

WYROK z dnia 3 listopada 2004 r. III CK 546/03

**Ani przepisy ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, ani art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ani te art. 30 ustawy o zawodzie lekarza nie dają podstawy skonstruowania obowiązku strony pozwanej do zapłaty za tego rodzaju usługi medyczne.**

*Sąd Najwyższy w składzie :*

*SSN Elżbieta Skowrońska-Bocian (przewodniczący)*

*SSN Jan Górowski (sprawozdawca)*

*SSN Maria Grzelka*

w sprawie z powództwa Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie przeciwko Małopolskiej Regionalnej Kasie Chorych w Krakowie obecnie Narodowemu Funduszowi Zdrowia – Małopolskiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu w Krakowie

o zapłatę,

po rozpoznaniu w Izbie Cywilnej w dniu 3 listopada 2004 r.,

na rozprawie kasacji strony pozwanej od wyroku Sądu Apelacyjnego z dnia 7 maja 2003 r.,

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

#### **UZASADNIENIE**

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie wniósł o zasądzenie od pozwanej Małopolskiej Regionalnej Kasy Chorych w Krakowie kwoty 936 273 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 11 maja 2004 r. do dnia zapłaty. Sąd Okręgowy wyrokiem z dnia 20 listopada 2002 r. uwzględnił powództwo w całości.

Zdaniem Sądu, pomiędzy stronami niesporne było, że pozwana przeprowadziła konkurs ofert na udzielenie świadczeń szpitalnych w 2000 r. i wśród oferentów był także powód. Szczegółowe warunki konkursu ofert nie przewidywały odrębnego kontraktowania świadczeń na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM). Koszty leczenia na tym oddziale miały być uwzględnione w cenie świadczeń oddziałów danego szpitala.

W dniu 31 grudnia 1999 r. strony zawarły umowę o udzielenie świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie lecznictwa zamkniętego na 2000 r., w której nie znalazł się zapis o oddzielnym finansowaniu przez pozwaną świadczeń na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, natomiast w § 12 umowy postanowiono, że ustalona kwota za udzielone świadczenia zdrowotne stanowi wszystkie zobowiązania Kasy Chorych w stosunku do powoda.

Powód w piśmie z dnia 24 stycznia 2000 r. skierowanym do pozwanej zgłosił zastrzeżenia w przedmiocie braku unormowania odpłatności za świadczenia na przedmiotowym oddziale. Następnie na tle przypadku pacjenta Tomasza Z. skierował powód do Kasy Chorych o zwrot kosztów tego leczenia. Dalsze takie zabiegi w tym przedmiocie doprowadziły do zawarcia w dniu 23 maja 2001 r. aneksu do umowy obowiązującego od dnia 1 maja 2001 r., zgodnie z którym przewidziano w tego rodzaju sytuacjach odrębne rozliczenie świadczeń, jednakże nadal pozwana nie wyraziła zgody na ich rozliczenie za 2000 r. świadczeń tych na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii udzielono 40 – tu pacjentom ubezpieczonym, nie leczonym na żadnym innym oddziale tego szpitala, których koszt wyniósł kwotę 936 273 zł.

Małopolska Kasa Chorych w 2000 r. miała wielomilionowe nadwyżki nad wydatkami, dysponując zyskiem netto.

Według oceny Sądu pierwszej instancji, brak było w umowie stron postanowienia co do

oddzielnego rozliczenia świadczeń zdrowotnych na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii w 2000 r., a szczegółowe warunki konkursu ofert takiej możliwości nie dawały, gdy pacjent był leczony tylko na tym oddziale. Jego zdaniem kwestia oddzielnych rozliczeń za tego rodzaju świadczenia nie była w umowie uregulowana i w konsekwencji przyjął, że odpowiedzialność strony pozwanej wynikała z [art. 405](#) k.c.

Nie wykluczając jednak także odpowiedzialności kontraktowej ([art. 471](#) k.c.) wskazał, że dłużnik powinien wykonać zobowiązanie nie tylko zgodnie z jego treścią, ale także w sposób odpowiadający jego celowi społeczno-gospodarczemu i zasadom współżycia społecznego. Wyraził pogląd, że skoro istotną działalnością pozwanej było zabezpieczenie ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych w ramach posiadanych środków finansowych, a pozwana dysponowała funduszami przekraczającymi zobowiązania i była monopolistką w zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych, to trudno przyjąć, aby wykonała swoje zobowiązanie umowne w sposób odpowiadający celowi społeczno-gospodarczemu i zgodnie z zasadami współżycia społecznego.

Od tego wyroku apelację wniosła pozwana, którą Sąd Apelacyjny oddalił wyrokiem z dnia 7 maja 2003 r.

Sąd Apelacyjny podzielił ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji, lecz wykluczył [art. 405](#) k.c. jako podstawę odpowiedzialności strony pozwanej.

Jego zdaniem wynagradzanie zrealizowanych świadczeń zdrowotnych udzielonych hospitalizowanym tylko na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii w 2000 r. w ramach ratowania życia, którzy zmarli, bądź zostali przewiezieni do innych placówek medycznych, względnie zostali wypisani do domu „mieściło się” w zawartej przez strony umowie. Wyraził pogląd, że skoro stosowane przez stronę pozwaną w 2000 r. zasady rozliczeń nie przewidywały pokrywania kosztów leczenia pacjentów hospitalizowanych wyłącznie na przedmiotowym oddziale to szpital nie otrzymał należnego za nie wynagrodzenia. Odmowa zapłaty za te świadczenia jest sprzeczna z istotną częścią stosunku obligacyjnego i art. 4 ust. 2 i 3, art. 53 ust. 3 i 4, art. 54 ust. 1 i 2 oraz [art. 127](#) – 131d ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm. – dalej „ustawy”). Jego zdaniem z obowiązku nakazu oznaczenia w umowie maksymalnej kwoty świadczeń nie można zasadnie wywodzić, że [art. 53 ust. 4](#) pkt. 4 ustawy jest przepisem bezwzględnie obowiązującym i że brak jest podstaw do renegotjacji umowy w zakresie rozliczenia świadczeń zdrowotnych udzielonych pacjentom hospitalizowanym wyłącznie na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii w stanie zagrożenia życia i zdrowia.

Następca prawny strony pozwanej Narodowy Fundusz Zdrowia Małopolski Oddział Wojewódzki w Krakowie w kasacji opartej na podstawie naruszenia prawa materialnego tj. [art. 354 § 1](#) k.c., [art. 471](#) k.c. a także [art. 56](#) k.c. i [art. 58](#) k.c. oraz na naruszeniu przepisów postępowania, które miało wpływ na wynik sprawy, a to [art. 233](#) k.p.c. wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania, ewentualnie o jego zmianę przez uwzględnienie apelacji.

*Sąd Najwyższy zważył, co następuje:*

Na wstępie należy zauważyć, że Sąd pierwszej instancji uznał, że wszystkie istotne okoliczności dla rozstrzygnięcia sprawy są niesporne, w tym fakt, iż strony nie objęły umową z dnia 31 grudnia 1999 r. świadczeń udzielanych pacjentom wyłącznie na OIOM-ie i z tego względu, jego zdaniem, w istocie należało zastosować jako podstawę odpowiedzialności [art. 405](#) k.c. Sąd Apelacyjny natomiast pomimo, że były zarzuty apelacyjne co do podstawy faktycznej zaskarżonego wyroku uznał ustalenia Sądu Okręgowego za prawidłowe, a z drugiej strony stwierdził, że chociaż strony umów zostały objęte sporne świadczenia medyczne, lecz nie została za nie dokonana zapłata. Poczynił więc dodatkowe ustalenia i to częściowo odmienne od podstawy faktycznej wyroku Sądu pierwszej instancji, nie wskazując przy tym ani dowodów na jakich się oparł, ani nie dokonał oceny dowodów zebranych w sprawie.

Aby odpowiedzie jak przedstawia si stan rzeczywisty nale ło przede wszystkim ustali tre o wiadcze stron zawartych w przedmiotowej umowie, gdy jest to kwestia z zakresu faktów (por. wyrok Sadu Najwy szego z dnia 6 listopada 1996 r., [II UKN 9/96](#), OSN PiUS 1997, Nr 11, poz. 201), a nast pnie dokona wykładni tych o wiadcze , co nale y do sfery prawnej i podlega kontroli w ramach pierwszej podstawy kasacyjnej (por. np. orzeczenia S du Najwy szego z dnia 20 lutego 1997 r., [I CKN 90/97](#) nie publ. i z dnia 4 marca 1999 r., [I PKN 616/98](#) OSNAP i US 2000, Nr 8, poz. 312).

Je eli Sad drugiej instancji dokonuje dodatkowych ustale faktycznych, to ma obowi zek wskazania dowodów, na których si oparł oraz dokonania własnej oceny dowodów zgromadzonych przed s dami obydwu instancji (por. wyrok S du Najwy szego z dnia 9 maja 2002 r., [II CKN 615/00](#), LEX 55097). Dotyczy to zwłaszcza wypadku, gdy s d pierwszej instancji, pomimo braku dostatecznych podstaw uznał, e stan faktyczny sprawy jest niesporny. Dokonanie przez S d Apelacyjny ustale bez wskazania dowodów, na których si oparł oraz pomini cie w takim wypadku własnej oceny dowodów jest ra cym uchybieniem [art. 233 § 1](#) k.p.c., podlegaj cym kontroli kasacyjnej i usprawiedliwia podstaw drug z [art. 3931](#) k.p.c.

Zgodzi si trzeba ze stanowiskiem skar cego, e oddział anesteziologii i intensywnej terapii to oddział specyficzny, którego zadaniem jest zasadniczo podtrzymanie lub przywrócenie funkcji yciowych organizmu. S dy przyj ły jako podstaw prawn powstania obowi zku pozwanego zapłaty za te wiadczenia [art. 354 § 1](#) k.c. i [art. 355](#) k.c., aczkolwiek S d Apelacyjny odwołał si tak e do wy ej wymienionych przepisów ustawy o wiadczeniach zdrowotnych. Jest oczywistym, e je eli ródlm zobowi zania jest umowa to stosunek zobowi zaniowy dookre laj przepisy [kodeksu cywilnego](#) i innych ustaw ([art. 56](#) k.c.), w tym tak e przepisy dyspozytywne o ile nie zostały wył czone przez odmienn wol stron wyra on w umowie. Przepisy bezwzgl dnie obowi zuj ce natomiast s ródlm obowi zku w ka dym wypadku, chyba ze stosownie do [art. 58](#) k.c. dojdzie do niewa no ci całej umowy a nie jej poszczególnych postanowie . System opieki zdrowotnej jest i był unormowany wieloma aktami prawnymi. Przy wykładni zatem przepisów nie mo na było pomin wykładni systemowej. Tymczasem [art. 7](#) ustawy z dnia 14 pa dziernika 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz. U. z 1997 r. Nr 104, poz. 661 ze zm.) i [art. 30](#) ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (tekst jedn. Dz. U. z 1998 r. Nr 64, poz. 729) nakładaj na wiadczeniodawców bezwzgl dny obowi zek wiadcze w razie zagro enia ycia. Obowi zki te maj charakter bezwzgl dny i wyprzedzaj ograniczenia wynikaj ce z umów o wiadczenia zdrowotne (por. wyrok S du Najwy szego z dnia 5 sierpnia 2000 r., [III CK 365/03](#) nie publ.).

Dla rozstrzygni cia sprawy istotna była wi c relacja mi dzy tymi obowi zkami tj. udzielaniem wiadcze ratuj cych ycie a sfinansowaniem ich kosztów. S d Najwy szy w wyroku z dnia 25 marca 2004 r., (II CK 207/03 nie publ) wyraził pogl d, e ani przepisy [ustawy](#) o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, ani [art. 7](#) ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ani te [art. 30](#) ustawy o zawodzie lekarza nie daj podstawy skonstruowania obowi zku strony pozwanej do zapłaty za tego rodzaju usługi medyczne.

Skar cy jednak zarzucili, z powołaniem si na [art. 58](#) k.c., e niedopuszczalne byłoby, jako sprzeczne zasadami współ ycia społecznego, zawarcie umowy pomijaj cej całkowite sfinansowanie wiadcze ratuj cych ycie. Podnie li tak e e niekorzystne zasady rozliczania tych wiadcze zostały jej narzucone przez stron pozwan .

Brak wystarczaj cych ustale i rozwa a w kierunku zgodno ci zawartej umowy z [art. 58](#) k.c. usprawiedliwi tak e podstaw pierwsz z [art. 3931](#) k.p.c.

Z tych wzgl dów kasacj uwzgl dniono ([art. 39313](#) k.p.c.).