



Sygn. akt V CSK 272/08

## **WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 12 marca 2009 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Krzysztof Strzelczyk (przewodniczący)

SSN Mirosław Bączyk

SSN Krzysztof Pietrzykowski (sprawozdawca)

w sprawie z powództwa J.T.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia

o zapłatę,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym

w Izbie Cywilnej w dniu 12 marca 2009 r.,

skargi kasacyjnej powoda od wyroku Sądu Apelacyjnego

z dnia 26 lutego 2008 r., sygn. akt [...],

- 1. uchyla zaskarżony wyrok i oddala apelację;**
- 2. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 31.279 (trzydzieści jeden tysięcy dwieście siedemdziesiąt dziewięć) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego i kasacyjnego.**

## Uzasadnienie

Powód J.T., prowadzący działalność gospodarczą pod nazwą Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „M.”, wniósł o zasądzenie od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia kwoty 409.653 złotych z odsetkami ustawowymi tytułem należności za wykonane świadczenia ponadlimitowe. Pozwany wniósł o oddalenie powództwa.

Sąd Okręgowy w K. wyrokiem z dnia 4 października 2007 r. uwzględnił powództwo i orzekł o kosztach procesu.

Sąd Okręgowy ustalił, że powód zawarł z pozwanym w dniu 30 grudnia 2005 r. umowę na okres od dnia 1 stycznia 2006 r. do dnia 31 grudnia 2007 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne i ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne. Strony ustaliły w umowie, że maksymalna kwota zobowiązania pozwanego względem powoda z tytułu realizacji umowy w 2006 r. wynosi 3.015.000 złotych. Powód w 2006 r. przekroczył limit świadczeń wynikający z umowy o łączną kwotę 944.271 złotych. Powód wykonał badania na kwotę 409.563 złotych na podstawie skierowań wystawianych przez uprawnionych lekarzy pierwszego kontaktu, na których umieszczone były adnotacje „cito” lub „pilne”, oznaczające kategorię medyczną, w której zachodzi konieczność niezwłocznej ich realizacji ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta. Pismem z dnia 7 grudnia 2006 r. powód zwrócił się do pozwanego z prośbą o przedstawienie sposobu rozliczenia wykonanych przez niego usług. Pozwany odmówił zapłaty. W dniu 6 lutego 2007 r. powód wystawił pozwanemu fakturę na kwotę 409.563 zł, której pozwany nie uregulował.

Zdaniem Sądu Okręgowego, udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia albo zdrowia jest obowiązkiem ustawowym świadczeniodawcy lub lekarza. Nie wyłącza to jednak obowiązków Narodowego Funduszu Zdrowia, na którym spoczywa ustawowe zadanie takiej organizacji opieki zdrowotnej, aby wszystkim ubezpieczonym zapewnić odpowiedni dostęp do świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z ugruntowanym w orzecznictwie Sądu Najwyższego

poglądem, w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia określone w umowie ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie obowiązują. Sąd Okręgowy uznał, że świadczenia ponadlimitowe udzielone pacjentom przez powoda były realizowane w sytuacji zagrożenia ich życia lub zdrowia.

Pozwany wniósł apelację od wyroku Sądu Okręgowego.

Wyrokiem z dnia 26 lutego 2008 r. Sąd Apelacyjny zmienił zaskarżony wyrok w ten sposób, że powództwo oddalił oraz zasądził koszty sądowe.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, istota sporu sprowadza się do rozstrzygnięcia kwestii, czy wykonane przez powoda badania tomografii komputerowej w sytuacjach, gdy na skierowaniu poczyniona była adnotacja „cito” lub „pilne”, stanowiły przypadki objęte dyspozycją art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (jedn. tekst: Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.; dalej: u.z.o.z.) i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (jedn. tekst: Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 ze zm.; dalej: u.z.l.). Zdaniem Sądu Apelacyjnego, nie powinna budzić wątpliwości teza, że badanie tomografii komputerowej jest świadczeniem niejednokrotnie ratującym życie czy zdrowie. Jednakże rozważane badanie nie stanowi przypadku nagłego, niespodziewanego i nieprzewidywalnego. W sytuacji „przypadku pilnego” powinno być ono dokonane bardzo szybko, jednakże nie natychmiast czy wręcz nagle. Urządzenia do stosowania badania tomograficznego posiada na terenie C. nie tylko powód, zatem chorzy, w sytuacji przekroczenia przez powoda limitu świadczeń, mieli możliwość poddania się badaniu w innym gabinecie.

Powód w skardze kasacyjnej zaskarżył wyrok Sądu Apelacyjnego w całości, zarzucając naruszenie prawa materialnego, mianowicie art. 7 u.z.o.z., art. 30 u.z.l. i art. 56 k.c. oraz przepisów postępowania, mianowicie art. 233 § 1 w związku z art. 382 k.p.c.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 ze zm.) nie zawierają żadnych regulacji w kwestii dotyczącej rozliczeń między świadczeniodawcą i Narodowym Funduszem Zdrowia z tytułu udzielonych przez

powoda świadczeń medycznych. Artykuł 136 tej ustawy określa jedynie konieczne elementy treści takiej umowy, w tym w szczególności rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami oraz kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy. Rozważana kwestia rozliczeń musi być zatem rozstrzygnięta przede wszystkim na podstawie wiążącej strony umowy, z uwzględnieniem jednak art. 56 k.c., a także art. 7 u.z.o.z., art. 30 u.z.l. i art. 68 ust. 2 Konstytucji RP. Zgodnie z art. 56 k.c., czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy, z zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów. Oznacza to, że treść umownego stosunku prawnego może być modyfikowana przez przepisy ustawowe. Do takich przepisów należy zaliczyć przede wszystkim art. 7 u.z.o.z., według którego zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Z kolei, stosownie do art. 30 u.z.l., 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. Wymienione przepisy powinny być interpretowane zgodnie z Konstytucją. Artykuł 68 ust. 1 Konstytucji RP przyznaje każdemu człowiekowi prawo podmiotowe do ochrony zdrowia, a art. 68 ust. 2 przyznaje każdemu obywatelowi prawo do równego dostępu w granicach określonych ustawami do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (por. wyroki Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 marca 1999 r., K 2/98, OTK 1999, nr 3, poz. 38, i z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK 2004, nr 1A, poz. 1).

W niektórych orzeczeniach Sądu Najwyższego został wyrażony pogląd, że świadczeniodawcy nie przysługuje wobec Narodowego Funduszu Zdrowia (dawniej: właściwej kasy chorych) roszczenie o wynagrodzenie za świadczenia niemieszczące się w limicie ustalonym w umowie. Według bowiem przepisów dawnej ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, umowy o udzielanie świadczeń zawierane przez świadczeniodawców z kasą chorych stanowiły zasadniczy instrument realizacji konstytucyjnego obowiązku władzy publicznej

zapewnienia obywatelom dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pozostawiający w zasadzie woli stron określenie rodzaju i zakresu świadczeń udzielanych przez świadczeniodawców, warunków udzielania tych świadczeń i zasad rozliczania się z ich wykonania. Przyznanie świadczeniodawcom wobec kasy chorych roszczenia o zapłatę wynagrodzenia za świadczenia wykraczające poza limit ustalony w umowie, w tym także za świadczenia ponadlimitowe spełnione w sytuacjach objętych obowiązkiem przewidzianym w art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l., oznaczałoby w istocie odmowę uznania doniosłości prawnej wskazanych umów (zob. wyroki z dnia 7 sierpnia 2003 r., IV CKN 393/01, niepubl., z dnia 28 stycznia 2004 r., IV CK 434/02, niepubl., z dnia 25 marca 2004 r., II CK 207/03, niepubl., z dnia 17 września 2004 r., V CK 58/04, niepubl., z dnia 15 października 2004 r., II CK 54/04, niepubl., z dnia 20 października 2004 r., I CK 218/04, niepubl., z dnia 10 marca 2005 r., I CK 578/04, niepubl. oraz z dnia 14 września 2005 r., III CK 83/05, niepubl.).

Według natomiast innych orzeczeń Sądu Najwyższego, świadczeniodawcy przysługuje wobec Narodowego Funduszu Zdrowia (dawniej: właściwej kasy chorych) roszczenie o wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe spełnione na rzecz osób ubezpieczonych w okolicznościach, w których było zagrożone zdrowie lub życie tych osób (art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l.; por. wyroki z dnia 5 listopada 2003 r., IV CK 189/02, niepubl., z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK 365/03, niepubl., z dnia 15 grudnia 2005 r., II CSK 21/05, OSNC 2006, nr 9, poz. 157, z dnia 13 lipca 2005 r., I CK 18/05, OSP 2006, nr 6, poz. 70, z dnia 14 lipca 2006 r., II CSK 68/06, niepubl., z dnia 25 maja 2006 r., II CSK 93/05, niepubl. i z dnia 8 sierpnia 2007 r., I CSK 125/07, OSP 2008, nr 7-8, poz. 72).

Sąd Najwyższy w niniejszym składzie podziela to drugie stanowisko, obecnie dominujące.

Przepisy art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l. są adresowane bezpośrednio do zakładów opieki zdrowotnej i lekarzy. Wynika z nich, że udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia albo zdrowia jest własnym ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy będącego zakładem opieki zdrowotnej czy lekarzem. Należy jednak podkreślić, że nie wyłączają one obowiązków

Narodowego Funduszu Zdrowia (dawniej: właściwych kas chorych) wynikających z innych ustaw. Obowiązki wynikające z powołanych przepisów art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l. mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy zatem, zgodnie z art. 56 k.c., włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między Narodowym Funduszem Zdrowia (dawniej: właściwą kasą chorych) a świadczeniodawcą i obciążyć nimi Fundusz zarządzający środkami publicznymi, z których powinny one być pokryte.

Określone w umowach limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą zatem sytuacji, w których istnieje konieczność natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia. Skoro więc istnieje ustawowy obowiązek udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a obowiązek sfinansowania udzielonych ubezpieczonym przez zakłady opieki zdrowotnej świadczeń spoczywa na kasie chorych, to należy uznać, że zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie, jeżeli tylko wykáže, że nastąpiło to w sytuacji określonej w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

W okolicznościach niniejszej sprawy Sąd Apelacyjny sam sobie przeczy, skoro najpierw uznaje za niewątpliwą tezę, że badanie tomografii komputerowej jest świadczeniem niejednokrotnie ratującym życie czy zdrowie, a następnie stwierdza, iż rozważane badanie nie stanowi przypadku nagłego, niespodziewanego i nieprzewidywalnego. Dalej z kolei podkreśla, że urządzenia do badań tomograficznych posiada na terenie C. nie tylko powód, zatem chorzy, w sytuacji przekroczenia przez powoda limitu świadczeń, mieli możliwość poddania się badaniu w innym gabinecie. Należy w związku z tym podkreślić, że określenie w umowie ilościowego limitu świadczeń zdrowotnych bez ustalenia niezbędnych przedsięwzięć organizacyjnych na wypadek wyczerpania limitu stanowi nadużycie przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynikającego z art. 136 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obowiązku określenia w umowie zakresu udzielonych świadczeń i maksymalnej kwoty zobowiązania kasy chorych wobec świadczeniodawcy. Świadczeniodawca, jeżeli sam miałby nie wykonywać świadczenia, powinien w każdej chwili wiedzieć, dokąd ma odesłać

pacjenta. W konsekwencji świadczeniodawcy przysługuje umowne wynagrodzenie także za ponadlimitowe świadczenia udzielone ze względu na zagrożenie życia albo zdrowia (zob. odpowiednio wyrok z dnia 13 lipca 2005 r., I CK 18/05, OSP 2006, nr 6, poz. 70). Za takie zaś w okolicznościach niniejszej sprawy należy uznać wykonane przez powoda badania tomografii komputerowej w sytuacji, gdy na skierowaniach poczynione były adnotacje „cito” lub „pilne”.

Podniesiony w skardze kasacyjnej zarzut naruszenia art. 233 § 1 w związku z art. 382 k.p.c. jest niedopuszczalny na podstawie art. 398<sup>3</sup> § 3 k.p.c.

Skoro podstawa naruszenia prawa materialnego jest oczywiście uzasadniona, a wskazana w skardze kasacyjnej podstawa naruszenia przepisów postępowania okazała się nieuzasadniona, Sąd Najwyższy z przedstawionych powodów na podstawie art. 398<sup>16</sup> k.p.c. orzekł jak w sentencji.