



Sygn. akt II CSKP 229/22

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 23 lutego 2022 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Jacek Grela (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Marcin Łochowski

SSN Kamil Zaradkiewicz

w sprawie z powództwa H. sp. z o.o. w P.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia – [...] Oddziałowi Wojewódzkiemu w K.

o zapłatę,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej

w dniu 23 lutego 2022 r.,

skargi kasacyjnej strony pozwanej

od wyroku Sądu Apelacyjnego w [...]

z dnia 13 maja 2019 r., sygn. akt I ACa [...],

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

UZASADNIENIE

H. Spółka z o.o. w P. wniosła o zasądzenie od Narodowego Funduszu Zdrowia – [...] Oddziału Wojewódzkiego w K. (dalej: „NFZ”) kwoty 702 950 zł z odsetkami ustawowymi liczonymi od 16 sierpnia 2012 r. do dnia zapłaty.

Wyrokiem z 27 czerwca 2014 r. Sąd Okręgowy oddalił powództwo.

Na skutek apelacji powódki Sąd Apelacyjny uchylił wyżej opisany wyrok i przekazał sprawę Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania.

Wyrokiem z 7 grudnia 2017 r. Sąd Okręgowy ponownie oddalił powództwo.

Wyrokiem z 13 maja 2019 r. Sąd Apelacyjny zmienił powyższy wyrok w ten sposób, że zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 702 950 zł z ustawowymi odsetkami od 16 sierpnia 2012 r. do 31 grudnia 2015 r. oraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty.

Sąd drugiej instancji ustalił, że powódka jako świadczeniodawczyni zawarła z pozwanym umowę nr [...] z 31 grudnia 2010 r., której przedmiotem było całodobowe i kompleksowe organizowanie oraz udzielanie przez nią świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych lub domowych. Umowa wiązała strony od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2015 r. Maksymalna kwota, którą pozwany był w stanie uiścić za świadczone usługi, była stale zwiększana przez podpisywanie aneksów do umowy.

W oparciu o zawartą umowę powódka świadczyła usługi wentylacji mechanicznej płuc prowadzonej w domach pacjentów, przy czym część tych świadczeń, udzielonych w październiku i listopadzie 2011 r., zostało wykonanych poza zakresem objętym treścią umowy. Świadczenia nadlimitowe dotyczyły opieki nad łącznie 124 pacjentami, przy czym 82 z nich zostało przyjętych do powodowej placówki medycznej jeszcze przed zawarciem umowy z 31 grudnia 2010 r. Pacjenci ci wymagali, ze względu na stan niewydolności oddechowej, terapii respiratorem (respiratoroterapii), tj. stosowania różnych, w zależności od stopnia niewydolności i jej przyczyny, technik wspomagania oddechu własnego z zastosowaniem respiratora oraz w większości przypadków - tlenoterapii. Terapia oddechowa prowadzona w domu pacjentów obejmowała także okresową opiekę medyczną

lekarza i pielęgniarki, zabiegi rehabilitacyjne, kinezyterapię oraz monitorowanie stanu wentylacji i prawidłowości prowadzonej wentylacji mechanicznej. Pacjenci stanowili grupę chorych wymagających opieki paliatywnej. W chwili przyjmowania do placówki pacjenci nie znajdowali się w stanie nagłym wymagającym pomocy z powodu zagrożenia życia. Byli przejmowani z innych placówek medycznych, w których uzyskali pomoc zabezpieczającą ich przed stanem zagrożenia zdrowotnego. W większości przypadków osoby te były pacjentami oddziałów intensywnej terapii bądź pulmonologii. Udzielanie świadczeń przez powódkę było więc kontynuacją tej terapii. Zaprzeszanie wykonywania tych usług, wymagałoby leczenia pacjentów w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej na oddziałach intensywnej terapii i to w stosunkowo krótkim czasie. Terapia domowa jest najtańszym, najbezpieczniejszym z punktu widzenia epidemiologicznego i społecznego sposobem leczenia chorych z niewydolnością oddechową.

Z korespondencji prowadzonej między stronami wynika, że jeszcze w 2011 r. powódka informowała pozwanego, iż umowa nie pokrywa wszystkich realizowanych świadczeń oraz wnioskowała o rozszerzenie umowy. Pozwany odmówił uwzględniania wniosku. W piśmie z 27 grudnia 2011 r. powódka, przesyłając pozwanemu zbiorczą fakturę VAT nr [...] z 20 grudnia 2011 r. za okres styczeń-listopad 2011 r., wezwała go do zapłaty kwoty 1 092 620 zł. Pozwany zwrócił tę fakturę argumentując, że obejmuje ona kwotę wykonaną ponad limit z umowy. Następnie, strony kontynuowały negocjacje, ale bez rezultatu.

Sąd Apelacyjny wskazał, że w niniejszej sprawie powódka dochodzi od pozwanego zapłaty należności z tytułu tzw. nadwykonań, tj. za świadczenia medyczne nieobjęte umową stron a udzielone osobom, które wymagały ich w trybie natychmiastowym ze względu na zagrożenie życia i zdrowia. Strony wprowadziły związane są postanowieniami umowy, ale koszt świadczeń udzielonych na podstawie art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity 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 (aktualnie jednolity tekst Dz.U. z 2021 r., poz. 790 ze zm. – dalej: „u.z.l.i.d.”) NFZ obowiązany jest pokryć niezależnie od limitów określonych umową stron. W przypadku zatem świadczeń ratujących życie i zdrowie, zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje

roszczenie o zapłatę wynagrodzenia, o ile świadczenia te były wykonane ponad przewidziane umową limity. Wynika to z faktu, iż świadczeniodawca nie może odmówić udzielenia pomocy medycznej w w/w warunkach.

Sąd Apelacyjny zwrócił uwagę na szczególny charakter zakontraktowanych umową stron świadczeń - ich przedmiotem było całodobowe i kompleksowe organizowanie i udzielanie przez powódkę świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych lub domowych, polegających na wentylacji mechanicznej płuc prowadzonej w domach pacjentów. Specyfika tych świadczeń polega na tym, że ich zaniechanie skutkuje stanem zwiększonego zagrożenia zdrowotnego i/lub zagrożenia życia. Wniosek taki wprost wynika z opinii biegłego, który stwierdził, że zaprzestanie prowadzonej wentylacji domowej respiratorem i opieki hospicyjnej spowodowałoby w przeciągu kilku do kilkunastu godzin konieczność podjęcia leczenia na oddziałach intensywnej terapii. Tym samym zasadny jest wniosek, że w stosunku do tych pacjentów podjęcie leczenia było niezbędne, a jego przerwanie nie jest możliwe bez zagrożenia zdrowia i życia pacjenta. Jednocześnie konieczność wykonywania tych świadczeń jest wynikiem uprzednio występującego innego schorzenia i jego leczenia, po zakończeniu którego wentylacja mechaniczna jest niezbędna z uwagi na zagrożenie życia i zdrowia pacjenta. W tym znaczeniu świadczenia te mają charakter stały, co różni je od innych, klasycznie definiowanych świadczeń ratujących życie i zdrowie. W przypadku innych świadczeń, wynikających z innych schorzeń, możliwe jest wyróżnienie tych, które mogą być wykonywane w systemie planowym (z uwagi na możliwość ich wykonania z opóźnieniem) oraz tych, które muszą być wykonane niezwłocznie jako ratujące życie i zdrowie. W przypadku wentylacji mechanicznej, co do zasady, wszystkie muszą być wykonywane niezwłocznie i w stanie ciągłym w tym znaczeniu, że nie mogą być przerwane.

Sąd drugiej instancji wskazał, że w ramach danego roku Narodowy Fundusz Zdrowia jest zobligowany do sfinansowania wszystkich przedmiotowych świadczeń. Skoro bowiem stan zdrowia chorych powoduje, że brak wentylacji skutkuje powstaniem u nich zagrożenia zdrowotnego lub, w skrajnych wypadkach, zagrożenia życia, to chorzy ci muszą bezwzględnie być poddani terapii polegającej na wentylacji mechanicznej płuc. Z punktu widzenia systemu opieki medycznej

nie można uznać przedmiotowych świadczeń jako planowych. Nie sposób bowiem przyjąć, że istnieje możliwość oczekiwania z podjęciem przedmiotowej terapii.

Sąd Apelacyjny uznał, że świadczeniodawca nie ma podstaw do odmowy przyjęcia pacjenta wymagającego wentylacji mechanicznej w warunkach domowych, zgłaszającego się do niego ze skierowaniem z innych placówek medycznych.

Powyższe orzeczenie zaskarżył skargą kasacyjną pozwany, zarzucając:

1. naruszenie prawa materialnego, tj.: art. 7 u.z.o.z. oraz art. 30 u.z.l.l.d. przez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie tych przepisów oraz art. 5 pkt 33 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (aktualnie tekst jednolity Dz.U. z 2021 r., poz. 1285 ze zm. - dalej: „ustawa o świadczeniach”) w zw. z art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (aktualnie tekst jednolity Dz. U. z 2021 r., poz. 2053 ze zm.) przez niezastosowanie tych przepisów i w konsekwencji przyjęcie, że sporne świadczenia z uwagi na ich ciągły i przewlekły charakter są świadczeniami udzielanymi w warunkach nagłego zagrożenia zdrowotnego;

2. naruszenie prawa materialnego, tj.: art. 65 § 2 k.c. w zw. z § 1 ust. 1 i 2 łączącej strony umowy oraz § 1 pkt 17, § 9 ust. 1, § 23 ust. 1 i 7 i § 43 ust. 1 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 ze zm.), a także w zw. z art. 136 ust. 1 pkt 1 i 5 ustawy o świadczeniach oraz w zw. z § 2 ust. 1 i 2, § 3 ust. 1 pkt 13 i § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r., Nr 123, poz. 801 ze zm.) oraz zarządzenia Prezesa NFZ Nr [...] z 30 listopada 2010 r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych,

przez błędną wykładnię umowy, wbrew literalnemu brzmieniu oraz celowi umowy, sprowadzającej się do przyjęcia, że świadczenia określone w umowie należy traktować jako świadczenia mające charakter świadczeń nielimitowych;

3. naruszenie prawa materialnego, tj.: art. 156 ust. 1 w zw. z art. 139 ust. 1 pkt 1, art. 146 ust. 1, art. 151 ust. 1-5 oraz w zw. z art. 135 ust. 2 ustawy o świadczeniach przez niezastosowanie tych przepisów, co doprowadziło do błędnego przekonania dotyczącego organizacji świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach umów zawartych z NFZ, także w zakresie obligatoryjnego trybu konkursu ofert, poprzedzającego zawarcie tych umów, maksymalnego okresu, na jaki umowy te mogą być zawarte, a także wypełniania obowiązków informacyjnych o zawartych umowach;

4. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 354 § 1 i 2 k.c. przez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie przepisów, co spowodowało nałożenie na stronę pozwaną dodatkowego zobowiązania;

5. naruszenie prawa materialnego, tj.: art. 4 oraz art. 44 ust. 1-2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2013 r., poz. 885 ze zm.) oraz art. 11 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2013 r., poz. 168 ze zm.) przez ich niezastosowanie, co skutkuje nałożeniem na pozwanego dodatkowych obciążeń;

6. naruszenie przepisów postępowania, tj. art. 328 § 2 w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. przez brak uzasadnienia przez Sąd drugiej instancji przede wszystkim w zakresie wysokości kwoty dochodzonego roszczenia, podczas gdy okoliczność ta nie była przedmiotem ustaleń faktycznych Sądu pierwszej instancji;

7. naruszenie przepisów postępowania, tj.: art. 233 § 1 w zw. z art. 391 § 1 w zw. z art. 227 k.p.c. przez poczynienie ustaleń sprzecznych z zebrany w sprawie materiałem dowodowym, w szczególności przez błędne ustalenie treści stosunku zobowiązaniowego łączącego strony, polegające na wadliwym ustaleniu charakteru udzielanych świadczeń objętych umową (wbrew stanowisku biegłych, przy uwzględnieniu postulatów *de lege ferenda*), mających charakter świadczeń nielimitowych, podczas gdy z treści umowy wprost wynika ich planowy i limitowany

charakter, a w sprawie nie zachodzą okoliczności udzielania świadczeń w warunkach nagłego zagrożenia zdrowotnego, co wynika z opinii biegłych.

We wnioskach pozwany domagał się uchylenia zaskarżonego wyroku i jego zmiany przez oddalenie powództwa; ewentualnie uchylenia zaskarżonego wyroku i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna okazała się uzasadniona.

W judykaturze wyrażono pogląd, że zgodnie z art. 7 u.z.o.z. nie można odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Z art. 30 u.z.l.l.d. 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 o świadczeniach 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 jego stan (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 u.z.o.z. (por. wyrok Sądu Najwyższego z 17 marca 2016 r., II CSK 275/15, niepubl.).

Świadczeniami zdrowotnymi, o których mowa w tych przepisach objęte zostały w zasadzie stany nagłe i niespodziewane, których nie można przewidzieć (np. pacjenci z udarem mózgu, zawałem serca, poszkodowani w wypadkach). Nie wystarczy ustalenie, że określony zabieg jest zabiegiem ratującym zdrowie lub

życie, konieczne jest ponadto ustalenie, że pacjent potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia lub że jest to przypadek niecierpiący zwłoki. W przepisach tych chodzi zatem o taki stan, w którym odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia. Jakkolwiek bowiem każde świadczenie medyczne jest udzielane w sytuacji zagrożenia zdrowia ludzkiego, to jednak ustawodawca wyraźnie odróżnił świadczenia medyczne udzielane w normalnych warunkach, gdy udzielenie pomocy nie wymaga natychmiastowego działania i może być odłożone w czasie, od sytuacji, gdy pomoc ta musi być udzielona natychmiast, bowiem jej odroczenie w czasie może skutkować utratą zdrowia lub życia (por. wyroki Sądu Najwyższego: z 13 października 2007 r., III CSK 123/06, niepubl.; z 4 stycznia 2007 r., V CSK 396/06, niepubl. i z 8 października 2008 r., V CSK 139/08, niepubl.).

Z kolei w doktrynie wskazano, że przez stan nagłego zagrożenia zdrowotnego należy rozumieć stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała, lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia [por. M. Dercz, T. Rek [w:] M. Dercz, T. Rek, Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz, wyd. II, Warszawa 2010, teza 4 do art. 7].

Przytoczenie powyższych wypowiedzi zarówno judykatury, jak i nauki prawa miało na celu unaocznienie, że wykładnia art. 7 u.z.o.z. powinna mieć charakter ścisły. Świadczeniami zdrowotnymi, o których mowa w tym przepisie, objęte zostały w zasadzie stany nagłe i niespodziewane, których nie można przewidzieć. Nie wystarczy ustalenie, że określony zabieg jest zabiegiem ratującym zdrowie lub życie, konieczne jest ponadto ustalenie, że pacjent potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia lub że jest to przypadek niecierpiący zwłoki.

W okolicznościach rozpoznawanej sprawy biegły jednoznacznie wskazał, że nie zaistniał przypadek świadczenia ponadlimitowego w rozumieniu art. 7 u.z.o.z., w myśl tzw. klasycznej definicji stanu nagłego. Oczywiście podkreślił również nieprzystawalność tej klasycznej definicji do świadczeń wentylacji domowej. Należy jednakże uznać, że z pewnością diagnoza biegłego ma pewne

uzasadnienie medyczne, ale w istocie jest to tylko ewentualny postulat na przyszłość i to nie tylko w zakresie wykładni omawianego przepisu, ale przede wszystkim zmiany jego brzmienia. Obecnie jednak brak podstaw, aby normę tę interpretować w sposób rozszerzający, tak jak zaproponował to Sąd *ad quem*. Warto jeszcze raz podkreślić - za Sądem Najwyższym - że choć każde świadczenie medyczne jest udzielane w sytuacji zagrożenia zdrowia, to nie każde jest świadczeniem udzielanym w sytuacji wymagającej natychmiastowej pomocy medycznej, której odroczenie w czasie może skutkować utratę zdrowia lub życia (por. cytowany wyrok z 8 października 2008 r.).

Należy również zauważyć, że art. 15 aktualnie obowiązującej ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz.U. z 2021 r., poz. 711 ze zm.) stanowi, że podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

Jest to więc uregulowanie tożsame z art. 7 u.z.o.z., co świadczy o tym, że ustawodawca kontynuuje to rozwiązanie prawne.

W judykaturze podkreślono, a pogląd ten zyskał aprobatę w nauce prawa już pod rządami art. 15 ustawy o działalności leczniczej, że przepisy art. 7 u.z.o.z. oraz art. 30 u.z.l.l.d. dotyczą sytuacji, w której pacjent zgłasza się do zakładu opieki zdrowotnej nagle, tj. niespodziewanie. Tylko takie nieoczekiwane zgłoszenie się pacjenta, u którego występuje stan bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia lub prawdopodobieństwo zaistnienia takiego stanu w krótkim czasie, usprawiedliwia ocenę, że podjęte wobec niego czynności medyczne mają charakter natychmiastowych. Przewidywalność i planowość zabiegów wynikające z rozpoznanego stanu permanentnego zagrożenia zdrowia i życia wyklucza możliwość uznania ich za wykonywane w stanach nagłych oraz natychmiast jak tego wymaga art. 7 u.z.o.z. oraz art. 30 u.z.l.l.d. (por. wyrok Sądu Najwyższego z 9 maja 2007 r., II CSK 43/07, niepubl. oraz T. Rek [w:] M. Dercz, T. Rek, Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz, wyd. III, Warszawa 2019, teza 7 do art. 15).

Niewątpliwie tlenoterapia stanowi świadczenie ratujące życie i zdrowie. Jednakże, w okolicznościach niniejszej sprawy, w sytuacji, gdy poszczególnych pacjentów przejmowano z innych placówek służby zdrowia, w których w istocie

ratowano ich życie i zdrowie, nie można uznać tego świadczenia jako wymagającego natychmiastowej pomocy medycznej. Możliwość zaplanowania tych zabiegów, wyklucza istnienie stanu nagłego, wymagającego natychmiastowej reakcji. Wręcz przeciwnie - nie umniejszając w żadnej mierze stanu chorobowego tych pacjentów i doznanych przez nich cierpień - można stwierdzić, że powódka mogła dokładnie zaplanować ich przyjęcie, ponieważ dopóty nie zostaliby oni zabrani z dotychczasowych placówek, dopóki świadczona byłaby im odpowiednia pomoc medyczna.

Przedstawione powyżej stanowisko stanowiło wystarczającą podstawę do uwzględnienia skargi kasacyjnej. W sumie wszystkie zarzuty w niej zawarte zmierzały do potwierdzenia tezy o braku świadczeń nagłych - w ustalonym stanie faktycznym - wymagających natychmiastowej pomocy medycznej. Dodać nadto należy, że skarżący słusznie podniósł, iż Sąd *ad quem* nie poczynił odpowiednich ustaleń i nie dokonał analizy w zakresie wysokości kwoty dochodzonego roszczenia.

Należy również zwrócić uwagę, że podczas ponownego rozpoznawania sprawy powinna być zbadana zasadność i zakres zgłoszonego przez pozwanego wniosku restytucyjnego (art. 398¹⁵ § 1 zd. 2 w zw. z art. 415 k.p.c.).

W tym stanie rzeczy orzeczono, jak w sentencji, na podstawie art. 398¹⁵ § 1 i art. 108 § 2 w zw. z art. 391 § 1 i art. 398²¹ k.p.c.