

Sygn. akt V CNP 51/15

POSTANOWIENIE

Dnia 22 stycznia 2016 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Bogumiła Ustjanicz

w sprawie ze skargi B. K.

o stwierdzenie niezgodności z prawem prawomocnego wyroku Sądu Okręgowego
w W. z dnia 21 czerwca 2013 r., sygn. akt II Ca [...]

w sprawie z powództwa B. K.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia z siedzibą w W.

oraz Samodzielnemu Publicznemu Zespołowi Opieki Zdrowotnej w Ś.

o zapłatę,

na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej w dniu 22 stycznia 2016 r.,

1) odmawia przyjęcia skargi do rozpoznania;

**2) nie obciąża skarżącego kosztami postępowania
wywołanymi wniesieniem skargi.**

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 29 listopada 2012 r. Sąd Rejonowy w W. zasądził od pozwanych solidarnie na rzecz powoda kwotę 14 798 zł tytułem zwrotu wydatków poniesionych na zakup leku o nazwie e. w 2009 r., łącznie 12 798 zł oraz zadośćuczynienia w wysokości 2 000 zł wraz z wyszczególnionymi odsetkami.

Po rozpoznaniu apelacji pozwanych Sąd Okręgowy w W. wyrokiem z dnia 21 czerwca 2013 r. zmienił wyrok Sądu pierwszej instancji w ten sposób, że oddalił powództwo. Z ustaleń dokonanych przez ten Sąd, w zakresie podzielonym przez Sąd drugiej instancji wynika, że schorzenie, na które cierpi powód wymagało przyjmowania od 2004 r. leku o nazwie e.. W 2007 r. pozwany Szpital pozyskiwał środki na leczenie powoda, w tym podawanie leku, w drodze zgody na tzw. „farmakoterapię niestandardową”, wyrażanej decyzjami dyrektora [...] Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Świadczenia te nie były objęte kontraktami zawartymi przez Szpital z Narodowym Funduszem Zdrowia. W połowie 2008 r. decyzje nie były wydawane, a kontynuacja leczenia była możliwa przy użyciu leków pochodzących z darowizn firm farmaceutycznych. Pozwany Szpital nie otrzymał zgody Funduszu na stosowanie w 2008 r. wobec powoda farmakoterapii niestandardowej. Nie odniosły skutku także osobiste starania powoda. Zaproponowano mu w 2009 r. leczenie w ramach jednorodnych grup pacjentów, które łączyło się z obowiązkiem przebywania w szpitalu co najmniej dwa razy w miesiącu, łącznie sześć dni. W ten sposób doszłoby do pokrycia ceny leku. Takie zasady leczenia wprowadzone zostały zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr [...] DSOZ z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne oraz nr [X.] DSOZ z dnia 23 stycznia 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne i załączników do zarządzenia.

W 2009 r. nie było „programu terapeutycznego” z możliwością użycia leku e.. Od lipca 2009 r. powód nie wyraził zgody na hospitalizację, powołując się na problemy z wykonywaniem pracy zawodowej oraz w życiu rodzinnym. Nie otrzymywał też wymaganego leku. Nabywał go przez w aptecce otwartej w ilości

trzech opakowań. „Program terapeutyczny” z podawaniem e. wprowadzony został z dniem 15 stycznia 2010 r.

Sąd Okręgowy uznał, że jeżeli został wprowadzony, refundowany przez NFZ tryb leczenia choroby na, którą cierpi powód, to był on obowiązany, jako ubezpieczony świadczeniobiorca, poddać się wymaganej hospitalizacji. Rezygnacja z tej formy leczenia była decyzją, której konsekwencje obciążały powoda. Wydatki na zakup leku w otwartej aptece nie mogły być traktowane jako szkoda. Negatywne oddziaływanie na powoda pobytów w szpitalu, jako niewykazane, nie mogło kreować roszczeń w stosunku do pozwanych. Nie było podstaw do uznania, że powód był uprawniony do swobodnego kształtowania przebiegu swojego leczenia, a przekonanie o słuszności tego wyboru było subiektywne. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (jedn. tekst: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, ze zm., dalej: „ustawa o świadczeniach zdrowotnych”), jak też zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lutego 2009 r. w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością (Dz. U. nr 35, poz. 276, ze zm.).

Zgodnie z art. 132 ustawy o świadczeniach zdrowotnych obowiązkiem szpitala, jako świadczeniodawcy, którego łączy z Narodowym Funduszem Zdrowia umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, było dostarczanie świadczeń w niej przewidzianych, które obejmują procedury medyczne, leki i wyroby medyczne, celowe w indywidualnym przypadku, było prowadzenie leczenia według umownych ustaleń. Nie ma unormowania uprawniającego ubezpieczonego do sądowego dochodzenia nakazania wybranej placówce służby zdrowia udzielenia mu określonego świadczenia zdrowotnego oraz trybu w jakim miałoby to nastąpić, jeżeli nie został on ujęty w kontrakcie, a w konsekwencji wywodzenia z niego roszczeń odszkodowawczych. Bezpodstawnie powód w istocie podważa prawidłowość kontraktu zawartego przez pozwanych i sposobu jego realizacji przez zakwestionowanie proponowanego mu trybu leczenia, skoro nie podważył zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia określającego zasady i tryb

podawania leku e. Nie było podstaw do uznania, że zbędne były procedury dotyczące leczenia powoda.

Sąd Okręgowy wskazał, że w przywołanym orzecznictwie sądowoadministracyjnym wyrażano zapatrywania, iż przepisy ustawy o świadczeniach zdrowotnych nie przyznają ubezpieczonym prawa do zwrotu środków poniesionych na opiekę zdrowotną poza systemem tej ustawy, w tym kosztów leczenia. Roszczenia powoda nie spełniały przesłanek objętych art. 471, 472, 474 w związku z art. 448 k.c.

W skardze o stwierdzenie niezgodności z wyroku Sądu Okręgowego z prawem powód wniósł o stwierdzenie niezgodności tego wyroku z art. 58 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, art. 417 k.c., art. 471 k.c., art. 353 § 1 k.c. w związku z art. 87 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, art. 328 § 2 w związku z art. 391 § 1 i art. 386 § 4 k.p.c. Te same przepisy uczynił podstawą skargi.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Zgodnie z art. 424⁹ k.p.c. Sąd Najwyższy odmawia przyjęcia skargi o stwierdzenie niezgodności z prawem prawomocnego orzeczenia do rozpoznania, jeżeli jest ona oczywiście bezzasadna.

Celem wstępnej oceny skargi o stwierdzenie niezgodności z prawem prawomocnego orzeczenia, dokonywanej na podstawie art. 424⁹ k.p.c., jest wyeliminowanie skarg oczywiście bezzasadnych, które bez konieczności wnikliwej analizy prawnej powinny być oddalone. Oczywiście bezzasadność skargi oznacza, że objęte nią orzeczenie, w granicach zaskarżenia i w granicach podstaw (art. 424¹⁰ k.p.c.), nie budzi zastrzeżeń. Jeżeli z treści skargi już przy pierwszej ocenie wynika faktyczny brak możliwości jej uwzględnienia, to Sąd Najwyższy może już na wstępie stwierdzić, że powołane podstawy albo nie miały miejsca albo też nie mogły mieć wpływu na kształt orzeczenia, które w wyniku tego uznać trzeba za zgodne z prawem. Nie ma zatem potrzeby prowadzenia szerokiej analizy prawnej i dokonywania pogłębionego badania trafności zaskarżonego orzeczenia w odniesieniu do zastosowania prawa i jego wykładni. Ocena zasadności skargi w tym zakresie polega na antycypowaniu niejako roli sądu, który orzekałby co do istoty sprawy z powództwa skarżącego o wynagrodzenie szkody wyrządzonej wydaniem prawomocnego orzeczenia. Ze względu na zbieżność istoty skargi

z powództwem odszkodowawczym Sąd Najwyższy musi rozważyć jej zasadność przez pryzmat przesłanek wynikających z art. 417¹ § 2 k.c.

Pojęcie niezgodności z prawem prawomocnego wyroku, które zostało użyte w art. 424¹ k.p.c., może wynikać tylko z oczywistych błędów sądu, spowodowanych rażącym naruszeniem zasad wykładni lub oczywiście niewłaściwego zastosowania prawa. Przesłanką zatem stwierdzenia niezgodności prawomocnego wyroku z prawem jest wydanie go, w następstwie rażąco wadliwej, czyli sprzecznej z zasadniczymi i niepodlegającymi różnej wykładni przepisami oraz z ogólnie przyjętymi standardami rozstrzygnięć albo gdy stanowi ono wynik nieuzasadnionej wykładni lub niewłaściwego zastosowania prawa, które jest oczywiste i nie wymaga głębszej analizy prawniczej, a zatem rozumienie go nie budzi żadnych wątpliwości (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 31 marca 2006 r., IV CNP 25/05, OSNC 2007, nr 1, poz. 17; dnia 7 lipca 2006 r., I CNP 33/06, OSNC 2007, nr 2, poz. 35; z dnia 4 stycznia 2007 r., V CNP 132/06, OSNC 2007, nr 11, poz. 174, z dnia 18 lutego 2009 r., I CNP 97/08, Biul. SN z 2009, nr 10, poz. 48). Określenie niezgodności prawomocnego orzeczenia sądu z prawem, dokonywane jest przy uwzględnieniu charakteru i istoty działalności jurysdykcyjnej sądu oraz przyznanej mu swobody orzeczniczej, w szczególności co do wyboru przeprowadzanej wykładni przepisów prawa oraz zastosowania go do ustalonego stanu faktycznego. Chodzi zatem o naruszenie prawa mające kwalifikowany charakter, nie zaś jako podstawa do dochodzenia roszczeń odszkodowawczych od Skarbu Państwa w odniesieniu do każdego wadliwego wyroku. W orzecznictwie Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości podkreśla się, że szczególne funkcje wypełniane w państwie przez sądy oraz zasada pewności prawa powodują, że państwo może ponieść odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną orzeczeniem sądowym tylko wtedy, gdy sąd naruszył prawo w sposób oczywisty, w przypadku wykonywania władzy dyskrecyjnej niezbędnym jest pewien margines błędu, którego popełnienie nie może rodzić odpowiedzialności odszkodowawczej państwa (por. wyrok z dnia 30 września 2003 r., C – 224/01, w sprawie Gerhard Kobler przeciwko Austrii). Utrwaloną w orzecznictwie Sądu Najwyższego wykładnię art. 424¹ k.p.c. podzielił także Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 27 września 2012 r., SK 4/11(OTK-A 2912, nr 8, poz. 97), stwierdzając że przesłanką skargi może być jedynie

niezgodność z prawem oczywista, rażąca i przybierająca postać kwalifikowaną, a także jej rozumienie jest zgodne z art. 77 ust. 1 Konstytucji.

Ustalenia faktyczne Sądu Rejonowego, w zakresie uznanym za własne przez Sąd Okręgowy, były podstawą badania roszczeń powoda według przepisów regulujących zasady udzielania pacjentom świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych oraz wskazanych przepisów kodeksu cywilnego. Sposób procedowania Sądu Okręgowego i motywy zaskarżonego wyroku nie budzą istotnych zastrzeżeń. Dokonana przez ten Sąd ocena roszczenia powoda stanowi wynik rozumowania mieszczącego się w granicach dopuszczalnej interpretacji przepisów prawa materialnego, wyznaczonej otwartością znaczeniową terminów prawnych oraz istotą wykładni, obejmującą różne konteksty. Rozważania Sądu odnosiły się do relacji pacjenta, świadczeniobiorcy i Narodowego Funduszu Zdrowia w kontekście leczenia prowadzonego przez pozwany Szpital, stosownie do reguł określonych kontraktem zawartym z Funduszem. Twierdzenie skarżącego o naruszeniu w stopniu kwalifikowanym wskazanych w skardze przepisów nie zasługiwało na podzielenie, wynika ono z subiektywnego wartościowania żądania zwrotu poniesionych wydatków, opartego na założeniu, że odmówiono mu leczenia, utożsamianego z pożądanym sposobem prowadzenia terapii. Interpretacji Sądu Okręgowego nie można przypisać cech dowolności. Podkreślenia wymaga, że w orzecznictwie nie doszło do ukształtowania się linii orzeczniczej w odniesieniu do finansowania terapii niestandardowej, a zatem dokonana przez Sąd Okręgowy interpretacja nie może być traktowana jako dowolna, odbiegająca od przyjętych wzorców orzeczniczych. Skarżący nie przedstawił argumentów przemawiających za tym, że zaskarżone orzeczenie jest rażąco wadliwe.

Analiza wniesionej skargi, w świetle jej podstaw i motywów kwestionowanego wyroku, wskazuje na to, że jest ona oczywiście bezzasadna.

Z tych względów Sąd Najwyższy odmówił przyjęcia skargi do rozpoznania na podstawie art. 424⁹ k.p.c. Orzeczenie o kosztach postępowania wywołanych wniesieniem skargi wynika z zasady przewidzianej w art. 98 § 1 w związku z art. 391 § 1, 398²¹ 424¹² k.p.c.

l.n