalnych podpisanych przez lekarzy i zawierających m.in. dane personalne pacjentów i kod choroby – co do tego zarzutu skarżący uzupełniająco wskazał, że nieprzeprowadzenie z urzędu tego dowodu stanowiło zaniechanie wszechstronnego rozważenia zebranego w sprawie materiału dowodowego; 2) art. 378 § 1 k.p.c., poprzez nierozpoznanie przez Sąd Apelacyjny zarzutu podniesionego w apelacji, że poprzednik pozwanego odprowadził do Mazowieckiej Kasy Chorych 71 milionów złotych oraz niewyjaśnienie dlaczego tego zarzutu Sąd nie rozpoznał, co mogło mieć istotny wpływ na wynik sprawy.

Wskazując na powyższe, powód wnosił o uchylenie zaskarżonego wyroku w części, to jest w punkcie II oraz przekazanie sprawy Sądowi Apelacyjnemu do ponownego jej rozpoznania oraz rozstrzygnięcia o kosztach procesu za wszystkie instancje.

W odpowiedzi na skargę kasacyjną pozwany wnosił o jej oddalenie w całości oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Rozpoznanie skargi kasacyjnej należy rozpocząć od ustosunkowania się do zarzutów w granicach podstawy naruszenia przepisów postępowania. W związku z tym za całkowicie nieusprawiedliwiony, a przy tym częściowo niedopuszczalny, należało uznać zarzut naruszenia zaskarżonym wyrokiem art. 278 § 1 k.p.c., art. 232 zdanie

drugie k.p.c. oraz art. 233 § 1 k.p.c., bowiem zgodnie z art. 398³ § 3 k.p.c., podstawą skargi kasacyjnej nie mogą być zarzuty dotyczące ustalenia faktów lub oceny dowodów.

Co prawda, z art. 398³ § 3 k.p.c. nie wynika niedopuszczalność poddania kontroli kasacyjnej pominięcia przez Sąd drugiej instancji dowodu z opinii biegłego. Jednakowoż zarzut taki nie może być podnoszony w oparciu o dany stan faktyczny sprawy i przepisy prawa, które zostały przez skarżącego powołane. Skarżący mógłby skutecznie zarzucić nieprzeprowadzenie dowodu z opinii biegłego tylko wtedy, gdyby w danych okolicznościach składał odpowiedni wniosek dowodowy, a sąd oddaliłby go, uznając, że nie zachodzi potrzeba jego przeprowadzenia - i to nawet wówczas, gdyby uważał, że istnieje możliwość zastąpienia go innym środkiem dowodowym, jak np. zeznania świadka, bądź też gdyby sąd oparł się na swej własnej wiedzy (por. m.in. wyrok SN z dnia 29 listopada 2006 r., II CSK 245/06, niepubl., LEX nr 233063). W takim przypadku oddalenie wniosku dowodowego stanowiłoby niewątpliwą obrazę art. 217 § 2 k.p.c.

W związku z argumentacją zawartą w uzasadnieniu skargi, trzeba jeszcze dodać, że twierdzenie strony skarżącej, jakoby sąd powszechny miał obowiązek skorzystać z pomocy biegłego w sytuacji, gdy okoliczność mająca istotne znaczenie dla prawidłowego rozstrzygnięcia sprawy może zostać wyjaśniona tylko w wyniku wykorzystania wiedzy osób mających specjalne wiadomości, jest tylko częściowo słuszne. Jest bezsporne, że sąd nie może i nie powinien zastępować biegłego. Zarazem w powoływanym przez samego skarżącego wyroku SN z dnia 24 listopada 1999 r., I CKN 223/98 (niepubl., teza: Wok. 2000 nr 3, poz. 7) trafnie zastrzeżono, że dopuszczenie przez sąd dowodu niewnioskowanego przez stronę jest możliwe, ale przecież nie obowiązkowe i uczynienie z tego skutecznego zarzutu kasacyjnego jest możliwe jedynie w zupełnie wyjątkowych okolicznościach (podobnie m.in. w wyroku SN z dnia 24 czerwca 1998 r., I PKN 194/98, OSNAPiUS 1999, nr 13, poz. 425). Natomiast w wyroku z dnia 13 października 2006 r., III CSK 123/06 (niepubl., LEX nr 258671) wskazano, że nawet strony reprezentowane przez profesjonalnego pełnomocnika mogą działać w przekonaniu, iż ocena składanych przez nie dokumentów nie wymaga wiadomości specjalnych i nie przekracza możliwości sądu; z tego powodu w braku informacji ze strony sądu o potrzebie przeprowadzenia dowodu nie można zarzucić stronie, że nie zgłosiła dowodu z opinii biegłego i nie udowodniła dochodzonego roszczenia.

Trzeba przy podkreślić, że w toku dokonywanych na przestrzeni ostatnich lat zmian w kodeksie postępowania cywilnego, ustawodawca systematycznie dąży do

ograniczenia w polskim procesie cywilnym zasad prawdy materialnej i działania przez sąd z urzędu. Jakkolwiek orzeczenie sądowe powinno opierać się na ustaleniach, które są pewne i zgodne z rzeczywistością, to jednak sąd - również w sprawach tak skomplikowanych, jak te, które dotyczą odszkodowania za odmowę finansowania świadczeń medycznych przez NFZ - nie może i nie powinien wyręczać strony, na której spoczywa obowiązek procesowej „zapobiegliwości”.

Jest poza sporem, że skarżący nie składał wniosku o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego, chociaż stanowisko pozwanego prezentowane w toku postępowania (m.in. na rozprawie w dniu 26 stycznia 2006 r., k. 524-525, w piśmie procesowym na k. 527 i n. oraz na rozprawie w dniu 8 maja 2006 r., k. 555) jednoznacznie wskazywało na taką potrzebę. Powód ograniczył się do przedstawienia kart statystycznych oraz wybranych historii chorób pacjentów, którzy mieli być przyjęci w trybie nagłym. Natomiast na rozprawie w dniu 31 sierpnia 2006 r. (k. 563) pełnomocnik powoda wyraźnie oświadczył, że nie wnosi o powołanie biegłego. Twierdzenia skarżącego polegają zatem na nieporozumieniu, w istocie bowiem nie wywiązał się on z ciężaru dowodu (art. 6 k.c.) i mimo jednoznacznych wskazań ze strony przeciwnika procesowego oraz Sądu pierwszej instancji, świadomie unikał zgłoszenia wniosku o przeprowadzenie dowodu, co potencjalnie umożliwiłoby mu co najmniej częściowe uwzględnienie żądania. W tym stanie rzeczy Sądowi nie można uczynić jakiegokolwiek zarzutu z nieprzeprowadzenia tego dowodu z urzędu.

W podsumowaniu dotychczasowych rozważań należy przychylić się do tezy, iż na zakładzie opieki zdrowotnej, który dochodzi roszczenia o zapłatę za świadczenia medyczne udzielone pacjentom w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia (art. 7 u.z.o.z.) cięży dowód wykazania tego, że z uwagi na okoliczności poszczególnych przypadków zachodziła potrzeba natychmiastowego udzielenia tych świadczeń (podobnie m.in. w wyroku SN z dnia 5 listopada 2003 r., IV CK 189/02, niepubl., LEX nr 164009).

Jedynie na marginesie warto zwrócić uwagę, że w świetle art. 398³ § 3 k.p.c. za niedopuszczalne musi być uznane badanie przez Sąd Najwyższy jako sąd kasacyjny kwestii dokonywania przez sądy powszechne swobodnej oceny dowodów. W art. 233 § 1 k.p.c. wyróżniono wprawdzie dwa, odrębne etapy tej oceny: wszechstronne rozważenie zebranego materiału i następnie ocenę właściwą, na którą składa się przydanie poszczególnym dowodom atrybutu wiarygodności i mocy dowodowej (arg. z art. 328 § 2 k.p.c.). Rodzi się jednak pytanie, czy i w jakim zakresie byłoby możliwe

oddzielenie od siebie tych dwóch stadiów swobodnej oceny dowodów. Na tak postawione pytanie należy udzielić odpowiedzi negatywnej. „Ocena dowodów”, o jakiej mowa w art. 398³ § 3 k.p.c., należy w całości do dyskrecjonalnej władzy sądu pierwszej i drugiej instancji, zaś Sąd Najwyższy nie kontroluje jej w jakimkolwiek aspekcie (por. postanowienie SN z dnia 23 września 2005 r., III CSK 13/05, OSNC 2006 nr 4, poz. 76; wyrok SN z dnia 24 lutego 2006 r., II CSK 136/05, niepubl., LEX nr 200973).

Odnosnie do zarzutu naruszenia art. 378 § 1 k.p.c. należy wstępnie wyjaśnić pojęcie „granic apelacji” oraz „zarzutów apelacji”. Zastępując system zaskarżenia rewizyjnego systemem apelacyjnym, ustawodawca zdecydował się na rezygnację z formalizmu skargi od wyroku sądu pierwszej instancji. Ów świadomy zabieg legislacyjny znalazł swój wyraz w zastąpieniu pojęcia „podstaw”, używanym w dawnym brzmieniu art. 368 k.p.c. na oznaczenie sześciu, taksatywnie wymienionych w ustawie przyczyn zaskarżenia, pojęciem „zarzutów”. Przy tym ustawa procesowa nie określa obecnie, na czym ma polegać „zwięzłe przedstawienie zarzutów”, o którym mowa w art. 368 § 1 pkt 2 k.p.c.

Co do tej ostatniej kwestii, zarówno w literaturze, jak i w orzecznictwie podkreśla się, że „zarzut” jest pojęciem węższym od „podstawy” - o ile zatem np. jedną z podstaw dawnej rewizji była nieważność postępowania, o tyle zarzutem apelacji może obecnie być każda z przyczyn nieważności. Niezależnie jednak od pełnej właściwie dowolności skarżącego co do powoływania określonych zarzutów w skardze apelacyjnej, za powszechnie przyjęty należy uznać pogląd, zgodnie z którym „zarzutem” w rozumieniu art. 368 § 1 pkt 2 k.p.c. jest określone twierdzenie apelującego, że zaskarżony wyrok sądu pierwszej instancji jest w pewnym aspekcie wadliwy i z tego powodu wymaga uchylecia.

Wykazanie wadliwości nie musi polegać na przytoczeniu przepisów prawa, gdyż apelacja nie musi opierać się tylko na błędach prawa; jednakże z natury rzeczy prawidłowe „przedstawienie zarzutu” w omawianym tutaj znaczeniu wymaga spełnienia kumulatywnie dwóch przesłanek. Po pierwsze, skarżący musi określić, na czym polegał błąd sądu. „Błędem”, o jakim mowa, jest uchybienie zasadom prawidłowego prowadzenia postępowania, określonym w przepisach prawa procesowego (*error in procedendo*) bądź błąd przy wyrokowaniu, polegający albo na błędach w zakresie ustalenia podstawy faktycznej rozstrzygnięcia (*error facti in iudicando*), albo też na niewłaściwym zastosowaniu lub wykładni prawa (*error iuris in iudicando*). Po drugie natomiast, skarżący winien powiązać zarzucany sądowi *a quo* błąd z przebiegiem

postępowania, stanowiącym jego wynik orzeczeniem lub z treścią jego uzasadnienia. Dowolność w formułowaniu zarzutów apelacyjnych ma zatem pewne granice.

Powyższa konstatacja znajduje także odbicie w aktualnym orzecznictwie Sądu Najwyższego. W uchwale składu 7 sędziów SN z dnia 31 stycznia 2008 r., III CZP 49/07 (niepubl.) przyjęto, że sąd drugiej instancji rozpoznający sprawę na skutek apelacji nie jest związany przedstawionymi w niej zarzutami dotyczącymi naruszenia prawa materialnego, wiążą go natomiast zarzuty dotyczące naruszenia prawa procesowego; w granicach zaskarżenia bierze jednak pod uwagę nieważność postępowania. Z powyższej tezy wynika, że podniesione w apelacji zarzuty współkształtują pojęcie „granic apelacji” w art. 378 § 1 k.p.c., a zarazem, że winny one odnosić się do sprecyzowanych uchybień sądu, przede wszystkim do błędów prawa, jakkolwiek - skoro postępowanie apelacyjne stanowi dalszy ciąg merytorycznego sądenia sprawy - skarżący może również zarzucać skarżonemu orzeczeniu określone uchybienia w zakresie ustaleń faktycznych mających znaczenie dla rozstrzygnięcia (np. uznanie określonych faktów za wykazane bądź za nieudowodnione, niewłaściwie przeprowadzoną ocenę dowodów lub sprzeczność istotnych ustaleń sądu z treścią zgromadzonego materiału dowodowego).

Odnosząc powyższe uwagi do stanu niniejszej sprawy wystarczy stwierdzić, że nie może być uznane za „zarzut” zawarte w uzasadnieniu apelacji (s. 9 apelacji - k. 668 akt sprawy) twierdzenie skarżącego, że poprzednik prawny pozwanego przekazał innej kasie chorych znaczną kwotę środków finansowych. Takiego twierdzenia skarżący nie formułuje w petitum skargi, zaś należy podnieść, że art. 378 § 1 k.p.c. nie stawia przed sądem drugiej instancji wymagania wdawania się w szczegółową polemikę z uzasadnieniem apelacji (por. wyrok SN z dnia 15 lutego 2006 r., IV CK 384/05, niepubl., LEX nr 179739).

Nawet jednak przy uwzględnieniu, że umiejscowienie zarzutu w treści środka odwoławczego nie odgrywa istotnego znaczenia, i tak nie było podstaw do traktowania przez Sąd Apelacyjny opisanego wyżej twierdzenia jako „zarzutu” w rozumieniu art. 368 § 1 pkt 2 k.p.c. Apelujący nie wskazywał bowiem ani na błąd w ustaleniu przez Sąd pierwszej instancji stanu faktycznego, ani tym bardziej na naruszenie jakichkolwiek przepisów prawa. W skardze kasacyjnej nie zostało zresztą w żaden sposób wykazane, że pominięcie ustosunkowania się do tej okoliczności mogło mieć istotny wpływ na wynik sprawy w rozumieniu art. 398³ § 1 pkt 2 k.p.c. Z powyższych powodów także i ten zarzut nie zasługiwał na uwzględnienie.

Przechodząc do badania podstawy naruszenia prawa materialnego, trzeba przypomnieć, że zgodnie z zasadą wynikającą zarówno z art. 7 u.z.o.z., jak i art. 30 u.z.l., ani zakład opieki zdrowotnej, ani indywidualnie lekarz, nie mogą odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która wymaga jego natychmiastowego udzielenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia, przy czym w ustawie o zawodzie lekarza wspomina się nieco bardziej precyzyjnie o „niebezpieczeństwie utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia” oraz o „innych przypadkach niecierpiących zwłoki”. Zgodnie z ustaloną linią orzecznictwa Sądu Najwyższego, za świadczenia udzielone na takich warunkach Narodowy Fundusz Zdrowia odpowiada bez względu na limity ustalone w umowie (por. wyrok z dnia 8 sierpnia 2007 r., I CSK 125/07, niepubl. oraz powołany wyżej wyrok z dnia 15 grudnia 2005 r., II CSK 21/05).

W świetle powyższych stwierdzeń nasuwa się wniosek, że w zakresie oceny prawnej roszczenia powoda tok rozumowania Sądu Apelacyjnego przejawia istotną niekonsekwencję. Z jednej bowiem strony Sąd przyjmuje, że obowiązek zapłaty za świadczenia udzielone na warunkach ostatnio wspomnianych przepisów wykracza poza zobowiązanie pozwanego Funduszu wynikające z zawartej między stronami umowy, z drugiej natomiast stara się nadal opierać na tym, co wynika z umowy, dokonując nawet zabiegów, które można by określić mianem „uzupełniającej wykładni oświadczeń woli”.

Należy w tym miejscu przypomnieć, że w orzecznictwie dotyczącym powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego Sąd Najwyższy wielokrotnie odwoływał się do aksjologii konstytucyjnej, wskazując, że na skutek ustanowienia art. 68 Konstytucji, państwo przyjęło na siebie istotny obowiązek o charakterze gwarancyjnym. Obok zapewnionego wszystkim, a więc nie tylko obywatelom, prawa do ochrony zdrowia (ust. 1), ustawodawca konstytucyjny przewidział prawo wszystkich obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (ust. 2). Przepisy art. 7 u.z.o.z. oraz art. 30 u.z.l., stosowane w związku z art. 56 k.c. do umowy o finansowanie świadczeń zdrowotnych, wymagają interpretacji zgodnej z regulacją konstytucyjną, która przywiązuje zasadnicze znaczenie do ustawowego określenia warunków i zakresu udzielania świadczeń zdrowotnych (por. uchwałę z dnia 30 marca 2006 r., III CZP 130/05, OSNC 2006 nr 11, poz. 177; wyrok z dnia 4 sierpnia 2006 r., III CSK 138/05, OSNC 2007 nr 4, poz. 63 oraz cyt. już wyroki SN: z dnia 15 grudnia 2005 r., II CSK 21/05 i z dnia 8 sierpnia 2007 r., I CSK 125/07).

Umowy pomiędzy NFZ a świadczeniodawcami wykazują bez wątpienia charakter cywilnoprawny (por. m.in. wyrok SN z dnia 16 lutego 2005 r., IV CK 541/04, LEX nr 149585). Jednakże immanentną cechą ustawowej regulacji ubezpieczeń zdrowotnych jest zdecydowana nadrzędność interesu publicznego nad interesem jednostek, co przemawia za przypisaniem normom wynikającym z przepisów regulujących prawa i obowiązki stron tych umów - w tym art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l. - charakteru norm imperatywnych, od których stosowania w ramach konkretnego stosunku prawnego stronom nie wolno odstąpić ani ich modyfikować zgodnie wyrażoną wolą. Skoro ustawodawca nałożył na publiczne zakłady opieki zdrowotnej określone obowiązki udzielania świadczeń niezależnie od limitów wyznaczonych przez finansujący ich koszty NFZ, to przyjęcie jakichkolwiek ograniczeń refundacji świadczeń ponadlimitowych, udzielonych w okolicznościach określonych w art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l., byłoby równoznaczne z przesunięciem finansowego ciężaru ich udzielania na świadczeniodawcę. To z kolei godziłoby niewątpliwie w omówiony już, gwarancyjny charakter powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Zatem o tym, czy publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej należy się zwrot kosztów udzielonych świadczeń, decydują więc głównie przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej i uzupełniająco, art. 7 u.z.o.z. oraz art. 30 u.z.l. (por. uzasadnienie wyroku SN z dnia 25 maja 2006 r., II CK 343/05, niepubl., LEX nr 200917).

Zgodnie z brzmieniem art. 56 k.c., czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy, z zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów. Użyty tutaj zwrot „wywołuje skutki” nie oznacza tego samego, co „obejmuje skutki”. Sens art. 56 k.c. jest zatem taki, że skutki wynikające z ustawy, zasad współżycia społecznego lub z ustalonych zwyczajów powstają na zasadzie przypisania normatywnego, a więc nie ze względu, lecz bez względu na wolę stron. Ta ostatnia obejmuje bowiem bezpośrednio tylko zawarcie umowy. Zachodzi zatem pewna różnica pomiędzy dokonywaniem wykładni oświadczeń woli kontrahentów w oparciu o art. 65 § 2 k.c. a uzupełnieniem treści stosunku prawnego na podstawie art. 56 k.c. W pierwszym przypadku bowiem sąd musi respektować rzeczywistą wolę stron, podczas gdy w drugim przypadku ustala treść zobowiązania (czy też innego rodzaju stosunku prawnego wynikającego z czynności prawnej) niezależnie od czynnika woli, a zgodnie z treścią odnośnych przepisów prawa lub norm i standardów powinno zachowania, powszechnie akceptowanych w społeczeństwie.

Odnosząc powyższe uwagi do rozważań zawartych w uzasadnieniu skarżonego orzeczenia, należy stwierdzić, że przyjęta przez Sąd Apelacyjny metoda ustalenia wysokości zasądzzonego na rzecz powoda świadczenia jest arbitralna i pozbawiona jakiegokolwiek oparcia normatywnego. W sytuacji, w której z dokonanych ustaleń wynikało, że skarżący wykonał usługi zdrowotne ratujące życie ludzkie, ograniczanie wysokości refundacji za te usługi było bezpodstawne. Należało zatem zasądzić zwrot poniesionych z tego tytułu kosztów w całości. Wysokość tych kosztów Sąd Apelacyjny ustalił, bezpodstawnie ograniczył jednak ich kwotę do 25%. Wobec naruszenia w tym zakresie jedynie prawa materialnego, możliwe było uchylenie zaskarżonego wyroku i orzeczenie co do istoty sprawy, przez podwyższenie zasądzonych kwot o dalsze 75% poniesionych przez skarżącego na ratowanie życia ludzkiego kosztów.

Mając na względzie powyższe, na podstawie art. 398¹⁶ k.p.c. Sąd Najwyższy orzekł, jak w sentencji.