



Sygn. akt IV CSK 89/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 czerwca 2019 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Mirosława Wysocka (przewodniczący)

SSN Grzegorz Misiurek

SSN Kazimierz Zawada (sprawozdawca)

w sprawie z powództwa [...] Szpitala [...] w G.
przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W.
o zapłatę,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej
w dniu 12 czerwca 2019 r.,
skargi kasacyjnej strony powodowej
od wyroku Sądu Okręgowego w B.
z dnia 27 czerwca 2017 r., sygn. akt II Ca [...],

**uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę Sądowi
Okręgowemu w B. do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia
o kosztach postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 15 listopada 2016 r. Sąd Rejonowy oddalił powództwo [...] Szpitala [...] w G. przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia - [...] Oddziałowi Wojewódzkiemu o zapłatę 69.611,10 zł z ustawowymi odsetkami tytułem wynagrodzenia za wskazane w pozwie świadczenia zdrowotne z grupy leczenie szpitalne i ambulatoryjne wykonane w 2009 r. w stanach nagłych ratujących życie i zdrowie.

Zgodnie z ustaleniami stanowiącymi podstawę tego wyroku powód w dniu 31 grudnia 2008 r. zawarł z pozwanym umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne w zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik do umowy. Umowa została zawarta na okres od 1 stycznia 2009 r. do 31 grudnia 2009 r. Powód zobowiązał się do wykonywania umowy zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu Prezesa NFZ nr 93/2008/DSOZ z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, oraz ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2008.81.484 - dalej: „rozp. MZ 2008 o.w.u.”). Wartość świadczeń zdrowotnych w okresie obowiązywania umowy została określona na 83.246.012 zł. W trakcie wykonywania umowy strony zawarły 16 aneksów zwiększających wartość świadczeń zdrowotnych udzielonych w 2009 r.

Strony łączyła też zawarta wcześniej w dniu 12 stycznia 2008 r. umowa o udzielanie przez powoda świadczeń opieki zdrowotnej - ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik do umowy. Umowa została zawarta na okres od 1 stycznia 2008 r. do 31 grudnia 2010 r. Powód zobowiązał się do wykonywania umowy zgodnie z zasadami i warunkami określonymi w zarządzeniu Prezesa NFZ, wydanym na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2004.210.2135 ze zm., następnie jedn. tekst: Dz.U.2008.164.1027; jedn. tekst: Dz.U.215.581; jedn. tekst: Dz.U.2016.1793; jedn. tekst:

Dz.U.2017.1938; jedn. tekst: Dz.U.2018.1373 - dalej: „u.ś.o.z.”), oraz rozp. MZ 2008 o.w.u. Wartość świadczeń zdrowotnych w okresie obowiązywania umowy określono na 909 902,40 zł. W trakcie wykonywania umowy strony w pierwszym roku jej obowiązywania zawarły 14 aneksów zwiększających wartość świadczeń zdrowotnych.

O kolejności na listach pacjentów oczekujących na udzielenie planowych świadczeń zdrowotnych w 2009 r. i przesunięciach na tych listach decydowali ordynatorzy. Nie było jasnych i czytelnych zasad przesunięć. Powód nie zaplanował na podstawie danych z poprzednich lat prawdopodobnego rozmiaru świadczeń zdrowotnych, które zostaną udzielone w 2009 r. w trybie nagłym w stanach zagrażających życiu lub zdrowiu, ani nie przewidział osobnej puli środków na finansowanie w 2009 r. świadczeń udzielonych w takich stanach.

W 2009 r. powód wykonał świadczenia zdrowotne określone w zawartych umowach w całości i otrzymał za te świadczenia wynagrodzenie z podziałem na poszczególne miesiące. Wynagrodzenie wypłacano na podstawie rachunków i raportów statystycznych przekazywanych w formie elektronicznej. Powód podawał listę pacjentów, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu oraz rodzaj tych świadczeń bez rozróżnienia na udzielone w trybie nagłym i trybie planowym. Z umowy stron nie wynikał obowiązek wskazywania świadczeń ratujących życie. Świadczenia ambulatoryjne były przedstawiane do zapłaty w kolejności udzielania, a świadczenia na rzecz pacjentów hospitalizowanych - według daty wypisu ze szpitala. Pozwany dokonywał weryfikacji otrzymanego zestawienia. Wskazywał świadczenia, za które zapłaci. Klucz wyboru nie był znany powodowi. Za świadczenia ratujące życie pozwany płacił wyłącznie ze środków przewidzianych w umowie z powodem. Jeżeli w danym miesiącu udzielono więcej świadczeń niż wynosił limit miesięczny w ramach kontraktu, pozostałe niezapłacone świadczenia stawały się tzw. nadlimitem. Istniała możliwość zapłacenia za nie w kolejnych miesiącach, ale tylko wtedy, gdy limit przypadający na te miesiące nie został wykorzystany.

W ocenie Sądu Rejonowego, za wskazane w pozwie usługi zdrowotne, wykonane w 2009 r., mimo iż większość z nich została udzielona w stanach nagłych w rozumieniu art. 19 ust. 1 u.ś.o.z., powodowi nie przysługiwało

wynagrodzenie dochodzone pozwem. Usługi te nie mieściły się w limitach ustalonych w zawartych umowach - stanowiły tzw. świadczenia nadlimitowe. Za świadczenia nadlimitowe udzielone w stanach nagłych powód mógłby domagać się zapłaty tylko wtedy, „gdyby dołożył należytej staranności w celu zapobiegnięcia przekroczeniu limitu świadczeń”. Powód jednak nie wykazał, że wyodrębnił, opierając się sporządzonej przez siebie prognozie przypadków nagłych mogących się zdarzyć w 2009 r., odpowiednią pulę środków na pokrycie kosztów leczenia pacjentów w tych przypadkach, jak też nie dowiódł istnienia czytelnych zasad przesunięć na liście pacjentów oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej. Stąd wniosek, że przekroczenie limitów świadczeń w 2009 r. nastąpiło z przyczyn leżących po stronie powoda. W takich przypadkach obowiązek NFZ zapłaty wynagrodzenia wynikający z umów zawartych z podmiotami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej nie obejmuje świadczeń nadlimitowych bez względu na ich rodzaj.

Poza tym - zdaniem Sądu Rejonowego - jeżeli nawet w danym przypadku szpitalowi przysługuje wobec NFZ roszczenie o wynagrodzenie za świadczenia udzielone w stanach zagrożenia życia lub zdrowia, to zgodnie z art. 19 ust. 4 u.ś.o.z. wynagrodzenie to należy się w rozmiarze uzasadnionych kosztów udzielenia świadczenia, a nie jak żąda powód, w rozmiarze ustalonym według zasad wyceny świadczeń leczniczych określonych w umowie z NFZ.

Sąd Okręgowy apelację powoda od wyroku Sądu Rejonowego oddalił wyrokiem z dnia 27 czerwca 2017 r. Sąd Okręgowy podzielił w całości ustalenia faktyczne Sądu Rejonowego.

Zgodził się Sąd Okręgowy także z przyjętą przez Sąd Rejonowy oceną braku obowiązku pozwanego zapłaty wynagrodzenia za leczenie szpitalne oraz ambulatoryjną opieką specjalistyczną w 2009 r. ponad limit określony w umowach. Sąd Okręgowy wyraził pogląd, że dopóki nie jest przekroczony maksymalny poziom finansowania określony umową, wydatki na świadczenia udzielone w stanach zagrożenia życia lub zdrowia nie podlegają odrębnemu pozaumownemu finansowaniu i uznał, tak jak Sąd Rejonowy, iż powód nie wykazał, że nie mógł rozliczyć tych świadczeń w ramach łączącej strony umowy, nie wyłączając aneksów do niej.

Powód zaskarżył wyrok Sądu Okręgowego w całości. Przytoczył jako podstawy kasacyjne naruszenie art. 6, 56, 353 § 1, art. 353¹, art. 354 § 1, art. 355, 471 i 472 k.c., art. 15 ust. 1 i 2, art. 19 ust. 1 i 4 zd. 2, 97 ust. 1 i 3 pkt 2, 132 ust. 1 u.ś.o.z. (jedn. tekst: Dz.U. 2008.164.1027), § 13 ust. 4 i 5 oraz § 23 ust. 1 i 3 rozp. MZ 2008 r. o.w.u., art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (jedn. tekst.: Dz.U.2007.14.89 - dalej: „u.z.o.z.”, art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (jedn. tekst: Dz.U.2007.136.857 - dalej: „u.z.l.d.”). Zarzucając naruszenie przytoczonych przepisów zanegował, że świadczeniodawca ma - jak przyjął Sąd Okręgowy w ślad za Sądem Rejonowym - obowiązek prognozowania zapotrzebowania w przyszłości na świadczenia opieki zdrowotnej w stanach nagłych i tworzenia rezerw umożliwiających finansowanie takich świadczeń odpowiednio do stopnia wykorzystania limitów finansowania określonych w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Utworzenie rezerwy na finansowanie takich świadczeń musi się łączyć z powstrzymaniem od wykonywania umowy w zakresie świadczeń wobec innych pacjentów, a świadczeniodawca nie ma obowiązku ani prawa do powstrzymywania się od wykonywania umowy w zakresie innych świadczeń w celu utworzenia rezerwy na sfinansowanie świadczeń udzielonych w stanach nagłych. Określenie jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym do prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i rozliczanie takich umów jest natomiast ustawowym obowiązkiem NFZ jako podmiotu powołanego do zarządzania środkami finansowymi przeznaczonymi na ochronę zdrowia.

Analiza należytej staranności powoda została przez sądy *meriti* odniesiona - według twierdzeń skargi - do tego, do czego powód nie był zobowiązany, gdyż ani ustawa, ani umowa nie zobowiązywała go do podejmowania działań polegających na przesuwaniu kolejności pacjentów zapisanych na listach oczekujących na świadczenia planowe w celu utworzenia rezerw na świadczenia nagłe, których potrzeba może się ujawnić w przyszłości. Także rozkład ciężaru dowodu powinien tu być inny niż przyjęły sądy *meriti*. Zgodnie z art. 6 k.c., pozwany powinien dowieść, że powód nie dołożył należytej staranności. Nie można natomiast wymagać od powoda, aby wykazał swoją należytą staranność.

Zdaniem skarżącego obowiązek niezwłocznego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłych wynikający z art. 19 u.ś.o.z. wyprzedza postanowienia umowy dotyczące limitów finansowania tego rodzaju świadczeń; umowa zachowuje doniosłość tylko, gdy chodzi o wysokość wynagrodzenia, dlatego świadczeniodawca może żądać zapłaty wynagrodzenia za świadczenia udzielone w stanach nagłych po przekroczeniu ustalonego w umowie limitu w wysokości ustalonej według wynikających z umowy stawek za świadczenia tego rodzaju.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Zgodnie z art. 132 ust. 1 u.ś.o.z. podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest umowa między świadczeniodawcą a NFZ. Przyjęte w tym przepisie rozwiązanie stanowi kontynuację rozwiązania, które przewidywała najpierw ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, a następnie ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa w szczególności rodzaj, zakres i warunki udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, zasady rozliczeń pomiędzy świadczeniodawcą a NFZ oraz kwotę zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy (art. 136 pkt 1-5 u.ś.o.z.). Mimo iż umowa ta jest środkiem realizacji zadań publicznych, w prawie polskim nie ma ona - inaczej niż w niektórych innych systemach prawnych, charakteru administracyjnego, lecz cywilnoprawny. O takim jej charakterze przesądza art. 155 u.ś.o.z. przewidujący, że jeżeli przepisy tej ustawy nie stanowią inaczej, do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego.

Ścisły związek umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z realizacją zadań publicznych z zakresu ochrony zdrowia sprawia jednak, iż jest to umowa cywilnoprawna - z zastrzeżeniem spełnienia świadczenia na rzecz osoby trzeciej (art. 393 k.c.) - szczególnego rodzaju, o wielu swoistych cechach.

Może być zawarta tylko w określonym przez prawo trybie i dotyczyć tylko udzielania świadczeń zdrowotnych przez określone podmioty, których działalność gospodarcza w dziedzinie leczenia jest działalnością regulowaną w rozumieniu prawa przedsiębiorców. Swoboda w kształtowaniu treści umowy o udzielanie

świadczeń opieki zdrowotnej jest znacznie ograniczona i podporządkowana wymaganiom ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz wymaganiom przepisów wykonawczych do tej ustawy.

Poza tym zarówno ukształtowanie treści umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jak i wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zakłada potrzebę daleko idącej współpracy obu stron w realizacji swych zadań w dziedzinie ochrony zdrowia. Potrzeba ta jest w sposób szczególnie zdeterminowana, z jednej strony, faktem ograniczonego zasobu środków publicznych możliwych do wykorzystania na ochronę zdrowia, a z drugiej, koniecznością ustalania zasadniczych elementów umowy na podstawie prognoz - z samej swej istoty niedoskonałych - co do liczby i kosztów świadczeń, które ma wykonać kontrahent NFZ.

Ponadto, choć w płaszczyźnie prawa cywilnego strony zobowiązania są formalnie równorzędne, to kompetencje zarządcze i kontrolne NFZ, w tym dotyczące monitorowania oraz realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, jak też ich rozliczania (art. 97 ust. 3 pkt u.ś.o.z.), oraz możliwość oddziaływania na treść zobowiązania (art. 146 u.ś.o.z.), dają NFZ w stosunku prawnym wynikającym z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej silniejszą pozycję niż ma kontrahent NFZ (por. co do charakterystyki tej umowy, w szczególności uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 19 marca 2019 r., III CZP 80/18, oraz wyroki Sądu Najwyższego z dnia 15 grudnia 2005 r., II CSK 21/05, i 19 maja 2016 r., IV CSK 550/15).

Od wyrażonej w art. 132 ust. 1 u.ś.o.z. zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na podstawie umowy dopuszczono wyjątek w stanach nagłych, zdefiniowanych w art. 5 pkt 33 tej ustawy. Artykuł 19 u.ś.o.z. zastrzegający ten wyjątek, pozostaje w ścisłym związku z art. 30 u.z.l.d., stanowiącym, że lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki, jak też w związku z art. 7 u.z.o.z. - w okresie objętym stanem faktycznym sprawy - przewidującym, że zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia

zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia, a obecnie, w związku z art. 15 u.d.l., odnoszącym zakaz takiej odmowy do podmiotu określonego mianem podmiotu leczniczego. W stanach nagłych, które ma na względzie art. 19 u.ś.o.z., podmiot prowadzący działalność leczniczą ma obowiązek niezwłocznego udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej bez względu na to, czy zawarł, czy też nie zawarł z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W razie zaktualizowania się obowiązku, który ma na względzie art. 19 ust. 1 u.ś.o.z., w odniesieniu do podmiotu prowadzącego działalność leczniczą, niemającego umowy z NFZ lub mającego z NFZ umowę o świadczenia innego rodzaju niż spełnione w danym przypadku, dochodzi między świadczeniodawcą a NFZ do powstania z mocy ustawy stosunku prawnego obejmującego obowiązek udzielenia przez ten podmiot świadczenia pacjentowi na analogicznych zasadach, jak w przypadkach świadczeń udzielanych w ramach umowy. Za każde świadczenie udzielone w takich warunkach należy się podmiotowi prowadzącemu działalność leczniczą od NFZ odpowiednie wynagrodzenie bez względu na liczbę spełnionych świadczeń.

Najczęściej jednak w stanach nagłych udzielają świadczeń - rzecz zrozumiała - te podmioty, które zawarły umowę i których umowa obejmuje świadczenia takie, jak udzielone przez nie w stanie nagłym.

Nie do zaakceptowania byłby pogląd, że świadczenia udzielone w stanie nagłym przez podmiot, który zawarł z NFZ umowę obejmującą spełnione w tym stanie świadczenia, nie wchodzi w zakres zobowiązania wynikającego z zawartej umowy, lecz są przedmiotem odrębnego zobowiązania, którego źródłem jest wyłącznie - jak w przypadku, gdy świadczenia w stanie nagłym udzielił podmiot mający z NFZ umowę nieobejmującą takiego świadczenia lub niemający w ogóle umowy z NFZ. Zasadniczy instrument realizacji zadań publicznych w dziedzinie ochrony zdrowia - jakim jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - powinien mieć zastosowanie w pierwszej nawet kolejności do przypadków zagrożeń życia i zdrowia w stanach nagłych.

Istotnym elementem systemu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na podstawie umowy zawartej z NFZ jest udzielanie świadczeń specjalistycznych ambulatoryjnych oraz świadczeń w szpitalach w zasadzie w kolejności wynikającej ze sporządzanych, według określonych reguł, list oczekujących na udzielenie świadczenia (zob. art. 20-33 u.ś.o.z. oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, Dz.U.2005.200.1661, jak też § 13 rozp. MZ 2006 o.w.u.). Jednak mimo zakładanego przez ten system planowania świadczeń, od samego początku wprowadzenia tego systemu wyłania się problem zgodności wykonanych świadczeń medycznych z warunkami zawartej umowy w zakresie dotyczącym granic finansowania. Już samo to, że warunki umowy są oparte na prognozach, mogących się nie sprawdzić w realiach wykonywania umowy, jest czynnikiem sprzyjającym powstawaniu rozbieżności między wartością świadczeń wykonanych a ustalonym w umowie limitem finansowym. Zasadniczą jednak przyczyną wskazanych rozbieżności jest udzielanie niemieszczących się w zakresie świadczeń planowych świadczeń w stanach nagłych w wykonaniu obowiązku wynikającego z art. 19 ust. 1 u.ś.o.z., art. 7 u.z.o.z. lub art. 15 u.d.l., oraz art. 30 u.z.l.d.

W sprawie podstawowe znaczenie ma odpowiedź na pytanie o przysługiwanie świadczeniodawcy wynagrodzenia od NFZ na podstawie zawartej z nim umowy, w razie przekroczenia limitu ustalonego w umowie, za zrealizowane świadczenia niemieszczące się w tym limicie, gdy do przekroczenia limitu doszło wskutek udzielenia świadczenia w stanie nagłym w wykonaniu obowiązku wynikającego z art. 19 ust. 1 u.ś.o.z., art. 7 u.z.o.z. lub art. 15 u.d.l., oraz art. 30 u.z.l.d.

Brak jednolitej odpowiedzi na to pytanie.

Według chronologicznie pierwszego stanowiska, obecnie w orzecznictwie w zasadzie już niepodtrzymywanego, świadczeniodawcy nie przysługuje wobec NFZ roszczenie o wynagrodzenie za świadczenia niemieszczące się w limicie ustalonym w umowie, w tym za świadczenia nadlimitowe spełnione w stanach

nagłych w wykonaniu obowiązku wynikającego z art. 19 ust. 1 u.ś.o.z., art. 7 u.z.o.z. lub art. 15 u.d.l., oraz art. 30 u.z.l.d.

Według drugiego stanowiska, przepisy normujące korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej powinny być interpretowane w ujęciu systemowym, z uwzględnieniem również art. 19 ust. 1 u.ś.o.z., art. 7 u.z.o.z. lub art. 15 u.d.l., oraz art. 30 u.z.l.d. W myśl art. 56 k.c., czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te które wynikają z ustawy. Zgodnie więc z art. 56 k.c. w odniesieniu do wynagrodzenia za świadczenia spełnione w stanach nagłych w wykonaniu obowiązku, wynikającego z art. 19 ust. 1 u.ś.o.z., art. 7 u.z.o.z. lub art. 15 u.d.l., oraz art. 30 u.z.l.d., treść stosunku zobowiązaniowego powstałego w następstwie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określają także wymienione przepisy, i mają one pierwszeństwo przed postanowieniami umowy określającymi limit. Ustalony w umowie limit nie dotyczy zatem świadczeń udzielonych w stanach nagłych - roszczenie o wynagrodzenie za takie świadczenia przysługują świadczeniodawcy także wtedy, gdy nie mieszczą się one w limicie ustalonym w umowie.

Drugie stanowisko występuje w dwóch wariantach. Zgodnie z pierwszym wariantem, przeważającym w judykaturze, jeżeli świadczeniodawca wykaże tylko to, że spełnienie świadczenia nastąpiło w stanie nagłym, należy mu się wynagrodzenie za to świadczenie.

Według drugiego wariantu, który znalazł wyraz w niniejszej sprawie w zaskarżonym wyroku i poprzedzającym go wyroku Sądu Rejonowego, świadczeniodawcy należy się wynagrodzenie za nadlimitowe świadczenia udzielone w stanach nagłych, o tyle tylko, o ile przekroczenie limitu nie wynikało - mówiąc najogólniej - z naruszenia przez świadczeniodawcę obowiązku prawidłowego wykonania zobowiązania z umowy zawartej z NFZ (por. co do przedstawionych wyżej stanowisk: uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 19 marca 2019 r., III CZP 80/18, oraz wyroki Sądu Najwyższego z dnia 15 grudnia 2005 r., II CSK 21/05, 18 stycznia 2006 r., V CSK 60/05, 14 lipca 2006 r., II CSK 68/06, 13 października 2006 r., III CSK 123/06, i 12 marca 2009 r., V CSK 272/08).

Stosownie do drugiego stanowiska w obu jego wariantach, o tym, w jakim rozmiarze udzielone świadczenia są objęte zobowiązaniem kontrahenta NFZ i podlegają obowiązkowi wynagrodzenia ze strony NFZ, decyduje zatem nie tylko umowa (ustalony w niej limit), ale i przepisy nakładające na świadczeniodawcę obowiązek udzielenia świadczenia w stanie nagłym. Jeżeliby więc świadczeniodawca udzielił jedynie świadczeń planowych, wynagrodzenie od NFZ należałoby się wyłącznie za te udzielone świadczenia, które mieszczą się w limicie ustalonym w umowie. Zapłata za świadczenia nadlimitowe nie byłaby obowiązkiem NFZ. NFZ mógłby jednak za nie zapłacić, zawierając ze świadczeniodawcą aneks do umowy. W razie zaś odmowy renegotjacji umowy przez NFZ nie można by nawet wykluczyć uznania tej odmowy w niektórych przypadkach za nadużycie przez NFZ pozycji monopolistycznej (por. uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 30 marca 2006 r., III CZP 130/05, oraz wyroki Sądu Najwyższego z dnia 20 października 2004 r., I CK 218/04, 16 lutego 2005 r., IV CK 541/04, i 15 grudnia 2005 r., II CSK 21/05). Jeżeliby natomiast świadczeniodawca udzielił nie tylko świadczeń planowych, ale i świadczeń w stanach nagłych, należałoby mu się, mimo przekroczenia ustalonego w umowie limitu wskutek realizacji świadczeń w stanach nagłych, wynagrodzenie za wszystkie spełnione świadczenia, bez względu na to, czy świadczenia w stanach nagłych udzielone zostały już po wyczerpaniu limitu przez realizację świadczeń planowych, czy też jeszcze przed wyczerpaniem limitu, a do przekroczenia limitu doszło dopiero z chwilą późniejszego spełnienia świadczeń wcześniej zaplanowanych; według wariantu pierwszego stanowiska drugiego roszczenie świadczeniodawcy o wynagrodzenie za świadczenia nadlimitowe nie byłoby w takim przypadku uzależnione od żadnych dodatkowych przesłanek, natomiast według wariantu drugiego tego stanowiska, roszczenie to byłoby uzależnione od tego, aby przekroczenie limitu nie wynikało z naruszenia przez świadczeniodawcę obowiązku prawidłowego wykonania zobowiązania z umowy zawartej z NFZ.

Jak wynika z dotychczasowych wyjaśnień, w niniejszej sprawie, tak jak we wszystkich sprawach o zapłatę za tzw. nadwykonania (nadlimity), spór o prawidłowe wykonanie przez świadczeniodawcę zobowiązania z umowy zawartej

z NFZ nie wiąże się z zarzutem - jak to ma miejsce zwykle w sporach wierzyciela z dłużnikiem dotyczących wykonania lub prawidłowego wykonania umowy - że świadczeniodawca nie spełnił świadczeń, do których był zobowiązany lub spełnił je nienależycie (wadliwie) - aktualizując swoją odpowiedzialność *ex contractu* (art. 471 k.c.) - lecz że przedstawił do zapłaty spełnione świadczenia stanowiące przedmiot umowy w większym rozmiarze od rozmiaru objętego wynikającym z umowy zawartej ze świadczeniodawcą obowiązkiem zapłaty wynagrodzenia przez NFZ. Innymi słowy istotą sporu jest tu to, czy świadczeniodawca spełnił więcej świadczeń niż miał spełnić, według zobowiązania wynikającego z umowy zawartej z NFZ i żąda, nie mając oparcia w umowie i skutkach z niej wynikających, bezpodstawnie zapłaty za wszystkie spełnione świadczenia.

Należy się zgodzić z wypowiedianym w piśmiennictwie oraz orzecznictwie poglądem o wyjątkowej przy ocenie wykonania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych doniosłości ze względu na omówioną wyżej specyfikę tej umowy powołanego w zaskarżonym wyroku art. 354 k.c. (por. uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 19 marca 2019 r., III CZP 80/18, oraz wyroki Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2006 r., V CSK 60/05, i 13 października 2006 r., III CSK 123/06), który stanowi, że dłużnik powinien wykonać zobowiązanie zgodnie z jego treścią i w sposób odpowiadający jego celowi społeczno-gospodarczemu oraz zasadom współżycia społecznego, a jeżeli istnieją w tym zakresie ustalone zwyczaje - także w sposób odpowiadający tym zwyczajom (§ 1); w taki sam sposób powinien współdziałać przy wykonaniu zobowiązania wierzyciel (§ 2). Cel społeczno-gospodarczy umowy świadczeniodawcy z NFZ niewątpliwie wymaga, aby przy planowaniu świadczeń, które zakłada ta umowa, zastrzec także odpowiednią rezerwę środków na realizację świadczeń udzielanych w stanach nagłych. W związku z tym, że skala tych świadczeń zależy od wielu różnych czynników o charakterze losowym, prognozy w tym przedmiocie powinny uwzględniać jedynie okoliczności typowe. Niezaplanowanie odpowiedniej rezerwy oznacza nieprawidłowe wykonanie umowy - z naruszeniem art. 354 § 1 k.c. - i uzasadnia odmowę wypłacenia przez NFZ, w razie przekroczenia ustalonego w umowie limitu wskutek świadczeń spełnionych w stanach nagłych, wynagrodzenia w zakresie odpowiadającym kwocie wymaganej

rezerwy. Ze względu jednak na znane trudności w prognozowaniu świadczeń medycznych, o braku odpowiedniej rezerwy na świadczenia w stanach nagłych może być mowa tylko w przypadkach jednoznacznych uchybień świadczeniodawcy w tym zakresie (braku rezerwy w ogóle lub ustalenia jej w wysokości niewątpliwie zaniżonej).

Nie można się natomiast zgodzić z zapatrywaniem, które znalazło wyraz w zaskarżonym wyroku i wyroku poprzedzającym, że prawidłowe w świetle art. 354 k.c. wykonanie umowy przez świadczeniodawcę wymaga przesuwania zaplanowanych świadczeń na późniejsze terminy w celu rozliczenia, w ramach ustalonego w umowie limitu, świadczeń spełnionych w stanach nagłych. Listę oczekujących na udzielenie świadczenia ustala się z zachowaniem odpowiedniej procedury, według określonych kryteriów (art. 20-23 u.ś.o.z., rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinny kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, § 13 rozp. MZ 2008 o.w.u.). Umieszczenie pacjenta na liście z zachowaniem przewidzianych ustawą wymagań jest jednoznaczne z zobowiązaniem się do udzielenia pacjentowi danego świadczenia (art. 20 ust. 3 u.ś.o.z.). Tylko w razie wystąpienia niedających się przewidzieć z góry okoliczności, które uniemożliwiają zachowanie wynikającego z listy terminu udzielenia świadczenia, może dojść do przesunięcia ustalonego terminu udzielenia świadczenia (art. 20 ust. 8 u.ś.o.z.). Przesuwania zaplanowanych świadczeń na późniejsze terminy w celu rozliczenia w ramach ustalonego w umowie limitu świadczeń spełnionych w stanach nagłych nie da się pogodzić z tymi regulacjami. W przypadku niektórych schorzeń takie przesuwanie jest nawet, jeżeli chce się, aby zaplanowane świadczenie spełniło swój cel medyczny, po prostu niemożliwe (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 lutego 2018 r., II CSK 249/17).

Podobnie nie można zaakceptować uznaniowego decydowania przez NFZ o kolejności rozliczania spełnionych świadczeń zdrowotnych; wybierania do rozliczenia w pierwszej kolejności świadczeń udzielonych w stanach nagłych i rozliczania ich w ramach ustalonego w umowie limitu przed wcześniej spełnionymi świadczeniami planowymi. Artykuł 354 k.c. nie tylko nie daje ku temu podstaw, ale

sprzeciwia się temu. Takiego uznaniowego, wybiórczego rozliczania nie można pogodzić z przewidzianą w art. 354 k.c. dyrektywą nakazującą stronom lojalne współdziałanie, zgodne z celem społeczno-gospodarczym zawartej umowy. Wywołuje ono u świadczeniodawcy stan niepewności w istotnej dla niego kwestii i w konsekwencji negatywnie rzutuje na efektywność umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie środków ochrony zdrowia.

W takim postępowaniu można dostrzec dążenie do rozliczania w ramach ustalonego w umowie limitu wszystkich świadczeń udzielonych w stanach nagłych i pozostawienia poza limitem jedynie świadczeń planowych, po to, aby wyłączyć zastosowanie art. 19 ust. 1 u.ś.o.z., art. 7 u.z.o.z. lub art. 15 u.d.l., oraz art. 30 u.z.l.d. w związku z art. 56 k.c. w celu objęcia finansowaniem ze strony NFZ w przypadkach „nadwykonań” świadczeń udzielonych w stanach nagłych (por. w związku z wskazaną praktyką rozliczeń wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 25 października 2016 r., V ACa 346/16). Innymi słowy, w takim postępowaniu można widzieć sposób przeciwstawienia się przedstawionej linii orzecznictwa Sądu Najwyższego co do wynikających z tych przepisów skutków finansowych umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Takie postępowanie nie może jednak odnieść zamierzonego skutku. Jak wcześniej wyjaśniono, zgodnie z wskazaną linią orzecznictwa, świadczeniodawcy mimo przekroczenia ustalonego w umowie limitu należy się wynagrodzenie za świadczenia w stanach nagłych, bez względu na to, czy spełnione one zostały już po wyczerpaniu limitu przez realizację świadczeń planowych, czy też jeszcze przed wyczerpaniem limitu, a do przekroczenia limitu doszło dopiero z chwilą późniejszego spełnienia świadczeń wcześniej zaplanowanych.

Akceptując co do zasady omówione wyżej stanowisko określone jako drugie w wariantach, można w rozpatrywanym przypadku odmówić świadczeniodawcy wynagrodzenia za świadczenia nadlimitowe jedynie wtedy, gdy przekroczenie limitu wynika z naruszenia przez świadczeniodawcę obowiązku prawidłowego wykonania zobowiązania z umowy zawartej z NFZ. Chodzi tu jednak tylko o rażące, a w każdym razie niewątpliwe uchybienia świadczeniodawcy w wykonaniu zobowiązania w zakresie dotyczącym warunków roszczenia o wynagrodzenie. Krąg mogących tu mieć doniosłość uchybień

ze strony świadczeniodawcy nie może być tak szeroko zakreślony, jak w zaskarżonym wyroku, z przyczyn, o których była wyżej mowa.

Inaczej też niż wynika z zaskarżonego wyroku, na świadczeniodawcy, który dochodzi roszczenia o wynagrodzenie za udzielone świadczenia w rozmiarze wykraczającym poza ustalony w umowie limit, nie spoczywa ciężar dowodu tego, że przekroczenie limitu nie było skutkiem nieprawidłowego wykonania przez niego umowy, czyli że choć przekroczył limit, to jednak prawidłowo wykonał umowę, bo nie mógł zrealizować i rozliczyć spornych świadczeń w ramach limitu. Na świadczeniodawcy ciąży zgodnie z art. 6 k.c. niewątpliwie dowód zawarcia umowy z NFZ, spełnienia świadczenia wchodzącego w zakres umowy i udzielenia go w stanie nagłym - czyli okoliczności, które co do zasady warunkują dochodzone w sprawie roszczenie o zapłatę wynagrodzenia za wykonane świadczenia, natomiast NFZ, skoro neguje przysługiwanie dochodzonego od niego roszczenia o wynagrodzenie w określonym zakresie ze względu na nieprawidłowości świadczeniodawcy w wykonaniu umowy powinien, zgodnie z art. 6 k.c., dowieść tych nieprawidłowości (tak trafnie Sąd Apelacyjny w Gdańsku w wyroku z dnia 21 sierpnia 2015 r., V Ca 219/15).

Za wynik nieporozumienia należy uznać uzależnienie przez sądy orzekające w sprawie zasadności dochodzonego roszczenia od dołożenia przez świadczeniodawcę należytej staranności, mającej się przejawiać w podjęciu określonych działań w ramach wykonywania umowy. Niedołożenie należytej staranności w rozumieniu art. 455 k.c. stanowi, zgodnie z art. 472 k.c., zasadniczą przyczynę, z którą art. 471 k.c. łączy odpowiedzialność dłużnika za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania - czyli wtórną odpowiedzialność dłużnika o charakterze odszkodowawczym, a w sprawie, jak już była o tym mowa, dochodzone jest od NFZ jako dłużnika świadczeniodawcy pierwotne roszczenie, o wynagrodzenie z tytułu wykonania umowy (roszczenie o spełnienie świadczenia pieniężnego). Takie roszczenie powstaje, jeżeli ziszczą się określone przesłanki (art. 353¹ i art. 56 i k.c.). Jeżeli roszczenie powstało i nie upadło, ani nie wygasło, ani nie zaszły inne, prawem przewidziane przeszkody, powinno być spełnione w istniejącym kształcie pod rygorem zastosowania wymuszających to środków prawnych. Na tym etapie kwestia niedołożenia należytej staranności jako przesłanki

odpowiedzialności dłużnika nie pojawia się (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 marca 2017 r., V CSK 486/16).

Zasadny jest także podniesiony w skardze kasacyjnej zarzut błędnej wykładni art. 19 ust. 4 u.ś.o.z. przez akceptację poglądu, że świadczeniodawca mający umowę z NFZ w przypadkach wykonania świadczeń w stanach nagłych powinien być traktowany tak jak podmiot, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, i w związku z tym należy mu się za świadczenia nadlimitowe wykonane w stanach nagłych wynagrodzenie ustalone zgodnie z tym przepisem, a nie według zasad wynikających z umowy zawartej z NFZ. Sąd Najwyższy w uchwale składu siedmiu sędziów z dnia 19 marca 2019 r. rozstrzygnął, że art. 19 ust. 4 u.ś.o.z. nie ma zastosowania do ustalania wysokości wynagrodzenia za świadczenia nadlimitowe w stanach nagłych, należnego świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a wynagrodzenie to w takich wypadkach ustala się „w wysokości świadczenia uzyskiwanego na podstawie umowy”.

Ze względu na zasadność skargi kasacyjnej z przedstawionych przyczyn, Sąd Najwyższy na podstawie art. 398¹⁵ § 1 k.p.c. orzekł jak w sentencji.

jw

[aw]