



Sygn. akt II CSK 501/06

WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 15 marca 2007 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Mirosław Bączyk (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Grzegorz Misiurek

SSN Henryk Pietrkowski

w sprawie z powództwa Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
Szpitala Klinicznego [...] przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia
o zapłatę,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej
w dniu 15 marca 2007 r.,
skargi kasacyjnej strony powodowej
od wyroku Sądu Apelacyjnego
z dnia 6 czerwca 2006 r., sygn. akt [...],

oddala skargę kasacyjną.

Uzasadnienie

Sąd Okręgowy oddalił powództwo Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Klinicznego (SPZOZ) wytoczone przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia o zapłatę kwoty 544 230 zł, dokonując następujących ustaleń faktycznych.

Strony zawarły w dniu 3 października 2002 r. umowę [...]9 o udzielenie w okresie od dnia 16 września do dnia 31 grudnia 2002 r. świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego, przysługujących osobom ubezpieczonym w b. Branżowej Kasie Chorych. W umowie tej uzgodniono, m.in., sposób finansowania świadczeń przez Kasę Chorych. Powód wyraził zgodę na włączenie do umowy sporządzonych przez pozwaną ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych. W § 18 ust. 5 tych warunków stwierdzono, że świadczeniodawcy nie przysługuje wobec Kasy Chorych jakiegokolwiek roszczenie z tytułu wykonania świadczeń zdrowotnych przekraczających wartość rocznej umowy, a zwłaszcza - żądanie zwrotu poniesionych z tego tytułu wydatków. Umowa z dnia 3 października 2002 r. była wielokrotnie zmieniana aneksami. Ostatecznie następca prawny Kasy Chorych (NFZ) zobowiązał się do zapłaty powodowi za okres od dnia 1 stycznia 2003 r. do 31 grudnia 2003 r. kwoty 7.257.231 zł. Powód wykonał świadczenia przewidziane umowie z 2002 r., przy czym do przekroczenia limitów świadczeń doszło na trzech oddziałach: Intensywnej Terapii, Kliniki Rehabilitacji i Medycyny Fizykalnej oraz Kliniki Gastroenterologii. Ostatecznie powód otrzymał od pozwanego (NFZ) kwotę 7.220.245 zł, natomiast łączny koszt świadczonych przez powoda usług zdrowotnych w 2003 r. (z przekroczeniem limitów wynikających z umowy) wyniósł 7.774.475 zł. Powód dochodził zatem od pozwanego zapłaty różnicy tych sum (554.230 zł).

Uzasadniając oddalenie powództwa, Sąd Okręgowy stwierdził, że w umowie z 2002 r. przewidziano ogólny limit pieniężny wynagrodzenia szpitala oraz limity świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju. Przekroczenie limitów tych świadczeń nie rodziło obowiązku zapłaty przez pozwanego, ponieważ w umowie nie przewidywano zapłaty za świadczenia ponadlimitowe. Podstawą roszczeń

strony powodowej nie mogą być też przepisy prawa obowiązujące w okresie objętym sporem. Obowiązek taki nie wynika także z art. 7 ustawy z dnia 30 stycznia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 91, poz. 408 ze zm., cyt. dalej jako „ustawa o zoz”). Między stronami doszło do renegocjacji umowy w zakresie kwoty objętej pozwem. Sąd ten nie podzielił twierdzenia powoda, że w aneksie z lutego 2004 r. doszło do częściowego uznania roszczenia powoda przez NFZ.

Sąd Apelacyjny oddalił apelację strony powodowej. Uznał, że Sąd Okręgowy dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych. Powód nie wykazał, że Dyrektor NFZ przyrzekł mu ustnie refundację świadczeń ponadlimitowych w dochodzonej kwocie. Nie było podstaw do stwierdzenia, że pozwany uznał dochodzone roszczenie z tej racji, iż przekazał powodowi kwotę 400.000 zł na podstawie aneksu z lutego z 2004 r. Strony umowy o świadczenie usług medycznych zawierają te umowy m.in. w oparciu o prognozowaną ilość świadczeń medycznych, a prognozy te obejmują także przypadki świadczeń koniecznych, udzielanych w sytuacjach niecierpiących zwłoki (art. 7 ustawy o zoz). Jeżeli prognozy takie okazały się błędne, to nie ma podstaw do uznania, że „przypadki wykonania świadczeń objętych tym przepisem wchodzą z mocy samego prawa do treści zawartej umowy”. Podstawowym sposobem urealnienia umów jest zatem ich renegocjowanie. W rozpoznawanej sprawie dochodziło do kilkakrotnych renegocjacji i w ich konsekwencji doszło do podwyższenia górnego limitu zobowiązania strony pozwanej. Limit ten ostatecznie ustalono na kwotę 7.257.231 zł i taką kwotę powód otrzymał od NFZ. Gdyby podzielić stanowisko, że ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą przypadków natychmiastowego udzielenia takich świadczeń ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, także nie byłoby – według Sądu Apelacyjnego – podstaw do uwzględnienia żądania powoda. Nie wykazał on bowiem, że świadczenia zdrowotne, przekraczające ustalony przez strony limit tych świadczeń w 2003 r., są świadczeniami udzielonymi w warunkach przewidzianych w art. 7 ustawy o zoz.

W skardze kasacyjnej powoda podniesiono zarzuty naruszenia art. 56 k.c. w zw. z art. 7 ustawy o zoz i art. 56 k.c. w zw. z art. 7 ustawy o zoz i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (tj. Dz.U. z 2003 r., nr 21, poz. 204 ze zm.; cyt. dalej jako „ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty”)

oraz art. 58 § 3 k.c. w wyniku niezastosowania tych przepisów w rozpoznawanej sprawie. Skarżący wnosił o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

W skardze kasacyjnej strony powodowej nie podnoszono zarzutów naruszenia prawa procesowego. Nie kwestionowano też ustaleń faktycznych dokonanych przez Sady meriti. Sąd Najwyższy związany jest ustaleniami dokonanymi przez Sąd Apelacyjny (art. 398¹⁴ k.p.c.).

Nie można zgodzić się ze stanowiskiem Sądu Apelacyjnego, że przypadki wykonania świadczeń objętych art. 7 ustawy o zoz nie wchodzą z mocy samego prawa (art. 56 k.c.) do treści umowy o świadczenie usług medycznych, a podstawowym sposobem uregulowania takich umów jest ich renegotjowanie (s. 11 uzasadnienia zaskarżonego wyroku). W orzecznictwie Sądu Najwyższego kształtuje się odmienne, trafne stanowisko (por. np. ostatnio uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 10 maja 2006 r., III CSK 53/03, nieopubl., oraz powołane tam orzeczenia). W orzeczeniu tym stwierdzono m.in. to, że przepis art. 7 ustawy o zoz oraz art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i zawodzie dentysty (t.j. Dz.U. z 2002 r. nr 21, poz. 204, ze zm. cyt. dalej jako „ustawa o zawodzie lekarza i zawodzie dentysty”) nakładają wprost na lekarzy i zakłady opieki zdrowotnej bezwzględny obowiązek udzielenia pomocy medycznej. Koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach takiego przymusu ustawowego należy – zgodnie z art. 56 k.c. – włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między kasą chorych a świadczeniodawcą i obciążyć nimi kasę chorych, jako zarządzającą środkami publicznymi, z których powinny być one pokryte.

Pozostaje jedynie kwestia, czy sytuacja opisana w dyspozycji art. 7 ustawy o zoz została przez stronę powodową dostatecznie wykazana w toku postępowania dowodowego (art. 6 k.c.).

Należy w pełni podzielić stanowisko Sądu Apelacyjnego, że strona powodowa nie wykazała jednak tego, iż świadczenia zdrowotne, przekraczające ustalony przez strony limit tych świadczeń w 2003 r., są świadczeniami udzielonymi

w warunkach określonych w art. 7 ustawy o zoz (s. 12 uzasadnienia zaskarżonego wyroku). Za taki dowód nie można uznać w szczególności, znajdujące się w aktach sprawy, ogólne „Rozliczenie umowy nr [...]4 z NFZ w 2003 r.” (k. 70 – 71 akt) z zaznaczeniem, że powód wykonał świadczenie ponadlimitowe, m.in., wobec pacjentów Oddziału Intensywnej Terapii (w wysokości 294.200 zł). Trafnie zauważył Sąd drugiej instancji to, że potrzebę natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia powodowy Szpital powinien wykazać jednak w sposób bardziej szczegółowy, ponieważ w związku z prowadzeniem odpowiedniej dokumentacji lekarskiej dla każdego pacjenta taki obowiązek nie jest szczególnie trudny do wykonania. W skardze kasacyjnej powód powołuje się na ten ogólny dowód („Rozliczenie umowy”) oraz zeznania świadków, jednakże nie formułuje w tym zakresie odpowiednio zindywidualizowanych zarzutów kasacyjnych, pozwalających na podważenie ustaleń faktycznych dokonane przez Sady meriti.

Nie uzasadniony zatem pozostaje zarzut naruszenia art. 7 ustawy o zoz w zw. z art. 56 k.c. Bezprzedmiotowy jest zarzut naruszenia art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentyście, ponieważ przepis ten nie był w ogóle stosowany przez Sąd Apelacyjny. Za bezprzedmiotowy należało uznać także zarzut naruszenia art. 58 § 3 k.p.c., skoro w rozpoznawanej sprawie przepis art. 7 ustawy o zoz w ogóle nie miał zastosowania i nie było podstaw do oceny skuteczności § 18 ogólnych warunków udzielania umów o udzieleniu świadczeń zdrowotnych z punktu widzenia tego przepisu.

Z przedstawionych względów Sąd Najwyższy oddalił skargę kasacyjną jako nieuzasadnioną (art. 398¹⁴ k.p.c.).