

Sygn. akt II CSK 486/17

POSTANOWIENIE

Dnia 11 maja 2018 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Krzysztof Pietrzykowski (przewodniczący)

SSN Monika Koba

SSN Anna Kozłowska (sprawozdawca)

w sprawie z powództwa H. Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w P.
przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia – (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w
P.

o zapłatę,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej w dniu 11 maja 2018 r.,
skargi kasacyjnej strony powodowej
od wyroku Sądu Apelacyjnego w (...)
z dnia 23 lutego 2017 r., sygn. akt I ACa (...),

**przedstawia do rozstrzygnięcia składowi siedmiu sędziów
Sądu Najwyższego zagadnienie prawne:**

"Czy art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jedn. tekst: Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 ze zm.) ma zastosowanie do ustalenia wysokości wynagrodzenia należnego świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej za świadczenia ponadlimitowe wykonane w stanach nagłych?"

UZASADNIENIE

Powód, H. sp. z o.o. w P., domagał się zasądzenia od Narodowego Funduszu Zdrowia kwoty 183.948, 34 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od kwot i dat szczegółowo opisanych w pozwie tytułem zapłaty za świadczenia zrealizowane w roku 2014 r. w warunkach zagrożenia zdrowia lub życia ponad kwotę zobowiązania pozwanego wynikającą z zawartej przez strony umowy. Wyrokiem z dnia 29 czerwca 2016 r. Sąd Okręgowy w P. uwzględnił powództwo. W motywach rozstrzygnięcia Sąd ustalił, że strony od 27 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2016 r. były związane umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda, na podstawie aneksu do tej umowy, w okresie od stycznia do grudnia 2014 r. wyniosła 6.496.639,32 zł. Powód przyjmuje pod opiekę pacjentów z chorobami płuc. Każdy pacjent miał rozpoznaną niewydolność oddechową. Powód wykonując umowę świadczył pacjentom wentylację mechaniczną, przy czym w roku 2014 doszło do przekroczenia limitu ustalonego w umowie w stosunku do 34 pacjentów, a wartość świadczeń ponad limit wynikający z umowy wyniosła 183.948,34 zł. Świadczenia udzielone tym pacjentom miały charakter świadczeń ratujących życie, zostały wykonane w warunkach nagłych. Powód nie mógł zaprzestać wentylacji płuc, brak kontynuacji lub jej niewdrożenie powoduje narażenie zdrowia lub życia pacjenta, brak bowiem własnego oddechu to stan permanentnego zagrożenia życia. Świadczenia zostały więc udzielone w warunkach wynikających uprzednio z art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (jedn. tekst: Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz.89; dalej jako u.z.o.z.), a obecnie z art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (obecnie jedn. tekst: Dz. U. z 2018 r., poz. 160; dalej jako u.d.l.) i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (obecnie jedn. tekst: Dz. U. z 2018 r., poz. 617; dalej jako u.z.l.d.). Obowiązki wynikające z tych przepisów mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Powoduje to, że pozwany nie mógł uchylić się od obowiązku zapłaty za te świadczenia. Wysokość wynagrodzenia została ustalona

przez powoda według stawek umownych wynikających z łączącej strony umowy. Sąd pierwszej instancji nie zaakceptował stanowiska pozwanego, że wynagrodzenie należało obliczyć z uwzględnieniem treści art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (obecnie jedn. tekst Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 ze zm.; dalej, jako u.ś.o.z.) czyli według uzasadnionych kosztów świadczeń niezbędnych. W ocenie Sądu przepis ten dotyczy wyłącznie świadczeniodawców, którzy nie zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i wskazał, że wynikający z ustawy obowiązek świadczeniodawcy, który taką umowę zawarł, udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach przymusu ustawowego, zgodnie z art. 56 k.c. należy traktować jako skutek umowy, co powoduje, że i płatność za te świadczenia następuje na warunkach ustalonych w umowie.

Na skutek apelacji pozwanego, Sąd Apelacyjny w (...) wyrokiem z dnia 23 lutego 2017 r. zmienił zaskarżony wyrok i oddalił powództwo. Zajął odmienne niż Sąd pierwszej instancji stanowisko, co do stosowania w sprawie art. 19 ust. 4 u.ś.o.z., przyjmując, w ślad za poglądem wyrażonym przez Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 27 sierpnia 2015 r. III CSK 455/14 (nie publ.), że świadczenie wykonane w warunkach przekraczających limit zawarty w umowie jest świadczeniem wykonanym bez umowy, co uzasadnia wnioski, że świadczeniodawcy przysługuje co prawda roszczenie o wynagrodzenie za wykonanie w stanie nagłym takich ponadlimitowych świadczeń, jednak zgodnie z powołanym art. 19 ust. 4, w wysokości uzasadnionych kosztów ich udzielenia. Biorąc pod uwagę, że powód nie przedstawił wyliczenia takich kosztów, a kwota dochodzona pozwem wynikała z przyjęcia stawek umownych, powództwo zostało oddalone.

W skardze kasacyjnej od wyroku Sądu Apelacyjnego powód zarzucił naruszenie art. 19 ust. 1 i 4 i art. 132 ust. 1 i 4 oraz art. 136 u.ś.o.z. w związku z art. 56 k.c.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Sąd Najwyższy w składzie rozstrzygającym o skardze powziął poważne wątpliwości, co do wykładni powołanych w niej przepisów. Wątpliwości te wyrażają

się w pytaniu, czy art. 19 ust. 4 u.ś.o.z. ma zastosowanie do ustalania wysokości wynagrodzenia należnego świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej za świadczenia ponadlimitowe wykonane w stanach nagłych.

Zagadnienie sposobu finansowania świadczeń udzielonych w stanach zagrożenia zdrowia lub życia było przedmiotem licznych wypowiedzi Sądu Najwyższego już w okresie obowiązywania ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 153) i ustawy z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391 ze zm.). W obu tych ustawach przewidziano finansowanie świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych oparte na założeniu, że kasa chorych (Narodowy Fundusz Zdrowia) przekazuje świadczącym usługi zdrowotne tyle środków finansowych, ile przewiduje umowa zawarta między zainteresowanymi stronami. Pod rządem obu tych ustaw w umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych określeniu podlegały kwoty zobowiązania kasy chorych (Narodowego Funduszu Zdrowia), wobec świadczeniodawcy. W praktyce siłą rzeczy wyłonił się więc problem niezgodności liczby spełnionych świadczeń i wysokości wynagrodzenia z limitami ustalonymi w umowie. Przy rozstrzyganiu tych wątpliwości przez Sąd Najwyższy zarysowały się dwa stanowiska. Pierwsze wskazywało, że 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 ustawy u.z.l., oznaczałoby odmowę uznania doniosłości prawnej tych umów. Pogląd ten nie zyskał jednak przewagi. Drugi nurt orzecznictwa, dominujący, który należy podzielić, od zasady przysługiwania świadczeniodawcom w stosunku do kasy chorych, a następnie do Narodowego Funduszu Zdrowia, roszczenia o wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe dopuścił wyjątek dotyczący świadczeń ponadlimitowych spełnionych w przypadkach, w których art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l. nakładały na zakłady opieki zdrowotnej i lekarzy obowiązek niezwłocznego udzielenia pomocy medycznej ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Sąd Najwyższy uznał, że roszczenie świadczeniodawcy,

wynikające z tych przepisów, interpretowanych w zgodzie z art. 68 ust. 2 Konstytucji, wobec kasy chorych o wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe spełnione na rzecz ubezpieczonych w przypadkach określonych w art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l. nie podważa przyjętego rozwiązania opierającego stosunek pomiędzy świadczeniodawcą a kasą chorych na umowie o udzielanie świadczeń. Podkreślił, że, zgodnie z art. 56 k.c., czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy, oraz że w zakresie dotyczącym wynagrodzenia za świadczenia spełnione w przypadkach objętych przepisami art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l. treść stosunku zobowiązaniowego powstałego w następstwie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych określają te przepisy, a nie postanowienia umowy (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 15 grudnia 2005 r., II CSK 21/05, OSNC 2006, nr 9, poz. 157; z dnia 5 listopada 2003 r., IV CK 189/02, nie publ.; z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK 365/03, nie publ.; 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, nie publ.; z dnia 25 maja 2006 r., II CSK 93/05, nie publ.; z dnia 8 sierpnia 2007 r., I CSK 125/07, OSP 2008, nr 7-8, poz. 72). Dostrzec należałoby, że w sprawach, w których rozstrzygnięcia zapadały na tle rozwiązań zawartych w ustawie z 1997 r. i w ustawie z 2003 r. wysokość wynagrodzenia nie była osią sporu, to jednak objęcie skutkami umowy (art. 56 k.c.) wypadków, w których udzielono świadczenia w warunkach przymusu ustawowego, nie pozostawiała wątpliwości, że wynagrodzenie to kształtuje się na poziomie stawek umownych.

Ten kierunek wykładni, wyprowadzający umowny charakter świadczeń ponadlimitowych wykonanych w warunkach przymusu ustawowego (art. 19 ust. 1 u.ś.o.z. i art. 15 u.d.l.) z art. 56 k.c., a w konsekwencji obowiązek uiszczenia wynagrodzenia za te świadczenia obliczonego według zasad wynikających z umowy został zaaprobowany również na gruncie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 2009 r. V CSK 272/08; z dnia 14 lutego 2008 r. II CSK 532/07; z dnia 10 stycznia 2014 r. I CSK 161/13 – nie publ.).

Pogląd, że świadczenia ponadmilionowe wykonywane w warunkach przymusu ustawowego mają z uwagi na treść art. 56 k.c. co prawda charakter umowny, ale przepis ten nie przesądza o zakresie obowiązku finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia, jako podmiotu zobowiązanego do zapłaty za te świadczenia, ponieważ przepisem, który reguluje tę materię jest art. 19 ust. 4 u.ś.o.z., Sąd Najwyższy wyraził w wyroku z dnia 27 sierpnia 2015 r. III CSK 455/14 (OSNC-ZD z 2017 r., nr 2, poz. 19). Poglądu tego w rozpoznawanej sprawie nie zaaprobował Sąd pierwszej instancji, a stał się on kanwą rozstrzygnięcia Sądu Apelacyjnego.

Art. 19 ust. 4 i 5 u.ś.o.z. nie miał odpowiednika ani w ustawie z 1997 r. ani w ustawie z 2003 r., a w ustawie obecnie obowiązującej jest jedynym przepisem regulującym zasady wynagradzania podmiotu, który udzielił świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym. Odczytanie jednak z jego treści czy reguluje on mechanizm finansowania świadczeń udzielonych w warunkach przymusu ustawowego tylko przez podmioty, które nie mają zawartej umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej czy również przez podmioty, które taką umowę zawarły jednakże do wykonania świadczenia doszło po przekroczeniu limitu umownego, wymaga wykładni, jeżeli uwzględni się, że tak w doktrynie jak i w orzecznictwie spełnianie świadczenia w rozmiarze przekraczającym rozmiar umówiony jest traktowane, w tej części, jako uczynione bez podstawy prawnej. Przeniesienie tej myśli na grunt przepisów u.ś.o.z. skutkuje przyjęciem, że świadczenie udzielone po przekroczeniu kwoty zobowiązania Funduszu oznaczonej w umowie, jest świadczeniem pozaumownym, wykonanym bez umowy. Taka kwalifikacja otwiera możliwość zastosowania do rozliczenia wartości tego świadczenia zasad wynikających z art. 19 ust. 4 u.ś.o.z.

Przyjęciu, że finansowanie świadczeń przekraczających limit wynikający z umowy, wykonanych w ramach przymusu ustawowego, następuje na tych samych zasadach jak finansowanie świadczeń wykonanych przez świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a więc w sposób wskazany w art. 19 ust. 4 u.ś.o.z. sprzeciwia się wykładnia językowa. Brzmienie przepisu nie pozostawia wątpliwości, że ustawodawca posłużył się w przepisach tego artykułu, jako jego adresatami tylko dwoma pojęciami: podmiotu, który zawarł

umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i podmiotu, który nie zawarł umowy o udzielanie takich świadczeń, a więc podmiotu, który znajduje się poza systemem finansowania świadczeń ze środków publicznych. W tym dychotomicznym podziale nie ma miejsca na kolejne pojęcie: świadczeniodawcy, który udzielił świadczenia po przekroczeniu kwoty zobowiązania Funduszu wynikającego z umowy zwartej z Funduszem. Kryterium rozróżniającym adresatów tej normy, jest kryterium istnienia umowy a nie przekroczenia umownej kwoty zobowiązania Funduszu.

Wsparciem dla takiego rozumienia przepisu nie jest też art. 132 ust. 4 u.ś.o.z. Stanowi on, że świadczenia nieokreślone w umowie o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej finansowane przez Fundusz udzielane są na rzecz osób ubezpieczonych wyłącznie w przypadkach i na zasadach określonych w ustawie. Sąd Apelacyjny przyjął, że świadczenia nieokreślone w umowie to również świadczenia ponadlimitowe, zatem sposób ich finansowania następuje na zasadach określonych w ustawie, czyli na podstawie art. 19 ust. 4 u.ś.o.z. Wykładnia językowa i wewnątrzsystemowa nie prowadzi jednak do takiego wniosku. Po pierwsze, przepis stanowi o udzielaniu świadczeń nieokreślonych w umowie, co następuje według zasad określonych w ustawie, a nie o finansowaniu takich świadczeń. Po drugie, nie ma wystarczającej podstawy do przyjęcia, że w zakresie pojęcia „świadczenia nieokreślone w umowie” mieści się świadczenia udzielone po przekroczeniu kwoty zobowiązania Funduszu określonej w umowie. Zgodnie z art. 136 ust. 1 u.ś.o.z. umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności: rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (art. 136 ust. 1 pkt 1), a także kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy (art. 136 ust. 1 pkt 5). Są to zatem odmienne elementy konstrukcyjne takiej umowy. Jeżeli zatem art. 132 ust. 4 stanowi o „świadczeniach nieokreślonych w umowie” to pojęcie to należy odnieść do art. 136 ust. 1 pkt 1, a nie do punkt 5 ust. 1 tego artykułu. Świadczenia określone w umowie (*a contrario* - nieokreślone) to świadczenia stanowiące przedmiot umowy (*a contrario* - niestanowiące przedmiotu umowy, rodzajowo lub zakresowo). Takie rozumienie tego pojęcia wynika również z § 1 pkt 13 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r.

w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2008 r., Nr 81, poz. 484), a więc przepisów mających zastosowanie w odniesieniu do umowy zawartej przez strony procesu, a także z § 1 pkt 13 kolejnych o.w.u. stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. (Dz.U. z 2015 r., Nr 15, poz. 1400 ze zm.). Przepisy te, z uwagi na ich normatywny charakter, kształtują treść zawartej przez strony umowy w takim samym stopniu jak przepisy ustawy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 201 r. III CSK 93/10, nie publ.). Powołane o.w.u., każde w § 2, wskazują rodzaje świadczeń będących przedmiotem umów. Jeżeli, zatem udzielone świadczenie nie mieści się w rodzaju lub zakresie świadczenia, które jest wyszczególnione w paragrafach drugich powołanych o.w.u., wówczas świadczenie takie, po myśli art. 132 ust. 4 u.ś.o.z. jest udzielane (na rzecz oznaczonej kategorii osób - ubezpieczonych) „w przypadkach i na zasadach określonych w ustawie”. Wykładnia językowa ma podstawowe znaczenie dla objaśniania sensu przepisów prawa. Odstępstwo od jasnego i oczywistego ich sensu wyznaczanego jednoznacznie ich brzmieniem mogą uzasadniać tylko szczególnie istotne i doniosłe racje prawne, społeczne i ekonomiczne, a jeśli takie nie zachodzą, należy oprzeć się na wykładni językowej.

Usytuowanie we wskazanym dychotomicznym podziale podmiotów, których dotyczy art. 19 u.ś.o.z. trzeciej sugerowanej wyżej kategorii wymagałoby zastosowania analogii. Analogia jako sposób wykładni prawa może mieć miejsce wówczas gdy występuje podobieństwo stanów faktycznych przy takim samym *ratio legis*, motywie legislacyjnym (por. uchwała Sądu Najwyższego z dnia 11 października 1991 r. III CZP 37/91, OSNC z 1992 r., z. 4, poz. 50). *Ratio legis* unormowania objętego art. 19 ust. 4 u.ś.o.z. było zapewnienie tym podmiotom, które nie zawarły umowy z Funduszem uzyskanie rekompensaty za świadczenia, które są finansowane ze środków publicznych. Poszukiwanie motywu legislacyjnego dla przypisania ustawodawcy zamiaru objęcia tą regulacją również świadczeń ponadlimitowych natrafia na trudności. Niewydolność finansowa systemu nie może być tu argumentem podobnie jak i wskazanie, że wówczas świadczeniodawcy znajdują się w podobnej sytuacji, każdy z nich uzyskuje wynagrodzenie w podobnej wysokości za podobne świadczenie. Zasada równości

(art. 32 ust.1 Konstytucji) była wielokrotnie przedmiotem rozważań Trybunału Konstytucyjnego. Trybunał konsekwentnie uznawał, że równość wobec prawa oznacza, iż wszystkie podmioty prawa (adresaci norm prawnych), charakteryzujące się daną cechą istotną (relewantną) w równym stopniu, mają być traktowane równo (zob. orzeczenie z 3 września 1996 r., K 10/96; wyrok z 21 września 1999 r., K 6/98). Ocena każdej regulacji prawnej z punktu widzenia zasady równości musi być zatem poprzedzona dokładnym zbadaniem sytuacji prawnej podmiotów i przeprowadzeniem analizy, jeśli chodzi o ich cechy wspólne i cechy różniące (wyrok z 28 maja 2002 r., P 10/01). Sytuacje podmiotu, który zawarł umowę z Funduszem i podmiotu, który takiej umowy nie zawarł a udzielił świadczenia w stanie nagłym, a więc świadczenia, które ma obowiązek wykonać każdy podmiot leczniczy, nie są porównywalne. Świadczeniodawca związany umową podlega wszystkim rygorom ustawowym i umownym, Fundusz ma pełny wgląd w jego sytuację prawno - ekonomiczną, sprawuje pełny nadzór nad jego działalnością leczniczą, co oczywiście nie dotyczy podmiotu taką umową niezwiązanego.

Nie można też pomijać, że stosowanie analogii jest uzasadnione w razie stwierdzenia luki konstrukcyjnej, o której można mówić tylko wtedy, gdy określona kwestia wymagająca regulacji prawnej nie została w ogóle unormowana. W takim wypadku *per analogiam* może być zastosowany przepis regulujący sytuacje najbliższe, podobne do rozstrzyganego przypadku ze względu na istotne cechy. Należy podkreślić, że sytuacja, w której ustawodawca świadomie czy też celowo nie uregulował pewnej kwestii stanowi tzw. sytuację negatywną nie może być poczytywana za lukę w prawie. Jeżeli dostrzeże się, że w stanie prawnym obowiązującym przed wejściem w życie u.ś.o.z., na skutek odwołania się do art. 56 k.c. kwestia umownego traktowania świadczeń udzielonych w stanach nagłych (w stanach zagrożenia życia lub zdrowia) w warunkach przekroczenia limitu ostatecznie nie budziła już wątpliwości, co w konsekwencji skutkowało obowiązkiem zaspokojenia świadczeniodawcy według warunków umownych, to można zasadnie wnioskować, że ustawodawca nie widział już potrzeby szczegółowego regulowania tej kwestii w kolejnej ustawie. Źródło związania świadczeniodawców z Funduszem w nowej ustawie pozostało bowiem umowne i wynikły z czynności prawnej, jaką jest umowa, stosunek prawny pozostał

stosunkiem cywilnoprawnym, ze wskazaniem, że do praw i obowiązków z niego wynikających stosuje się przepisy ustawy a w zakresie ustawą nieuregulowanym stosuje się kodeks cywilny (art. 155 ust. 1 u.ś.o.z.). Wobec braku uregulowania w ustawie skutków wykonania przez podmiot leczniczy związany umową z Funduszem ustawowego obowiązku udzielenia świadczenia ratującego zdrowie lub życie w warunkach przekroczenia limitu umownego, zastosowanie art. 56 k.c. jest więc w pełni uzasadnione. Z przepisu jasno wynika, że treść stosunku prawnego kształtują nie tylko postanowienia samej umowy, ale nadto przepisy ustawy, ustalone zwyczaje i zasady współżycia społecznego. Wynikający z ustawy obowiązek udzielania świadczenia opieki zdrowotnej ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia (art. 15 u.d.l. i art. 19 ust. 1 u.ś.o.z.) został tym samym włączony do stosunku prawnego wynikłego z umowy i stał się obowiązkiem umownym finansowanym przez Fundusz ze środków publicznych. W rezultacie, umowne reguły jego udzielania nie odnoszą się wyłącznie do sfery wykonania usługi, ale także do sfery jej rozliczenia, a limity umowne ulegają tu wyłączeniu, ponieważ tak jak obowiązek udzielania takiego świadczenia wyprzedza obowiązek udzielenia innych świadczeń zdrowotnych, tak obowiązek zapłaty wyprzedza ograniczenia finansowe wynikające z umowy.

Z przedstawionych powodów Sąd Najwyższy, na podstawie art. 82 ustawy z dnia 8 grudnia 2017 r. o Sądzie Najwyższym (Dz.U. z 2018 r., poz. 5), postanowił jak w sentencji.

aj

r.g.