



Sygn. akt V CSK 60/05

## **WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 18 stycznia 2006 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Stanisław Dąbrowski (przewodniczący)

SSN Marian Kocon

SSN Zbigniew Strus (sprawozdawca)

w sprawie z powództwa Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego  
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w C.  
przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w Warszawie  
o zapłatę,  
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym  
w Izbie Cywilnej w dniu 18 stycznia 2006 r.,  
skargi kasacyjnej strony powodowej  
od wyroku Sądu Apelacyjnego w [...]  
z dnia 9 lutego 2005 r.,

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

## Uzasadnienie

Powodowy Wojewódzki Szpital Zespolony Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej po ograniczeniu powództwa, wystąpił przeciwko Regionalnej Kasie Chorych w K., której następcą prawnym jest Narodowy Fundusz Zdrowia, o zapłatę kwoty 645.100 zł wraz z ustawowymi odsetkami od 15 czerwca 2002 r. Żądanie powoda oparte było na twierdzeniu, że w roku 2000 wykonał na rzecz ubezpieczonych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego świadczenia zdrowotne ponad limity przyjęte w umowach łączących strony. Strona powodowa podnosiła, że przedmiotowe świadczenia należały do kategorii świadczeń koniecznych dla ratowania życia i zdrowia pacjentów.

Strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa podnosząc, że żądanie powoda nie znajduje uzasadnienia zarówno w obowiązujących przepisach prawa jak i w postanowieniach łączących strony umów. Pozwana twierdziła, że kwoty określone w poszczególnych umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych (i w aneksach do tych umów) stanowiły maksymalną kwotę zobowiązania Kasy Chorych wobec szpitala jako świadczeniodawcy.

Sąd Okręgowy w K. wyrokiem z 17 maja 2004 r. uwzględnił powództwo co do kwoty 560.450 zł (wraz z ustawowymi odsetkami od 19 września 2002 r.), umorzył postępowanie w zakresie, w którym powództwo zostało cofnięte, a w pozostałej części powództwo oddalił.

Sąd Okręgowy ustalił, że w 2000 roku strony zawarły cztery umowy na świadczenie usług zdrowotnych wobec pacjentów objętych ubezpieczeniem zdrowotnym ówczesnej Kasy Chorych, tj. umowy w zakresie: leczenia stacjonarnego, ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych, porodu niepowikłanego oraz organizowania i wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie wizyt w szkole rodzenia. Kwoty przewidziane w tych wszystkich umowach zostały powodowi wypłacone.

Powód utrzymywał, że wszystkie przypadki hospitalizacji dokonane ponad limity były uzasadnione ze względu na konieczność ratowania zdrowia lub życia pacjentów.

Sąd Okręgowy ustalił natomiast, że strona powodowa wykazała niezbędność udzielenia świadczeń ze względu na zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjentów co do 444 świadczeń.

Dokonując oceny prawnej przytoczonego stanu faktycznego Sąd Okręgowy stwierdził, że zapłata przez pozwaną kwot określonych w umowach nie mogła być uznana za prawidłowe wykonanie umowy, ponieważ nakładały one na strony obowiązek nierównomiernych świadczeń. Powód, aby wywiązać się z ciążących na nim obowiązkach, musiał udzielić świadczeń medycznych w większej liczbie, niż było to określone w umowach, a tymczasem - zdaniem Sądu - nie został wyposażony w środki konieczne do sfinansowania tych świadczeń. Okoliczność ta w ocenie Sądu prowadzi do wniosku, że umowy w zakresie, w którym wprowadzały ograniczenia liczbowe świadczeń, są niezgodne z zasadami współżycia społecznego, a zatem nieważne z mocy prawa (art. 58 §1 i 3 k.c.). Z uwagi na powyższe Sąd Okręgowy uznał zasadność roszczeń powoda co do 444 świadczeń przyjmując za podstawę prawną rozstrzygnięcia art. 734 i nast. k.c.

Apelacje od powyższego wyroku wniosły obie strony. Apelacja powoda – w części nieuwzględniającej jego żądania - została oddalona, uwzględniono natomiast apelację strony pozwanej przez oddalenie powództwa.

Sąd Apelacyjny stwierdził w swych wywodach, że pogląd Sądu Okręgowego o częściowej nieważności zawartych przez strony umów w odniesieniu do liczby zakontraktowanych usług medycznych nie jest trafny. Przepis art. 58 § 3 k.c. nie mógł znaleźć zastosowania w rozpoznawanej sprawie z uwagi na to, że zarówno liczba świadczeń oraz ich cena należały do elementów przedmiotowo istotnych umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Sąd wskazał, że żądania powoda nie można było uwzględnić także w oparciu o wskazaną przez niego podstawę tj. art. 752 k.c., ponieważ instytucja prowadzenia cudzych spraw bez zlecenia dotyczy jedynie tego rodzaju działań, które najprawdopodobniej podjęłaby sama osoba zastępowana. Nie dotyczy to zatem okoliczności niniejszej sprawy bowiem do obowiązków pozwanego nie należało udzielanie świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym. Ponadto w ocenie Sądu nie można przyjąć, że powód prawidłowo wykazał, iż przekroczenie limitów finansowania określonych umową wynikało z konieczności udzielenia świadczeń

ratujących życie lub zdrowie pacjentów w rozumieniu art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Strona powodowa przedstawiła wprawdzie dokumentację medyczną dotyczącą świadczeń udzielonych poza limitem określonym umowami, ale nie wykazała, w jaki sposób udzielała świadczeń zdrowotnych w całym okresie obowiązywania umów.

Skarga kasacyjna strony powodowej została oparta jedynie na zarzucie naruszenia przepisów prawa materialnego, polegającego na błędnej wykładni art. 7 ustawy o z.o.z. i art. 752 k.c. Skarżący wnosił o zmianę zaskarżonego wyroku i uwzględnienie w całości powództwa, ewentualnie o jego uchylenie w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy zważył co następuje.

W skardze kasacyjnej przedstawiono jedynie zarzut naruszenia prawa materialnego, co oznacza, że Sąd Najwyższy pozostaje związany ustaleniami faktycznymi poczynionymi przez Sąd Apelacyjny (art. 398<sup>13</sup> § 2 k.p.c.).

Zasadniczą przyczyną powstałego między stronami sporu stały się świadczenia zdrowotne udzielone przez powoda w ilości przekraczającej limity finansowania, określone w umowach. Żadna ze stron nie poddawała bowiem w wątpliwość prawidłowości poczynionych w sprawie ustaleń faktycznych dotyczących treści zawartych umów (i kolejnych aneksów), które określały ilość i rodzaj świadczeń, ich cenę jednostkową oraz maksymalny poziom finansowania usług medycznych świadczonych przez powodowy Szpital.

Zarzut naruszenia art. 7 ustawy o z.o.z. motywowano tym, że treść tego przepisu stanowi, iż żadne zdarzenia nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego w sytuacji zagrożenia dla życia lub zdrowia. W świetle powyższego okolicznością uzasadniającą odmowę wykonania tego rodzaju usługi medycznej nie mogło być wyczerpanie limitów finansowania określonych w umowach zawartych z Kasą Chorych. Strona powodowa wskazała, że przyjęcie stanowiska odmiennego, prowadziłoby do uznania, że zakłady opieki zdrowotnej mają obowiązek nieodpłatnego udzielenia świadczeń zdrowotnych.

Zarzutowi powyższemu nie można odmówić słuszności. Skład Sądu Najwyższego rozpoznający skargę kasacyjną podziela pogląd wyrażony we wcześniejszych orzeczeniach Sądu Najwyższego (por. wyrok SN z 7.08.2003 r.

IV CKN 393/01, wyrok SN z 7.10.2004 r. IV CK 73/04, wyrok SN z 20.10.2004 r. I CK 218/04, wyrok SN z 5.08.2004 r. III CK 365/03), iż zakres zobowiązania istniejącego między Kasą Chorych a świadczeniodawcami musi przyjmować za podstawę postanowienia umów zawartych zgodnie z art. 53 ust. 4 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Jest jednak okolicznością powszechnie wiadomą, że w momencie wejścia w życie regulacji dotyczącej zasad udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego Kasy Chorych nie dysponowały odpowiednią ilością środków finansowych, które wystarczyłyby do pokrycia uzasadnionych potrzeb zakładów opieki zdrowotnej. Ustawodawca nie uregulował powyższej kwestii w ustawie o p.u.z. mimo, iż miał świadomość niedostatku tych środków, czemu dał wyraz w art. 4 ust. 3 ustawy.

Przepisy normujące zasady korzystania przez ubezpieczonych z usług medycznych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego są bez wątpienia częścią szeroko rozumianego zagadnienia opieki zdrowotnej, zatem muszą być postrzegane, a co za tym idzie – interpretowane – w ujęciu systemowym. Oznacza to, że przy ocenie prawnej wzajemnych stosunków Kas Chorych i zakładów opieki zdrowotnej należy mieć na uwadze oprócz postanowień zawartych przez strony umów o udzielanie świadczeń, także normy, których adresatami są zakłady opieki zdrowotnej oraz personel medyczny, zwłaszcza lekarze. Czynności prawne nie stanowią bowiem wyłącznego źródła zobowiązań i nie wyczerpują ich treści (art. 56 k.c.)

Z wyraźnego brzmienia ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (art. 7) oraz ustawy o zawodzie lekarza (art. 30) wynika obowiązek udzielenia świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia lub zdrowia, a nawet gdy zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować niebezpieczeństwo ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Wynikające z powołanych przepisów obowiązki o charakterze bezwzględny wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Sąd Najwyższy przychylił się do wyrażonego wcześniej w orzecznictwie Sądu Najwyższego poglądu (por. wyrok SN z 5.08.2004 r. III CK 365/03 i wyrok SN z 15.12.2004 r. IV CK 361/04), iż w przypadku świadczeń ratujących życie lub

zdrowie obowiązek ich finansowania nie powinien spoczywać na zakładach opieki zdrowotnej. Na podmiotach tych ciąży obowiązek udzielenia świadczeń tego rodzaju również w sytuacji braku środków na ich finansowanie. Trudnym a wręcz niemożliwym do wykonania zadaniem byłoby wprowadzenie systemu reglamentacji tych świadczeń w sytuacji wyczerpania ustalonych w umowach limitów ich finansowania. W świetle powyższego należy uznać, że koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego nałożonego na świadczeniodawców powinny być pokryte ze środków publicznych, którymi zarządzały Kasy Chorych. Zgodnie bowiem z art. 68 ust. 2 Konstytucji władza publiczna zobowiązana jest do zapewnienia w drodze ustawowej równego dostępu do opieki zdrowotnej. Także normy ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wskazują, że Kasy Chorych są podmiotami, którym władza publiczna powierzyła organizację korzystania ze świadczeń zdrowotnych i redystrybucji środków finansowych pochodzących ze składek ubezpieczonych. Należy zatem uznać, że sam ustawodawca wskazał, iż zadania organizatorskie i finansujące w dziedzinie opieki zdrowotnej mają realizować Kasy Chorych. Na odpowiedzialność sektora finansów publicznych, za którego pośrednictwem wykonywane są obowiązki władzy publicznej określone w art. 68 ust. 2 Konstytucji, wskazał Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 18 grudnia 2002 r. K 43/01, OTK - A 2002/7/96.

Trafne było stanowisko Sądu Apelacyjnego, iż powodowy zakład opieki zdrowotnej musiał mieć świadomość dysponowania jedynie określoną pulą środków na wykonanie określonych w umowach usług, a zatem winien był właściwie je wykorzystać np. rozkładając w czasie udzielanie świadczeń i tworząc system kolejek, do czego był upoważniony z mocy art. 19 ust. 1 pkt 1 ustawy o z.o.z. Roztropna gospodarka środkami finansowymi przewidzianymi w umowach zawartych przez strony była obowiązkiem świadczeniodawcy wynikającym z prawidłowego wykonania zobowiązania (art. 354 § 1 i 2 k.c.) i wymagała takiego planowania świadczeń, aby zostawała bieżąca rezerwa na wypadki nagłe. Z tego względu wydatki na świadczenia uzasadnione dyspozycją art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza z okresu kiedy maksymalny poziom finansowania nie był jeszcze przekroczony, nie podlegają odrębnemu pozaumownemu finansowaniu. Natomiast w razie każdorazowego

wyczerpania tej kwoty, świadczenia wykonane w ramach przymusu ustawowego (ponadlimitowe) powinny być finansowane przez Kasy Chorych (a obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia). Instytucje te należą bowiem do sektora finansów publicznych, który ponosi odpowiedzialność za udzielanie ubezpieczonym (i osobom nieubezpieczonym lecz uprawnionym do korzystania z tej pomocy) opieki zdrowotnej.

Nie można również zaakceptować twierdzenia Sądu Apelacyjnego, iż powód nie wykazał, że wykonane przez niego świadczenia należały do kategorii ratujących życie lub zdrowie. Powód przedstawił bowiem dokumentację medyczną w tym zakresie (miesięczne sprawozdania i informacje z realizacji umów, zakres rzeczowy wykonanych świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem rodzaju schorzeń) na poparcie swoich twierdzeń. Sąd Apelacyjny podkreślił w swych wywodach, że każda ze stron posiadała w swoim gronie fachowców, którzy konieczność udzielania świadczeń w rozumieniu art. 7 ustawy o z.o.z. odmiennie ocenili. Jeżeli zatem w tej sytuacji istniały wątpliwości co do charakteru spornych świadczeń, to Sąd mógł je usunąć dopuszczając dowód z opinii biegłych dysponujących wiedzą specjalistyczną. Dowód taki pozwala bowiem ocenić składowi orzekającemu zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, bez naruszania przy tym zasady kontradiktoryjności procesu.

Przy okazji należy także zauważyć, że Sąd Apelacyjny w poczynionych przez siebie ustaleniach nie był konsekwentny, skoro uznał, że wobec faktu przyznania pozwany nie może kwestionować charakteru 412 świadczeń jako koniecznych dla życia lub zdrowia, a mimo to zarzucił powodowi niewykazanie tej okoliczności. Chwiejne ustalenia faktyczne uniemożliwiają dokonanie prawidłowej subsumpcji.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 752 k.c. należy uznać, iż jest on niezasadny. Wyżej już stwierdzono, że świadczeniodawca nie zastępował swego kontrahenta tj. Kasy ani pacjenta, ponieważ na tych podmiotach nie ciążył obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych. Powód wykonując usługi medyczne w warunkach przymusu pełnił swój indywidualny obowiązek nałożony z mocy ustawy i aktualizujący się wskutek zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Właściwości zobowiązania wynikające z umowy powodowały stan

gotowości zakładu do udzielania świadczeń zdrowotnych wykorzystywany przez ubezpieczonych ewentualnie jednostki ratownicze do żądania ich w przypadkach nagłych. W ramach organizacji działania systemu opieki zdrowotnej zamawiający tzn. Kasa Chorych musiała liczyć się z udzielaniem takich świadczeń i zwiększonymi wydatkami. Temu celowi służył bowiem tworzony fundusz rezerwowy (art. 130 ustawy o p.u.z.).

Uznając istnienie dostatecznych podstaw do uwzględnienia kasacji Sąd Najwyższy z mocy art. 398<sup>15</sup> k.p.c. orzekł jak w sentencji.