



Sygn. akt V CSK 396/06

**WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 4 stycznia 2007 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Henryk Pietrkowski (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Teresa Bielska-Sobkowicz

SSN Krzysztof Pietrzykowski

w sprawie z powództwa Międzynarodowych Centrów D. Polska Spółki z o.o.

w W.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W.

o zapłatę,

po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej w dniu 4 stycznia 2007 r.,

skargi kasacyjnej strony powodowej od wyroku Sądu Apelacyjnego

z dnia 9 lutego 2006 r.,

oddala skargę kasacyjną i zasądza od strony powodowej na rzecz strony pozwanej kwotę 5.400 (pięć tysięcy czterysta) zł tytułem zwrotu kosztów postępowania kasacyjnego.

Uzasadnienie

Międzynarodowe Centrum D. Polska – spółka z o. o. w W. domagała się od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia zapłaty kwoty 324.956,95 zł z odsetkami tytułem zwrotu wartości świadczeń medycznych z zakresu dializoterapii wykonanych ponad limit ustalony w umowie.

Wyrokiem Sądu Apelacyjnego z dnia 9 lutego 2006 r. oddalona została apelacja strony powodowej od wyroku Sądu Okręgowego, na podstawie którego roszczenie strony powodowej zostało oddalone.

Rozstrzygnięcie powyższe oparte zostało na następujących ustaleniach i wnioskach:

Powód jest niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej, działającym w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, udzielającym na terenie całego kraju świadczeń zdrowotnych z zakresu hemodializy. W roku 2002 zorganizował w Z. Centrum D. na bazie Szpitala Klinicznego i złożył stronie pozwanej ofertę przejęcia części kontraktu, jaki łączył stronę pozwaną ze Szpitalem Klinicznym, a mianowicie obejmującego 1.130 zabiegów hemodializy. Strona pozwana pismem z dnia 13 lutego 2003 wyraziła zgodę na taką cesję pod warunkiem zapewnienia ciągłości świadczeń w okresie od 13 lutego do 31 marca 2003 r. W umowie, którą strony zawarły w dniu 19 marca 2003 r. ustalono, że we wspomnianym okresie dla 104 pacjentów wykonanych zostanie 1.130 zabiegów o wartości 429.000 zł. Strona powodowa zdawała sobie sprawę, że ustalona liczba zabiegów jest niewystarczająca. Zgodziła się jednak na zawarcie umowy gdyż stwarzało to szansę na zwrot funduszy i możliwość zawierania dalszych umów z możliwością ich renegotjacji. Przed zawarciem umowy ordynator oddziału hemodializy otrzymał zalecenie niepowiększania liczby pacjentów. Nie posiadał jednak wiedzy co do liczby zabiegów wynikających z kontraktu, który strona pozwana wcześniej zawarła ze Szpitalem Klinicznym, nie wiedział również o wielkości środków, którymi mógł dysponować od 13 lutego 2003 r. do dnia 19 marca 2003 r. tj. w okresie od rozpoczęcia usług medycznych do zawarcia umowy między stronami. W lutym

2003 r. wykonanych zostało 941 zabiegów, a w marcu 2003 r. – 1299 zabiegów, łącznie 2.240.

Sąd Apelacyjny - mając na względzie twierdzenia strony powodowej, według której stronę pozwaną obciąża obowiązek zapłaty za usługi medyczne wykonane ponad ustalony w umowie limit z tego względu, że były to zabiegi ratujące życie - uznał, że wprawdzie „zabiegi hemodializy są zabiegami ratującymi życie, ale można je przewidzieć i planować”.

Skarga kasacyjna strony powodowej oparta została na podstawie naruszenia prawa materialnego: art.7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, dalej jako ustawa o z.o.z.” (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.) oraz art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, dalej jako „ustawa o zawodzie lekarza” (t. jedn. Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz.1943 ze zm.) w zw. z art. 56 k.c. przez ich błędną wykładnię polegającą na uznaniu, że świadczenia udzielane przez powoda nie stanowią świadczeń ratujących życie i zdrowie, wymagających udzielenia natychmiastowej pomocy; art. 353¹ k.c. w zw. z art. 58 ust. 1 i 3 k.c. przez ich niewłaściwe zastosowanie w następstwie stwierdzenia, że zawarta przez strony umowa była ważna w części dotyczącej zobowiązania się strony powodowej do wykonania usług pozalimitowych na własny koszt w sytuacji gdy takie postanowienie umowne jest sprzeczne z art. 7 ustawy o z.o.z. i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza;

W ramach podstawy naruszenia przepisów postępowania strona powodowa zarzuciła naruszenie art.278 § 1 k.p.c. przez niewezwanie biegłego w celu wyjaśnienia kwestii, czy świadczenia z zakresu dializoterapii są świadczeniami ratującymi życie, wymagającymi natychmiastowego udzielenia pomocy medycznej.

Strona skarżąca wносиła o „uchylenie kwestionowanego wyroku w całości”.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Zasadniczą przyczyną sporu pomiędzy powodem a stroną pozwaną są niejasne regulacje prawne. Z jednej strony wynika z nich, że zakład opieki zdrowotnej powinien spełnić określone świadczenia zdrowotne. Tak w szczególności stanowią przepisy ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. ustawy o z.o.z. które przyznając pacjentom tych zakładów szereg praw nakładają

na zakłady opieki zdrowotnej obowiązek udzielenia im opieki medycznej. Z drugiej strony – według przepisów ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o p.u.z. – świadczenia zdrowotne były (i są nadal) udzielane ubezpieczonym w ramach środków finansowych posiadanych przez b. Kasy Chorych (aktualnie Oddziały NFZ). Powszechnie też wiadomo, że Kasy Chorych nie dysponowały odpowiednią ilością środków finansowych aby zabezpieczyć uzasadnione potrzeby zakładów opieki zdrowotnej.

Taki stan rzeczy nakłada na sądy rozpatrujące spory na tle zawartych umów między kasami chorych (obecnie NFZ) a świadczeniodawcami konieczność szczególnie wnikliwego rozważenia racji obu stron i, pomimo ułomności znajdujących tu zastosowanie przepisów, poszukiwania rozstrzygnięcia uwzględniającego granice wyznaczone przez normy prawne.

Istota sporu sprowadza się do kwestii: czy świadczeniodawca usług medycznych może skutecznie żądać zapłaty za świadczenia nieobjęte treścią umowy, którą zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia. W razie udzielenia odpowiedzi twierdzącej pozostaje do rozstrzygnięcia kwestia, czy po stronie świadczeniodawcy powstaje roszczenie o zwrot kosztów wszystkich wykonanych świadczeń, czy też tylko niektórych z nich, wyróżnionych z powodu swego charakteru lub okoliczności, w jakich zostały udzielone.

W judykaturze prezentowane są zasadniczo trzy stanowiska. Według pierwszego z nich, prezentowanego w niektórych orzeczeniach sądów powszechnych, które nie znalazło akceptacji w judykatach Sądu Najwyższego, można uzyskać zapłatę za wszystkie świadczenia, udzielane pacjentom przez świadczeniodawcę, bez względu na treść umowy z NFZ-em i bez względu na przewidziane w niej limity. Według drugiego poglądu nie można w ogóle uzyskać zapłaty za świadczenia, które nie zostały uzgodnione i wprost określone w umowie świadczeniodawcy z NFZ-em. Stanowisko to oparte jest na przydaniu zasadniczego znaczenia umowie, określającej zasady udzielania świadczeń oraz zakwestionowaniu tezy jakoby w relacjach między zakładami opieki zdrowotnej i NFZ-em obowiązek sfinansowania świadczeń ponadlimitowych powstał z mocy samego prawa. Według tej koncepcji przepisy art. 7 ustawy o z.o.z. i art. 30 ustawy

o zawodzie lekarza nie stanowią – wbrew twierdzeniom zwolenników pierwszego stanowiska - wystarczającej podstawy do konstruowania stosunku obligacyjnego między świadczeniodawcą i NFZ-em w sytuacji, w której świadczeniodawca udzielił świadczeń zdrowotnych ponad limit przewidziany w umowie (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 28 stycznia 2004 r., IV CK 434/02, z dnia 25 marca 2004 r., II CK 207/03 oraz z dnia 15 października 2004 r., II CK 54/04. Zwolennicy tego stanowiska kontestując pierwszy z przytoczonych poglądów wskazują, że skoro Kasa Chorych (obecnie NFZ) zawsze byłaby zobowiązana *ex lege* do pokrywania należności za wszystkie wykonane przez świadczeniodawców usługi medyczne, niezależnie od tego, czy mieściłyby się one w ramach wcześniej zawartej umowy, czy też dokonywane byłyby poza limitem określonym w umowie, to zawieranie umów traciłoby sens.

Pośrednie stanowisko, które dominuje w orzecznictwie Sądu Najwyższego oparte jest na zapatrywaniu, że żądanie zapłaty za udzielone świadczenia ponadlimitowe jest prawnie zasadne tylko wtedy, gdy do wykonania tych świadczeń doszło w sytuacjach określonych w art. 7 ustawy o z.o.z. i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza, skoro przepisy te są źródłem bezwzględного obowiązku lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej podjęcia interwencji medycznych w opisanych tam sytuacjach. Według tej koncepcji określone w umowach ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą przypadków, gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Ustawowy obowiązek natychmiastowego udzielenia świadczeń nie może więc być limitowany umową. Obowiązek zapłaty przez Kasy Chorych (obecnie NFZ) za świadczenia ponadlimitowe udzielone w warunkach „przymusu ustawowego”, został przyjęty przez Sąd Najwyższy m.in. w wyrokach z dnia 5 listopada 2003 r. (IV CK 189/02), z dnia 5 sierpnia 2004 r. (III CK 365/03) z dnia 15 grudnia 2004 r. (IV CK 361/04), z dnia 21 grudnia 2004 r. (ICK 320/04) oraz z dnia 28 czerwca 2005 r. (I CK 821/04).

Podzielając to stanowisko rozważyć należało, zważywszy na zarzut naruszenia art. 278 § 1 k.p.c. przez niewezwanie biegłego w celu wyjaśnienia kwestii, czy świadczenia z zakresu dializoterapii są świadczeniami ratującymi życie, wymagającymi natychmiastowego udzielenia pomocy medycznej oraz zarzut

naruszenia art. 7 ustawy o z.o.z. i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza przez ich niezastosowanie - czy zabiegi hemodializy wchodzą w zakres świadczeń ratujących życie i zdrowie, wymagających udzielenia natychmiastowej pomocy. Odpowiedź zawiera – bez potrzeby przeprowadzania dowodu z opinii biegłego - wyjaśnienie Krajowego Konsultanta Medycyny w dziedzinie nefrologii prof. St. Czekalskiego (k. 37 akt), który stwierdził, że zabieg ten jest formą oczyszczenia pozaustrojowego z substancji toksycznych i jest stosowany w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia pacjentów z ostrą niewydolnością nerek jak i u chorych leczonych przewlekle hemodializoterapią. U tych ostatnich pacjentów regularnie powtarzane zabiegi hemodializy stosowane przeciętnie 3 razy w tygodniu przez 4-6 godzin lub czasem dłużej decydują o przeżyciu. W świetle takiego stwierdzenia nie może budzić wątpliwości teza, że zabiegi hemodializy należy zaliczyć do świadczeń medycznych ratujących życie. Dla zastosowania art.7 ustawy o z.o.z. („Zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia) oraz art.30 ustawy o zawodzie lekarza (Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki) nie wystarczy jednak ustalenie, że określony zabieg jest zabiegiem ratującym życie, koniecznym bowiem jest ponadto ustalenie, że pacjent „potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia” bądź jest to „przypadek niecierpiący zwłoki”.

Świadczeniami, o których mowa w zacytowanych przepisach w zasadzie objęte zostały stany nagłe, niespodziewane, nieprzewidywalne (np. pacjenci z udarem mózgu, zawałem serca, poszkodowani w wypadkach drogowych). Takiego charakteru nie ma zabieg hemodializy, który z reguły stosowany jest u pacjentów z ostrą niewydolnością nerek oraz osób przewlekle chorych, u których zabiegi hemodializy są regularnie powtarzane. Zasadnie więc Sąd Apelacyjny nie uwzględnił podnoszonego w apelacji zarzutu jakoby dializy mimo ich przewidywalności należało kwalifikować jako stany nagłe. Potrzebną liczbę takich zabiegów można z łatwością wyliczyć zwłaszcza, gdy – jak w przypadku umowy

zawartej przez strony – znana była liczba pacjentów objętych hemodializą, a ponadto okres obowiązywania umowy wynosił niespełna dwa miesiące. Nie bez znaczenia dla oceny analizowanej kwestii ma okoliczność, że na terenie objętym działaniem pozwanego Oddziału NFZ w I kwartale 2003 r. spośród 27 świadczeniodawców aż 12 nie wykonało planu określonego w zawartych umowach dotyczących hemodializy – na łączną kwotę 568.760 zł. (Szpital w Z. - na kwotę 144.894 zł.). Pacjenci mieli zatem możliwość poddawania się zabiegom hemodializy w innych placówkach, zaś strona powodowa nie miała obowiązku przyjmowania nowych pacjentów.

Z poczynionych ustaleń wynika, że powód będąc profesjonalistą, działającym jako spółka prawa handlowego, chcąc wejść w system ubezpieczeń zdrowotnych z rozmysłem przyjął warunki strony pozwanej. Wiedział, że umowa na okres od 13 lutego 2003 r. do 31 marca 2003 r. zawarta została w granicach określonych limitem świadczeń przejętych od Szpitala Klinicznego. Umowa nie mogła więc zawierać innych uzgodnień, skoro zawarta została z pominięciem konkursu ofert. W świetle tych okoliczności zarzut naruszenia art. 353¹ k.c. w zw. z art. 58 § 1 i 3 k.c. przez ich niewłaściwe zastosowanie w następstwie stwierdzenia przez Sąd Apelacyjny, że zawarta przez strony umowa była ważna w części dotyczącej zobowiązania się strony powodowej do wykonania usług pozalimitowych na własny koszt – ocenić należało jako bezzasadny. Na etapie zawierania umowy strony dysponowały swobodą w podejmowaniu decyzji i wyrażeniu woli. Strona pozwana nie nadużyła pozycji monopolisty na rynku świadczeń zdrowotnych, dla narzucenia w umowie korzystnych dla siebie rozwiązań. W istocie wyraziła jedynie zgodę na ofertę strony powodowej, która czyniła usilne zabiegi w celu przejęcia wcześniej zawartego kontraktu, umożliwiającego powodowej Spółce działanie na rynku usług medycznych, obejmującym teren Oddziału Ś. strony pozwanej. W świetle tej okoliczności za nieuzasadniony ocenić należało także zarzut naruszenia art. 53 ust. 4 ustawy o p.u.z. w zw. z art. 56 k.c. przez błędną ich wykładnię polegającą na uznaniu, że łącząca strony umowa wyczerpuje wszystkie elementy przedmiotowo istotne, a więc także dotyczące organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych. W umowie zawartej na krótki okres, w której precyzyjnie określona została liczba zabiegów w oparciu o ustaloną liczbę znanych pacjentów nie było konieczności

ustalenia niezbędnych przedsięwzięć organizacyjnych na wypadek wyczerpania limitu.

Z przytoczonych względów należało orzec, jak w sentencji (398¹⁴ k.p.c. oraz art. 98 § 1 i 2, art.108 § 1 w zw. z art. 391 § 1 i art. 398²¹ k.p.c.).