



Sygn. akt I CSK 161/13

## **WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 10 stycznia 2014 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Jan Górowski (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Mirosław Bączyk

SSN Katarzyna Tyczka-Rote

w sprawie z powództwa F. N. P. Spółki z o.o. z siedzibą  
w P.  
przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia z siedzibą w W.  
o zapłatę,  
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej  
w dniu 10 stycznia 2014 r.,  
skargi kasacyjnej strony pozwanej  
od wyroku Sądu Apelacyjnego  
z dnia 22 listopada 2012 r.,

**oddala skargę kasacyjną i zasądza od pozwanego na rzecz  
powódki kwotę 3 600 (trzy tysiące sześćset) złotych tytułem  
kosztów postępowania kasacyjnego.**

## UZASADNIENIE

Powódka F. N. P. Sp. z o.o. w P. wniosła o zasądzenie od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia w W. kwoty 895 068,00 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu tytułem należności za świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie hemodializoterapii wykonywanej ponad limit wynikający z umów zawartych z pozwanym na rok 2010.

Sąd Okręgowy w R. wyrokiem z dnia 12 marca 2012 r. zasądził od Narodowego Funduszu Zdrowia w W. na rzecz powódki kwotę 895 068 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 6 lipca 2011 r. do dnia zapłaty. Ustalił, że strony, realizując zasady wynikające z treści przepisów ustawy z dnia 7 sierpnia 2004 r. - o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (jedn. tekst: Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 - ze zm., dalej: „u. o św.”), pozostają w stosunkach obligacyjnych, w ramach których zawierają na podstawie art. 139 ust. 1 i nast. tej ustawy, umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie dializoterapii otrzewnowej oraz hemodializoterapii. Na mocy zawartych umów powód wykonuje świadczenia w stacjach dializ w T., K. i J. W roku 2010, strony łączyły następujące umowy:

- umowa nr 0903065511201000 dotycząca udzielania przez powódkę świadczeń z zakresu dializoterapii otrzewnowej oraz hemodializoterapii w stacjach dializ w K. i T., która przewidywała pierwotnie łączną ilość zakontraktowanych dializ w roku 2010 na kwotę 7 566 245,60 zł. Ostatecznie wskutek zawarcia aneksów do umowy wartość zakontraktowanych świadczeń w obu tych stacjach dializ zwiększona została do kwoty 8 397 940,02 zł,

- umowa nr 090309001120100 z dnia 31 grudnia 2009 r., dotycząca udzielania świadczeń z zakresu dializoterapii otrzewnowej oraz hemodializoterapii w stacji dializ w J., która przewidywała pierwotnie łączną ilość zakontraktowanych dializ w roku 2010 na kwotę 1 857 200 zł. Ostatecznie wskutek zawarcia aneksów do umowy wartość zakontraktowanych świadczeń w tej stacji dializ zwiększona została do kwoty 2.703.834,00 zł.

Z uwagi na zbyt mały w stosunku do potrzeb i liczby pacjentów limit świadczeń określonych w umowie, w roku 2010 powódka wykonała ponad limity wynikające z umów:

- w Stacji Dializ w J. 1.119 zabiegów hemodializ o wartości jednostkowej 414,00 zł za dializę, co daje łączną kwotę tych świadczeń w wysokości 463.266,00 zł,
- w Stacji Dializ nr 5 w T.: 372 zabiegów hemodializ o wartości jednostkowej 414,00 zł za dializę, co daje łączną kwotę tych świadczeń w wysokości 154.008,00 zł,
- w Stacji Dializ w K.: 671 zabiegów hemodializ o wartości jednostkowej 414,00 zł za dializę, co daje łączną kwotę tych świadczeń w wysokości 277.794,00 zł.

Suma wartości świadczeń wykonanych przez powódkę poza limit wynikający z zawartych umów we wszystkich wskazanych stacjach dializ stanowi dochodzoną pozwem kwotę 895.068,00 zł.

Za zrealizowane ponad limit wynikający z zawartych przez strony umów świadczenia z zakresu hemodializy powód wystawił i doręczył pozwanemu faktury VAT, które nie zostały zrealizowane. Pismem z dnia 3 marca 2011 r. powódka wezwała pozwanego do zawarcia ugody obejmującej kwotę dochodzoną pozwem. W odpowiedzi z dnia 15 marca 2011 r. pozwany, odmówił zapłaty za świadczenia wykonane przez powoda ponad limity ustalone w umowach. Ostatecznie do zapłaty dochodzonej pozwem kwoty powódka wezwała pozwanego pismem z dnia 16 czerwca 2011 roku.

Już z chwilą przystąpienia do realizacji zawartych umów, tj. począwszy od miesiąca stycznia 2010 roku, powódka informowała pozwanego o konieczności włączenia do zabiegów hemodializoterapii kolejnych zgłaszających się pacjentów do Stacji Dializ w K. i T., prosząc jednocześnie o wyrażenie deklaracji refundacji kosztów ich leczenia w warunkach przekroczenia ustalonych umownie limitów, zaś w przypadku odmowy refundacji świadczenia - wskazanie dalszego toku postępowania z takim pacjentem. Pozwany w odpowiedziach pozostawiał kwestię ewentualnego objęcia nowych pacjentów zabiegami hemodializoterapii do decyzji samej powódki bądź przekazania pacjentów do innego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego takich świadczeń. W treści tych pism pozwany informował, że zabiegi

hemodializoterapii traktowane są przez niego jako świadczenia ratujące życie oraz iż ewentualną zapłatę za świadczenia ponad limit wynikający z umowy uzależnia od zmiany planu finansowego. W pismach tych pozwany nie przedstawiał jednak dalszego toku postępowania ze zgłaszającymi się pacjentami jak i nie wskazywał innych zakładów opieki zdrowotnej, udzielających świadczeń w ramach limitów umownych wynikających z zawartych z NFZ kontraktów, a nie posiadających wyczerpanych limitów świadczeń, do których to powód mógłby skierować pacjentów. Pacjenci, którym powód proponował wykonywanie zabiegów hemodializoterapii w innych ośrodkach medycznych poza miejscem ich zamieszkania, wskazując ośrodki najbliższe od stacji, do której pacjenci ci zgłaszali się, nie wyrażali zgody na kontynuowanie leczenia w innych stacjach dializ.

W miastach, w których powód prowadzi stacje dializ, brak jest takich ośrodków prowadzonych przez inne podmioty. W województwie p./.../, obok stacji prowadzonych przez powoda, stacje takie są w S. K., M., S., J., w R. i P., przez co pacjenci zamieszkujący w rejonie funkcjonowania stacji dializ powoda zmuszeni byłiby do pokonywania niekiedy znacznych odległości z dużą częstotliwością dojazdów.

Pacjenci wymagający hemodializy dializowani są trzy razy w tygodniu, według wdrożonego planu dializ przez cztery godziny, a więc średnio 12 godzin w tygodniu. Część pacjentów, ze względu na wskazania zdrowotne, ma jednak zabiegi trwające 5 a nawet 5 i pół godziny, co przy uwzględnieniu konieczności dializowania pacjenta z częstotliwością minimum 3 razy w tygodniu daje liczbę 15 - 16 i pół godziny tygodniowo. Organizację dializ oraz planów w tym zakresie narzuca miejsce zamieszkania pacjentów, oraz możliwość dowożenia pacjentów przez świadczeniodawcę do stacji dializ. Istnieje możliwość samodzielnego dojeżdżania pacjentów na zabiegi, jednakże nie jest to wskazane z uwagi na skutki uboczne zabiegu w postaci zaburzeń metabolicznych, np. w postaci zmiany poziomu potasu, pociągającego za sobą możliwość spadku ciśnienia, a tym samym ryzyko omdlenia, zaburzenia świadomości czy też utraty przytomności.

Z punktu widzenia udzielenia świadczenia nie jest także pożądane, aby pacjent był dializowany w różnych stacjach dializ. Zabieg hemodializy jest bowiem połączony z koniecznością każdorazowego wkłucia się do przetoki, (jest to połączenie żyły z tętnicą), stąd też winien być przeprowadzany przez personel znający pacjenta. Niewłaściwe wkłucie niesie za sobą ryzyko powikłania w postaci zaistnienia tzw. nieczynnej przetoki, co powoduje następczą konieczność zakładania ostrych cewników, aby można było przeprowadzić dializę.

Rygoryzm w zachowaniu częstotliwości zabiegów musi być przestrzegany. Liczba chorych wymagających dializy nie jest przewidywalna. Do programu dializy włączyć należy bezwzględnie pacjentów spełniających kryteria do zabiegu, w szczególności tych, którzy znajdują się w fazach schyłkowego uszkodzenia nerek. W sytuacjach takich brak jest możliwości odłożenia zabiegu w czasie z uwagi na fakt, iż pacjent jest przewodniony, ma zbyt wysoki poziom potasu, co stanowi bezpośrednio zagrożenie dla życia poprzez poważne ryzyko wystąpienia obrzęku płuc, obrzęku mózgu, znacznego wzrostu ciśnienia tętniczego, groźnego dla życia zaburzenia rytmu serca, niewydolności serca, zaburzeń gastroenterologicznych, które to prowadzić mogą bądź to do poważnego uszkodzenia funkcji organizmu czy utraty życia choćby w postaci gwałtownej śmierci sercowej. Sam zabieg hemodializy jest natomiast podstawową formą leczenia nerko - zastępczego. Jest świadczeniem ratującym życie, które musi być natychmiast zrealizowane.

Zabiegi wykonane w ramach kontraktów i te, jakie wykonane zostały ponad wynikający z nich limit umowy, powód sprawozdawał Narodowemu Funduszowi Zdrowia w formie sprawozdań zbiorczych, przy wykorzystaniu programu informatycznego zgodnego z programem informatycznym NFZ, które to sprawozdania zaakceptowane zostały przez pozwanego bez zastrzeżeń. Pozwany nigdy nie podważał wiarygodności zestawień pacjentów sporządzanych przez powoda. W trakcie wykonywania zabiegu pacjenta sporządzana jest dokumentacja medyczna, która jest okazywana pozwanemu w trakcie prowadzonych przez niego kontroli wykonywania świadczeń.

W rozważaniach prawnych Sąd Okręgowy wskazał, że w sprawie poza sporem pozostawała kwestia ilości ponadlimitowanych świadczeń powódki

wykonanych w 2010 r. oraz ich wartości na kwotę dochodzoną pozwem. W związku z tym spór w sprawie dotyczył tego, czy te, ponadlimitowe dializy, były zrealizowane w ramach art 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r., o zakładach opieki zdrowotnej (jedn. tekst: Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 ze zm., dalej u. z.o.z.), któremu obecnie odpowiada art 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r., o działalności leczniczej (Dz. U., Nr 112, poz. 654) oraz art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i dentysty (jedn. tekst: Dz. U. z 2008 r., Nr 136, poz. 857 ze zm., dalej: „u. o z. l. i d.”). Podniósł, że relacje obligacyjne stron zostały ukształtowane treścią zawartych pomiędzy stronami umów, których podstawę zawarcia stanowiła ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jedn. tekst: Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm., dalej: „u. o św.”). Według art 132 ust. 1 i 5 u. o św., podstawę udzielenia świadczeń finansowanych ze środków publicznych jest umowa. Umowa ta jednak, zgodnie z dyspozycją zawartą w art 56 k.c., wywołuje skutki nie tylko w niej wyrażone, ale także te, które wynikają z ustawy, zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów. Zgodnie z art. 7 u. z.o.z. i art 30 u. o z. l. i d., lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym, wypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Obowiązki wynikające z tych przepisów mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów i z tego względu koszty takich świadczeń, tj. udzielonych w ramach przymusu ustawowego włączyć należy do skutków jakie wywołuje umowa zawarta z pozwanym.

Podniósł, że strony nie kwestionowały, iż zabiegi hemodializy są zabiegami ratującymi życie pacjentów z ostrą niewydolnością nerek i w związku z tym rozstrzygnięcie sprawy zależało od oceny, czy niezapłacone zabiegi hemodializy, wykonane przez powódkę, zostały zrealizowane w warunkach rzeczywistej potrzeby natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia i w związku z tym należało je zakwalifikować jako przypadki niecierpiące zwłoki.

Odwołując się do faktów pośrednich, tj. że stacje dializ powódki w K. T. i J. to jedyne placówki tego rodzaju w tych miastach i brak takich ośrodków usytuowanych w „rozsądnej” odległości na P., że dowóz pacjenta do stacji dializ

jest zagrożeniem związanym z przeprowadzeniem samego zabiegu, że taki dowód zwiększałby koszty stawki za wykonany zabieg, że nie występuje w tym wypadku możliwość rozłożenia świadczenia w czasie, czy też utworzenia do tych pacjentów systemu kolejek, że do programu dializy ze względu na charakter schorzenia musi być włączony każdy pacjent, powódka informowała na bieżąco pozwanego o wykonywaniu świadczeń ponadlimitowych i ten nie informował świadczeniodawcy, gdzie ma kierować takich pacjentów. Sąd Okręgowy przyjął, że były to świadczenia nie cierpiące zwłoki, za które pozwany ma obowiązek zapłaty. Postępowanie pozwanego ocenił za nadużycie, zwłaszcza że w końcowym głosie stron zostało ujawnione, że Narodowy Fundusz Zdrowia w 2010 r. nie miał wyczerpanego limitu świadczeń hemodializy w dwóch Szpitalach w R. oraz w Szpitalu w D.

Sąd Apelacyjny wyrokiem z dnia 22 listopada 2012 r. apelację pozwanego oddalił. Podzielił dokonane przez Sąd Okręgowy ustalenia faktyczne i jego argumentację prawną. Wskazał, że wykonane przez powódkę ponad umowny limit świadczenia hemodializ były udzielone w warunkach konieczności natychmiastowego zrealizowania, co wynikało z implikacji o charakterze organizacyjnym. Podkreślił, że nieudzielenie w trybie natychmiastowym usług medycznych pacjentom, którzy zwrócili się do powoda o wykonanie dializ, z uwagi na specyfikę choroby, oznaczałoby spowodowanie realnego zagrożenia dla ich życia w rozumieniu przepisów przytoczonych ustaw. Skoro istnieje ustawowy przymus zapewnienia pacjentom tego rodzaju zabiegów ratujących życie, to rzeczą pozwanego jest takie prognozowanie ilości tych zabiegów, by objąć nimi wszystkich potrzebujących, a obowiązek właściwego zorganizowania opieki zdrowotnej w tym zakresie na całym podległym pozwanemu obszarze nie może być przenoszony na świadczeniodawców. W konkluzji podniósł, że Sąd Okręgowy trafnie przyjął, iż wskazane przez skarżącego przepisy prawa materialnego miały zastosowanie (art. 56 k.c.).

Od wyroku Sądu Apelacyjnego skargę kasacyjną wywiódł pozwany, opierając ją na obu podstawach. W ramach naruszenia przepisów postępowania zarzucił naruszenie art. 328 § 2 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. oraz art. 378 § 1 k.p.c., podnosząc, że zaskarżone orzeczenie nie poddaje się kontroli kasacyjnej, art

227 k.p.c. i art. 382 w zw. z art 7 u. z.o.z. oraz art. 30 u. o z. l. i d., polegające na pominięciu kluczowego stanowiska pozwanego prezentowanego w trakcie postępowania w zakresie konieczności udowodnienia przez powoda faktu wykonania świadczeń opieki zdrowotnej oraz nieprzeprowadzenia postępowania dowodowego w sprawie.

Zdaniem skarżącego, naruszenie przepisów prawa materialnego polegało na obrazie art 7 u. z.o.z. oraz art. 30 u. o z. l. i d. przez ich błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie w zw. z art 132 ust. 1 u. o św. przez przyjęcie, że na podstawie zawartej umowy pozwany, co do zasady zobowiązany jest do zapłaty za wszystkie hemodializy wykonane przez powoda ponad limit określony w umowie.

We wniosku kasacyjnym wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania, ewentualnie - o wydanie orzeczenia co do istoty sprawy przez oddalenie powództwa.

Sąd Najwyższy zważył co następuje:

Pozwany w odpowiedzi na pozew jednoznacznie stwierdził, że spór sprowadza się do ustalenia, czy Narodowy Fundusz Zdrowia zobowiązany jest do zapłaty powódce kwoty pieniężnej odpowiadającej równowartości udzielonych przez nią świadczeń zdrowotnych w 2010 r. Jednoznacznie więc nie zakwestionował ani ilości, ani ceny wykonanych przez powódkę w 2010 r. zabiegów hemodializoterapii.

Narodowy Fundusz Zdrowia rzeczywiście w apelacji podniósł zarzut sprzeczności istotnych ustaleń sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego przez uznanie, że poza sporem pozostawał fakt wykonania świadczeń przez powódkę, w tym świadczeń ponadlimitowych (art 232 i 233 § 1 k.p.c.) i w jej uzasadnieniu wskazał, że zakwestionował ilość wykonanych przez powódkę dializ w 2010 r w piśmie procesowym z dnia 14 października 2011 r. Tymczasem w piśmie tym pozwany stwierdził „w ocenie pozwanego sama karta hemodializy stanowiąca jedynie część dokumentacji medycznej, nie jest wystarczająca, aby mogła być przedmiotem oceny tego, czy dane świadczenie wykonano w trybie nagłym. Może stanowić jedynie dowód tego, że świadczenie wykonano”.



Wbrew więc stanowisku skarżącego, fakt wykonania wszystkich wskazanych w pozwie zabiegów hemodializoterapii przez powódkę w 2010 - w tym ponadlimitowych - nie był sporny, a zatem nie wymagał nawet dowodzenia (art. 229 k.p.c.). Przyznanie przez skarżącego ilości i wartości wykonanych przez powódkę świadczeń w świetle przeprowadzonych dowodów z zebranych w sprawie dokumentów prywatnych i przesłuchanego w charakterze strony lekarza G. S. nie budził w sprawie wątpliwości.

Bezpodstawny był zarzut naruszenia art. 378 k.p.c. w zw. z art. 328 § 2 k.p.c. i z art. 391 § 1 k.p.c. Wbrew stanowisku skarżącego, Sąd drugiej instancji rozpoznał wszystkie zarzuty apelacyjne. Wyjaśnił bowiem, dlaczego Sąd Okręgowy dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych i rozważył podniesione w apelacji obydwa zarzuty procesowe oraz jedyny zawarty w niej zarzut materialny, ponowiony zresztą w skardze kasacyjnej. Trzeba zauważyć, że nawet gdyby nietrafnie Sąd Apelacyjny rozpoznał któryś z zarzutów apelacyjnych, to nie stanowiłoby to naruszenia art. 378 k.p.c.

W judykaturze utrwalony jest pogląd, że obraza art. 328 § 2 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. może stanowić usprawiedliwioną podstawę skargi kasacyjnej tylko wtedy, gdy uzasadnienie zaskarżonego wyroku nie zawiera wszystkich koniecznych elementów, bądź zawiera tak kardynalne braki, które uniemożliwiają kontrolę kasacyjną (por. np. orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 8 października 1997 r., I CKN 312/97, z 19 lutego 2002 r., IV CKN 718/00, z dnia 18 marca 2003 r., IV CKN 11862/00, z dnia 20 lutego 2003 r., I CKN 65/01, z dnia 22 maja 2003 r., II CKN 121/01, niepublikowane i z dnia 10 listopada 1998 r., III CKN 792/98, OSNC 1999, nr 4, poz. 83).

Dodać należy, że artykuł 328 § 2 k.p.c. ma odpowiednie zastosowanie w postępowaniu kasacyjnym przez odesłanie zawarte w art. 391 § 1 k.p.c. Zakres tego zastosowania zależy od rodzaju wydanego orzeczenia, oraz od czynności procesowych podjętych przez sąd odwoławczy, wynikających z zarzutów apelacyjnych, limitowanych granicami kognicji sądu drugiej instancji. Jeżeli sąd odwoławczy, jak miało miejsce w sprawie, oddała apelację i orzeka na podstawie materiału zgromadzonego w postępowaniu w pierwszej instancji,

nie musi powtarzać dokonanych ustaleń, gdyż wystarczy stwierdzenie, że przyjmuje je za własne (por. np. orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 1935 r., C III 680/34. Zb. Urz. 1936, poz. 379, z dnia 14 lutego 1938, r. C II 2172/37 Przegład Sądowy 1938, poz. 380 i z dnia 10 listopada 1998 r., III CKN 792/98, OSNC 1999, nr 4, poz. 83).

Wbrew stanowisku skarżącego, uzasadnienie Sądu Apelacyjnego nie zawiera takich braków, które uniemożliwiłyby kontrolę kasacyjną zaskarżonego wyroku, zwłaszcza, że wyjaśnił on także, choć w niezbyt obszerny sposób, podstawę prawną zaskarżonego orzeczenia

Artykuł 382 k.p.c. nie może być interpretowany jako źródło obowiązku prowadzenia przez sąd odwoławczy własnego postępowania dowodowego, w związku z czym Sąd Apelacyjny nie mógł dopuścić się jego naruszenia, skoro takiego postępowania nie prowadził (por. np. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 21 września 2011 r., I CSK 672/10, LEX nr 1102839).

Z kolei art. 227 k.p.c. nie może być przedmiotem naruszenia sądu, ponieważ nie jest źródłem obowiązków ani uprawnień jurysdykcyjnych, lecz określa jedynie wolę ustawodawcy ograniczenia kręgu faktów, które mogą być przedmiotem dowodu w postępowaniu cywilnym (por. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 lutego 2001 r., III CKN 434/00, LEX nr 530599). Skarżący nie dostrzegł, że Sądy *meriti* przyjęły, że wszystkie zabiegi dializoterapii, wykonane przez powódkę w 2010 r., a więc nie tylko te, które wynikły z niezaplanowanego nagłego przypadku ale także te, które były wykonane w związku z leczeniem planowanym, w okolicznościach sprawy były wypadkami niecierpiącymi zwłoki w rozumieniu art. 30 u. o z. l. i d. oraz że wniosek ten wywiodły z innych ustalonych faktów (domniemanie faktyczne).

Domniemanie faktyczne upraszczają przeprowadzenie dowodu, choć nie spełniają wymagań systemowego i całościowego sprawdzenia twierdzeń. Przyjmuje się bowiem, że dalsze sprawdzenie poprawności wniosku nie doprowadzi do stwierdzenia, że był fałszywy (por. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 września 2005 r., I CK 114/05, LEX nr 18700). Należy też pamiętać, że przy konstruowaniu domniemanie faktycznego, obok zasad logiki istotną rolę odgrywają

zasady doświadczenia, gdyż domniemanie faktyczne nie powinno być sprzeczne z tymi zasadami (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 stycznia 1998 r., II UKN 465/97, OSNP 1999, nr 1, poz. 24). Trzeba też zauważyć, że domniemanie faktyczne, będące rozumowaniem sędziego opartym na wiedzy i doświadczeniu, może być wzruszone przez wykazanie nieprawidłowości tego wniosku, która może polegać na tym, że fakt przyjęty przez sąd za podstawę wniosku o innym fakcie nie został ustalony, albo też na tym, że fakty stanowiące podstawę domniemania faktycznego nie uzasadniają, w świetle wiedzy i doświadczenia życiowego, wyprowadzonego z niego wniosku (por. np. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 16 kwietnia 1986 r., I CR 34/86, OSP 1987, nr 5, poz. 125 i z dnia 30 marca 2000 r., III CKN 811/98, LEX nr 51364).

Już Sąd pierwszej instancji, (a Sąd Apelacyjny zaaprobował tę argumentację) odwołał się bowiem do wielu pośrednich faktów tj. że stacje dializ powódki w K. T. i J. to jedyne placówki tego rodzaju w tych miastach i brak takich ośrodków usytuowanych w „rozsądnej” odległości na P., że dowóz pacjenta do stacji dializ jest zagrożeniem związanym z przeprowadzeniem samego zabiegu, że taki dowóz zwiększałby koszty stawki za wykonany zabieg, że nie występuje w tym wypadku możliwość rozłożenia świadczenia w czasie, czy też utworzenia do tych pacjentów systemu kolejek, że do programu dializy ze względu na charakter schorzenia, musi być włączony każdy pacjent, i że powódka informowała na bieżąco pozwanego o wykonywaniu świadczeń ponadlimitowych i ten nie informował świadczeniodawcy, gdzie ma kierować takich pacjentów. Z tych pośrednich faktów wywiódł dopiero wniosek, że każdy przypadek w takich warunkach wykonanej hemodializoterapii był świadczeniem nie cierpiącym zwłoki w rozumieniu art. 30 u. o z. l. i d., za które pozwany miał obowiązek zapłaty. W związku z tym należy podnieść, że skoro w skardze nie został podniesiony zarzut obrazy art. 231 k.p.c., to nie można było w postępowaniu kasacyjnym zakwestionować tego domniemanie, co czyniło już skargę kasacyjną nieuzasadnioną.

Przystępując do oceny zarzutu naruszenia prawa materialnego, wskazać należy, że w niektórych orzeczeniach Sądu Najwyższego został wyrażony pogląd, że świadczeniodawcy nie przysługuje wobec Narodowego Funduszu Zdrowia (dawniej: właściwej kasy chorych) roszczenie o wynagrodzenie za świadczenia

niemieszczące się w limicie ustalonym w umowie. Przyznanie świadczeniodawcom wobec kasy chorych roszczenia o zapłatę wynagrodzenia za świadczenia wykraczające poza limit ustalony w umowie, w tym także za świadczenia ponadlimitowe spełnione w sytuacjach objętych obowiązkiem przewidzianym w art. 7 u.z.o.z. i art. 30 „u.z.l. i d”, oznaczałoby w istocie odmowę uznania doniosłości prawnej wskazanych umów (zob. wyroki z dnia 7 sierpnia 2003 r., IV CKN 393/01, niepubl., z dnia 28 stycznia 2004 r., IV CK 434/02, niepubl., z dnia 25 marca 2004 r., II CK 207/03, niepubl., z dnia 17 września 2004 r., V CK 58/04, niepubl., z dnia 15 października 2004 r., II CK 54/04, niepubl., z dnia 20 października 2004 r., I CK 218/04, niepubl., z dnia 10 marca 2005 r., I CK 578/04, niepubl. oraz z dnia 14 września 2005 r., III CK 83/05, niepubl.).

Według natomiast innych orzeczeń Sądu Najwyższego, świadczeniodawcy przysługuje wobec Narodowego Funduszu Zdrowia (dawniej: właściwej kasy chorych) roszczenie o wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe spełnione na rzecz osób ubezpieczonych w okolicznościach, w których było zagrożone zdrowie lub życie tych osób (art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l. i d.; por. wyroki z dnia 5 listopada 2003 r., IV CK 189/02, niepubl., z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK 365/03, niepubl., z dnia 15 grudnia 2005 r., II CSK 21/05, OSNC 2006, nr 9, poz. 157, z dnia 13 lipca 2005 r., I CK 18/05, OSP 2006, nr 6, poz. 70, z dnia 14 lipca 2006 r., II CSK 68/06, niepubl., z dnia 25 maja 2006 r., II CSK 93/05, niepubl. i z dnia 8 sierpnia 2007 r., I CSK 125/07, OSP 2008, nr 7-8, poz. 72).

Za trafne należy uznać to drugie, dominujące stanowisko. Przepisy art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l. i d. są adresowane bezpośrednio do zakładów opieki zdrowotnej i lekarzy. Wynika z nich, że udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia albo zdrowia jest własnym ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy będącego zakładem opieki zdrowotnej czy lekarzem. Należy jednak podkreślić, że nie wyłączają one obowiązków Narodowego Funduszu Zdrowia (dawniej: właściwych kas chorych) wynikających z innych ustaw. Obowiązki wynikające z powołanych przepisów art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l. i d. mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy zatem, zgodnie z art. 56 k.c.,

włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między Narodowym Funduszem Zdrowia (dawniej: właściwą kasą chorych) a świadczeniodawcą i obciążyć nimi Fundusz zarządzający środkami publicznymi, z których powinny one być pokryte.

Określone w umowach limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą zatem sytuacji, w których istnieje konieczność natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia. Skoro więc istnieje ustawowy obowiązek udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a obowiązek sfinansowania udzielonych ubezpieczonym przez zakłady opieki zdrowotnej świadczeń spoczywa na Narodowym Funduszu Zdrowia, to należy uznać, że zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie, jeżeli ma to miejsce w warunkach realizujących hipotezy norm wynikających z art. 7 u.z.o.z. lub art. 30 u.z.l. i d. (por. powołany przez Sąd Apelacyjny wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 2009 r., V CSK 272/08, LEX nr 530613).

Wprawdzie takimi świadczeniami w zasadzie nie są zabiegi, które ratują życie, niemniej są stosowane u chorych leczonych przewlekle, wymagających regularnego poddawania się zabiegom medycznym (por. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 stycznia 2007 r., V CSK 396/06, Biul. SN 2007, nr 4, s. 15). Trafnie jednak w tym wypadku zwrócono uwagę, że jest to zasada, od której mogą zachodzić wyjątki i taki uzasadniają okoliczności rozpoznawanej sprawy.

Hemodializoterapia jest w zasadzie podstawową formą leczenia nerkozastępczego. Zabiegi są więc i muszą być powtarzane, gdyż dzięki nim pacjent jest utrzymywany przy życiu. Z tego więc względu nie może dojść do sytuacji, że zabieg nie zostanie wykonany, gdy ratuje życie pacjenta. Skoro powódka zwracała się każdorazowo do pozwanego, jak ma postąpić z osobą zgłaszającą się do takiego - niezakontraktowanego - zabiegu z powodu stwierdzonej niewydolności nerek, to pozwany jako organizator opieki zdrowotnej powinien był wskazać Ośrodek Dializ, do którego taki pacjent powinien zostać odesłany. Niewskazanie przez pozwanego, kto ma takie konieczne hemodializoterapie wykonywać, skutkowało tym, że każdy kolejny zabieg wykonany u takiej osoby przewlekle chorej stawał się świadczeniem opieki

zdrowotnej udzielonym w warunkach konieczności natychmiastowego wykonania, czyli w tzw. trybie nagłym. Niewątpliwie więc świadczenia udzielone przez powódkę -w świetle dokonanych i powołanych wyżej pośrednich faktów - dawały podstawę do wniosku, że były to przypadki niecierpiące zwłoki w rozumieniu art. 30 u.z.l. i d. Także więc zarzut naruszenia prawa materialnego okazał się chybiony.

Z tych względów skarga kasacyjna uległa oddaleniu (art. 398<sup>14</sup> k.p.c.).