



Sygn. akt II CSK 350/06

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 stycznia 2007 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Stanisław Dąbrowski (przewodniczący)

SSN Jan Górowski

SSN Dariusz Zawistowski (sprawozdawca)

w sprawie z powództwa Specjalistycznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej nad Dzieckiem i Młodzieżą w S. przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w Warszawie o zapłatę,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej w dniu 17 stycznia 2007r.,
skargi kasacyjnej strony powodowej od wyroku Sądu Apelacyjnego w [...] z dnia 10 lutego 2006 r.,

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

Uzasadnienie

Sąd Okręgowy w S. wyrokiem z dnia 30 maja 2005 r. oddalił powództwo o zapłatę 173 935,63 zł. wniesione przez Specjalistyczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej nad Dzieckiem i Młodzieżą w S. przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia.

Sąd ten ustalił, że świadczenia zdrowotne wykonywane przez stronę powodową w latach 2001 i 2002 były finansowane przez [...] Regionalną Kasę Chorych, której następcą prawnym jest strona pozwana. Świadczenia zdrowotne były udzielane na podstawie umów, które określały warunki i zasady dokonywania tych świadczeń. W załącznikach do umów zostały określone limity poszczególnych świadczeń. Strona powodowa już w trakcie ich realizacji informowała o udzieleniu świadczeń ponad przyznany limit. Środki przekazane przez kasę chorych nie wystarczyły na sfinansowanie wszystkich świadczeń zdrowotnych udzielonych przez stronę powodową. Kasa chorych odmówiła pokrycia wydatków związanych z udzieleniem przez stronę powodową ponadlimitowych świadczeń zdrowotnych. Ich wartość w latach 2001 i 2002 wyniosła łącznie 173 958,63 zł.

Sąd Okręgowy uznając powództwo za bezzasadne przyjął, że działalność kas chorych przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych sprowadzała się do pośredniczenia w przepływie środków finansowych pomiędzy ZUS i podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych. Działalność ta była ściśle regulowana przepisami prawa i mimo negocjowania warunków umów, wysokość kwot przekazywanych poszczególnym zakładom opieki zdrowotnej była ograniczona ilością środków wypłacanych przez ZUS. W umowach między kasami chorych a świadczeniodawcami określone były maksymalne kwoty zobowiązań kas chorych. Przepisy ustawowe zobowiązywały je nadto do przestrzegania zasady równowagi kosztów z przychodami oraz zasady, że suma zobowiązań kas chorych wobec wszystkich świadczeniodawców musi mieścić się w planie finansowym kas chorych. Odmowa renegotjacji umów i pokrycia świadczeń ponadlimitowych nie wynikała zatem ze złej woli strony pozwanej, ale z konieczności stosowania obowiązujących przepisów, które wyznaczały ramy

działalności kas chorych w zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych. Z tych względów powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie.

Sąd Apelacyjny, po rozpoznaniu apelacji strony powodowej, oddalił ją wyrokiem z dnia 10 lutego 2006 r. Sąd drugiej instancji podkreślił, że stosunek pomiędzy kasą chorych a świadczeniodawcą ma charakter zobowiązania umownego i w tym kontekście należy należało ocenić, czy strona pozwana była zobowiązana do zapłaty należności za dochodzone pozwem świadczenia ponadlimitowe. W świetle przepisu art. 53 ust 4 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i warunków umów o świadczenie usług zdrowotnych zawartych ze strona powodową, kasa chorych w zasadzie nie miała obowiązku finansowania świadczeń ponadlimitowych.

Sąd Apelacyjny przyjął jednak jednocześnie, że określone w umowach limity ilościowe świadczeń zdrowotnych nie stanowiły podstawy do odmowy finansowania przekraczających te limity świadczeń, udzielonych w warunkach określonych w art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (przypadki natychmiastowego udzielenia świadczeń ratujących życie i zdrowie). Sąd Apelacyjny ocenił, że strona powodowa, na której spoczywał ciężar dowodu, zgodnie z regułą wyrażoną w art. 6 k.c., nie wykazała należycie, że ponadlimitowe świadczenia zdrowotne, których dotyczyło żądanie pozwu, zostały udzielone przy spełnieniu przesłanek określonych w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. W tej sytuacji apelacja była pozbawiona uzasadnionych podstaw i podlegała oddaleniu.

Skarga kasacyjna strony powodowej została oparta o podstawę naruszenia przepisów postępowania (art. 398³ § 1 pkt 2 k.p.c.). W jej ramach skarżący zarzucił naruszenie art. 227 k.p.c. w zw. z art. 230 k.p.c. poprzez nieprzeprowadzenie dowodu z dokumentacji medycznej dotyczącej wykonanych ponadlimitowych świadczeń zdrowotnych oraz naruszenie art. 228 k.p.c. poprzez przyjęcie, że udzielone przez stronę powodową świadczenia zdrowotne na oddziale intensywnej terapii wymagały wykazania, że zostały udzielone w przypadkach ratowania życia i zdrowia pacjentów, choć winny być uznane za nie wymagające dowodu w tym zakresie, jako powszechnie znane.

W oparciu o te zarzuty strona powodowa wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Apelacyjnemu.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Sąd Apelacyjny ocenił prawidłowo, że forma finansowania świadczeń medycznych wykonywanych przez stronę powodową wynikała z umów zawartych z kasą chorych. Umowy te określały rodzaj świadczeń, które miały być wykonane oraz zasady ponoszenia kosztów świadczeń medycznych przez kasę chorych. Postanowienia tych umów ustalone przez strony w ramach swobody kontraktowej powinny być wykonywane zgodnie z ich treścią (art. 354 § 1 k.p.c.) i co do zasady strona pozwana nie była zobowiązana do finansowania tego rodzaju świadczeń medycznych, których zakres nie był przewidziany w ramach umowy łączącej strony.

Sąd Apelacyjny przyjął również trafnie, że limity ilościowe świadczeń medycznych określone w umowie nie mogły stanowić bariery dla udzielania pomocy w wypadkach nagłych, gdzie zagrożone było życie lub zdrowie pacjentów i za tego rodzaju świadczenia ponadlimitowe stronie powodowej przysługuje wynagrodzenie. Art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.) nakładał na stronę powodową obowiązek udzielania tego rodzaju świadczeń. Na stronie powodowej nie spoczywał zaś obowiązek świadczenia usług medycznych, które miałyby finansować ze swoich środków.

Nie można też pomijać, że obowiązek wykonania umowy zgodnie z jej treścią winien uwzględniać również regulację zawartą w art. 56 k.c. Z brzmienia tego przepisu wynika, że czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te które wynikają z ustawy, z zasad współżycia społecznego i ustalonych zwyczajów. Trafna była zatem ocena, że nie można wyłączyć zasadności powództwa dla tych przypadków ponadlimitowych świadczeń medycznych, które zostały zrealizowane w warunkach określonych w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Sąd drugiej instancji uznał jednak apelację strony powodowej za nieuzasadnioną, z tej przyczyny, że w jego ocenie nie wykazała ona, aby świadczenia zdrowotne wykonane ponad limit, były udzielone przy spełnieniu przesłanek określonych w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Ocena ta mogłaby zostać uznana za usprawiedliwioną jedynie wówczas,

gdyby poprzedzała ją właściwa ocena zaoferowanych przez stronę powodową dowodów. Sąd Apelacyjny takiej oceny w istocie nie przeprowadził przyjmując, że strona powodowa nie wniosowała o przeprowadzenie dowodów, które pozwoliłyby zweryfikować jej twierdzenia- na przykład dowodu z opinii biegłych. Uznał też, że nie stanowiły dowodu w sprawie oświadczenia pisemne ordynatorów i kierowników poradni, dotyczące charakteru udzielonych świadczeń medycznych. Stanowiły one „prywatne świadectwa pisemne”, których obowiązujące prawo nie pozwala uznać za dowody.

W skardze kasacyjnej zasadnie zarzucono, że Sąd Apelacyjny pominął ocenę dokumentacji medycznej jako dowodu na okoliczność charakteru wykonanych świadczeń ponadlimitowych. Nie można zaś wykluczyć, że treść tej dokumentacji, biorąc pod uwagę zawarte w niej dane, jest wystarczająca dla dokonania oceny, czy stwierdzone w niej przypadki udzielonych świadczeń zdrowotnych miały miejsce w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów. Należy podzielić zatem ocenę skarżącego, że pominięcie przeprowadzenia dowodu z dokumentacji medycznej w rozpoznawanej sprawie, stanowiło istotne uchybienie procesowe mające wpływ na jej wynik. Nie można też odmówić racji skarżącemu, że sąd drugiej instancji nie wziął pod uwagę treści art. 228 k.p.c. i nie ocenił, czy charakter części ponadlimitowych świadczeń medycznych, przy samym stwierdzeniu ich wykonania, wymagał istotnie dowodzenia, że były one świadczeniami ratującymi życie lub zdrowie. Strona powodowa podnosiła zaś, że niektóre świadczenia ponadlimitowe były udzielone na oddziale intensywnej terapii, gdzie zazwyczaj udziela się pomocy medycznej w sytuacjach nagłych, pacjentom znajdującym się w ciężkim stanie zdrowia.

Z tych przyczyn skarga kasacyjna była uzasadniona i zaskarżony wyrok podlegał uchyleniu na podstawie art. 398¹⁵ § 1 k.p.c.