



Sygn. akt V CSK 533/07

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 kwietnia 2008 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Henryk Pietrkowski (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Grzegorz Misiurek

SSN Katarzyna Tyczka-Rote

w sprawie z powództwa Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Specjalistycznego im. (...) - Centrum Medycyny Ratunkowej w W. przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia – (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w W. o zapłatę,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej w dniu 16 kwietnia 2008 r., skargi kasacyjnej strony powodowej od wyroku Sądu Apelacyjnego z dnia 18 lipca 2007 r., sygn. akt I ACa (...),

uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach postępowania kasacyjnego.

Uzasadnienie

(...) Szpital Specjalistyczny im. (...) - Centrum Medycyny Ratunkowej w W. domagał się od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia zapłaty kwoty 247 887,92 zł z odsetkami tytułem zwrotu wartości świadczeń medycznych wykonanych ponad limit ustalony w umowie.

Wyrokiem Sądu Apelacyjnego z dnia 18 lipca 2007 r. oddalona została apelacja strony powodowej od wyroku Sądu Okręgowego w W., na podstawie którego roszczenie strony powodowej zostało oddalone.

Według dokonanych ustaleń strony łączyła umowa z dnia 29 grudnia 2000 r. zawarta na okres od 1 stycznia 2001 r. do 31 grudnia 2001 r., zgodnie z którą strona powodowa jako świadczeniodawca przyjęła obowiązek udzielania bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, finansowanych przez stronę pozwaną, w zakresie hospitalizacji pacjentów na poszczególnych oddziałach szpitalnych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych objętych umową, realizowanych w szpitalnej izbie. Umową objęta została określona liczba łóżek na poszczególnych oddziałach, liczba przewidywanych świadczeń na rok 2001, jednostkowe wartości poszczególnych rodzajów świadczeń. Strony ustaliły, że przekroczenie przez świadczeniodawcę miesięcznej przewidywanej liczby poszczególnych świadczeń lub też stwierdzenie przez stronę pozwaną w czasie trwania umowy faktu realizowania hospitalizacji na większej liczbie łóżek niż ustalone w umowie stanowi podstawę do renegotjacji warunków umowy lub jej rozwiązanie po jednomiesięcznym wypowiedzeniu przez stronę pozwaną. W uzasadnionych medycznie wypadkach, na wniosek świadczeniodawcy, strona pozwana mogła wyrazić zgodę na czasowe zwiększenie liczby łóżek ponad ustalone w umowie. Limity świadczeń ustalone zostały z rozdzieleniem na świadczenia udzielane w przypadkach nagłych i świadczenia udzielane na podstawie skierowania do leczenia szpitalnego.

Wobec tego, że roszczenie strony powodowej wynika z zakwestionowania przez stronę pozwaną części udzielonych świadczeń, w sprawie przeprowadzony został dowód z opinii biegłych, którzy po przeanalizowaniu 120 przypadków hospitalizacji uznali, że w grupie 29 hospitalizacji ponownych (tj. dokonanych w okresie 30 dni po wypisaniu ze szpitala) tylko w 4 przypadkach nie można było na podstawie dokumentacji ustalić czy hospitalizacja miała miejsce, a jeśli nawet została przeprowadzona, to brak jest dokumentacji wykazującej jej przyczyny. Na skontrolowanych 91 przypadków hospitalizacji dokonanej w trybie nagłym tylko 2 przypadki nie kwalifikowały się do takiego trybu. Biegli nie mogli zweryfikować 44 przypadków hospitalizacji nagłych ze względu na nieprzedłużenie przez stronę powodową dokumentacji medycznej.

Sąd Okręgowy, którego stanowisko podzielił Sąd Apelacyjny, stwierdził, że „samo ustalenie, że świadczenia były udzielane w przypadkach zagrożenia życia lub zdrowia nie było wystarczające dla uwzględnienia powództwa, bowiem strona powodowa powinna była wykazać, że przekroczenie limitu łóżek było uzasadnione, co wymagało

udowodnienia, że hospitalizacja wszystkich pacjentów znajdujących się w danym dniu na oddziale była konieczna, jak również, że niezbędne było wykazanie przekroczenia ustalonego limitu świadczeń nagłych". Sąd Apelacyjny uznając, że strona powodowa nie wykazała konkretnych przypadków hospitalizacji ponad limit podniósł, że sporządzona przez stronę powodową lista przypadków, które jej zdaniem bezzasadnie zostały zakwestionowane przez stronę pozwaną, nie może stanowić dowodu przekroczenia ustalonego limitu świadczeń. Okoliczność, że biegli stwierdzili, że świadczenia będące przedmiotem ich badań udzielone zostały w warunkach zagrożenia życia i zdrowia pacjenta nie oznacza, że świadczenia te udzielane były ponad limity. Sposobem udowodnienia, że świadczenia te miały charakter ponadlimitowy - podkreślił Sąd Apelacyjny - „było wykazanie ilości pacjentów znajdujących się danego dnia na oddziale, ilości zakontraktowanych łóżek oraz terminów przyjmowania poszczególnych pacjentów, a co za tym idzie - określenie, w którym momencie wyczerpaniu uległ umówiony limit". Skoro strona powodowa nie wykazała tych okoliczności, powództwo nie mogło zostać uwzględnione.

Skarga kasacyjna strony powodowej oparta została na podstawie naruszenia prawa materialnego: art.7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, dalej jako ustawa o z.o.z." (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.) oraz art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, dalej jako „ustawa o zawodzie lekarza" (t. jedn.: Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 ze zm.) przez ich błędną wykładnię prowadzącą do uznania, że stronie powodowej nie należy się wynagrodzenie za świadczenia udzielone pacjentom w stanie zagrożenia życia i zdrowia zakwestionowane przez stronę pozwaną z powodu przekroczenia limitu łóżek; art. 4 ust. 3 i 53 ust. 4 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, dalej jako: „u.p.u.z." (Dz. U. Nr 28 poz. 153 ze zm.) w związku z art. 58 k.c. przez nieuznanie nieważności postanowień umowy łączącej strony w części określającej limity łóżek w sytuacji nieustalenia dziennych limitów przyjęć pacjentów oraz braku uzgodnień w zakresie niezbędnych przedsięwzięć organizacyjnych na wypadek wyczerpania limitu ustalonego w umowie; art. 354 i 56 k.c. „przez nieuwzględnienie faktu, że pozwany zupełnie nie współpracował z powodem przy wykonywaniu umowy i pozostawiał bez odpowiedzi wszystkie pisma powoda informujące o przekroczeniach limitów łóżek na oddziałach i konieczności renegotjacji warunków umowy"

W ramach podstawy naruszenia przepisów postępowania strona powodowa zarzuciła naruszenie art. 233, 232 w zw. z art. 6 k.c., art. 405 i 410 § 2 k.c., a także art.

328 § 2 k.p.c. W skardze kasacyjnej pojawił się także - bez wskazania przepisów prawa - zarzut sprzeczności istotnych ustaleń sądu z treścią zebranego w sprawie materiału, a także zarzut nierozpoznania przez Sąd istoty sprawy.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Zasadniczą przyczyną sporu pomiędzy powodem a stroną pozwaną są niejasne regulacje prawne. Z jednej strony wynika z nich, że zakład opieki zdrowotnej powinien spełnić określone świadczenia zdrowotne. Tak w szczególności stanowią przepisy ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. ustawy o z.o.z. które przyznając pacjentom tych zakładów szereg praw nakładają na zakłady opieki zdrowotnej obowiązek udzielenia im opieki medycznej. Z drugiej strony - według przepisów ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o p.u.z. - świadczenia zdrowotne były (i są nadal) udzielane ubezpieczonym w ramach środków finansowych posiadanych przez b. Kasy Chorych (aktualnie Oddziały NFZ). Powszechnie też wiadomo, że Kasy Chorych nie dysponowały odpowiednią ilością środków finansowych aby zabezpieczyć uzasadnione potrzeby zakładów opieki zdrowotnej.

Taki stan rzeczy nakłada na sądy rozpatrujące spory na tle zawartych umów między kasami chorych (obecnie NFZ) a świadczeniodawcami konieczność szczególnie wnikliwego rozważenia racji obu stron i, pomimo ułomności znajdujących tu zastosowanie przepisów, poszukiwania rozstrzygnięcia uwzględniającego granice wyznaczone przez normy prawne.

Istota sporu sprowadza się do kwestii: czy świadczeniodawca usług medycznych może skutecznie żądać zapłaty za świadczenia nieobjęte treścią umowy, którą zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia. W razie udzielenia odpowiedzi twierdzącej pozostaje do rozstrzygnięcia kwestia, czy po stronie świadczeniodawcy powstaje roszczenie o zwrot kosztów wszystkich wykonanych świadczeń, czy też tylko niektórych z nich, wyróżnionych z powodu swego charakteru lub okoliczności, w jakich zostały udzielone.

W judykaturze prezentowane są zasadniczo trzy stanowiska. Według pierwszego z nich, prezentowanego w niektórych orzeczeniach sądów powszechnych, które nie znalazło akceptacji w judykatach Sądu Najwyższego można uzyskać zapłatę za wszystkie świadczenia, udzielane pacjentom przez świadczeniodawcę, bez względu na treść umowy z NFZ-em i bez względu na przewidziane w niej limity. Według drugiego poglądu nie można w ogóle uzyskać zapłaty za świadczenia, które nie zostały uzgodnione i wprost określone w umowie świadczeniodawcy z NFZ-em. Stanowisko to oparte jest na przydaniu zasadniczego znaczenia umowie, określającej zasady

udzielania świadczeń oraz zakwestionowaniu tezy jakoby w relacjach między zakładami opieki zdrowotnej i NFZ-em obowiązek sfinansowania świadczeń ponadlimitowych powstał z mocy samego prawa. Według tej koncepcji przepisy art. 7 ustawy o z.o.z. i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza nie stanowią - wbrew twierdzeniom zwolenników pierwszego stanowiska wystarczającej podstawy do konstruowania stosunku obligacyjnego między świadczeniodawcą i NFZ-em w sytuacji, w której świadczeniodawcą udzielił świadczeń zdrowotnych ponad limit przewidziany w umowie (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 28 stycznia 2004 r., IV CK 434/02, z dnia 25 marca 2004 r., II CK 207/03 oraz z dnia 15 października 2004 r., II CK 54/04. Zwolennicy tego stanowiska kontestując pierwszy z przytoczonych poglądów wskazują, że skoro Kasa Chorych (obecnie NFZ) zawsze byłaby zobowiązana *ex lege* do pokrywania należności za wszystkie wykonane przez świadczeniodawców usługi medyczne, niezależnie od tego, czy mieściłyby się one w ramach wcześniej zawartej umowy, czy też dokonywane byłyby poza limitem określonym w umowie, to zawieranie umów traciłoby sens.

Pośrednie stanowisko, które dominuje w orzecznictwie Sądu Najwyższego oparte jest na zapatrywaniu, że żądanie zapłaty za udzielone świadczenia ponadlimitowe jest prawnie zasadne tylko wtedy, gdy do wykonania tych świadczeń doszło w sytuacjach określonych w art. 7 ustawy o z.o.z. i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza, skoro przepisy te są źródłem bezwzględного obowiązku lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej podjęcia interwencji medycznych w opisanych tam sytuacjach. Według tej koncepcji określone w umowach ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą przypadków, gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Ustawowy obowiązek natychmiastowego udzielenia świadczeń nie może więc być limitowany umową. Obowiązek zapłaty przez Kasy Chorych (obecnie NFZ) za świadczenia ponadlimitowe udzielone w warunkach „przymusu ustawowego”, został przyjęty przez Sąd Najwyższy m.in. w wyrokach z dnia 5 listopada 2003 r. (IV CK 189/02), z dnia 5 sierpnia 2004 r. (III CK 365/03) z dnia 15 grudnia 2004 r. (IV CK 361/04), z dnia 21 grudnia 2004 r. (I CK 320/04) oraz z dnia 28 czerwca 2005 r. (I CK 821/04).

Podzielając to stanowisko rozważyć należało zarzut naruszenia art. 7 ustawy o z.o.z. i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza przez ich niezastosowanie. Dla zastosowania art. 7 ustawy o z.o.z. („Zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia

takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia) oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza (Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki) koniecznym jest ustalenie, że pacjent „potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia” bądź jest to „przypadek niecierpiący zwłoki”.

W rozpoznawanej sprawie - jak wynika z ustaleń oraz wywodów prawnych Sądu Apelacyjnego - spór nie dotyczy kwestii, czy poszczególne przypadki hospitalizacji należało kwalifikować jako „niecierpiące zwłoki” lub wymagające „natychmiastowego udzielenia świadczenia”, bo z samej nazwy strony powodowej zdaje się wynikać, że strona powodowa niemal wyłącznie udziela świadczeń o takim charakterze (Sąd Apelacyjny tego nie ustalił). Istota sporu tkwi w tym, w jaki sposób strona powodowa ma wykazać, że udzieliła wspomnianych świadczeń ratujących zdrowie ponad limit ustalony w umowie łączącej strony. W ocenie Sądu Apelacyjnego okoliczność, że biegli stwierdzili, że świadczenia będące przedmiotem ich badań udzielone zostały w warunkach zagrożenia życia i zdrowia pacjenta nie oznacza, że świadczenia te udzielane były ponad limity. Sposobem udowodnienia, że świadczenia te miały charakter ponadlimitowy - według Sądu Apelacyjnego - „było wykazanie ilości pacjentów znajdujących się danego dnia na oddziale, ilości zakontraktowanych łóżek oraz terminów przyjmowania poszczególnych pacjentów, a co za tym idzie - określenie, w którym momencie wyczerpaniu uległ umówiony limit”. Obciążenie strony takim obowiązkiem, który sprowadzałby się do codziennego analizowania, czy ze względu na liczbę hospitalizowanych pacjentów, każdy przypadek przyjęcia do szpitala jest hospitalizacją w ramach limitu, czy ponad limit, nie znajduje usprawiedliwienia w treści umowy łączącej strony. Stronę powodową nie można zatem obciążać – w celu wykazania roszczenia - obowiązkiem przedstawienia dowodów wykazujących te okoliczności. W konsekwencji za usprawiedliwiony uznać należało zarzut naruszenia art. 6 k.c. w zw. z art. 232 k.p.c.

Skarżący Szpital trafnie podniósł w skardze kasacyjnej, że postanowienia umowy w części określającej limity łóżek - w sytuacji nieustalenia dziennych limitów przyjęć pacjentów oraz braku uzgodnień w zakresie niezbędnych przedsięwzięć organizacyjnych na wypadek wyczerpania limitu ustalonego w umowie - należało ocenić w płaszczyźnie art. 58 k.c.

Poza rozważaniami Sądu Apelacyjnego pozostała także okoliczność, mająca istotne znaczenie z punktu widzenia art. 354 i 56 k.c., że pozwany zupełnie nie współpracował z powodem przy wykonywaniu umowy i pozostawiał bez odpowiedzi wszystkie pisma powoda informujące o przekroczeniach limitów łóżek na oddziałach i konieczności renegocjacji warunków umowy.

Już z tych względów skarga kasacyjna, jako uzasadniona (także z powodu naruszenia art. 328 § 2 k.p.c.), podlegała uwzględnieniu.

Zarzuty sprzeczności istotnych ustaleń sądu z treścią zebranego w sprawie materiału, a także nierozpoznania istoty sprawy, podniesione bez wskazania przepisów prawa, a więc nie oparte na ustawowych podstawach kasacyjnych, a w przypadku pierwszego z nich także niedopuszczalny ze względu na art. 398³ § 3 k.p.c., należało ocenić za bezzasadne. Za nieusprawiedliwiony ocenić należało także zarzut naruszenia art. 405 i 410 § 2 k.c. zgłoszony w ramach naruszenia przepisów procesowych, bowiem Sąd Apelacyjny przepisów tych nie stosował, ani też nie było podstaw, aby je zastosować przy rozstrzygnięciu sporu.

Z przytoczonych względów należało orzec, jak w sentencji (398¹⁵ § 1 k.p.c.).