

Sygn. akt III CZP 80/18

UCHWAŁA
składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego

Dnia 19 marca 2019 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

Prezes SN Dariusz Zawistowski (przewodniczący)

SSN Dariusz Dończyk

SSN Jacek Gudowski

SSN Monika Koba

SSN Władysław Pawlak

SSN Marta Romańska (sprawozdawca)

SSN Roman Trzaskowski

Protokolant Iwona Budzik

w sprawie z powództwa H. sp. z o.o. w P.
przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia - (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w P.
o zapłatę,
po rozstrzygnięciu w Izbie Cywilnej na posiedzeniu jawnym
w dniu 19 marca 2019 r.
przy udziale prokuratora Prokuratury Krajowej Henryki Gajdy-Kwapień,
zagadnienia prawnego przedstawionego przez Sąd Najwyższy
postanowieniem z dnia 11 maja 2018 r., sygn. akt II CSK 486/17,
do rozstrzygnięcia składowi powiększonemu tego Sądu

"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?"

podjął uchwałę:

Do ustalania wysokości wynagrodzenia należnego świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, za świadczenie ponadlimitowe wykonane w stanie nagłym nie ma zastosowania art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jedn. tekst: Dz.U. z 2018 r., poz. 1510 ze zm.). W takim wypadku wynagrodzenie ustala się w wysokości świadczenia uzyskiwanego na podstawie umowy.

UZASADNIENIE

Powód H. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w P. wniósł o zasądzenie od Narodowego Funduszu Zdrowia kwoty 183 948,34 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie jako wynagrodzenia za świadczenia, których udzielił w 2014 r. w warunkach zagrożenia zdrowia lub życia pacjentów ponad limit ustalony w umowie łączącej go z pozwanym.

Wyrokiem z dnia 29 czerwca 2016 r. Sąd Okręgowy w P. uwzględnił powództwo. Ustalił, że od dnia 27 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2016 r. strony były związane umową o udzielanie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej jako świadczeń opieki zdrowotnej. Za świadczenia udzielane przez powoda w okresie od stycznia do grudnia 2014 r. pozwany miał zapłacić kwotę 6 496 639,32 zł, jednak powód przekroczył limit świadczeń ustalony w umowie w stosunku do 34 pacjentów, a wartość tych świadczeń określił na kwotę 183 948,34 zł. Świadczenia, których powód udzielił pacjentom ponad ustalony z pozwanym limit miały charakter ratujących życie.

Powód określił wysokość żądanego wynagrodzenia w nawiązaniu do stawek, jakie zostały przewidziane w umowie łączącej strony za świadczenia tego samego rodzaju i to stanowisko podzielił Sąd Okręgowy, który nie zaakceptował tezy pozwanego, że wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe, których dotyczy żądanie pozwu należało obliczyć z uwzględnieniem art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 – dalej: „ustawa o ś.o.z.”), czyli według uzasadnionych kosztów takich świadczeń. Zdaniem Sądu Okręgowego, art. 19 ust. 4 ustawy o ś.o.z. może mieć zastosowanie wyłącznie do świadczeniodawców, którzy nie zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a 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 dalszy skutek umowy, co powoduje, że płatność za te świadczenia następuje także 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. Odwołując się do poglądu wyrażonego przez Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 27 sierpnia 2015 r., III CSK 455/14 (OSNC-ZD 2017, nr B, poz. 19) – uznał, że świadczenie opieki zdrowotnej wykonane poza limitem wyznaczonym w umowie jest świadczeniem wykonanym bez umowy, w związku z czym świadczeniodawcy przysługuje roszczenie o wynagrodzenie za jego wykonanie w stanie nagłym, jednak na podstawie art. 19 ust. 4 ustawy o ś.o.z. należy je obliczyć stosownie do uzasadnionych kosztów jego udzielenia. Powód takiego wyliczenia nie przedstawił.

W skardze kasacyjnej powód zarzucił naruszenie art. 19 ust. 1 i 4, art. 132 ust. 1 i 4 oraz art. 136 ustawy o ś.o.z. w związku z art. 56 k.c., a przy jej rozpoznawaniu powstało zagadnienie prawne przytoczone na wstępie, które Sąd Najwyższy przedstawił do rozstrzygnięcia składowi powiększonemu (art. 398¹⁷ § 1 k.p.c.).

Sąd Najwyższy stwierdził, że wobec braku uregulowania w ustawie skutków wykonania przez świadczeniodawcę związanego umową z Narodowym Funduszem Zdrowia ustawowego obowiązku udzielenia świadczenia ratującego zdrowie lub życie w razie przekroczenia limitu świadczeń określonych umownie powstają wątpliwości, czy takie działanie ma oparcie w umowie, czy też jest zachowaniem realizującym obowiązek ustawowy. W orzecznictwie Sądu Najwyższego przeważa pogląd, że roszczenie świadczeniodawcy o wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe spełnione w przypadkach nagłego zagrożenia życia i zdrowia

pacjenta pozostaje – zgodnie z art. 56 k.c. – świadczeniem umownym, za które świadczeniodawca może domagać się wynagrodzenia. Jego wysokość nie była rozważana w pogłębiony sposób, jednak można sformułować tezę, że za właściwy miernik wynagrodzenia uznano stawki umowne ustalone przez strony dla świadczeń tego samego rodzaju.

W przytoczonym wyroku z dnia 27 sierpnia 2015 r., III CSK 455/14, Sąd Najwyższy wyraził jednak pogląd, że świadczenia ponadlimitowe wykonywane w warunkach przymusu ustawowego mają co prawda – ze względu na art. 56 k.c. – charakter umowny, ale przepis ten nie przesądza zakresu obowiązku finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia, jako podmiotu zobowiązanego do zapłaty za te świadczenia. Materię tę obecnie reguluje art. 19 ust. 4 u.ś.o.z., w świetle którego świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za takie świadczenie udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym, przy czym jest ono ograniczone wyłącznie do uzasadnionych kosztów udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Konstytucja zapewnia każdemu prawo do ochrony zdrowia; obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, przy czym warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa (art. 68). Zrealizowanie powyższej deklaracji wymagało stworzenia systemu norm, które pozwolą dookreślić treść prawa do ochrony zdrowia, sam przepis konstytucyjny nie jest bowiem źródłem roszczeń dla osób, wobec których mają być realizowane określone w nim zadania państwa (por. uchwałę składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 19 maja 2000 r., III CZP 4/00, OSNC 2000, nr 11, poz. 195). O obowiązkach państwa w omawianym zakresie oraz o kształcie, jaki ustawodawca powinien nadać uregulowaniom wyznaczającym model realizowania normy ustalonej w art. 68 Konstytucji kilkakrotnie wypowiedział się Trybunał Konstytucyjny.

W wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03 (OTK-A Zb.Urz. 2004, nr 1, poz. 1) Trybunał Konstytucyjny wyjaśnił, że ustrojodawca nie przesądził modelu normatywnego, według którego ustawodawca powinien określić warunki i zakres

udzielania świadczeń zdrowotnych, tj. m.in.: charakteru prawnego źródeł ich finansowania, charakteru i struktury płatnika (płatników) za świadczenia czy też struktury własnościowej świadczeniodawców, pewne ograniczenia w tym zakresie mogą jednak wynikać z innych konstytucyjnych zasad lub wartości. Z obowiązku rzeczywistego zapewnienia przez władze publiczne warunków realizacji prawa do ochrony zdrowia, wynika wymaganie efektywności systemu postrzeganego jako całość. Konieczne jest też funkcjonowanie w ramach szeroko pojętego systemu opieki zdrowotnej mechanizmów pozwalających na gromadzenie, a następnie wydatkowanie na świadczenia zdrowotne środków publicznych, które powinny być dostępne dla obywateli z zachowaniem zasady równości, niezależnie od ich sytuacji materialnej, co jest rozwinięciem wyrażonej w art. 32 Konstytucji zasady równości oraz koncepcji solidaryzmu społecznego. Trybunał Konstytucyjny zaznaczył zarazem, że Konstytucja nie zakłada powszechnej dostępności do wszystkich znanych i stosowanych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej świadczeń opieki zdrowotnej (por. także wyroki Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18 grudnia 2002 r., K 43/01, OTK-A Zb.Urz. 2002, nr 7, poz. 96, z dnia 28 lutego 2005 r., P 7/03, OTK-A 2005, nr 2, poz. 18).

W art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 – dalej: „ustawa o z.o.z.”) – uchylonym z dniem 5 czerwca 2009 r., ze względu na objęcie tożsamej materii ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 – dalej: „ustawa o p.p.”) – ustawodawca zapewnił pacjentom prawo dostępu do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w razie ograniczonych możliwości udzielania odpowiednich świadczeń – do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do nich.

Ustawą, o której mowa w art. 68 ust. 2 Konstytucji jest obowiązująca od dnia 1 października 2004 r. ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielanych ze środków publicznych, która zastąpiła ustawę z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2003 r., poz. 391 ze zm. – dalej: „ustawa o p.u.NFZ”), a tą ustawę z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm. – dalej:

„ustawa o p.u.z.”).

Do obowiązków państwa należy stworzenie systemu opieki zdrowotnej działającego według określonych standardów, ale usługi mające na celu utrzymanie zdrowia we właściwej kondycji lub jego poprawę są jednocześnie przedmiotem działalności gospodarczej. Państwo nierzadko ingeruje w tę działalność, w tym także w stosunki rynkowe związane ze świadczeniem usług polegających na diagnozowaniu stanu zdrowia, jego utrzymaniu we właściwej kondycji oraz dążeniach do poprawy. Działalność lecznicza jest działalnością regulowaną w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (tekst jedn. Dz.U. z 2018 r., poz. 646) albo działalnością, do której stosuje się przepisy o działalności regulowanej.

Sposobem oddziaływania państwa na rynek usług zdrowotnych jest także określenie – poprzednio w ustawie o z.o.z., a od dnia 1 lipca 2011 r. w ustawie dnia z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz.U. z 2018 r., poz. 160 – dalej: „ustawa o d.l.”) – wymagań, jakie musi spełnić podmiot leczniczy, aby mógł prowadzić działalność leczniczą, a także źródeł, które mogą stanowić jego przychody. Ingerencja państwa w rynek usług zdrowotnych wiąże się również z kontraktowaniem świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej na rzecz obywateli i ponoszeniem ich kosztów, w celu wykonania zadania, o jakim mowa w art. 68 Konstytucji.

Zgodnie z art. 33 ustawy o z.o.z., publiczny zakład opieki zdrowotnej udzielał świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów, nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub za odpłatnością całkowitą. Wynikało to stąd, że świadczenia zdrowotne finansowane były ze środków publicznych i o innym charakterze, a ciążący na władzy publicznej obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych realizowały kasy chorych (art. 4 ust. 1 ustawy o z.o.z.), które zawierały z zakładami opieki zdrowotnej umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Umowy te miały być zawierane z zachowaniem zasad solidarności społecznej, samorządności i samofinansowania. Podstawy finansowania świadczeń

zdrowotnych przez kasy chorych, wyznaczające zarazem granice kontraktowania przez nie świadczeń zdrowotnych na rzecz beneficjentów systemu, zostały określone w art. 4 i 53 ustawy o p.u.z., z których wynikało, że kasa chorych ma obowiązek przestrzegania zasady równoważenia kosztów z przychodami, oraz zasady, że suma kwot zobowiązań kasy chorych wobec świadczeniodawców ze wszystkich zawartych umów musi się mieścić w jej planie finansowym. Przestrzeganie tych zasad w procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych wpływało na kształtowanie ich cen. Ustawodawca nie zagwarantował ubezpieczonym prawa do korzystania w ramach ubezpieczenia ze świadczeń zdrowotnych oferowanych przez wszystkie podmioty działające na rynku tego rodzaju usług, lecz jedynie te, z którymi kasy chorych podpisały umowy po przeprowadzeniu konkursu. Nie zapewnił im też dostępu do wszystkich znanych medycynie procedur diagnozowania i leczenia, lecz tylko do tych, które zostały objęte umowami.

Z dniem 1 kwietnia 2003 r. zadania i kompetencje kas chorych w zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych zostały przekazane Narodowemu Funduszowi Zdrowia. W przytoczonym wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, Trybunał Konstytucyjny uznał, że art. 36 ust. 1 ustawy o p.u.NFZ w związku z przepisami tej ustawy dotyczącymi organizacji i zasad działania Narodowego Funduszu Zdrowia, zasad zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych i organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, gospodarki finansowej, zasad nadzoru i kontroli wykonywania zadań Narodowego Funduszu Zdrowia, są niezgodne z art. 68 w związku z art. 2 Konstytucji przez to, że, tworząc instytucję publiczną w kształcie uniemożliwiającym jej rzetelne i sprawne działanie, naruszają zasady państwa prawnego w zakresie konstytucyjnego prawa obywateli do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych i tracą moc z dniem 31 grudnia 2004 r. Trybunał Konstytucyjny podkreślił, że „ustawa nie może (...) pozostawiać wątpliwości co do tego, jaki jest zakres świadczeń medycznych przysługujących beneficjentom publicznego systemu opieki zdrowotnej wobec istnienia wyraźnego nakazu konstytucyjnego określenia tej materii”, czego – w stosunku do osób opłacających przymusową składkę na ubezpieczenie zdrowotne – wymaga także istota ubezpieczenia. Stanowisko to zostało powtórzone w wyroku

z dnia 28 lutego 2005 r., P 7/03 (OTK-A 2005, nr 2, poz. 18), w którym Trybunał Konstytucyjny przyjął jednak, że art. 53 ust. 2 i ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy o p.u.z., nie są sprzeczne z art. 68 ust. 2 zdanie drugie Konstytucji, ich celem bowiem nie jest abstrakcyjne określenie warunków i zakresu świadczeń zdrowotnych udzielnych na podstawie umów z kasami chorych, lecz „przełożenie” ustawowych norm ogólnych na „warunki miejscowe” i konkretne stosunki prawne.

Według ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych trzon obowiązków państwa w zakresie ochrony zdrowia realizuje Narodowy Fundusz Zdrowia, mający – jak poprzednio – status korzystającej z osobowości prawnej państwowej jednostki organizacyjnej. Jemu też zostały powierzone kompetencje w zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych, którego podstawowym źródłem są składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego. Ich konstrukcja określona w rozdziale 2 działu IV ustawy oznacza, że są one rodzajem daniny publicznej.

Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest umowa między świadczeniodawcą a podmiotem odpowiedzialnym za realizację zadań państwa w zakresie ochrony zdrowia (do 2003 r. – kasy chorych, od 2004 r. – Narodowy Fundusz Zdrowia). Określa ona w szczególności rodzaj i zakres takich świadczeń, które ma udzielać konkretny świadczeniodawca, warunki ich udzielania, zasady rozliczeń pomiędzy świadczeniodawcą a Narodowym Funduszem Zdrowia i ewentualnie innymi jeszcze świadczeniodawcami oraz kwotę zobowiązania wobec świadczeniodawcy (art. 132 ust. 1 i art. 136 pkt 1, 2, 4 i 5 ustawy o ś.o.z.). Beneficjentami świadczeń spełnianych na podstawie takiej umowy są osoby, wobec których państwo ma obowiązek zrealizować zadania określone w art. 68 Konstytucji.

Kolejną cechą takiej umowy jest ograniczona swoboda Narodowego Funduszu Zdrowia w wyborze kontrahenta, gdyż musi nim być podmiot wyłoniony z grona zdolnych do spełniania świadczeń pewnego rodzaju przy zastosowaniu procedur przewidzianych ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ale też ograniczona swoboda stron w ułożeniu ich umownych praw i obowiązków, gdyż są one w większości zdeterminowane przez

ustawę i przepisy wykonawcze do niej, a Narodowemu Funduszowi Zdrowia – jako kontraktującemu świadczenia na rzecz innych osób – zostały przyznane w ustawie szerokie uprawnienia do weryfikowania sposobu, w jaki świadczeniodawca wykonuje umowy. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej były w orzecznictwie konsekwentnie kwalifikowane jako umowy cywilnoprawne (np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK 365/03, „Izba Cywilna” 2005, nr 3, s. 52), akcentowano jednak, że są one zawierane w celu realizacji zadania publicznoprawnego (np. wyrok Sądu Najwyższego z 14 lutego 2008 r., II CSK 532/07, nie publ.).

W art. 155 ust. 1 ustawy o ś.o.z. ustawodawca wskazał, że do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy tej ustawy nie stanowią inaczej. Odesłanie to należałoby uznać za zbędne, gdyby strony, pomiędzy którymi umowa jest zawierana, przedmiot ich zobowiązań i cel umawianych świadczeń były w istocie charakterystyczne dla cywilnych stosunków prywatnoprawnych, regulowanych z natury rzeczy przepisami kodeksu cywilnego, bez potrzeby czynienia do niego odesłań. W odniesieniu do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest ono konieczne z tego powodu, że ustawodawca nie stworzył kompletnej, normatywnej konstrukcji umowy zawieranej – w celu ich zrealizowania – przez podmioty wykonujące zadania publicznoprawne z kontrahentami mającymi z reguły status przedsiębiorców. Skoro jednak ustawodawca zdecydował się na odesłanie do uzupełniającego stosowania kodeksu cywilnego w materii, której samodzielnie nie uregulował w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, to trzeba założyć, że uczynił to ze świadomością zarówno treści, jak i konsekwencji działania rozwiązań normatywnych, do których odesłał. Wniosek taki jest usprawiedliwiony i z tej przyczyny, że ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest kolejnym aktem normatywnym, który reguluje relacje między świadczeniodawcami działającymi na rynku świadczeń opieki zdrowotnej oraz podmiotami realizującymi zadania publiczne i występującymi jako zamawiający wykonanie takich świadczeń na rzecz beneficjentów systemu, mających w większości status ubezpieczonych, a zatem osób uczestniczących w finansowaniu działania systemu, a nadto jeszcze w warunkach, gdy zamawiający

dysponuje ograniczonym z punktu widzenia oczekiwań i potrzeb społecznych budżetem na pokrycie kosztów zamawianych świadczeń.

Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są zawierane na czas oznaczony albo na czas, przez który świadczeniodawca będzie spełniał wymagania pozwalające mu na udzielanie świadczeń pewnego rodzaju. Konsekwencje upływu czasu związania umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ustawodawca unormował jednak z uwzględnieniem specyfiki stosunku prawnego, w którym działała umowa, a który wymaga jednak, żeby potrzeby społeczne określonego rodzaju zostały zabezpieczone pomimo jej ustania. Z art. 156 ust. 1a ustawy o ś.o.z. wynika, że gdy zachodzi ryzyko braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, okres obowiązywania umowy o ich udzielanie może zostać przedłużony, jednak nie dłużej niż o sześć miesięcy, a stosownie do art. 156 ust. 1e ustawy o ś.o.z., Narodowy Fundusz Zdrowia ma obowiązek doprowadzić do zawarcia umowy w zakresie świadczeń objętych umową, której okres obowiązywania został przedłużony. Z powołanych przepisów należy wyprowadzić wniosek, że ustawodawca preferuje stan, w którym świadczenia opieki zdrowotnej są spełniane na rzecz beneficjentów systemu przez tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o ich udzielanie i z odwołaniem się do umowy jako źródła, które stwarza stosunek prawny w relacji zamawiający świadczenia i świadczeniodawca.

Nie oznacza to jednak, żeby działania świadczeniodawcy i zamawiającego składające się na dążenie do osiągnięcia umówionego celu miały ograniczyć się do wypełnienia wyłącznie postanowień umowy, wymagającej dla jej ważności zachowania formy pisemnej. Stosownie do art. 354 § 1 i 2 k.c., dłużnik powinien wykonać zobowiązanie nie tylko zgodnie z jego treścią, ale i w sposób odpowiadający celowi społeczno-gospodarczemu i w taki sam sposób wierzyciel powinien współdziałać w wykonaniu zobowiązania. Cel społeczno-gospodarczy zobowiązania, jako czynnik kształtujący jego treść i determinujący także zakres świadczeń, jakie dłużnik powinien spełnić w jego wykonaniu, nabiera szczególnego znaczenia w odniesieniu do tej kategorii umów, które zawierane są w celu zrealizowania zadań publicznych i zaspokojenia nie tylko interesów indywidualnych kontrahentów, ale również interesów zbiorowych. Odesłanie zawarte w art. 155

ust. 1 ustawy o ś.o.z. jest też odesłaniem do art. 56 k.c., z którego wynika, że treść stosunku prawnego kształtują nie tylko postanowienia umowy, ale ponadto przepisy ustawy, ustalone zwyczaje i zasady współżycia społecznego. To unormowanie także oznacza, że świadczeniodawca związany umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej musi podporządkować swoje czynności związane z jej wykonywaniem nie tylko treści umowy, ale i wymaganiom nałożonym przez ustawę i ustalonej praktyce działania w stosunkach, w których pozostaje z Narodowym Funduszem Zdrowia, beneficjentami systemu, ale i innymi świadczeniodawcami.

W wyroku z dnia 14 lutego 2008 r., II CSK 532/07 Sąd Najwyższy wyjaśnił, że sens art. 56 k.c. jest taki, iż skutki wynikające z ustawy, zasad współżycia społecznego lub z ustalonych zwyczajów powstają na zasadzie przypisania normatywnego, a więc nie ze względu, lecz bez względu na wolę stron, która obejmuje bezpośrednio tylko zawarcie umowy. Zachodzi zatem pewna różnica pomiędzy dokonywaniem wykładni oświadczeń woli kontrahentów stosownie do art. 65 § 2 k.c. a uzupełnieniem treści stosunku prawnego na podstawie art. 56 k.c. W pierwszym przypadku sąd musi respektować rzeczywistą wolę stron, podczas gdy w drugim ustala treść zobowiązania niezależnie od czynnika woli, a zgodnie z treścią odnośnych przepisów prawa lub norm i standardów powinno zachowania, powszechnie akceptowanych w społeczeństwie.

Przedmiotem umów zawieranych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą z pomiotami finansującymi określone kategorie usług zdrowotnych na rzecz beneficjentów systemu są „świadczenia zdrowotne”. Przez to pojęcie w art. 3 ustawy o z.o.z., na gruncie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (ze względu na odesłanie z art. 7 pkt 16 ustawy o p.u.z.) oraz ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (ze względu na odesłanie z art. 5 pkt 26 ustawy o p.u.NFZ), art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy o d.l. oraz art. 5 pkt 40 ustawy o ś.o.z. rozumiano i rozumie się działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Różnica między przytoczonymi określeniami cech świadczenia będącego świadczeniem zdrowotnym w poprzednim i obecnym stanie prawnym sprowadza się do tego, że w art. 5 pkt 40 ustawy o ś.o.z. ustawodawca włączył do

kategorii świadczeń zdrowotnych także działania służące profilaktyce zdrowia.

Systematyzacji świadczeń zdrowotnych ustawodawca dokonał już w art. 3 ustawy o z.o.z. (pkt 1-14), w ustawie o d.l. podzielił je na szpitalne oraz stacjonarne i niestacjonarne inne niż szpitalne, a te klasyfikacje rozbudował w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych. Działania konieczne do podjęcia dla osiągnięcia celu w postaci profilaktyki, zachowania i poprawy stanu zdrowia są zwykle złożone, a ich sekwencja jest determinowana aktualnym stanem wiedzy medycznej i okolicznościami konkretnego przypadku. Wymagają nie tylko zaangażowania personelu placówki leczniczej, ale i wykorzystania – w mniejszym lub większym stopniu – pomieszczeń tej placówki, zapewnienia wyżywienia, środków farmaceutycznych, materiałów medycznych i innych niezbędnych w konkretnym przypadku do osiągnięcia celu świadczenia. Te właściwości działań składających się na świadczenie opieki zdrowotnej doprowadziły do wyodrębnienia – obok świadczeń zdrowotnych – także świadczeń zdrowotnych rzeczowych i świadczeń towarzyszących, które w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych zostały objęte zbiorczą nazwą „świadczenie opieki zdrowotnej” (art. 5 pkt 34). W kategorii świadczeń opieki zdrowotnej ustawodawca wyodrębnił świadczenia specjalistyczne, wysokospecjalistyczne (art. 5 pkt 36 i 39 ustawy o ś.o.z.) oraz świadczenia udzielane w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, których zasady udzielania zostały unormowane w ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2017 r., poz. 2217 – dalej: „ustawa o p.o.z.”).

Treść umów o świadczenia opieki zdrowotnej determinowana jest przez warunki tych umów, ustalane jako załączniki do rozporządzeń 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) i następnie z dnia 8 września 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. Nr 15, poz. 1400 ze zm.), a dla umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych w ramach systemu zabezpieczenia przez warunki umów ustalone przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z uwzględnieniem rozporządzeń Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Dz.U. z 2017 r., poz. 1225 ze zm.) oraz z dnia

22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2017 r., poz. 1783 ze zm.). Te ogólne warunki umów określają rodzaje świadczeń będących ich przedmiotem, zasady ich udzielania, sposób finansowania oraz tryb ustalania kwoty zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawcy, w przypadku umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych na okres dłuższy niż rok (art. 137 ust. 1 ustawy o ś.o.z.).

Każda zawarta przez Narodowy Fundusz Zdrowia umowa musi precyzować maksymalną kwotę jego zobowiązania wobec świadczeniodawcy wynikającą z niej, rodzaj, liczbę i cenę zakupionych świadczeń albo rodzaju zakupionych świadczeń, liczbę jednostek rozliczeniowych (miarę przyjętą do określenia wartości świadczenia opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub rodzaju, w szczególności: punkt, porada, osobodzień) wyrażające wartość świadczenia oraz cenę jednostki rozliczeniowej, a także maksymalną kwotę zobowiązania wobec świadczeniodawcy wynikającą ze wszystkich zawartych z nim umów. Te dane podlegają upublicznieniu stosownie do art. 135 ust. 1 i 2 ustawy o ś.o.z.

Liczbę kontraktowanych świadczeń określano i określa się szacunkowo, na podstawie prognoz, początkowo bez dostatecznego doświadczenia co do funkcjonowania nowo wprowadzonych rozwiązań ustawowych. Prognozy te – jak stwierdził Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 15 grudnia 2005 r., II CSK 21/05 (OSNC 2006, nr 9, poz. 157) – często nie odpowiadały realiom i w rezultacie liczba spełnionych świadczeń i wysokość żądanego wynagrodzenia za nie wykraczała poza limity ustalone w umowie. W ciągu kilkunastu lat obowiązywania rozwiązań wprowadzonych ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i – co do zasady – powielanych w kolejnych aktach normatywnych dotyczących zawierania umów o świadczenia opieki zdrowotnej, zarówno kontraktujący, jak i świadczeniodawcy są w stanie z większą precyzją określić zarówno możliwości systemu, jak i jego potrzeby. Ustawodawca stworzył też instrumenty pozwalające gospodarować świadczeniami możliwymi do zaoferowania przez system stosownie do jego możliwości, po przeanalizowaniu pilności potrzeb poszczególnych pacjentów w ramach ustalonej listy oczekujących (art. 20 ustawy o ś.o.z.). Korzystanie z tego instrumentu, co do zasady, powinno pozwolić

świadczeniodawcom na przestrzeganie limitów świadczeń ustalonych w umowach, które zawarli z Narodowym Funduszem Zdrowia, bez zachowania których nie sposób byłoby zrównoważyć wpływów i wydatków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej.

Narodowy Fundusz Zdrowia w umowach ze świadczeniodawcami nie tylko określa limity świadczeń, jakich w konkretnych okresach od nich oczekuje, ale też wyznacza wysokość wynagrodzenia, które gotów jest zapłacić za różne rodzaje świadczeń. We wszystkich sporach o zapłatę wynagrodzenia za świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej powtarzany jest jednak zarzut świadczeniodawców w stosunku do Narodowego Funduszu Zdrowia, że nie negocjuje on z nimi wynagrodzenia, jakie powinno być należne za poszczególne rodzaje kontraktowanych świadczeń, lecz proponuje stawki, które świadczeniodawcy zaakceptują albo umowa nie zostanie z nimi zawarta. Trzeba jednak założyć, że wycena świadczeń opieki zdrowotnej na potrzeby kontraktowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia na rzecz beneficjentów systemu publicznej opieki zdrowotnej uwzględnia specyfikę i kosztochłonność poszczególnych procedur medycznych koniecznych do zastosowania dla osiągnięcia celu danego typu świadczenia, gdyż Narodowy Fundusz Zdrowia – odpowiedzialny za stałe działanie systemu, w którym ma organizatorską rolę – nie może doprowadzić do masowego upadku świadczeniodawców mających bezpośrednio wykonywać te zadania państwa, dla realizacji których system został stworzony; władny jest natomiast stymulować konkurencję między nimi dla dobra pacjentów.

Ranga życia i zdrowia jako dobra osobistego sprawia, że ustawodawca nałożył powszechny obowiązek podejmowania działań, które odwrócą niebezpieczeństwo utraty życia lub doznania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu i spenalizował zaniechanie ich podjęcia (art. 162 § 1 k.k.). Nieudzielenie pomocy w okolicznościach scharakteryzowanych w art. 162 § 1 k.k. jest też niewątpliwie deliktem cywilnym. Szczególne obowiązki w omawianym zakresie ciążą na osobach mających kwalifikacje do ratowania życia i zdrowia ze względu na wiedzę teoretyczną i umiejętności praktyczne. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (jedn. tekst Dz. U. z 2018 r. poz. 617 – dalej: „ustawa z.l.d.”) nakłada na osobę wykonującą zawód lekarza i lekarza dentysty obowiązek

udzielenia pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka mogłaby grozić utratą życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, oraz w innych przypadkach nie cierpiących zwłoki (art. 30), a ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn. Dz.U. z 2018 r., poz. 123) stanowi o obowiązku pielęgniarki i położnej, zgodnie z posiadanymi przez nią kwalifikacjami zawodowymi, do udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Wymienione działania mające na celu odwrócenie nagłego zagrożenia dla życia lub zdrowia, których obowiązek podjęcia ma charakter powszechny lub powiązany z grupą zawodową nie stanowią świadczeń zdrowotnych albo świadczeń opieki zdrowotnej w przytoczonym znaczeniu. Działanie podjęte w wykonaniu obowiązku udzielenia pomocy może stać się elementem świadczenia zdrowotnego, jeżeli zostanie zrealizowane w strukturze świadczeniodawcy w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy o ś.o.z. przez osoby zobowiązane do tego pragmatyką zawodową. Wykonanie obowiązku udzielenia pomocy lub pomocy lekarskiej stanowi o podporządkowaniu postępowania w określonej sytuacji normom prawnokarnym i pragmatykom zawodowym odzwierciedlającym podstawowe w naszym kręgu kulturowym zasady moralne. Osoba dostosowująca swoje zachowanie do normy nakazującej jej udzielenie pomocy (pomocy lekarskiej) drugiemu, będącemu w sytuacji zagrażającej utratą życia lub doznania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, nie może oczekiwać z tego tytułu wynagrodzenia, a w szczególności od państwa lub innego podmiotu publicznoprawnego odpowiedzialnego za organizowanie stosunków społecznych odnoszących się do zdrowia i jego ochrony. Podstawą jej roszczeń może być art. 438 k.c.

W regulacjach prawnych dotyczących podmiotów działających na rynku usług zdrowotnych, tj. w art. 7 ustawy o z.o.z., a następnie w art. 15 ustawy o d.l., ustawodawca sformułował nakaz udzielenia („nie może odmówić”) świadczenia zdrowotnego (świadczenia opieki zdrowotnej) osobie, która takiego świadczenia potrzebuje natychmiast ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. W art. 19 ust. 1 ustawy o ś.o.z. ustawodawca użył innej terminologii, gdyż stwierdził, że w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy

niezwłocznie. Definicja pojęcia „stan nagły” w art. 5 pkt 33 ustawy o ś.o.z. została skonstruowana przez odwołanie się do mającego ten stan określać art. 3 pkt 8 ustawy z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2017 r., poz. 2195 ze zm. – dalej: „ustawa o PRM”), z którego wynika, że stan taki to stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, czyli 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. Należy przyjąć, że stan nagły w rozumieniu art. 19 ust. 1 ustawy o ś.o.z. odpowiada stanowi, w którym aktualizuje się nałożony przez art. 7 ustawy o z.o.z., a następnie w art. 15 ustawy o d.l., obowiązek spełnienia na rzecz pacjenta świadczenia zdrowotnego.

Adresatami obowiązku sformułowanego w art. 15 ustawy o d.l. są „podmioty lecznicze”, a wynikającego z art. 19 ustawy o ś.o.z. – „świadczeniodawcy”, przy czym według definicji ustalonej w art. 5 pkt 41 ustawy o ś.o.z. warunkiem zaliczenia do tej kategorii nie jest zawarcie z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lecz korzystanie ze statusu podmiotu wykonującego działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, ze statusu osoby fizycznej, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej, albo ze statusu osoby realizującej czynności z zakresu zaopatrzenia medycznego. Konieczność tak szerokiego rozumienia pojęcia „świadczeniodawca” na gruncie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych potwierdza art. 19 ust. 2 tej ustawy, w którym ustawodawca użył go z dookreśleniem, „który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”, co oznacza, że w każdym przypadku, gdy funkcjonuje ono bez tego dookreślenia, odnosi się do wszystkich kategorii podmiotów, o jakich mowa w art. 5 pkt 41 ustawy o ś.o.z. Z obowiązkiem udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłych koresponduje ustanowione dla pacjenta w art. 7 ust. 1 ustawy o p.p. uprawnienie do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. O tej samej kategorii świadczeń, udzielanych z tych samych przyczyn, stanowi też art. 33 ust. 1

i 2 ustawy o PRM.

Zachowaniem nakazanym świadczeniodawcy ustawą w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta jest spełnienie „świadczenia zdrowotnego” (art. 15 ustawy o d.l.) i „świadczenia opieki zdrowotnej” (art. 19 ustawy o ś.o.z.), nie zaś tylko doraźna pomoc w celu zapobieżenia utracie życia, podtrzymania jego funkcji albo usunięcia niebezpieczeństwa nagłego pogorszenia zdrowia. Działania, o których mowa w art. 19 ust. 1 i 2 ustawy o ś.o.z. i w art. 15 ustawy o d.l. (dawniej art. 7 ustawy o z.o.z.), nie odbiegają charakterem od tych, które świadczone są na rzecz pacjentów na podstawie umów, a do spełnienia tego obowiązku nie może dojść inaczej niż przy zaangażowaniu zasobów osobowych i rzeczowych świadczeniodawcy w takim samym stopniu, w jakim te zasoby zostałyby zaangażowane w wykonywanie świadczeń zdrowotnych czy świadczeń opieki zdrowotnej w stanie nagłym na podstawie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Potwierdzeniem takiego rozumienia zakresu obowiązku świadczenia wobec pacjenta w sytuacji nagłej jest art. 35 ustawy o ś.o.z.

Świadczeniodawca związany z Narodowym Funduszem Zdrowia umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które ze względu na ich charakterystykę wymagają podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia, spełnia te świadczenia na rzecz beneficjentów systemu opieki zdrowotnej jako świadczenia im należne w związku z łączącą go z Narodowym Funduszem Zdrowia umową, nawet wówczas, gdyby działał już po wyczerpaniu oznaczonej w umowie liczby świadczeń, które na rzecz beneficjentów systemu miał spełnić w okresie rozliczeniowym (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 15 grudnia 2005 r., II CSK 21/05, z dnia 13 lipca 2005 r., I CK 18/05, OSP 2006, nr 6, poz. 70, z dnia 8 sierpnia 2007 r., I CSK 125/07, OSP 2008, nr 7-8, poz. 72, 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 14 lipca 2006 r., II CSK 68/06, nie publ., z dnia 25 maja 2006 r., II CSK 93/05, nie publ., z dnia 12 marca 2009 r., V CSK 272/08, nie publ., z 14 lutego 2008 r., II CSK 532/07, nie publ., z dnia 10 stycznia 2014 r., I CSK 161/13, nie publ.). Do takiego wniosku prowadzi uwzględnienie w ramach opisu treści praw i obowiązków stron umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej także art. 56 i 354 k.c., a zatem społeczno-gospodarczego celu

nawiązania stosunku prawnego między Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcą, oraz gwarancji, jakie z tego stosunku prawnego mają wynikać dla beneficjentów systemu opieki zdrowotnej w świetle Konstytucji i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ustalenie ustawowego obowiązku spełniania na rzecz beneficjentów systemu świadczeń ratujących życie lub zdrowie w sytuacjach nagłych w orzecznictwie zostało nawet użyte w charakterze argumentu przemawiającego za nieważnością umownego zastrzeżenia limitu świadczeń tego rodzaju możliwych do wykonania przez konkretnego świadczeniodawcę, chyba że strony umowy określiły niezbędne przedsięwzięcia organizacyjne, zapewniające udzielenie tych świadczeń potrzebującym (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 lipca 2005 r., I CK 18/05).

Dla niektórych świadczeniodawców związanych z Narodowym Funduszem Zdrowia umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczenia ratujące życie lub zdrowie w sytuacjach nagłych, nie będą zgodne z profilem świadczeń, do wykonywania których są powołani, zarówno z uwagi na kwalifikacje personelu, jak i wyposażenie placówki, a w konsekwencji także na przedmiot świadczeń objętych umową z Narodowym Funduszem Zdrowia. Gdyby taki świadczeniodawca spełnił jednak na rzecz pacjenta w sytuacji określonej w art. 15 ustawy o d.l. i art. 19 ust. 1 ustawy o ś.o.z. świadczenie opieki zdrowotnej ratujące życie lub zdrowie w sytuacji jego nagłego zagrożenia, to nie byłoby to określone umową z Narodowym Funduszem Zdrowia świadczenie opieki zdrowotnej, lecz świadczenie spełnione w wykonaniu obowiązku ustawowego. Świadczeniodawcy, o których tu mowa najczęściej jednak – ze względu na ograniczenia faktyczne – nie będą zdolni do spełnienia na rzecz pacjenta świadczenia opieki zdrowotnej ratującego życie lub zdrowie w sytuacji nagłej, gdyż ich możliwości ograniczą się raczej do udzielenia pacjentowi niezbędnej pomocy, zabezpieczającej funkcje życiowe do czasu objęcia go opieką przez świadczeniodawcę świadczeń ratujących życie lub zdrowie.

Charakterystycznego sprecyzowania treści obowiązku świadczeniodawcy wobec pacjenta w stanie nagłym ustawodawca dokonał w art. 19 ust. 2 ustawy o ś.o.z., z którego wynika, że świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ma obowiązek świadczyć na rzecz pacjenta „w niezbędnym zakresie”. Może to z jednej strony oznaczać, że przedmiot

jego świadczenia jest inny (szerszy) niż właściwy dla świadczeń, które normalnie spełnia w związku z profilem działalności, ale zarazem także, że powinien powstrzymać się od świadczenia tego, co w okolicznościach konkretnego przypadku wykracza poza absolutną potrzebę osiągnięcia celu świadczenia zabezpieczającego życie i zdrowie pacjenta w stanie nagłego zagrożenia uszczerbkiem w tych dobrach.

Wprawdzie każdy jest obowiązany do ponoszenia ciężarów i świadczeń publicznych oznaczonych w ustawie (art. 84 Konstytucji), ale w związku z oparciem ustroju na zasadzie społecznej gospodarki rynkowej, wolności działalności gospodarczej, własności prywatnej oraz solidarności (art. 20 i 22 Konstytucji), a ponadto zadeklarowaniem przez ustrojodawcę ochrony własności oraz innych praw majątkowych (art. 21 i 64 ust. 1 Konstytucji), nie można przyjąć, żeby ustawodawca mógł nałożyć w szczególności na przedsiębiorców oraz na inne podmioty pokrywające koszty działalności z uzyskiwanych przychodów, obowiązek spełniania na rzecz innych osób świadczeń, za które nie uzyskają wynagrodzenia bezpośrednio od beneficjenta albo od innego podmiotu, który z różnych powodów powinien uczestniczyć w ich sfinansowaniu. Należy to odnieść także do świadczeń opieki zdrowotnej mających na celu uratowanie życia lub zdrowia pacjenta, których obowiązek spełnienia przez świadczeniodawców, spośród których większość ma status przedsiębiorców, przewidział ustawodawca w art. 19 ust. 1 i 2 ustawy o ś.o.z. i w art. 15 ustawy o d.l. Standardy konstytucyjne wymagają, żeby w zapłatę wynagrodzenia za świadczenia udzielone w powyższych sytuacjach zaangażowane zostały środki publiczne, gdyż na świadczeniodawcę nie może być przerzucone całe ryzyko gospodarcze wiążące się z wypełnianiem obowiązku ustawowego. Beneficjenci świadczeń co do zasady uczestniczą w pokrywaniu ich kosztów przez opłacanie składek, jednak świadczenia, które mogą uzyskać z systemu nie są prostą konsekwencją ich wysokości. Świadczeniodawcy co do zasady weryfikują status osoby, której mają udzielić świadczeń, jako ubezpieczonej, ale w sytuacjach, o jakich mowa w art. 19 ust. 1 ustawy o ś.o.z. i art. 15 ustawy d.l., status ten nie ma znaczenia z punktu widzenia obowiązku udzielenia świadczenia, ze względu na rodzaj dobra chronionego przez ustawodawcę. W sfinansowanie tych świadczeń muszą być zaangażowane finanse publiczne, w tym także nie pochodzące ze składek, a osobnym problemem jest określenie mechanizmów dochodzenia zwrotu

wydatków uczynionych ze środków publicznych na rzecz osoby nieuczestniczącej w systemie ubezpieczeń, a poniesionych na udzielenie jej świadczenia ratującego życie lub zdrowie w sytuacji nagłej (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2007 r., I CSK 125/07).

Powstaje pytanie, w jaki sposób należy określić wysokość wynagrodzenia dla świadczeniodawcy, który udzielił świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacji nagłej. Problematyczne są przy tym nie te przypadki, w których świadczeniodawca spełnia takie świadczenia związane umową i w granicach ustalonych w niej limitów, lecz sytuacje, gdy świadczył, nie będąc związany umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo też był wprawdzie związany umową, ale taką, której przedmiotem były inne rodzajowo świadczenia opieki zdrowotnej niż spełnione na rzecz pacjenta w sytuacji nagłej albo gdy świadczenia o takich cechach spełnił świadczeniodawca po wyczerpaniu określonego umową limitu umówionych świadczeń wskazujących, że udzielone w okolicznościach nagłego zagrożenia, zmierzają do ratowania życia lub zdrowia pacjenta.

W ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia ustawodawca nie wypowiadał się o tym, w jaki sposób powinny być sfinansowane świadczenia wykonane ze względu na obowiązek ratowania życia lub zdrowia pacjenta w stanach nagłego ich zagrożenia. W orzecznictwie odnoszącym się do stanów faktycznych powstałych pod rządami tych ustaw przy określaniu wysokości świadczenia należnego świadczeniodawcy za świadczenia ratujące życie i zdrowie wykonane w stanach nagłych nawiązywano do wysokości wynagrodzeń za te same rodzajowo świadczenia spełnione w ramach limitu umownego i określano to wynagrodzenie według tych samych kryteriów.

Ustawodawca po raz pierwszy unormował omawiany problem w art. 19 ustawy o ś.o.z., a uregulowania zawarte w tym przepisie wyraźnie zaadresował do dwóch grup podmiotów – świadczeniodawców w ogólności oraz świadczeniodawców, którzy „nie zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”. Kryterium rozróżniającym adresatów norm wywodzonych z art. 19 ustawy o ś.o.z. jest okoliczność związania ich umową z Narodowym Funduszem

Zdrowia o spełnianie świadczeń określonego rodzaju w okresie, w którym doszło do spełniania świadczenia w warunkach nagłych, nie zaś przekroczenie umownej kwoty zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia na rzecz świadczeniodawcy spełniającego tego rodzaju świadczenia. O ile adresatem obowiązku ustalonego w art. 19 ust. 1 i 3 ustawy o ś.o.z. jest każdy świadczeniodawca, o tyle jego zakres i zasady uzyskania wynagrodzenia za jego spełnienie w art. 19 ust. 2, 4-5 ustawy o ś.o.z. zostały dookreślone w odniesieniu do tych świadczeniodawców, którzy nie zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Za świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 19 ust. 2 i 4-5 ustawy o ś.o.z. trzeba uznać takiego świadczeniodawcę, który w ogóle nie zawarł umowy o udzielanie jakichkolwiek świadczeń opieki zdrowotnej, ale też takiego, który zawarł wprawdzie umowę o udzielanie takich świadczeń, lecz rodzaj zakontraktowanych przez niego świadczeń nie odpowiada tym, które spełnił na rzecz pacjenta w sytuacji określonej w art. 19 ust. 1 ustawy o ś.o.z. Artykuł 132 ust. 4 ustawy o ś.o.z. stanowi, że świadczenia nieokreślone w umowie o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia udzielane są na rzecz osób ubezpieczonych wyłącznie w przypadkach i na zasadach określonych w ustawie, a skoro umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (art. 136 ust. 1 pkt 1 ustawy o ś.o.z.), a także kwotę zobowiązania wobec świadczeniodawcy (art. 136 ust. 1 pkt 5 ustawy o ś.o.z.), to świadczeniami określonymi w umowie są wyłącznie te świadczenia, które stanowią jej przedmiot. *Ratione legis* unormowania z art. 19 ust. 4 ustawy o ś.o.z. było zapewnienie rekompensaty za świadczenia, które co do zasady są finansowane ze środków publicznych tym świadczeniodawcom, którzy wcale nie zawarli umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia albo nie zawarli umowy o ten rodzaj świadczeń, które spełnili na rzecz pacjentów w stanie zagrażającym życiu lub zdrowiu. Granice tego wynagrodzenia i zasady ubiegania się o nie wyznacza art. 19 ust. 4 i 5 ustawy o ś.o.z. Wynagrodzenie, do którego uprawniony jest w takich okolicznościach świadczeniodawca, który spełnił świadczenie w sytuacji nagłej, gdy nie był związany umową, ma obejmować „wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki

zdrowotnej”, co koresponduje z zastrzeżeniem zawartym w art. 19 ust. 2 ustawy o ś.o.z., w świetle którego pacjent może oczekiwać od takiego świadczeniodawcy świadczenia „w niezbędnym zakresie” i temu odpowiada ustawowy obowiązek świadczeniodawcy.

Określenie granic wynagrodzenia za ratujące życie lub zdrowie pacjenta świadczenie opieki zdrowotnej spełnione w sytuacji nagłej w nawiązaniu do przesłanki „uzasadnionych kosztów świadczenia” udzielonego w „niezbędnym zakresie” stwarza po stronie świadczeniodawcy, który takiego świadczenia udzielił i dochodzi za nie zapłaty, pewne trudności dowodowe. Dla świadczeniodawców niezwiązanych z Narodowym Funduszem Zdrowia umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wskazujących, że w sytuacjach nagłych są świadczeniami ratującymi życie lub zdrowie, wyodrębnienie na tle ogólnej sumy wydatków poniesionych w pewnym okresie rozliczeniowym tych, które dokonane zostały ekstraordynaryjnie, jako związane ze świadczeniami spełnionymi w warunkach określonych w art. 19 ust. 1 ustawy o ś.o.z., jest łatwiejsze niż dla świadczeniodawców, którzy stale spełniają świadczenia o takiej charakterystyce.

Kategoria świadczeniodawców i świadczeń, których dotyczy art. 19 ust. 2 i 4-5 ustawy o ś.o.z., została wyodrębniona z pewnego zbioru, zatem jego pozostałą część muszą tworzyć świadczeniodawcy, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń tego rodzaju, jak spełnione na podstawie art. 19 ust. 1 ustawy o ś.o.z. Ci świadczeniodawcy mieli obowiązek świadczyć na rzecz pacjenta świadczenie opieki zdrowotnej o takich właściwościach, do jakich zobowiązywała ich umowa, a nie tylko „w niezbędnym zakresie”. Już ta okoliczność może uzasadniać różnicę w należnym za to świadczenie wynagrodzeniu, skoro bowiem za takie samo rodzajowo świadczenie spełnione na podstawie umowy otrzymują wynagrodzenie w wysokości skalkulowanej na potrzeby związania się umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, to i za świadczenie wykonane po wyczerpaniu ustawowych limitów, a spełnione w wykonaniu ustawowego obowiązku powinni uzyskać wynagrodzenie odpowiadające umówionemu.

Podstawowym celem świadczeń spełnianych na rynku usług zdrowotnych

jest usuwanie zagrożenia dla życia i zdrowia, zatem świadczeniodawcy, którzy zawarli umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o świadczenia, w których charakterystyce mieści się usuwanie takich zagrożeń, realizują obowiązek określony w art. 19 ust. 1 ustawy o ś.o.z. i art. 15 ustawy o d.l. niejako przy okazji i w związku z wykonywaniem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zawarli z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wynagrodzeniem za wykonanie tego obowiązku jest wówczas świadczenie, które podmiot leczniczy uzyskuje od Narodowego Funduszu Zdrowia jako cenę za świadczenie pewnego typu. Na rynku usług zdrowotnych cena ta jest kształtowana mechanizmami będącymi konsekwencją pewnej konkurencyjności pomiędzy jego uczestnikami, niezależnie od tego, że rynek ten jest poddany istotnym oddziaływaniom regulacyjnym, a Narodowy Fundusz Zdrowia pełni na nim rolę w zasadzie jedyne zamawiającego. Trzeba jednak zakładać, że Narodowy Fundusz Zdrowia jako podmiot publicznoprawny, odpowiedzialny za wypracowanie i stosowanie mechanizmów pozwalających na stałą realizację zadań państwa wobec członków wspólnoty w zakresie opieki zdrowotnej, określa wynagrodzenia za kontraktowane świadczenia z uwzględnieniem kosztochłonności działań niezbędnych do osiągnięcia celów poszczególnych świadczeń. Uzyskanie stosownego wynagrodzenia za wykonane świadczenia pozwala bowiem świadczeniodawcy nie tylko na jego należytą jakość, ale i na utrzymanie się na rynku i rozwój, od którego zależy zdolność do wykonywania świadczeń zdrowotnych w przyszłości. Narodowy Fundusz Zdrowia powinien dbać o osiągnięcie takiego stanu także przez racjonalne określenie wysokości wynagrodzeń za kontraktowane świadczenia.

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.), po jego ustanowieniu, został włączony do stosunku prawnego łączącego Narodowy Fundusz Zdrowia ze świadczeniodawcami, którzy zawarli z nim umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej o określonej charakterystyce (art. 56 i 354 k.c.) i stał się obowiązkiem umownym finansowanym ze środków publicznych. W rezultacie, umowne reguły spełnienia na rzecz beneficjenta systemu świadczenia opieki zdrowotnej nie odnoszą się wyłącznie do sfery wykonania usługi zdrowotnej przez świadczeniodawcę, ale także do jej rozliczenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia,

ponieważ tak jak obowiązek udzielania takiego świadczenia wyprzedza obowiązek udzielenia innych świadczeń zdrowotnych, tak obowiązek zapłaty za nie wynagrodzenia wyprzedza ograniczenia finansowe wynikające z umowy.

Z tych względów, orzeczono jak w uchwale.

aj