



Sygn. akt II CSK 264/06

**WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 12 grudnia 2006 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Helena Ciepla (przewodniczący)

SSN Maria Grzelka (sprawozdawca)

SSN Grzegorz Misiurek

w sprawie z powództwa Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego

[...]

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia

o zapłatę,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym

w Izbie Cywilnej w dniu 12 grudnia 2006 r.,

skargi kasacyjnej strony pozwanej

od wyroku Sądu Apelacyjnego w [...]

z dnia 21 lutego 2006 r.,

oddala skargę kasacyjną.

Uzasadnienie

Powód Wojewódzki Szpital Specjalistyczny [...] wniósł o zasądzenie od Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia kwoty 4.796.240 zł wraz z odsetkami i kosztami procesu z tytułu niesfinansowanych świadczeń medycznych udzielonych osobom ubezpieczonym w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego za rok 2004. Pozwany wniósł o oddalenie powództwa. Podniósł, że po negocjacjach strony zawarły umowę, w której wyznaczono odpowiednią do poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego pulę świadczeń i strona pozwana obowiązana jest jedynie do zapłaty za świadczenia przewidziane w umowie, podczas gdy strona powodowa domaga się zapłaty za świadczenia nie uwzględnione w umowie tzw. świadczenia ponadlimitowe.

Wyrokiem z dnia 11 lipca 2005 r. Sąd Okręgowy zasądził kwotę główną dochodzoną pozwem, oddalił natomiast żądanie w zakresie odsetek. Sąd ustalił, że strony zawarły ze sobą dwie umowy, pierwszą o udzielenie świadczeń zdrowotnych nr 051/110013/03/010/04 oraz drugą o udzielenie świadczeń odrębnych kontraktowych nr 051/110013/11/000/04. W okresie od 1 stycznia 2004 r. do 31 grudnia 2004 r. powodowy Szpital świadczył usługi medyczne w zakresie hospitalizacji i specjalistycznych świadczeń odrębnych kontraktowych. W dniu 31 stycznia 2005 r. strona powodowa wystawiła stronie pozwanej faktury na łączną kwotę 5.375.390 zł. Kwota ta stanowiła równowartość kosztów procedur ponadlimitowych, które wynikały z świadczenia przez powodowy Szpital na rzecz ubezpieczonych świadczeń medycznych w warunkach zagrożenia życia i zdrowia. Pozwany Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia odmówił zapłaty kwot określonych w fakturach. Stwierdził, że nie może wykraczać poza pulę przyznanych świadczeń, a podstawą udzielenia środków na pokrycie ich kosztów jest wyłącznie umowa. Pozwany powołał się również na dyscyplinę finansową obowiązującą Narodowy Fundusz Zdrowia jako podmiot działający w sektorze finansów publicznych. W toku postępowania pozwany uznał część należności z tytułu świadczeń medycznych wykonywanych przez powoda w ramach leczenia szpitalnego-neurochirurgii i wypłacił powodowi z tego tytułu kwotę 579.150 zł.

Uznając powództwo za uzasadnione, Sąd Okręgowy stwierdził, że choć ani łącząca strony umowa, ani stanowiące do niej załącznik ogólne warunki udzielania

świadczeń opieki zdrowotnej, nie określają kto ponosi ryzyko pokrycia kosztów związanych z udzieleniem ponadlimitowych świadczeń zdrowotnych, to z uwagi na funkcję w systemie ochrony zdrowia i życia, wykonywane przez powodowy szpital oraz fakt, że przekroczenie ustalonych w umowie limitów nastąpiło w wyniku przyjmowania pacjentów w warunkach zagrożenia życia i zdrowia, należy przyjąć, że strona pozwana, jako podmiot ustawowo powołany do finansowania świadczeń w publicznej służbie zdrowia, obowiązany jest do pokrycia kosztów świadczeń ponadlimitowych udzielanych przez powoda. Obowiązek ten wynika z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawy z dnia 31 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, a także z treści art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP. Sąd podkreślił, że przekroczenie przez powoda limitu wynikającego z umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia nastąpiło w stanach nagłego zagrożenia życia i zdrowia pacjentów, co nie było kwestionowane przez stronę pozwaną.

W apelacji od powyższego wyroku pozwany zarzucił naruszenie przepisów prawa materialnego: art. 8 ust. 2 i 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP; art. 14, 15 ust. 1, 19 ust. 1, 114 ust. 1, 132 ust. 1 i 5 ustawy 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; art. 7 ustawy z dnia 31 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej; art. 6 kodeksu cywilnego oraz naruszenie prawa przepisów prawa procesowego: art. 328 § 2 k.p.c. poprzez niewskazanie podstawy prawnej roszczenia; art. 217 §1, 227, 232 k.p.c. poprzez niezastosowanie tych przepisów i przyjęcie, że powód udowodnił, iż świadczenia zdrowotne wykonywane były w stanie zagrożenia życia i zdrowia i braku udowodnienia wysokości dochodzonego roszczenia. Wniósł o zmianę wyroku i oddalenie powództwa, bądź o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

W toku procesu przed Sądem Apelacyjnym strony zawarły ugodę w zakresie dochodzonych przez powodowy szpital roszczeń z tytułu wykonanych w 2004 r. świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, z wyłączeniem kwoty 2.086.590 zł., na którą składały się świadczenia „Hemodializy bez podania erytropoetyny - punkt rozliczeniowy” wykonane na kwotę 1.557.590 zł. oraz

„Leczenie raka tarczycy na oddziale medycyny nuklearnej” wykonane na łączną kwotę 529.000 zł.

Sąd Apelacyjny uznał apelację za niezasadną. Stwierdził, że z poczynionych ustaleń wynika, iż świadczenia, za które dochodzi zapłaty powód były udzielane w warunkach nagłego zagrożenia życia i zdrowia. Po wyczerpaniu limitów świadczeń przewidzianych w umowie, powodowy Szpital nie miał możliwości odesłania pacjentów do innej jednostki mającej realne możliwości przeprowadzenia wysokospecjalistycznych procedur medycznych, z niewyczerpanym limitem tego typu świadczeń. Powodowy Szpital pełnił bowiem obowiązkowe dyżury dla całej aglomeracji województwa łódzkiego. Zdecydowana większość ponadlimitowych świadczeń medycznych powstała w następstwie przyjmowania pacjentów w czasie tzw. „ostrych” dyżurów. Pacjenci ci byli przywożeni do powodowego Szpitala przez karetki transportu ratownictwa medycznego. Mimo więc wyczerpania umówionych limitów Szpital przyjmował tych pacjentów, ponieważ brak było specjalistycznych jednostek służby zdrowia, do których mogli by oni zostać odesłani, a przede wszystkim dalsze ich przewożenie groziło utratą ich życia.

Sąd Apelacyjny stwierdził, że w tego rodzaju sytuacjach ma zastosowanie art. 7 ustawy z dnia 31 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej nakładający na zakład opieki zdrowotnej bezwzględny obowiązek udzielenia świadczenia medycznego oraz art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i dentysty, z którego wynika obowiązek lekarza udzielenia pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia. Zdaniem Sądu z powołanych przepisów wynika, że pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia ma zasadniczy obowiązek organizacji opieki zdrowotnej zapewniającej wszystkim ubezpieczonym dostęp do świadczeń zdrowotnych. O ile więc umowa przewiduje limity świadczeń, to obowiązkiem NFZ jest stworzenie zabezpieczeń organizacyjnych, tak aby każdy pacjent miał zapewniony dostęp do odpowiednich świadczeń zdrowotnych, w sytuacjach nie cierpiących zwłoki z uwagi na zagrożenie życia i zdrowia. Określenie w umowie między NFZ a zakładem opieki zdrowotnej ilościowego limitu świadczeń zdrowotnych, bez ustalenia niezbędnych procedur na wypadek wyczerpania limitu, stanowi nadużycie, wynikającego z art. 53 ust. 4 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu

zdrowotnym, obowiązku określenia w umowie zakresu udzielonych świadczeń i kwoty maksymalnej świadczeń NFZ wobec świadczeniodawcy. Sąd Apelacyjny uznał, że klauzulę umowy ograniczającą się jedynie do wskazania ilościowego limitu świadczeń, należy uznać za niedopuszczalną i dotkniętą nieważnością na podstawie art. 58 § 3 k.c., w zakresie dotyczącym świadczeń zdrowotnych, nie cierpiących zwłoki ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Z tego powodu stronie powodowej przysługuje umowne wynagrodzenie za ponadlimitowe świadczenia udzielone w takich warunkach.

W skardze kasacyjnej pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia - Oddział Wojewódzki wniósł o uchylenie i zmianę wyroku Sądu drugiej instancji oraz uwzględnienie jego apelacji. Skarga została oparta na podstawie naruszeń przepisów prawa materialnego oraz przepisów postępowania tj.:

1. art. 58 § 3 k.c. poprzez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie przez przyjęcie, że Narodowy Fundusz Zdrowia zobowiązany jest do zapłaty za świadczenia zdrowotne także wówczas, gdy na te świadczenia nie została zawarta umowa o udzielenie świadczeń zdrowotnych.

2. art. 353¹ k.c. poprzez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie w wyniku przyjęcia, że Narodowy Fundusz Zdrowia zobowiązany jest do zapłaty za świadczenia zdrowotne także wówczas, gdy na te świadczenia nie została zawarta umowa o udzielenie świadczeń zdrowotnych.

3. art. 233 k.p.c. przez jego błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Istota sporu w rozpoznawanej sprawie sprowadza się do kwestii, czy pozwany ma obowiązek zapłaty za udzielone przez powoda w 2004 roku świadczenia zdrowotne, które przekroczyły limit takich świadczeń określonych umową zawartą pomiędzy powodem a Narodowym Funduszem Zdrowia. Właściwą ustawą, obowiązującą w czasie gdy były wykonywane umowy nr 051/110013/03/010/04 i nr 051/110013/11/000/04, była ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.). Na gruncie tej ustawy jedyną podstawą sfinansowania przez Narodowy

Fundusz Zdrowia kosztów udzielonych przez powoda świadczeń zdrowotnych były wymienione umowy. Przepisy art. 4 i 53 wskazanej ustawy określają wyraźnie, że Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia zdrowotne w ramach posiadanych środków na podstawie umowy zawartej z zakładem opieki zdrowotnej, która określa między innymi rodzaj i zakres udzielanych świadczeń oraz maksymalną kwotę zobowiązań funduszu wobec świadczeniodawcy.

Podstawowe znaczenie dla rozstrzygnięcia postawionego wyżej problemu ma okoliczność, że treść stosunku prawnego pomiędzy stronami, którego źródłem jest umowa o świadczenie usług zdrowotnych, wyznacza nie tylko sama umowa, ale także w niektórych sytuacjach, wprost przepis ustawy. Zgodnie bowiem z art. 56 k.c. czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone ale również wynikające z ustawy, zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów.

Przepisem, z którego wyprowadzić należy obowiązek Narodowego Funduszu Zdrowia do sfinansowania udzielonych świadczeń zdrowotnych w warunkach nie cierpiących zwłoki jest art. 7 ustawy z dnia 31 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91 z 1991 r. poz. 408 ze zm.). Przewiduje on, że żadna okoliczność nie może stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli dla osoby zgłaszająca się do zakładu opieki zdrowotnej natychmiastowe jego udzielenie jest niezbędne ze względu na nagłe zagrożenie życia lub zdrowia. Nie ulega więc wątpliwości, że jeżeli do zakładu opieki zdrowotnej zgłosi się osoba, której świadczenie zdrowotne, zgodnie z art. 7 wspomnianej ustawy, musi być udzielone natychmiast zakład nie może odmówić jego udzielenia. Obowiązek wyrażony w art. 7 znajduje potwierdzenie w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (jedn. tekst Dz. U. z 2005 r. Nr 226 poz. 1943 ze zm.). W zakresie dotyczącym wynagrodzenia za świadczenia zdrowotne spełnione w przypadkach objętych przepisami art. 7 i art. 30 wymienionych ustaw treść stosunku zobowiązaniowego powstałego w następstwie zawarcia umowy, określały więc z mocy art. 56 k.c. także te przepisy, a nie tylko postanowienia umowy zawartej między stronami (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 15 grudnia 2005 r., II CSK 21/05, OSNC 2006, nr 9, poz. 157, z dnia 4 marca 2005 r. III CK 397/04, z dnia 16 czerwca 2004 r. III CK 143/03 z dnia 5 sierpnia 2004, III CK 365/03, z dnia 5 listopada 2003 r., IV CK 189/02,

niepublikowane, wyrok SN z dnia 13 lipca 2005 r. I CK 18/05 – OSP 2006, nr 6, poz. 70, wyrok SN z dnia 3 XI 2004 r. III CK 546/03 – nie publ., wyrok SN z dnia 5 XI 2003 r. IV CK 189/02 – nie publ.).

Skoro istnieje ustawy obowiązek natychmiastowego udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, a obowiązek sfinansowania udzielonych ubezpieczonym przez zakłady opieki zdrowotnej świadczeń spoczywa na Narodowym Funduszu Zdrowia, to należy uznać, że zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie, jeżeli tylko wykaze, że nastąpiło to w sytuacji określonej w art. 7 u.z.o.z.

Na tle powyższych rozważań za chybione należy uznać przedstawione przez powoda w skardze kasacyjnej zarzuty naruszenia art. 58 § 3 k.c. i art. 353¹ k.c. Skarżący oparł bowiem konstrukcję skargi na założeniu, że na będące źródłem sporu ponadlimitowe świadczenia zdrowotne, pomiędzy Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym [...] a Narodowym Funduszem Zdrowia, nie została zawarta umowa. Założenie to jest błędne, ponieważ w rozpatrywanej sprawie Sądy obu instancji ustaliły, a nastąpiło to m.in. na podstawie przyznania tej okoliczności przez pozwanego, że strony związane były umowami nr 051/110013/03/010/04 i nr 051/110013/11/000/04 o świadczenie usług zdrowotnych.

Nawet pomijając ten fakt, podniesione przez skarżącego zarzuty zawierają w sobie wewnętrzną sprzeczność. Gdyby bowiem uznać, tak jak chce tego skarżący, że Sąd Apelacyjny przyjął, iż Narodowy Fundusz zdrowia zobowiązany jest do zapłaty za świadczenia zdrowotne mimo niezawarcia na te świadczenia przez strony umowy, to wtedy przepisy art. 58 § 3 k.c. i art. 353¹ k.c. nie miałyby w sprawie zastosowania. Nie można by bowiem mówić o naruszeniu tych przepisów w sytuacji, gdyby umowa nie została zawarta.

Zauważyć można, że nasuwającą się w sprawie wątpliwością była kwestia, czy wszystkie wykonane przez powoda świadczenia zdrowotne, za które domagał się zapłaty, były wykonane w warunkach określonych w art. 7 z dnia 31 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Kwestia nie została jednak podniesiona przez skarżącego w ramach zarzucanej podstawy naruszenia prawa materialnego, a zarzut naruszenia art. 233 k.p.c. nie podlegał uwzględnieniu.

Zaskarżony wyrok został wydany w dniu 21 lutego 2006 r., a zatem do skargi kasacyjnej miał zastosowanie kodeks postępowania cywilnego w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 22 grudnia 2004 r. o zmianie ustawy kodeks postępowania cywilnego oraz ustawy – prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz. U. z 2005 r. Nr 13, poz. 98), w tym art. 398³ § 3 k.p.c., według którego podstawą skargi kasacyjnej nie mogą być zarzuty dotyczące ustalenia faktów lub oceny dowodów.

Z tych względów skarga kasacyjna podlega oddaleniu (art. 398¹⁴ k.p.c.).