



Sygn. akt II CSK 287/06

## **WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 12 grudnia 2006 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Helena Ciepła (przewodniczący)

SSN Maria Grzelka (sprawozdawca)

SSN Grzegorz Misiurek

w sprawie z powództwa Międzynarodowe Centra Dializ Polska  
Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w W.  
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 6 grudnia 2005 r.,

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

Uzasadnienie

W wyroku z dnia 27 czerwca 2005 r. Sąd Okręgowy w Ł. zasądził od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia na rzecz powoda Międzynarodowych Centrów Dializ Polska Spółka z o. o. w W. kwotę 446.350 zł wraz z odsetkami.

Sąd Okręgowy ustalił, że powód utworzył Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Międzynarodowe Centrum Dializ P. Zakład ten uzyskał wpis w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej w dniu 4 października 2001 r. Zgodnie ze statutem celem działalności Zakładu jest udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie dializoterapii i nefrologii. W dniu 27 grudnia 2001 r. powód zawarł z pozwanym Narodowym Funduszem Zdrowia umowę nr 051/210192/41/02 o udzielanie przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Międzynarodowe Centrum Dializ P. świadczeń zdrowotnych w zakresie hemodializ. Umowę tę strony przedłużyły dwoma aneksami odpowiednio do dnia 31 marca 2003 r., a następnie do dnia 31 grudnia 2003 r. Dochodzona przez powoda należność stanowi równowartość wykonanych ponad limity określone w powyższej umowie świadczeń medycznych z zakresu hemodializy w ilości 2289 zabiegów.

Sąd pierwszej instancji przyjął za podstawę prawną rozstrzygnięcia art. 354 § 1 k.c. Uznał, że strony łączyła umowa zawierająca elementy przewidziane w art. 53 ust. 4 ustawy z dnia 5 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Umowa ta wyznaczyła zakres zobowiązań pozwanego, a niedotrzymanie przez niego warunków zobowiązania stanowi o naruszeniu art. 354 k.c. Sąd podkreślił, że usługi medyczne prowadzone przez powoda są usługami szczególnego rodzaju, ponieważ należą do zabiegów ratujących życie. Art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP gwarantuje każdemu pacjentowi prawo do opieki medycznej. Ustalenie więc w drodze umowy maksymalnego i ostatecznego pułapu tego typu świadczeń, za które obowiązany jest zapłacić Narodowy Fundusz Zdrowia, pozostawało by w sprzeczności z tym przepisem oraz przepisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Stanowisko pozwanego, który, z jednej strony odmawia dokonania zapłaty z świadczone usługi medyczne, z drugiej zaś strony

obciąża powoda odpowiedzialnością za zaniechanie wykonania zabiegów, jest sprzeczne z zasadami współżycia społecznego.

Apelację od wyroku Sądu Okręgowego wniósł pozwany. Zarzucił naruszenie przepisów prawa materialnego: art. 354 § 1 k.c.; art. 68 ust. 1 i 2, art. 8 ust. 2, art. 216 Konstytucji RP; przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 1995 r. o zawodzie lekarza i dentysty; przepisów ustawy z dnia 31 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej art. 114, art. 132 ust. 1 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych oraz naruszenie prawa procesowego tj. art. 328 § 2 k.p.c. Wniósł o zmianę wyroku i oddalenie powództwa lub uchylenie wyroku Sądu Okręgowego i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

Sąd Apelacyjny wyrokiem z dnia 6 grudnia 2005 r. oddalił apelację pozwanego, zgodził się jednak z zastrzeżeniami apelacji co do podstawy prawnej żądania przyjętej przez Sąd pierwszej instancji. Stwierdził, że roszczenie powoda należało rozpatrzyć w nawiązaniu do przepisów art. 353 k.c. i stosownych przepisów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Zdaniem Sądu drugiej instancji przepis art. 353<sup>1</sup> k.c. zakłada swobodę stron w kształtowaniu stosunków umownych. W świetle tego przepisu nie ma więc przeszkód dla ustalenia w umowie między świadczeniodawcą a Narodowym Funduszem Zdrowia (wcześniej Kasami Chorych) limitów świadczeń zdrowotnych. Konieczność ustalenia maksymalnej kwoty zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy wynika z art. 53 ust. 4 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. W związku z tym NFZ nie ma obowiązku zapłaty za świadczenia medyczne wykonane ponad wyznaczony umownie limit. W ocenie Sądu Apelacyjnego świadczenia medyczne udzielone były jednak w warunkach szczególnych tzn. były to świadczenia ratujące życie lub zdrowie pacjentów. Art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 1991 r. nr 91, poz. 408 ze zm.) nakłada na zakład opieki zdrowotnej bezwzględny obowiązek udzielenia tego rodzaju świadczeń. Konieczność udzielenia pomocy lekarskiej w przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować

niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia, przewiduje także art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (jedn. tekst. Dz.U. 2005, nr 226, poz. 1943 ze zm.). W tych warunkach, w myśl przepisów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, na NFZ spoczywa obowiązek organizacji opieki zdrowotnej tak, aby zapewnić wszystkim ubezpieczonym odpowiedni dostęp do świadczeń zdrowotnych. Umowy ze świadczeniodawcami mogą określać limity ilościowe świadczeń, jednak w takim wypadku NFZ jest obowiązany stworzyć takie zabezpieczenie organizacyjne, aby w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia, realne było udzielenie pacjentom niezbędnych świadczeń zdrowotnych. W rozpoznawanej sprawie, w umowie łączącej strony, kwestia świadczeń medycznych nie cierpiących zwłoki i podlegających wykonaniu po wyczerpaniu umownego limitu, została pominięta. Klauzula umowy pomiędzy stronami ograniczała się jedynie do wskazania ilościowego limitu. W tej sytuacji należy uznać ją za niedopuszczalną i dotkniętą nieważnością na podstawie art. 58 § 3 k.c. W konsekwencji powodowi przysługiwało umowne wynagrodzenie za wszystkie świadczenia, również świadczenia ponadlimitowe, ale udzielone z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia pacjentów.

W skardze kasacyjnej pozwany wniósł o uchylenie i zmianę wyroku Sądu drugiej instancji oraz o uwzględnienie apelacji. Powołał się na naruszenie prawa materialnego:

- art. 58 § 3 k.c. poprzez błędną wykładnię i niewłaściwe stosowanie tego przepisu poprzez przyjęcie, że umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych zawarte przez Narodowy Fundusz Zdrowia z zakładem opieki zdrowotnej są nieważne w części określającej maksymalną kwotę zobowiązań funduszu w przypadkach świadczeń zdrowotnych wykonywanych w stanach zagrożenia życia i zdrowia.

- art. 353<sup>1</sup> k.c., poprzez przyjęcie, że Narodowy Fundusz Zdrowia zawierając umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych wraz z określeniem maksymalnych kwot zobowiązań, postępuje niezgodnie z zasadą swobody umów.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

W orzecznictwie Sądu Najwyższego nie budzi wątpliwości, że stosunek między Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcą usług medycznych, którym z reguły jest zakład opieki zdrowotnej, ma charakter umownego zobowiązania. Jego powstanie i wykonanie podlega ocenie z punktu widzenia prawa cywilnego, a postanowienia umowy mają co do zasady charakter wiążący (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 7 sierpnia 2003 r., IV CKN 393/01, Biuletyn S.N. 2004, nr 1, s. 11 i z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK 365/03 oraz z dnia 21 grudnia 2004 r., I CK 320/04 niepublikowane).

Umowa zawarta pomiędzy stronami w dniu 27 grudnia 2001 r. podlegała regulacji ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. nr 28, poz. 153 ze zm.). W art. 4 ust. 3 ustawa ta stanowiła, że świadczenia zdrowotne są udzielane ubezpieczonym w ramach środków finansowych posiadanych przez kasę chorych (obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia) i powinny odpowiadać aktualnej wiedzy i praktyce medycznej oraz nie przekraczać koniecznej potrzeby. Kierując się ujętym w tym przepisie ograniczeniem, Narodowy Fundusz Zdrowia zawiera umowy o udzielenie świadczeń oraz, po zasięgnięciu wymaganych prawem opinii, na podstawie art. 53 ust.1 i 2 z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym określa zasady dostępności świadczeń zdrowotnych i sposoby rozliczania ich kosztów. Powołane wyżej przepisy wskazują, że umowy pomiędzy świadczeniodawcami a NFZ są zawierane w określonych warunkach organizacyjno - finansowych służby zdrowia i muszą odpowiadać wymogom zawartym w przepisach regulujących działanie jej jednostek. Skoro jednym z takich wymogów jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach środków finansowych posiadanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, to niewątpliwie powodować może to różnego rodzaju ograniczenia, w tym ograniczenia co do ilości, rodzaju, czasu świadczenia i konieczność określania zasad dostępności usług. Art. 53 ust. 4 powołanej ustawy wskazuje, jakie postanowienia powinny w szczególności znaleźć się w umowach zawieranych między NFZ a świadczeniodawcami. Wymienia się rodzaj i zakres świadczonych usług, warunki i zasady udzielania świadczeń oraz maksymalną kwotę zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy. Postanowienia tej treści muszą więc regulować rozmiar i charakter świadczonych usług, przy czym sposób ich

określenia pozostawiony został samym stronom. Całość tych unormowań odpowiadała regulacji art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Zgodnie z treścią tego artykułu pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń - do korzystania z rzetelnej, opartej na wiedzy medycznej procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń w ramach tworzenia tzw. „kolejki medycznej”.

Należy więc stwierdzić, że wynegocjonowane i zamieszczone w umowie postanowienia wiążą obie strony i określają zakres zobowiązań Narodowego Funduszu Zdrowia wobec Międzynarodowych Centrów Dializ Polska Spółka z o. o. w W. Strona pozwana co do zasady była obowiązana do świadczeń finansowych tylko w zakresie ustalonych w umowie limitów ilościowych świadczeń medycznych z zakresie hemodializy i nie można jej zarzucić, że zawierając umowę postąpiła niezgodnie z zasadą swobody umów lub, że umowa była nieważna.

Zasada ta jednak nie znajdowałaby zastosowania gdyby okazało się, że ponadlimitowe świadczenia ze strony powoda udzielone zostały w warunkach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów. W art. 56 k.c. stanowi się, iż czynności prawne wywołują skutki nie tylko w nich wyrażone, ale również te, które wynikają z ustawy. Dlatego zakres obowiązku Narodowego Funduszu Zdrowia wobec podmiotów świadczących usługi medyczne obejmuje także te świadczenia zdrowotne, które świadczeniodawca zobowiązany był wykonać z mocy ustawy. Chodzi o świadczenia wykonane w warunkach określonych w art. 7 ustawy z dnia z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, to jest w przypadkach nagłych zagrożenia zdrowia lub życia ludzkiego. W określonych w powyższych przepisach sytuacjach na lekarzy i zakłady opieki zdrowotnej nałożony jest wprost bezwzględny obowiązek udzielenia pomocy medycznej. Koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy, zgodnie z art. 56 k.c., włączyć do skutków jakie wywołuje umowa zawarta między NFZ a świadczeniodawcą i obciążyć nimi Narodowy Fundusz Zdrowia, jako podmiot zarządzający środkami publicznymi, z których powinny być one pokryte (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 3.XI.2004 r. III CK 546/03 – nie publ., wyrok SN z dnia 5 listopada 2003 r. IV CK 189/02 nie publ.).

W toku postępowania przed Sądami obu instancji nie zostało wykazane, czy świadczenia zdrowotne będące zabiegami hemodializy wypełniają przesłanki świadczeń dotyczących przypadków przewidzianych w art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Niewątpliwie świadczenia te mają, charakter zabiegów medycznych ratujących życie pacjenta, lecz nie wyjaśniono, czy miały one charakter zabiegów medycznych w przypadkach nagłych, wymagających natychmiastowego udzielenia pomocy. Ma to decydujące znaczenie dla oceny zakresu zobowiązań Narodowego Funduszu Zdrowia wobec Międzynarodowych Centrów Dializ Polska Spółka z o. o. W.

W rozpoznawanej sprawie strona pozwana byłaby zobowiązana do zapłaty kwoty 446.350 zł. za wykonane przez stronę powodową specjalistyczne świadczenia medyczne w zakresie hemodializy przekraczające zakres ustalony w umowie, gdyby chodziło o świadczenia wykonane w warunkach przymusu ustawowego, o których mowa w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Zgodnie z art. 6 k.c. ciężar dowodu w tym zakresie obciąża stronę powodową.

Z tych względów należało uznać za skuteczny zgłoszony w skardze kasacyjnej zarzut dokonania przez Sąd Apelacyjny błędnej wykładni wskazanych przez skarżącego przepisów, co prowadzi do uchylenia wyroku tego Sądu i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania (art. 398<sup>15</sup> § 1 k.p.c.).