



Sygn. akt IV CK 312/05

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 grudnia 2005 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Mirosława Wysocka (przewodniczący)

SSN Marek Sychowicz

SSA Aleksandra Marszałek (sprawozdawca)

w sprawie z powództwa Szpitala (...) w S.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w G. o zapłatę, po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej w dniu 21 grudnia 2005 r., kasacji strony powodowej od wyroku Sądu Apelacyjnego z dnia 28 października 2004 r., sygn. akt I ACa (...),

oddala kasację.

Uzasadnienie

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 28 października 2004 r. Sąd Apelacyjny w G. oddalił apelację strony powodowej Szpitala (...) w S. od wyroku Sądu Okręgowego w G. z dnia 19 marca 2004 r., którym oddalono powództwo skierowane przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia – Pomorskiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu w G. o zasądzenie kwoty 3.433.192 zł, stanowiącej wartość świadczeń zdrowotnych wykonanych przez powoda na rzecz ubezpieczonych, ponad kwoty limitów określonych w umowach stron, obejmujących lata 2002 i 2003. Sąd pierwszej instancji

uznał, że w bezspornych okolicznościach faktycznych sprawy, nie ma podstaw do uwzględnienia powództwa. Łączące strony umowy określały limity finansowania świadczeń. Takie postanowienia umowne nie były sprzeczne z obowiązującymi przepisami, a o ich dopuszczalności stanowił wprost art. 53 ust. 4 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Tak więc, źródłem zobowiązania pozwanego wobec powoda, mogła być tylko wiążąca strony umowa. Skoro zaś przedmiotem sporu są należności za świadczenia umową tą nieobjęte (ponadlimitowe), to nie ma podstaw do sfinansowania tych świadczeń przez pozwanego.

Rozpoznając apelację strony powodowej Sąd drugiej instancji w całej rozciągłości podzielił zarówno ustalenia faktyczne jak i wywody prawne Sądu Okręgowego. Zaakceptował w szczególności stanowisko, że limitowanie świadczeń w umowach zawieranych pomiędzy kasami chorych a świadczeniodawcą nie jest sprzeczne z prawem, tego rodzaju postanowienia zamieszczone w umowach są więc ważne i decydują o zakresie zobowiązania stron. Za zasadne uznał też Sąd Apelacyjny pominięcie przez sąd pierwszej instancji wnioskowanego dowodu z opinii biegłych lekarzy różnych specjalności. Dowodem tym chciał powód wykazywać, że wszystkie przypadki hospitalizacji w objętym sporem okresie były uzasadnione stanem zdrowia pacjentów. Nawet bowiem uznanie tej okoliczności za prawdziwą, jak uczynił to Sąd Okręgowy, nie wpływa na zmianę zasad odpowiedzialności pozwanej i nie skutkuje jej rozszerzeniem, a źródłem zobowiązania pozostaje umowa stron, nieobejmująca świadczeń, za które zapłaty dochodzi powódka.

W kasacji od powyższego wyroku strona powodowa powołała się na obie podstawy z d. art. 393¹ k.p.c. i wniosła o uchylenie wyroków Sądów drugiej i pierwszej instancji i przekazanie sprawy Sądowi Okręgowemu w G. do ponownego rozpoznania.

W zakresie naruszenia przepisów prawa materialnego skarżąca zarzuciła błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie art. 353¹ k.c. i art. 3 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, przez przyjęcie, że postanowienia umów stron są zgodne z bezwzględnie obowiązującymi przepisami ustaw, a w szczególności art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, art. 30 ustawy o zawodzie lekarza, art. 162 k.k. oraz art. 68 Konstytucji, nakładającymi na lekarzy i zakłady opieki zdrowotnej bezwzględny obowiązek świadczenia usług medycznych w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia pacjentów, natomiast w zakresie przepisów postępowania naruszenie art. 224 § 1 k.p.c. w związku z art. 231 k.p.c., art. 233 k.p.c. i art. 6 k.p.c. przez pominięcie

wnioskowanego dowodu z opinii biegłych i w konsekwencji niewyjaśnienie, czy sporne świadczenia były wykonywane w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia pacjentów.

Sad Najwyższy zważył, co następuje:

W sprawie mają zastosowanie przepisy o kasacji w wersji redakcyjnej i numeracji obowiązującej do dnia 6 lutego 2005 r. (art. 3 ustawy z dnia 22 grudnia 2004 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania cywilnego i ustawy – Prawo o ustroju sądów powszechnych, Dz. U. z 2005 r. Nr 13, poz. 98).

Kasacja upatruje naruszenia prawa materialnego (art. 353¹ k.p.c.) w przyjęciu przez sądy obu instancji, że umowa łącząca strony jest ważna i wiążąca, mimo, że jej postanowienia o limitach świadczeń są sprzeczne z bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa. W kasacji powołano art. 68 Konstytucji, zgodnie z którym każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Sposób realizacji tego prawa bardzo ogólnie określa ustęp 2 powołanego artykułu, odsyłając, gdy chodzi o warunki i zakres świadczeń, do stosownej ustawy.

Ustawą taką w dacie spornych umów była ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 153 ze zmianami). Wskazany w kasacji art. 3 normowała ona cel świadczeń przysługujących ubezpieczonemu i przypadki, w jakich są one udzielane (choroba, uraz, ciąża, poród, połów, zapobieganie chorobom, promocja zdrowia). W art. 4 ust. 3 stanowiła zaś, że świadczenia zdrowotne są udzielane ubezpieczonym w ramach środków finansowych posiadanych przez kasę chorych i powinny odpowiadać aktualnej wiedzy i praktyce medycznej oraz nie przekraczać koniecznej potrzeby. Kierując się m.in. ujętym w tym przepisie ograniczeniem, kasy zawierają umowy o udzielenie świadczeń oraz, po zasięgnięciu wymaganych prawem opinii, określają zasady dostępności i sposoby rozliczania kosztów świadczeń zdrowotnych (art. 53 ust.1 i 2). Powołane wyżej przepisy wskazują jednoznacznie po pierwsze, że udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywa się na podstawie umów, po drugie, że umowy te zawierane są w określonych warunkach organizacyjno – finansowych służby zdrowia i muszą odpowiadać wymogom zawartym w przepisach, regulujących działanie jej jednostek. Jednym z takich wymogów jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach środków finansowych posiadanych przez kasy chorych, co niewątpliwie powodować może różnego rodzaju ograniczenia, (co do ilości, rodzaju, czasu świadczenia) i konieczność określania zasad dostępności usług (art. 53 ust. 2). Art. 53 ust. 4 powołanej ustawy wskazuje, jakie postanowienia powinny w szczególności znaleźć się w umowach

zawieranych między kasą chorych a świadczeniodawcami. Wymienia więc rodzaj i zakres świadczonych usług (pkt 1), warunki i zasady udzielania świadczeń (pkt 2), maksymalną kwotę zobowiązania kasy chorych wobec świadczeniodawcy (pkt 4). Postanowienia tej treści regulować więc muszą rozmiar i charakter świadczonych usług, przy czym sposób ich określenia pozostawiony został samym stronom (wyrok SN z 7 sierpnia 2003 r., IV CKN 393/01, wyrok SN z 28 stycznia 2004 r., IV CK 434/02, niepublikowane).

O konstytucyjności omawianych przepisów, to jest art. 53 ust. 2 i 4 pkt 1 i 2 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, wypowiedział się Trybunał Konstytucyjny. W wyroku z 28 lutego 2005 r. (P 7/03) uznał, że przepisy te nie są niezgodne z art. 68 Konstytucji (OTK – A z 2005 r., nr 2, poz. 18).

Jeśli chodzi o inne wskazywane w kasacji przepisy, to jest art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991 r., Nr 91, poz. 408) i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2005 r., Nr 226, poz. 1943), to dotyczą one obowiązku udzielenia pomocy w ściśle określonych sytuacjach, to jest w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Przepisy takie nie stanowią wystarczającej podstawy do konstruowania stosunku obligacyjnego między świadczeniodawcą i Kasą, gdy udzielone zostały świadczenia różnego rodzaju, ponad limit przewidziany w umowie (wyrok SN z 25 marca 2004 r., II CK 207/03, niepublikowany).

Zarzuty dotyczące treści umowy stron są więc bezzasadne.

Trzeba jednak uznać, że określane w umowach ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą przypadków, gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia (wyrok SN z 5 listopada 2003 r., IV CK 189/02, niepublikowany). Jednakże stosownie do art. 6 k.c. powodowy szpital obowiązany był wykazać, że objęte sporem świadczenia udzielone zostały właśnie w takich okolicznościach. Obowiązkowi temu strona powodowa nie sprostала, a sformułowane w kasacji zarzuty naruszenie prawa procesowego, związane z wyjaśnieniem tej kwestii, nie mogą odnieść skutku.

Zarzut naruszenia art. 233 k.p.c. jest całkowicie chybiony. Przepis ten określa ramy swobodnej oceny wiarygodności i mocy przeprowadzonych dowodów. Już z powyższego wynika, że pominięcie dowodu z opinii biegłych, nie może naruszać wskazanego przepisu, nie ma on bowiem żadnego zastosowania do oceny potrzeby

przeprowadzenia wnioskowanych przez strony dowodów. Podobnie chybiony jest zarzut naruszenia art. 224 § 1 w związku z 231 k.p.c. i art. 6 k.c. Rzeczą strony jest wyjaśnienie sprawy przez udowodnienie faktów, z których wywodzi ona skutki prawne. Powódka powołała dowód z opinii biegłych. Początkowo biegli mieli wykazać, że wszystkie przypadki hospitalizacji były uzasadnione stanem zdrowia pacjentów. Okoliczność ta jest jednak dla sprawy bez znaczenia, a prawdopodobnie jest też między stronami bezsporna. Strona pozwana zarzucała bowiem powódce wykonanie świadczeń w ilości przekraczającej umowne limity, a nie wykonanie świadczeń zbędnych. Nie jest też skuteczną próbą dowodzenia, że sporne świadczenia wykonywane były w warunkach określonych w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, powołanie na tę okoliczność dowodu z opinii biegłych lekarzy różnych specjalności, zresztą dopiero w apelacji, bez jakiegokolwiek wskazania, których świadczeń zarzut ten może dotyczyć. Rzeczą strony powodowej było wskazanie, które świadczenia wykonane być musiały natychmiast z powodu zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta, a biegły mógłby twierdzenia te najwyżej zweryfikować. Zważywszy, że szpital prowadzi dokumentację każdego pacjenta, nie jest to obowiązek niemożliwy do realizacji.

W tej sytuacji, skoro obie podstawy kasacyjne okazały się bezzasadne, na mocy art. 393¹² k.p.c. kasacje oddalono.