



Sygn. akt I CSK 278/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 7 czerwca 2019 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Dariusz Dończyk (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Marta Romańska

SSN Katarzyna Tyczka-Rote

Protokolant Ewa Krentzel

w sprawie z powództwa A. C.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia z siedzibą w W.

o zapłatę,

po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej w dniu 7 czerwca 2019 r.,

skargi kasacyjnej strony pozwanej

od wyroku Sądu Apelacyjnego w (...)

z dnia 15 grudnia 2017 r., sygn. akt V ACa (...),

1) oddala skargę kasacyjną,

2) zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 4050 (cztery tysiące pięćdziesiąt) zł tytułem zwrotu kosztów postępowania kasacyjnego).

UZASADNIENIE

Powód A. C. wniósł o zasądzenie od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia kwoty 127 900 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 15 lutego 2013 r. tytułem należności za wykonanie przez powoda jako prowadzącego zakład

opiekuńczo-leczniczy pod nazwą: Zespół Opieki Z. w K., w 2012 r., świadczeń opiekuńczo-leczniczych z zakresu psychiatrii dla dorosłych na rzecz siedmiu pacjentów, którzy zostali przyjęci w trybie pilnym oraz w warunkach prawnej konieczności wykonania tych usług, wynikającej z potrzeby natychmiastowego udzielenia tych świadczeń ze względu na nagłe zagrożenie życia lub zdrowia tych osób. Wysokość należności za świadczenia udzielone tym pacjentom została ustalona przez powoda na podstawie stawek określonych w umowie zawartej pomiędzy powodem i pozwanym w dniu 17 stycznia 2012 r.

Wyrokiem z dnia 15 lutego 2016 r. Sąd Okręgowy w W. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 86 400 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 7 czerwca 2014 r. oraz oddalił powództwo w pozostałym zakresie.

Sąd Okręgowy ustalił, że w dniu 17 stycznia 2012 r. strony zawarły umowę dotyczącą zasad i limitów finansowania ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia usług świadczonych przez powoda jako podmiotu prowadzącego zakład opiekuńczo-leczniczy w 2012 r. na łączną kwotę 4 828 560 zł, płatną w dwóch półrocznych okresach rozliczeniowych. Powód wykonał w tym czasie także świadczenia ponad limit ustalony na kwotę 2 049 400 zł, o uregulowanie której wystąpił do strony pozwanej pismem z dnia 2 czerwca 2014 r. wraz z odsetkami od dnia 15 lutego 2013 r. Na podstawie opinii sporządzonej w sprawie przez biegłego sądowego z zakresu psychiatrii Sąd ustalił, że stan zdrowia J. C., Z. G., R. S. i H. G. uzasadniał ich przyjęcie w trybie pilnym. Na podstawie przepisów ustawowych, powołanych przez powoda w pozwie, strona pozwana była zobowiązana wobec powoda do sfinansowania świadczeń udzielonych tym pacjentom w wysokości ustalonej według stawek określonych w umowie z dnia 17 stycznia 2012 r., mimo że świadczenia te zostały udzielone ponad limity w niej określone.

W odniesieniu do Z. W. przyjął na podstawie opinii biegłego, że jej przyjęcie do zakładu w trybie pilnym nie było uzasadnione. Odmowa wypłacenia należności za miesięczny okres jej pobytu w tym zakładzie za styczeń 2012 r., nie była jednak uzasadniona ze względu na uregulowanie przez pozwaną należności za jej wcześniejszy, długotrwały pobyt w tej placówce, od 2006 r., jak również za udzielenie tej pacjentce tego samego rodzaju świadczeń w 2013 r. Wypisanie

pacjentki, która przebywała w tym zakładzie przez 6 lat, na jeden tylko miesiąc, nie było uzasadnione okolicznością wyczerpania limitu na 2012 r.

Nie było natomiast podstaw do uwzględnienia żądania pozwu co do kwoty 41 500 zł za usługi wykonane ponad limit na rzecz B. P. oraz J. W., których, przyjęcie do zakładu powoda w trybie pilnym według, opinii biegłego, nie było zasadne. Z tych przyczyn Sąd Okręgowy uwzględnił powództwo o zapłatę kwoty 86 400 zł z odsetkami ustawowymi należnymi przy uwzględnieniu art. 455 k.c., dopiero po wezwaniu pozwanego do zapłaty należności dochodzonej przez powoda.

Wyrok Sądu pierwszej instancji został zaskarżony apelacjami przez obie strony. Sąd Apelacyjny w (...), wyrokiem z dnia 15 grudnia 2017 r., zmienił zaskarżony wyrok w ten sposób, że zasądził od pozwanego na rzecz powoda dalszą kwotę 41 500 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 7 czerwca 2014 r. oraz kwotę 13 115 zł tytułem zwrotu kosztów procesu i nakazał pozwanemu uiszczenie na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w W. kwoty 120 zł tytułem zwrotu wydatków tymczasowo pokrytych ze środków Skarbu Państwa; oddalił apelację powoda w pozostałym zakresie; oddalił apelację strony pozwanej oraz zasądzić od pozwanego na rzecz powoda kwotę 7 475 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd drugiej instancji uznał za zasadną apelację powoda w zakresie odnoszącym się do należności głównej w części oddalonej przez Sąd Okręgowy oraz w zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia o kosztach procesu. Za nieuzasadnioną natomiast uznał tę apelację w części dotyczącej odsetek za okres poprzedzający dzień 7 czerwca 2014 r., należnych także od kwoty zasądzonej przez Sąd Okręgowy.

Prawidłowe były ustalenia Sądu Okręgowego w zakresie obejmującym istnienie podstaw do przyjęcia do zakładu prowadzonego przez powoda osób, za świadczenie na rzecz których usług Sąd pierwszej instancji zasądził kwotę 86 400 zł. Sąd Apelacyjny podzielił bowiem ocenę tego Sądu, że chodziło o wypadki nagłe, czyli o konieczność przyjęcia tych pacjentów w trybie pilnym ze względu na zagrożenia, jakie ich stan zdrowia psychicznego stwarzał dla ich życia albo zdrowia lub życia innych osób. Odnosnie do dwóch pacjentów, tj. B. P. i J. W., Sąd

Apelacyjny odmiennie od Sądu pierwszej instancji uznał, że ich stan psychiczny uzasadniał przyjęcie tych osób do leczenia w warunkach szpitalnych na zasadach określonych w art. 23 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (jedn. tekst: Dz.U. z 2018 r., poz. 1878 ze zm. - dalej: „ustawa o o.z.p.”).

Placówka prowadzona przez powoda zalicza się do zakładu opiekuńczo-leczniczego, która w art. 3 pkt 2d ustawy o o.z.p., została potraktowana na równi ze szpitalem psychiatrycznym, również więc w zakresie przesłanek zastosowania do niej art. 23 tej ustawy. Powód nie mógł ani odmówić przyjęcia tych osób, ani tym bardziej skierować ich do szpitala psychiatrycznego, dlatego, że zostały one wypisane ze szpitala psychiatrycznego i skierowane do zakładu takiego, jak placówka prowadzona przez powoda. Jak bowiem wynika z art. 15 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (jedn. tekst: Dz.U. z 2018 r., poz. 160 - dalej: „ustawa o d.l.”), podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Wskazał, że art. 23 ustawy o o.z.p., stanowi częściowo *lex specialis* wobec art. 15 ustawy o d.l., poszerzając tylko zastosowanie zawartej w nim normy na sytuacje, w których stan zdrowia pacjenta stwarza zagrożenie dla życia lub zdrowia innych osób.

Ani przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (obecnie: jedn. tekst: Dz.U. z 2017 r., poz. 1938 - dalej: „o ś.o.z.”), ani też regulacje zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach nie wyłączały możliwości żądania zapłaty za świadczenia udzielone ponad limit ustalony w umowie stron z dnia 17 stycznia 2012 r. przez zakład opiekuńczo-leczniczy prowadzony przez powoda. Zgodnie bowiem z art. 132 ust. 4 ustawy o ś.o.z., świadczenia nieokreślone w umowie, finansowane przez Fundusz, udzielane są na rzecz osób ubezpieczonych wyłącznie w przypadkach oraz na zasadach określonych w ustawie, czyli w stanach nagłych, zasady finansowania których zostały określone w art. 19 ust. 4 tej ustawy, czyli w sytuacjach określonych

w art. 15 ustawy o d.l., który został częściowo rozszerzony w art. 23 ust. 1 ustawy o o.z.p. Z tych względów powództwo było zasadne nie tylko w odniesieniu do świadczeń udzielonych pięciu pacjentom, w stosunku do usług za które Sąd Okręgowy zasądził na rzecz powoda należność główną w kwocie 86 400 zł, lecz także w zakresie dotyczącym usług spełnionych na rzecz B. P. i J. W. Z podanych przyczyn apelacja powoda była uzasadniona do samej zasady, a ponadto w zakresie należności głównej w kwocie 41 500 zł, co do której powództwo zostało bezpodstawnie oddalone przez Sąd Okręgowy.

Sąd drugiej instancji za nieuzasadnione uznał zarzuty strony pozwanej naruszenia przez Sąd Okręgowy art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 6 k.c. oraz art. 19 ust. 4 ustawy o ś.o.z. kwestionujące wykazanie przez powoda wysokości należności dochodzonej pozwem. Wskazał na rozbieżne stanowiska Sądu Najwyższego dotyczące kwestii ciężaru dowodu i sposobu wykazania wysokości należności za spełnienie świadczeń ponad limit ustalony w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Założył konieczność równego traktowania zakładów leczniczych, które świadczą usługi w warunkach nagłych ponad limit określony w podpisanej umowie, z placówkami, które w ogóle takiej umowy nie podpisały na dany rok. Zasady tych świadczeń nie zostały pod tym kątem zróżnicowane w przepisach, z których wynika prawny obowiązek udzielenia takich świadczeń na rzecz osób znajdujących się w stanie zagrożenia ich życia lub - wobec osób cierpiących na schorzenia psychiczne - życia lub zdrowia innych osób. Niezależnie więc od tego, czy jako podstawę określenia wynagrodzenia za wskazane świadczenia zostanie określona stawka podana w umowie zawartej przez podmiot, który przekroczył określony w niej limit, czy też zostanie przyjęte, że takie świadczenie zostało spełnione bez umowy, nie można pominąć uregulowania art. 19 ust. 4 ustawy o ś.o.z., zgodnie z którym „wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej”.

W sytuacji, w której powód przedstawił w sprawie pełną dokumentację dotyczącą świadczeń udzielonych na rzecz osób wskazanych w pozwie, stronę pozwaną należało obciążyć powinnością ewentualnego wskazania, które z nich nie były „niezbędne” w rozumieniu powołanego przepisu, jak też ciężarem zgłoszenia w tym zakresie właściwych wniosków dowodowych, czyli w istocie

dowodu z opinii biegłego sądowego, w celu wykazania zasadności podniesionych zarzutów. Strona pozwana takich zastrzeżeń jednak nie zgłosiła i nie wystąpiła również z właściwymi wnioskami dowodowymi.

Z art. 19 ust. 4 ustawy o ś.o.z. nie wynika, aby podstawę do określenia wynagrodzenia należnego powodowi za udzielenie usług mogły stanowić ustalenia dotyczące kosztów faktycznie poniesionych. W odniesieniu do wysokości wynagrodzenia, czyli również stawki, podstawy jego obliczenia, we wskazanym przepisie została przez ustawodawcę użyta formuła „uzasadnionych kosztów”, a nie „faktycznie” poniesionych. Taki zabieg nie był przypadkowy. Oddawał bowiem złożoną strukturę kosztów, obejmującą koszty stałe prowadzenia danej placówki leczniczej - zwłaszcza realizującej umowę podpisaną z NFZ z określonym w niej limitem usług danego rodzaju - w tym administracyjne, jak też ponoszone na zatrudnienie wymaganego personelu medycznego, jak również indywidualne wydatki na konkretnego pacjenta, których wielkość jest zależna od jego stanu zdrowia, rodzaju usług, które muszą zostać zrealizowane z racji ich niezbędności oraz ich zróżnicowanej wartości oraz ceny leków, jakie muszą z tej samej przyczyny zostać zaaplikowane danemu pacjentowi. O ile drugą z tych pozycji można łatwiej skalkulować, o tyle z wyliczeniem pierwszej wiązać się muszą bardziej złożone działania, a przede wszystkim też konieczność przyjęcia założeń niewynikających z treści powołanego przepisu, dotyczących sposobu ich przyporządkowania. Mając na uwadze wskazane trudności, sam ustawodawca przyjął, że należne wynagrodzenie za usługi spełnione ponad limit powinno obejmować „wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń”, czyli również proporcjonalną część kosztów ogólnych, nie zaś tylko wydatki poniesione faktycznie na usługi, które zostały wykonane na rzecz konkretnego pacjenta. Po stronie powoda spoczywa więc ciężar wykazania, że koszty były „uzasadnione”. Na powodzie nie spoczywa natomiast obowiązek wykazania, jakie koszty na danego pacjenta zostały poniesione w sytuacji, w której rozdzielenie kosztów, które miały charakter ogólny, na pacjentów objętych limitami i przyjętych ponad ich zakres, jakkolwiek jest dowodowo możliwe, stanowi jednak bardzo trudne zadanie dowodowe.

Ciężar wykazania „uzasadnionych kosztów udzielenia niezbędnych świadczeń” nie musi zostać spełniony poprzez wykazanie ich wysokości metodą wydatkową. Może zostać zrealizowany również metodą porównawczą, opartą na stawkach ustalonych przez stronę pozwaną za wykonanie podobnych albo wręcz tożsamyh usług przez placówki o takim samym statusie na rzecz pacjentów wymagających analogicznej albo podobnej rodzajowo pomocy w tym samym okresie, czyli na przestrzeni tego samego roku kalendarzowego, a więc przy założeniu, że stawki ustalane w treści umów zawieranych na wskazanych zasadach pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a konkretnymi zakładami leczniczymi odpowiadają „uzasadnionym” stawkom za usługi medyczne danego rodzaju. Za wystarczające należy uznać zastosowanie przeliczenia opartego o stawkę określoną w takiej umowie dla świadczeń tego samego rodzaju spełnionych w tym samym okresie. Metodę taką zastosował powód w tej sprawie w pozwie. Nie można więc było uznać, że nie wywiązał się on z ciężaru wykazania wysokości dochodzonego roszczenia przy zastosowaniu opisanej metody porównawczej. Z podanych przyczyn Sąd Apelacyjny uznał, że Sąd Okręgowy nie naruszył powołanych przepisów przy ustalaniu wynagrodzenia za usługi, w zakresie których powództwo zostało uwzględnione. W analogiczny sposób wskazane przepisy, w tym art. 19 ust. 4 ustawy o ś.o.z. należało zastosować do wynagrodzenia za udzielenie przez powoda usług na rzecz dwóch osób, o zapłatę którego powództwo zostało oddalone. Z tych przyczyn Sąd Apelacyjny, uwzględniając w części apelację powoda, zmienił zaskarżony wyrok poprzez zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda dalszej kwoty 41 500 zł z ustawowymi odsetkami od 7 czerwca 2014 r. do dnia zapłaty oraz co do kosztów procesu.

W pozostałym zakresie apelacja powoda dotycząca odsetek od należności głównej objętej pozwem, nie był zasadna. Zestawienie obejmujące nie tylko usługi limitowe, lecz również usługi wykonane ponad limit zostało przedstawione w dokumencie datowanym na 9 czerwca 2014 r. Zasadnie więc Sąd Okręgowy zasądził odsetki od należności głównej od dnia 7 czerwca 2014 r. Z tych powodów, od tej samej daty Sąd Apelacyjny także zasądził na rzecz powoda odsetki od kwoty 41 500 zł, co do której apelacja powoda została uwzględniona.

Przedstawione wyżej argumenty uzasadniały oddalenie apelacji strony pozwanej jako nieuzasadnionej.

Wyrok Sądu Apelacyjnego został zaskarżony w całości przez pozwanego. W ramach podstawy z art. 398³ § 1 pkt 1 k.p.c. pozwany zarzucił naruszenie art. 19 ust. 4 i 5 ustawy o ś.o.z. oraz art. 65 k.c. poprzez:

a) błędną wykładnię art. 19 ust. 4 w zw. z art. 19 ust. 5 ustawy o ś.o.z. i art. 6 k.c., polegającą na przyjęciu, że przy dochodzeniu wynagrodzenia za świadczenia opieki zdrowotnej powód nie był zobowiązany do przedstawienia i wykazania kosztów udzielenia tych świadczeń oraz że dowód w zakresie uzasadnionych kosztów udzielenia świadczeń może zostać zastąpiony twierdzeniem o wysokości wynagrodzenia za określonego rodzaju świadczenie - wskazaniem stawek wynagrodzenia ustalonych umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranymi przez pozwanego a *in concreto* - stawką (ceną) ustaloną umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, zawartą przez strony 17 stycznia 2012 r., oznaczoną numerem (...); prawidłowa wykładania art. 19 ust. 4 ustawy o ś.o.z., z uwzględnieniem regulacji ust. 5 tego artykułu prowadzi do wniosku, że koszty udzielenia poszczególnych świadczeń wykraczających poza limit ustalony umową stron powinny zostać przez powoda przedstawione i wykazane - przypisane do poszczególnych świadczeń objętych wykazem, o jakim mowa w art. 19 ust. 5, aby mogły zostać zweryfikowane przez pozwanego pod kątem celowości ich poniesienia w związku z udzieleniem poszczególnych świadczeń, zaś w procesie koszty te winny zostać przez powoda wykazane, zgodnie z ogólną zasadą rozkładu ciężaru dowodu (art. 6 k.c.);

b) niewłaściwe zastosowanie art. 65 k.c. w zw. z art. 132 ust. 1 ustawy o ś.o.z. i § 4 ust. 1, ust. 1a i ust. 2 umowy stron poprzez przyjęcie, że cena za udzielanie świadczeń objętych umową stron, odpowiada kosztom udzielania tych świadczeń;

c) niewłaściwe zastosowanie art. 19 ust. 4 ustawy o ś.o.z. w zw. z art. 65 k.c. i § 4 ust. 1, ust. 1a i ust. 2 umowy stron i w zw. z art. 132 ust. 1 ustawy o ś.o.z., poprzez przyjęcie, na skutek naruszenia reguł wykładni oświadczeń woli objętych umową stron, że cena za udzielanie świadczeń objętych umową stron stanowi miernik,

o jakim mowa w art. 19 ust. 4 ustawy o ś.o.z. (uzasadnione koszty udzielenia świadczeń) do ustalenia wynagrodzenia należnego powodowi za świadczenia, których udzielenie stanowi podstawę faktyczną powództwa, a które umową stron objęte nie były, w dalszej zaś konsekwencji - do przyjęcia, że pozwany jest zobowiązany do zapłaty wynagrodzenia za świadczenia udzielone przez powoda ponad limit ustalony umową stron, mimo że powód nie przedstawił i nie wykazał kosztów udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, za które dochodził wynagrodzenia;

d) niewłaściwe zastosowanie art. 19 ust. 4 ustawy o ś.o.z. w zw. z art. 6 k.c. w konsekwencji jego błędnej wykładni, poprzez uznanie roszczeń powoda za wykazane co do wysokości i uwzględnienie powództwa w sytuacji, gdy powinno ono zostać oddalone w całości wobec niewykazania przez powoda nie tylko wysokości, ale nawet faktu poniesienia kosztów w związku z udzieleniem świadczeń stanowiących podstawę faktyczną powództwa - wobec nieustalenia kosztów, które mogłyby stanowić podstawę ustalenia wynagrodzenia;

e) niewłaściwe zastosowanie art. 19 ust. 4 i ust. 5 ustawy o ś.o.z. - zastosowanie normy nim stanovionej do niedostatecznie ustalonego stanu faktycznego w zakresie wysokości kosztów poniesionych przez powoda w związku z udzieleniem świadczeń stanowiących podstawę faktyczną powództwa - wadliwą subsumcję tego stanu do normy wynikającej z tych przepisów; brak było podstaw do zastosowania art. 19 ust. 4 ustawy o ś.o.z. w sytuacji, w której powód nie wskazał nawet, ani tym bardziej nie wykazał, kosztów, które mogłyby stanowić podstawę ustalenia jego wynagrodzenia;

f) niezastosowanie art. 19 ust. 5 ustawy o ś.o.z., mimo że znajdował on zastosowanie; zastosowanie tego przepisu - uwzględnienie, że powód obowiązany był przedstawić i wykazać koszty poniesione przez siebie w celu udzielenia świadczeń stanowiących podstawę faktyczną powództwa - prowadzić powinno, w związku z art. 6 k.c., do oddalenia powództwa, także wobec braku wymagalności roszczenia.

Natomiast w ramach podstawy kasacyjnej z art. 398³ § 1 pkt 2 k.p.c. pozwany zarzucił naruszenie art. 6 k.c., poprzez przyjęcie, że roszczenie powoda zostało wykazane co do wysokości, podczas gdy powód nie tylko nie sprostował

ciężarowi dowodu co do wysokości dochodzonego roszczenia, ale nawet nie podjął ciężaru przytoczenia - nie wskazał, jakie koszty poniósł w ze względu na udzielenie poszczególnych świadczeń, których udzielenie stanowi podstawę faktyczną powództwa; w konsekwencji naruszenia przepisów postępowania powództwo zostało uwzględnione w całości, podczas gdy powinno ulec w całości oddaleniu.

Powołując się na wyżej przedstawione zarzuty, pozwany wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku oraz poprzedzającego go wyroku Sądu Okręgowego w W. z 15 lutego 2016 r. oraz orzeczenie co do istoty sprawy poprzez oddalenie powództwa w całości, ewentualnie wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Apelacyjnemu w (...).

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

W sprawach o zapłatę przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynagrodzenia za udzielenie świadczeń ratujących zdrowie lub życie w stanach, o których mowa w art. 19 ust. 1 ustawy o ś.o.z., po wyczerpaniu przez świadczeniodawców limitów świadczeń określonych w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych pomiędzy świadczeniodawcami a Narodowym Funduszem Zdrowia (art. 132 ust. 1 ustawy o ś.o.z.) w orzecznictwie Sądu Najwyższego ujawniły się dwa kierunki wykładni art. 19 ust. 4 i 5 w zw. z art. 132 ust. 1 i 4 ustawy o ś.o.z. Według pierwszego, wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe w przypadkach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia jest, zgodnie z art. 56 k.c., świadczeniem umownym, którego wysokość powinna zostać ustalona według stawek umownych ustalonych przez strony w umowie (por. wyrok z dnia 12 marca 2009 r., V CSK 272/08, nie publ.). Według drugiego stanowiska wyrażonego w wyroku z dnia 27 sierpnia 2015 r., III CSK 455/14 (OSNC-ZD 2017, nr B, poz. 19) świadczenia ponadlimitowe mają charakter umowny, ale jego wysokość powinna być określona zgodnie z regułą przewidzianą obecnie w art. 19 ust. 4 ustawy o ś.o.z., a więc taką samą jaka ma zastosowanie do podmiotu leczniczego, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wysokość tego wynagrodzenia jest więc ograniczona wyłącznie do uzasadnionych kosztów udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej.

Ujawniona w orzecznictwie Sądu Najwyższego rozbieżność wykładni wyżej wymienionych przepisów była przyczyną podjęcia przez Sąd Najwyższy uchwały w składzie powiększonym z dnia 19 marca 2019 r., III CZP 80/18 (OSNC 2019, nr 7-8, poz. 72) zgodnie z którą do ustalania wysokości wynagrodzenia należnego świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczenia opieki zdrowotnej, za świadczenie ponadlimitowe wykonane w stanie nagłym nie ma zastosowania art. 19 ust. 4 ustawy o ś.o.z. W takim wypadku wynagrodzenie ustala się w wysokości świadczenia uzyskiwanego na podstawie umowy. W uzasadnieniu uchwały wskazano, że w orzecznictwie przyjmuje się, że umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są umowami cywilnoprawnymi zawieranymi w celu realizacji zadania publicznego (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK 365/03 IC 2005, nr 3, s. 52 oraz z dnia 14 lutego 2008 r., II CSK 532/07, nie publ.). Według art. 155 ust. 1 ustawy o ś.o.z., do umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. Odesłanie to dotyczy także art. 56 k.c., zgodnie z którym czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy, z zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów. Skutki te powstają na zasadzie przypisania normatywnego, a więc bez względu na wolę stron, która obejmuje bezpośrednio tylko zawarcie umowy. Przedmiotem umów są świadczenia zdrowotne, tj. zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy o d.l. oraz art. 5 pkt 40 ustawy o ś.o.z. działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. W treści umów o świadczenia opieki zdrowotnej – kształtowanymi także ogólnymi warunkami umów określanymi odpowiednimi rozporządzeniami Ministra Zdrowia oraz Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia - określa się m.in. maksymalną kwotę zobowiązania wobec świadczeniodawcy wynikającej z niej, rodzaj, liczbę i cenę zakupionych świadczeń, liczbę jednostek rozliczeniowych wyrażające wartość świadczenia oraz cenę jednostki rozliczeniowej, a także maksymalną kwotę zobowiązania wobec świadczeniodawcy wynikającą ze wszystkich zawartych z nim umów.

Wskazano, że ze względu na rangę życia i zdrowia - wynikającą z Konstytucji (art. 68) - ustawodawca nałożył powszechny obowiązek podejmowania działań zmierzających do odwrócenia niebezpieczeństwa utraty życia lub doznania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. (por. art. 162 § 1 k.c., art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i dentysty - jedn. tekst: Dz.U. z 2018 r., poz. 617, art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej - jedn. tekst: z 2018 r., poz. 123). Odnośnie do świadczeniodawców, zgodnie z art. 15 ustawy o d.l., podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnej osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Natomiast według art. 19 ust. 1 ustawy o ś.o.z. w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. W przypadku gdy świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym są udzielane przez świadczeniobiorcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca ma prawo do tych świadczeń w niezbędnym zakresie (art. 19 ust. 2).

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 ust. 1 ustawy o ś.o.z.). Działania, o których mowa w tych przepisach, 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 osobowych i rzeczowych świadczeniodawcy w takim stopniu, w jakim te zasoby zostałyby zaangażowane w wykonanie świadczeń zdrowotnych, czy świadczeń opieki zdrowotnej w stanie nagłym na podstawie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

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. 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.

Nie dotyczy to tylko tych świadczeniodawców związanych z Narodowym Funduszem Zdrowia umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy świadczenia ratujące życie lub zdrowie w sytuacjach nagłych nie będą zgodne z profilem świadczeń, do wykonania których są powołani. W takim wypadku spełnione świadczenie ratujące życie lub zdrowie nie byłoby świadczeniem określonym umową zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia, lecz świadczeniem spełnionym w wykonaniu obowiązku ustawowego. Podobnie jak w przypadku podmiotu leczniczego, który w ogóle nie miał zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia.

W art. 19 ustawy o ś.o.z. ustawodawca uregulował wysokość wynagrodzenia za świadczenia udzielone w okolicznościach nagłego zagrożenia, zmierzających do ratowania życia lub zdrowia pacjenta. Kryterium rozróżniającym jest okoliczność związania świadczeniodawców umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, nie zaś przekroczenie umownej kwoty zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia na rzecz świadczeniodawcy spełniającego tego rodzaju świadczenia. Adresatem obowiązku ustalonego w art. 19 ust. 1 i 3 ustawy o ś.o.z. jest każdy świadczeniodawca, natomiast zakres i zasady uzyskania wynagrodzenia za jego spełnienie w art. 19 ust. 2, 4-5 ustawy zostały określone tylko w odniesieniu do tych świadczeniodawców, którzy nie zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj. takiego który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz takiego, który wprawdzie zawarł taką umowę, 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. Wynagrodzenie, do którego jest uprawniony w takich okolicznościach świadczeniodawca, 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., zgodnie z którym pacjent może oczekiwać od takiego świadczeniodawcy świadczenia „w niezbędnym zakresie”. Natomiast pozostali

świadczeniodawcy, tj. tacy, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń tego rodzaju, jak spełnione na podstawie art. 19 ust. 1 ustawy o ś.o.z. mieli obowiązek świadczyć na rzecz pacjenta świadczenia opieki zdrowotnej o takich właściwościach, do jakich zobowiązywała ich umowa, a nie tylko „w niezbędnym zakresie”. Jest to okoliczność, która uzasadnia zróżnicowaną wysokość wynagrodzenia, którego mogą żądać świadczeniodawcy. 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 ustalonych umownie limitów, a spełnione w wykonaniu ustawowego obowiązku - włączonego poprzez art. 56 i 354 k.c. do treści stosunku umownego - powinny uzyskać wynagrodzenie odpowiadające umówionemu.

Skład orzekający podziela stanowisko zajęte w wyżej przedstawionej uchwale składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 19 marca 2019 r., III CZP 80/18 i motywy jej podjęcia. Skarga kasacyjna, oparta na odmiennej wykładni przepisów art. 19 ust. 4 i 5 w zw. z art. 132 ust. 1 ustawy o ś.o.z., nie zawiera jednak argumentów, które podważyłyby zasadność przyjętej wykładni. W szczególności skarżący - według którego zakresem regulacji art. 19 ust. 4 ustawy o ś.o.z., w którym mowa o „świadczeniodawcy, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”, objęci są także świadczeniodawcy, którzy takie umowy zawarli, ale wykonalni świadczenia ponadlimitowe w sytuacji, o której mowa w art. 19 ust. 1 ustawy o ś.o.z. - pomija zróżnicowany zakres świadczeń, które zobowiązany jest udzielić podmiot, który nie zawarł umowy o udzielania świadczeń zdrowotnych (podobnie, jak świadczeniodawca, który zawarł taką umowę, ale ich rodzaj nie odpowiada rodzajowi świadczeń udzielonych w warunkach opisanych w art. 19 ust. 1 ustawy o ś.o.z.) oraz podmiot, który taką umowę zawarł i których rodzaj świadczeń przewidzianych w umowie odpowiada zakresowi świadczeń, jakie należało udzielić pacjentowi w warunkach wskazanych w art. 19 ust. 1 ustawy o ś.o.z. Zróżnicowany zakres świadczeń tych dwóch kategorii podmiotów świadczeniodawców uzasadnia, w przypadku wątpliwości co do sposobu wykładni art. 19 ust. 2, 4-5 ustawy o ś.o.z., taką ich interpretację, która prowadzi do uznania konieczności zróżnicowania także wysokości

wynagrodzenia tych dwóch kategorii podmiotów. Za taką wykładnią przemawia także bardzo silny nurt orzecznictwa Sądu Najwyższego, zgodnie z którym w odniesieniu do świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, spełnienie świadczenia ponadlimitowego w warunkach przewidzianych w art. 19 ust. 1 ustawy o ś.o.z. staje się, poprzez zastosowanie art. 56 i 354 k.c., obowiązkiem umownym, co uzasadnia zastosowanie postanowień umowy łączącej świadczeniodawcę z Narodowym Funduszem Zdrowia w chwili udzielenia tego świadczenia dotyczących przewidzianych w niej stawek umownych dla obliczenia wysokości wynagrodzenia za te świadczenia. Wbrew także stanowisku pozwanego, ustalone w ten sposób wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe nie prowadzi do uzyskania przez świadczeniodawcę bezpodstawnej korzyści majątkowej. Wysokość wynagrodzenia ustalonego w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej za zakontraktowane w niej w ramach przewidzianego limitu świadczenia uwzględnia bowiem tylko koszty świadczeń mieszczących się w limicie. Każde świadczenie opieki zdrowotnej spełnione ponad limit przewidziany w umowie generuje nowe koszty nieuwzględniane przy szacowaniu wynagrodzenia należnego świadczeniodawcy na podstawie umowy.

Sąd Apelacyjny dokonał odmiennej, od wyżej przedstawionej, wykładni przepisów art. 19 ust. 2, 4 i 5 w zw. z art. 132 ustawy o ś.o.z., przyjmując, że w razie wykonania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o świadczenia opieki zdrowotnej świadczeń ponadlimitowych w stanach nagłych, o których mowa w art. 19 ust. 1 ustawy o ś.o.z. - do których zaliczył także stany określone w art. 23 ust. 1 ustawy o z.p. - świadczeniodawcy należy się wynagrodzenie za ich wykonanie na podstawie art. 19 ust. 4 ustawy o ś.o.z. w wysokości „uwzględniającej wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej”. Mimo jednak przyjęcia takiej wykładni tych przepisów za podstawę ustalenia wysokości wynagrodzenia należnego powodowi za świadczenia udzielone w stanach nagłych po przekroczeniu określonego w umowie limitu przyjął stawki ustalone w umowie łączącej powoda z Narodowym Funduszem Zdrowia w chwili udzielenia tych świadczeń. Z ustaleń faktycznych Sądu drugiej instancji, wiążących Sąd Najwyższy na podstawie art. 398¹³ § 2 k.p.c., wynika,

że świadczenia zostały udzielone przez powoda w okolicznościach uzasadniających uznanie ich za świadczenia nagłe w rozumieniu art. 19 ust. 1 ustawy o ś.o.z., a ponadto ich rodzaj (świadczenia opiekuńczo-lecznicze) odpowiadał rodzajowi świadczeń, do spełnienia których powód był zobowiązany na podstawie umowy łączącej go z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Z tych przyczyn uzasadnione było ustalenie wysokości wynagrodzenia należnego powodowi za spełnienie świadczeń, których dotyczy pozew, na podstawie stawek umownych przewidzianych w umowie za spełnienie tego rodzaju świadczeń, a więc w sposób przyjęty przez Sąd drugiej instancji. Mimo więc odmiennej wykładni przepisów dokonanej przez Sąd Apelacyjny w stosunku do wykładni przyjętej przez Sąd Najwyższy przy rozpoznawaniu wniesionej skargi kasacyjnej, ostatecznie zaskarżony wyrok odpowiada prawu, co uzasadniało oddalenie skargi kasacyjnej na podstawie art. 398¹⁴ k.p.c. O kosztach postępowania kasacyjnego orzeczono na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 99, 391 § 1 i art. 398²¹ k.p.c.

jw