



Sygn. akt III CSK 123/06

**WYROK  
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 13 października 2006 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Barbara Myszka (przewodniczący)

SSN Mirosław Bączyk

SSN Irena Gromska-Szuster (sprawozdawca)

w sprawie z powództwa Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego,  
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej  
przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia  
o zapłatę,  
po rozpoznaniu w Izbie Cywilnej na posiedzeniu niejawnym  
w dniu 13 października 2006 r.,  
skargi kasacyjnej strony powodowej  
od wyroku Sądu Apelacyjnego  
z dnia 16 listopada 2005 r., sygn. akt [...],

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

## Uzasadnienie

Po ostatecznym sprecyzowaniu powództwa Wojewódzki Szpital Specjalistyczny wnosił o zasądzenie od Narodowego Funduszu Zdrowia kwoty 6 736 190,40 zł z ustawowymi odsetkami i kosztami procesu tytułem zapłaty za wykonane przez powoda ponadlimitowe świadczenia zdrowotne, udzielone pacjentom w trybie nagłym. W pozostałym zakresie strona powodowa cofnęła powództwo i zrzekła się roszczenia.

Wyrokiem z dnia 13 czerwca 2005 r. Sąd Okręgowy w L. umorzył postępowanie co do roszczeń cofniętych, a w pozostałym zakresie oddalił powództwo. Sąd Apelacyjny wyrokiem z dnia 16 listopada 2005 r. oddalił apelację strony powodowej od wyroku Sądu pierwszej instancji.

Sądy ustaliły między innymi, że w dniu 31 grudnia 1998 r. strona powodowa zawarła z Regionalną Kasą Chorych, poprzedniczką prawną strony pozwanej, umowę o udzielanie w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 1999 r. stacjonarnych i ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego osobom objętym tym ubezpieczeniem. Umowa określała rodzaj, zakres i koszty świadczeń ustalając ich limit oraz kwotę, którą zapłaci Kasa Chorych stronie powodowej za ich wykonanie. Strona pozwana zapłaciła należność przewidzianą w umowie. Strona powodowa wykonała w 1999 r. świadczenia zdrowotne ponad limit określony w umowie. W dniu 12 czerwca 2000 r. strony zawarły aneks, na podstawie którego strona pozwana pokryła częściowo ponadlimitowe świadczenia wypłacając stronie powodowej dodatkowo kwotę 2 213 146,81 zł za ponadplanowe koszty leczenia zarówno w lecznictwie zamkniętym jak i ambulatoryjnym. W pozostałym zakresie odmówiła pokrycia kosztów ponadlimitowych świadczeń.

Oceniając roszczenie powoda o zapłatę z tego tytułu dalszej kwoty 6 736 190,40 zł za świadczenia udzielone w przypadkach nagłego ratowania zdrowia i życia ludzkiego, Sądy uznały, że strona powodowa nie udowodniła, iż świadczenia, za które żąda zapłaty rzeczywiście udzielone zostały w warunkach, o których mowa w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. W ocenie Sądu

Okręgowego złożona w tym przedmiocie przez stronę powodową dokumentacja lekarska nie stanowi wystarczającego dowodu, bowiem powód nie wskazał kryteriów, jakimi się kierował przy udzielaniu określonych świadczeń ponadlimitowych oraz nie wyjaśnił, czy istniał jakikolwiek tryb sprawdzania i weryfikacji przypadków uznanych za zagrażające zdrowiu i życiu ubezpieczonego. Ponadto Sąd pierwszej instancji stwierdził, że weryfikacja danych zawartych w złożonej dokumentacji wymagała wiedzy fachowej, a powód reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika nie zgłosił wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego. Sąd Apelacyjny analizując dane zawarte w złożonych przez stronę powodową dokumentach uznał, że niewiele wnoszą one do sprawy a skoro obejmują także przypadki dłuższej hospitalizacji oraz przypadki pogorszenia stanu zdrowia, to znaczy, że dotyczą też kosztów nie związanych z koniecznością udzielenia natychmiastowej pomocy.

Niezależnie od tego Sądy obu instancji stwierdziły, iż brak podstaw prawnych do obciążania strony pozwanej obowiązkiem pokrycia kosztów świadczeń ponadlimitowych udzielonych przez świadczeniodawców w warunkach zagrożenia zdrowia i życia pacjentów. Podstawy takiej nie stanowią przepisy art. 752 i art. 753 § 2 k.c., bowiem strony łączyła umowa, która została przez pozwaną prawidłowo wykonana, co sprawia, że także przepis art. 471 k.c. nie może mieć zastosowania. Brak również podstaw do oparcia tej odpowiedzialności na art. 353<sup>1</sup> k.c., bowiem zarzut strony powodowej o nierównym traktowaniu przez pozwanego świadczeniodawców i pokrzywdzeniu powoda nie ma znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy, skoro na gruncie istniejącej regulacji prawnej powodowi nie służyło roszczenie o przyznanie dodatkowych środków w ramach korekty zawartych umów.

Sąd Apelacyjny stwierdził ponadto, że umowa stron z samej istoty miała za przedmiot finansowanie świadczeń ratujących zdrowie i życie ludzkie, bez podziału na świadczenia nagłe i nie nagłe, a zatem przewidywała w ramach umowy także świadczenia nagłe. W tej sytuacji, zdaniem Sądu, trzeba uznać, że przepis art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w istocie dotyczy tylko przypadków zagrożenia życia, a nie zagrożenia zdrowia. Jeżeli zatem miałyby on stanowić podstawę prawną roszczeń powoda, to należałoby z wszystkich przypadków uznanych przez powodowy Szpital za nagłe wydzielić koszty udzielenia

natychmiastowej pomocy medycznej tylko w przypadkach zagrożenia życia, a nie zagrożenia zdrowia, gdyż z istoty swej każda pomoc medyczna jest udzielana w sytuacji zagrożenia zdrowia. Powód jednak nie wydzielił w złożonych zestawieniach kosztów takich przypadków.

W skardze kasacyjnej opartej na obu podstawach określonych w art. 398<sup>3</sup> § 1 k.p.c. strona powodowa w ramach pierwszej podstawy zarzuciła naruszenie art. 471 k.c. i art. 56 k.c. przez ich niezastosowanie w wyniku pominięcia, że odpowiedzialność za niewłaściwe wykonanie zobowiązania obejmuje nie tylko niewykonanie zobowiązań wynikających wprost z umowy lecz także z ustawy, w tym przypadku z art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, naruszenie art. 353<sup>1</sup> k.c. przez pominięcie rażącego pokrzywdzenia powoda w wyniku wykorzystania przez pozwanego jego pozycji monopolistycznej przy zawieraniu umowy, naruszenie art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej przez jego niezastosowanie na skutek przyjęcia, że przepis ten nie może stanowić podstawy prawnej zobowiązania pozwanego do zapłaty za ponadlimitowe świadczenia zdrowotne wykonane przez powoda w warunkach ratowania zdrowia i życia ludzkiego a jedynie w sytuacji ratowania życia, naruszenie art. 53 ust. 4 pkt 1, 2 i 4 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym przez przyjęcie, że wynikający z umowy maksymalny poziom finansowania usług medycznych wyklucza możliwość domagania się przez powoda zapłaty za ponadlimitowe świadczenia wykonane w warunkach ratowania zdrowia i życia ludzkiego. W ramach drugiej podstawy kasacyjnej zarzuciła naruszenie art. 382, art. 233 § 1 oraz art. 328 § 2 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. przez pominięcie dowodów z dokumentacji złożonej przez Szpital wskazujących na nadużycie pozycji monopolisty przez stronę pozwaną i rażące pokrzywdzenie powoda przy rozdziale środków na świadczenia medyczne.

Wnosiła o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach postępowania kasacyjnego przez zasądzenie na rzecz powoda poniesionych przez niego kosztów tego postępowania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Przedmiotem sporu jest umowa o wykonanie świadczeń zdrowotnych zawarta pod rządami przepisów ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 ze zm.), zwanej dalej „ustawą p.u.z”, oraz ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408 ze zm.), zwanej dalej „ustawą z.o.z”. W orzecznictwie Sądu Najwyższego utrwalone jest stanowisko, że umowy takie podlegają ocenie z punktu widzenia zasad i przepisów prawa cywilnego (porównaj między innymi wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 sierpnia 2003 r. IV CKN 393/01 nie publ.). Oznacza to między innymi, że jak każda czynność prawna, wywołują one nie tylko skutki w nich określone, lecz również te, które wynikają z ustawy, zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów (art. 56 k.c.). Dlatego zakres obowiązku kas chorych (obecnie Narodowego Funduszu Zdrowia) wynikający z tych umów obejmuje nie tylko zapłatę za wykonane przez zakład opieki zdrowotnej świadczenia medyczne określone w umowie, lecz obejmuje także zapłatę za te usługi medyczne, które świadczeniodawca zobowiązany był wykonać z mocy szczególnych przepisów ustawy, nawet jeżeli nie zostały one określone w umowie i objęte uzgodnionym wynagrodzeniem. Odnosi się to do świadczeń wykonanych w warunkach określonych w art. 7 ustawy z.o.z oraz w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (j.t: Dz.U. z 2002 r., Nr 21, poz. 204 ze zm.), to jest w przypadkach nagłych, zagrożenia zdrowia lub życia ludzkiego, kiedy to ustawodawca wprost nakłada na lekarzy i zakłady opieki zdrowotnej bezwzględny obowiązek udzielenia pomocy medycznej. Jak wskazał Sąd Najwyższy między innymi w wyrokach z dnia 5 sierpnia 2004 r. III CK 365/03, z dnia 15 grudnia 2004 r., IV CK 361/04, z dnia 13 lipca 2005 r., I CK 18/05, OSP 2006/6/70, z dnia 15 grudnia 2005 r. II CSK 21/05, z dnia 18 stycznia 2006 r. V CSK 60/05 i z dnia 10 maja 2006 r. III CSK 53/05 (nie publ.), koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy, zgodnie z art. 56 k.c., włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między kasą chorych (obecnie NFZ) a świadczeniodawcą i obciążyć nimi kasę chorych (NFZ), jako zarządzającą środkami publicznymi, z których powinny być one pokryte.

Jest oczywiste, że skoro ustawodawca nakłada na lekarzy i zakłady opieki zdrowotnej bezwzględny obowiązek niezwłocznego udzielenia pomocy medycznej

w każdym nagłym przypadku zagrożenia zdrowia i życia ludzkiego, to umowy o świadczenia zdrowotne zawierane między zakładami opieki zdrowotnej a kasami chorych (NFZ) na podstawie art. 53 ust. 3 ustawy p.u.z powinny uwzględniać świadczenia wynikające z tego obowiązku i obejmować je ustaloną kwotą wynagrodzenia obciążającego kasę. Zgodnie z art. 353<sup>1</sup> k.c., obie strony miały obowiązek zadbać o to, by zawarta umowa obejmowała wszystkie świadczenia, które obowiązany był świadczyć powodowy Szpital, w tym także wynikające z obowiązków nałożonych wskazanymi wyżej przepisami. Stosownie do zasad wynikających z art. 354 k.c., także obie strony obowiązane były współpracować przy prawidłowym wykonaniu zobowiązania wynikającego z zawartych umów, zgodnie z jego treścią i w sposób odpowiadający jego celowi społeczno-gospodarczemu oraz zasadom współżycia społecznego. Zakład opieki zdrowotnej, mając świadomość limitowanej puli środków na wykonanie określonych usług medycznych, powinien właściwie je wykorzystać, tworząc na przykład system określonej kolejności i rozkładania w czasie wykonania niektórych usług, do czego upoważniał go art. 19 ust. 1 pkt 1 ustawy z.o.z. Powinien tak gospodarować środkami przyznanymi w umowie, aby pozostawała rezerwa na wypadki nagłe. Do wyczerpania maksymalnego limitu finansowania świadczeń określonego w umowie, wydatki na świadczenia wynikające z art. 7 ustawy z.o.z. i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza nie podlegały odrębnemu, pozaumownemu finansowaniu. Natomiast w przypadku każdorazowego wyczerpania kwoty określonej w umowie, świadczenia wykonane w ramach przymusu ustawowego powinny być finansowane przez kasę chorych, obecnie NFZ (porównaj wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2006 r. V CSK 60/05, nie publ.). Nie wypełnienie któregokolwiek ze wskazanych wyżej obowiązków, wynikających z art. 353<sup>1</sup> i art. 354 k.c., rodzi odpowiedzialność odszkodowawczą określoną w art. 471 k.c. z tytułu nie wykonania lub nienależytego wykonania umowy.

Trafnie zatem skarżący zarzuca naruszenie art. 471 w zw. z art. 56 i art. 353<sup>1</sup> k.c. oraz art. 7 ustawy z.o.z. przez uznanie, że przepisy te nie mogą stanowić podstawy prawnej roszczeń powoda o zapłatę za świadczenia wykonane w warunkach przymusu ustawowego określonego w art. 7 ustawy z.o.z. i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza. Przy ocenie, czy strony właściwie współpracowały przy

określaniu warunków umowy (art. 353<sup>1</sup> k.c.) oraz czy strona pozwana aktywnie współdziałała przy jej wykonywaniu (art. 354 k.c.) nie można pominąć istotnej okoliczności, iż przedmiotowa umowa, będąca źródłem zobowiązań stron, była pierwszą umową zawartą w zupełnie nowych warunkach początkowego okresu wdrażania całkowicie zreformowanego systemu organizacji opieki zdrowotnej, w zupełnie nowym stanie faktycznym i prawnym działania służby zdrowia. Nakładało to na obie strony szczególny obowiązek lojalności i współpracy przy tworzeniu i wykonaniu umowy. Z tego punktu widzenia nie jest obojętne, wbrew stanowisku Sądu Apelacyjnego, czy strona pozwana, jako silniejsza finansowo, systemowo i organizacyjnie nie wykorzystwała niewłaściwie swojej pozycji monopolisty na etapie zawierania i wykonania umowy oraz zawierania aneksu i czy nie narzuciła stronie powodowej korzystnych dla siebie postanowień umowy a po jej wykonaniu, czy nie nadużyła swojej pozycji, rozdzielając dowolnie dodatkowe środki na wynagrodzenie świadczeń ponadlimitowych wykonanych w warunkach określonych w art. 7 ustawy z.o.z. i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza.

Trafnie także skarżący zarzuca dokonanie przez Sąd Apelacyjny błędnej wykładni art. 7 ustawy z.o.z. Przepis ten, podobnie jak art. 30 ustawy o zawodzie lekarza, nakłada na zakład opieki zdrowotnej obowiązek udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Przy wykładni tego przepisu pomocna może być definicja tzw. stanu nagłego zawarta w art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. – Państwowe Ratownictwo Medyczne (Dz.U. Nr 113, poz. 1207 ze zm.), stanowiącym, że przez taki stan rozumie się stan, w którym odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia, albo utratą życia. Jakkolwiek niewątpliwie każde świadczenie medyczne jest udzielane w sytuacji zagrożenia zdrowia ludzkiego, to jednak ustawodawca wyraźnie odróżnia świadczenia medyczne udzielane w normalnych warunkach, gdy udzielenie pomocy nie wymaga natychmiastowego działania i może być odłożone w czasie od sytuacji, gdy pomoc ta musi być udzielona natychmiast, bowiem jej odroczenie w czasie może skutkować utratą zdrowia (lub życia). Choć więc każde świadczenie medyczne jest udzielane w sytuacji zagrożenia zdrowia, to nie każde jest świadczeniem udzielanym w sytuacji wymagającej

natychmiastowej pomocy medycznej, której odroczenie w czasie może spowodować utratę zdrowia lub życia. Dlatego błędna jest wykładnia art. 7 ustawy z.o.z. dokonana przez Sąd Apelacyjny, który z faktu, iż każde świadczenie medyczne jest udzielane w sytuacji zagrożenia zdrowia ludzkiego i powinno być objęte umową o świadczenie usług zdrowotnych, wyprowadził błędny logicznie i sprzeczny z brzmieniem art. 7 ustawy z.o.z. wniosek, że przepis ten obejmuje tylko stany zagrożenia życia ludzkiego, a nie zagrożenia zdrowia. Niewątpliwie ustawowy, bezwzględny wymóg natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego obejmuje zarówno sytuacje, gdy nieudzielenie natychmiastowe takiego świadczenia może skutkować utratą życia, jak i sytuacje, gdy nieudzielenie natychmiastowe świadczenia medycznego może skutkować utratą zdrowia. Nie ma zatem żadnych podstaw do przyjęcia, że kasa chorych (NFZ) ma obowiązek pokryć ponadlimitowe świadczenia medyczne udzielone tylko w nagłych wypadkach zagrożenia utratą życia, a nie ma takiego obowiązku, co do świadczeń udzielonych w nagłych wypadkach zagrożenia utratą zdrowia.

Nie można także zaakceptować stanowiska Sądów obu instancji, że powód nie udowodnił, iż wykonane przez niego świadczenia, za które dochodzi wynagrodzenia, należały do kategorii ratujących zdrowie i życie ludzkie w rozumieniu art. 7 ustawy z.o.z. Sądy nie dokonały analizy dowodów z dokumentów złożonych w tym przedmiocie przez powoda. Bez wątpienia za taką analizę nie można uznać zupełnie pobieżnej oceny przez Sąd Apelacyjny kilku, spośród całego pliku, dokumentów. Sąd pierwszej instancji, nie dokonując analizy dokumentów przedstawionych przez powoda, jednoznacznie stwierdził, że wymaga ona wiedzy specjalistycznej, którą posiada tylko odpowiedni biegły. Sąd Apelacyjny nie wypowiedział się wyraźnie w tej kwestii, jednak z faktu, że stwierdził, iż „niewiele mówią tabele złożone przez powoda” i, jak wskazano wyżej, bardzo pobieżnie ocenił tylko kilka dokumentów, zdaje się wynikać, że także on miał trudności z wszechstronną merytoryczną oceną złożonych dowodów. Jeżeli Sąd nie czuje się kompetentny do dokonania oceny merytorycznej przedstawionych przez stronę dokumentów i uważa, że potrzebne do tego są wiadomości specjalistyczne, które posiada tylko odpowiedni biegły, powinien poinformować o tym strony w celu umożliwienia im złożenia wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego.



Dotyczy to szczególnie spraw takich jak rozpoznawana, obejmujących nowe sytuacje i roszczenia, w których nie utrzymała się jeszcze praktyka ich dowodzenia. W takich sytuacjach bowiem strony, nawet reprezentowane przez profesjonalnego pełnomocnika, mogą działać w przekonaniu, że ocena składanych przez nie dokumentów nie wymaga wiadomości specjalistycznych i nie przekracza możliwości sądu i nie zdawać sobie sprawy z konieczności zgłoszenia dowodu z opinii biegłego. Przy braku ze strony sądu informacji o takiej konieczności, nie można zarzucać stronie, że nie zgłosiła dowodu z opinii biegłego i nie udowodniła dochodzonego roszczenia, jak uczynił to Sąd Okręgowy. Sąd Apelacyjny stanowisko to ostatecznie zaakceptował, nie dokonując oceny dokumentów. Czyni to skutecznym kasacyjny zarzut naruszenia art. 382 k.p.c., choć z innych przyczyn, niż wskazał skarżący.

Biorąc wszystko to pod uwagę, Sąd Najwyższy na podstawie art. 398<sup>15</sup> § 1 k.p.c. uchylił zaskarżony wyrok i przekazał sprawę Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach postępowania kasacyjnego (art. 108 § 2 k.p.c. w zw. z art. 398<sup>21</sup> k.p.c.).