



Sygn. akt II CSK 275/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 marca 2016 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Anna Kozłowska (przewodniczący)

SSN Mirosław Bączyk (sprawozdawca)

SSN Irena Gromska-Szuster

w sprawie z powództwa Szpitala Klinicznego

w P.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia - Oddziałowi Wojewódzkiemu w P.

o zapłatę,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym

w Izbie Cywilnej w dniu 17 marca 2016 r.,

skargi kasacyjnej strony pozwanej

od wyroku Sądu Apelacyjnego

z dnia 16 grudnia 2014 r.,

1. oddala skargę kasacyjną;

2. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 3600 (trzy tysiące sześćset) zł tytułem zwrotu kosztów postępowania kasacyjnego.

UZASADNIENIE

Powód Szpital Kliniczny w P. domagał się zasądzenia od NFZ –Oddziału Wojewódzkiego w P. kwoty 14.864.251,01 zł z odsetkami od odpowiednich kwot wyszczególnionych w pozwie. Powód cofnął pozew co do kwoty 156.174,72 w zakresie, w którym strony zawarły porozumienie, a pozwany wyraził zgodę na cofnięcie. Ostatecznie powód podtrzymywał żądanie pozwu w odniesieniu do pkt 1, 2 i 5 pozwu, a w pozostałym zakresie cofnął powództwo ze zrzeczeniem się roszczenia.

Sąd Okręgowy zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 13.524.668 zł z odsetkami; umorzył postępowanie co do kwoty 492.299,37 (obejmującej skutecznie cofnięcie pozwu), a w pozostałym zakresie oddalił powództwo.

Zasadnicze ustalenia faktyczne dokonane przez Sąd Okręgowy są następujące.

Powodowy Szpital zawarł z NFZ kilka umów dotyczących świadczeń medycznych w 2010 r. W umowach tych m.in. postanowiono, że jednostką rozliczeniową, dla której ustalono cenę, był punkt rozliczeniowy. W spornym okresie świadczeń kontrakty przyznawane były na określoną ilość punktów, a nie na ilość świadczeń. Powód nie zmieścił się w granicach maksymalnej wartości kontraktów i wykonał świadczenia medyczne ponad limit. Według powoda, maksymalna wartość kontraktów zaproponowana przez NFZ była zbyt niska, przede wszystkim ze względu na stany zagrożenia zdrowia i życia w zakresie chorób nowotworowych i powód domagał się ich podniesienia. Pozwany wyjaśniał natomiast, że limity umów wynikają z planu finansowego i są ograniczone wysokością wpływów do NFZ.

Pozwany był na bieżąco informowany o ilościowym i rzeczowym zakresie świadczeń, w tym też tych świadczeń, które obejmowały świadczenia ponadlimitowe wskazane w pozwie. Powód wykazał, jakie były maksymalne wartości umów zastrzeżone przez NFZ, a przekroczone ostatecznie przez Szpital (m.in. leczenie - chemioterapia - o kwotę 13.529.688, z pominięciem tzw. substancji czynnych). Powód wystawił odpowiednie faktury, zostały one jednak zwrócone przez pozwanego, który powoływał się na postanowienia umowy stron.

W zakresie chemioterapii pozwany sfinansował w całości wydatki na substancje czynne podawane pacjentom, natomiast odmówił sfinansowania niezbędnej hospitalizacji towarzyszącej leczeniu chemioterapeutycznemu.

W ocenie Sądu Okręgowego, żądanie powoda było uzasadnione. Leczenie szpitalne chemioterapii było świadczeniem ratującym życie i zdrowie w przypadku jego zagrożenia. Zaprzestanie leczenia pacjentów z chorobami nowotworowymi lub niepodjęcie leczenia w optymalnym momencie jest bowiem narażeniem pacjenta na niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia. Leczenie nowotworów złośliwych wymaga stałych interwencji, stanowi kompleks czynności, w których każda kolejna jest niezbędna i konieczna do ratowania życia. Przerwanie lub niepodjęcie leczenia cytostatykami w ustalonym terminie naraża chorego na ryzyko wznowienia lub rozwoju komórek lekoodpornych, które nie poddadzą się potem leczeniu. Chemioterapia jest leczeniem toksycznym, wiążących się z możliwością wielu powikłań, toteż niezbędna jest tu kilkudniowa hospitalizacja, leczenie cytostatykami jest obarczone bardzo dużym ryzykiem takich powikłań, a każdy pacjent – poddany takiemu leczeniu – musi być ściśle monitorowany w zakresie funkcjonowania narządów wewnętrznych. Musi zatem odbywać się w warunkach szpitalnych z racji potrzeby kontroli i oceny wyników leczenia. Świadczenia powoda polegające na szpitalnym leczeniu chemioterapii (wskazane w pozwie) były świadczeniem ratującym życie, udzielonymi w ramach tzw. przymusu ustawowego, wynikającego z obowiązującego w okresie wykonywania umowy art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 81, poz. 408 ze zm. – cyt. dalej jako „ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r.”).

Apelacja pozwanego została oddalona. Sąd Apelacyjny podzielił ustalenia faktyczne Sądu Okręgowego.

W sprawie sporne między stronami było to, czy przypadki udzielenia przez powoda świadczeń opieki zdrowotnej, obejmującej podawanie chorym na nowotwory cytostaków (tzw. chemioterapia) mogły być zakwalifikowane do stanów nagłych w rozumieniu art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008, nr 164 poz. 1027 ze zm.; cyt. dalej jako „ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r.”). Powód

wykazał taką właśnie kwalifikację oferowanych świadczeń. Świadczą o tym przytoczone przez Sąd Apelacyjny środki dowodowe, w tym opinia biegłego lekarza - specjalisty medycyny onkologicznej P. Ł. i zeznań kilku lekarzy - specjalistów z zakresu chorób nowotworowych. Lekarze ci podnosili konieczność szybkiego podejmowania czynności leczniczych, zostało zatem udowodnione, że powód udzielił świadczeń w warunkach nagłych, w stanie zagrożenia życia pacjentów i pogarszającego się ich stanu zdrowia wymagających niezwłocznej pomocy medycznej. Pozwany bezpodstawnie negował możliwość domagania się przez powoda zwrotu kosztów leczenia szpitalnego związanego ze stosowaną chemioterapią. Leczenie takie (szpitalne) mieści się także w kategorii przypadków nagłych, o których wspomina się w art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. Nie można podzielić stanowiska pozwanego, że terapia stosowana u chorych na nowotwory z założenia jest leczeniem planowym i mogła być podejmowana w warunkach braku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia pacjenta.

Sąd Apelacyjny uznał za nieuzasadnione podnoszone w apelacji zarzuty naruszenia art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 i art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2013, poz. 757; dalej cyt. jako „ustawa z dnia 8 września 2006 r.”). Prawidłowe było stanowisko Sądu Okręgowego, że szpitalowi służy uprawnienie do żądania sfinansowania udzielonego świadczenia, jeżeli wykaże, iż nastąpiło to w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta, a uprawnienie to wynika ze stosunku obligacyjnego, jaki łączy pozwany Fundusz ze świadczeniodawcą.

W skardze kasacyjnej pozwanego – NFZ podnoszono zarzuty naruszenia art. 278 § 1 k.p.c. w zw. z art. 386 § 4 k.p.c., a także zarzuty naruszenia art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r., art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2011 r., nr 277, poz. 1634 cyt. dalej jako „ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r.”), art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych i art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. Skarżący wnosił o uchylenie zaskarżonego wyroku oraz wyroku Sądu Okręgowego i przekazania sprawy temu Sądowi do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

W rozpoznawanej sprawie nie była przedmiotem sporu treść łączącej strony umowy o świadczenie medyczne wykonywane przez powoda w 2010 r. Z ustaleń dokonanych przez Sądy meriti wynika, że pozwany NFZ sfinansował - zgodnie z umową - w całości substancje czynne podawane chorym na nowotwory pacjentów w ramach leczenia ich chemioterapią. Odmówił natomiast pokrycia kosztów niezbędnej hospitalizacji towarzyszącej podawaniu tych substancji i prezentował stanowisko, że taki sposób leczenia nie wymagał hospitalizacji. Stosowana przez powoda terapia wobec chorych na nowotwory z założenia stanowi bowiem leczenie planowe i nie może być uznana za leczenie podejmowane w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia pacjenta, a w takiej sytuacji obowiązują strony postanowienia umowy o dokonywanie świadczeń leczniczych. Stanowisko takie było podtrzymane przez pozwanego w skardze kasacyjnej i odpowiednio szerzej umotywowane.

Zgodnie z art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r., zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Z art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. wynika, że lekarz ma obowiązek udzielać pomocy 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. Natomiast według art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. w sytuacjach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Z regulacji tych wynika ustawowy obowiązek udzielenia świadczenia pacjentowi, w sposób bezzwłoczny (natychmiastowy), jeżeli wymaga tego stan pacjenta (zagrożenie życia i zdrowia). Wskazane formuły ustawowe mają charakter ogólny i powinny być uściślane m.in. w zależności od rodzaju i stanu chorobowego zagrożenia życia i zdrowia pacjenta, a te z kolei mogą determinować rodzaj i zasięg zastosowanej terapii medycznej. Rzecz jasna, decydujące oceny w tym zakresie mogą być formułowane przy wykorzystaniu wiedzy medycznej i doświadczenia diagnostyczno-terapeutycznego. Na świadczeniodawcy ciąży

obowiązek udowodnienia, że dochodzone przez niego od NFZ wynagrodzenie za świadczenie ponadlimitowe obejmuje wynagrodzenie za świadczenie dokonane w ramach określonych w art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1996 r. (zob. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 października 2008 r., V CSK 139/08, nie publ.).

Nie można podzielić stanowiska skarżącego, że doszło do naruszenia przez Sąd Apelacyjny art. 278 § 1 k.p.c. w rezultacie „zastąpienia dowodu z opinii biegłego dowodem z zeznań świadków w zakresie, w jakim konieczne okazało się zasięgnięcie wiadomości specjalnych”, a także przez to, iż pojawiła się „konieczność przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego z zakresu medycyny ratunkowej” (s. 1, 2 skargi).

Po pierwsze, w postępowaniu został przeprowadzony dowód z opinii biegłego P. Ł. (chirurga, specjalisty z zakresu chirurgii onkologicznej, k. 611 - 612 i k. 641-642 akt sprawy), który stwierdził m.in. to, że specyfika charakteryzującą chorych na nowotwór złośliwy jest to, że nie mamy tu najczęściej do czynienia z przypadkami bezpośredniego zagrożenia życia jak w kardiologii i neurologii, ale nieudzielenie tym pacjentom pomocy na tyle szybko, na ile to możliwe, pozbawia ich szansy na wyleczenie, a tym samym zagraża bezpośrednio ich życiu.

Po drugie, z treści uzasadnienia wyroku Sądu Okręgowego wynika, że przeprowadzono także dowody z zeznań wielu świadków, przeważnie lekarzy specjalistów w różnych dziedzinach leczenia chorób nowotworowych (ginekologicznych, pulmonologicznych, hematologicznych). Świadkowie ci potwierdzili, że wykonywanie świadczeń z zakresu chemioterapii odbywało się właśnie w warunkach zagrożenia życia i zdrowia pacjentów chorych na nowotwory. Co więcej, zeznania te harmonizują z ogólnymi wnioskami opinii biegłego P. Ł. (k. 709 akt sprawy; s. 4 uzasadnienia wyroku Sądu Okręgowego). Sąd Okręgowy podkreślił także znaczną dowodową wartość merytoryczną zeznań tych świadków - lekarzy zajmujących się w praktyce leczniczej określonymi chorobami nowotworowymi. W świetle postanowień art. 233 § 1 k.p.c. Sądy meriti mogły uznać, że przeprowadzone dowody z zeznań wspomnianych świadków, dysponujących znaczną wiedzą medyczną, pozwalają na przyjęcie stanu zagrożenia zdrowia

i życia pacjentów powodowego Szpitala objętych chemioterapią, której towarzyszyła potrzeba szpitalnego leczenia tych pacjentów. Mógł też zatem wykluczyć możliwość leczenia tych pacjentów w ramach sugerowanego przez pozwany NFZ tzw. leczenia planowanego (pozaszpitalnego).

Należy także stwierdzić, że w świetle dokonanych przez Sądy meriti ustaleń faktycznych (dotyczących zwłaszcza potrzeby stałego monitorowania stanu zdrowia pacjentów w toku chemioterapii) nie można podzielić stanowiska skarżącego, iż Sąd Apelacyjny niewłaściwie zastosował art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r., art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. r. i art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Trzeba ponadto zaznaczyć, że art. 19 ust. 4 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. nie był w ogóle wskazany w podstawach skargi (por. pkt 3 skargi), toteż nie może być brany pod uwagę w postępowaniu kasacyjnym.

Z przedstawionych względów Sąd Najwyższy na podstawie art. 398¹⁴ k.p.c. orzekł jak w sentencji.

aj jw

eb