



Sygn. akt III CSK 455/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 27 sierpnia 2015 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Dariusz Dończyk (przewodniczący)

SSN Anna Owczarek

SSN Maria Szulc (sprawozdawca)

Protokolant Bożena Kowalska

w sprawie z powództwa A. S.A. w U.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. - Oddziałowi Wojewódzkiemu
Narodowego Funduszu Zdrowia w K.

o zapłatę,

po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej

w dniu 27 sierpnia 2015 r.,

skargi kasacyjnej strony powodowej

od wyroku Sądu Apelacyjnego

z dnia 9 lipca 2014 r.,

- 1) oddała skargę kasacyjną;**
- 2) zasądza na rzecz pozwanego od powoda kwotę 5400,- (pięć tysięcy czterysta) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem Sąd Apelacyjny oddalił apelację powódki od wyroku Sądu Okręgowego w K. oddalającego powództwo o zasądzenie od Narodowego Funduszu Zdrowia kwoty 3.970.287,27 zł tytułem zapłaty za wykonane w okresie od stycznia do grudnia 2011 r. świadczenia opieki zdrowotnej ponad limit określony w umowie w następstwie zgłoszenia się pacjentów w stanie nagłym w rozumieniu art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027; dalej u.ś.o.z.).

Ustalił, że powódka A. spółka z o.o. w U. prowadzi przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego pod nazwą Centrum Sercowo – Naczyniowe P. z siedzibą w C. Zawarła z Narodowym Funduszem Zdrowia w W. na rok 2011 umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgii naczyń na kwotę 2.457.366 zł. Po wyczerpaniu limitu wykonywała świadczenia opieki zdrowotnej i w styczniu 2013 r. złożyła u strony pozwanej wnioski w trybie art. 19 ust. 5 u.ś.o.z. dołączając wykaz udzielonych świadczeń i ich koszty ustalone na podstawie wycen świadczeń stosowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia przy kontraktowaniu.

Sąd Okręgowy uznał, że nie ma przesłanek do zastosowania art. 19 u.o.ś.z., który ma charakter wyjątkowy, stanowi wyjątek od zasady powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i dotyczy przypadków konieczności udzielania świadczeń w trybie nagłym. Powódka nie wskazała takich dowodów, które pozwoliłyby ustalić rzeczywiste koszty udzielonych świadczeń w rozumieniu tego przepisu, a nadto brak podstaw do odwoływania się do umownie ustalonych wartości świadczeń stanowiących podstawę kontraktu zawartego z pozwanym, skoro w jej skład w kalkulowana jest marża i koszty stałe, które nie są elementami uzasadnionego kosztu świadczenia.

Sąd Apelacyjny wyjaśnił, że powołane przez powódkę, oprócz art. 19 u.o.ś.z., przepisy art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.; dalej u.z.o.z.), art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia

1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2010 r. Nr 107, poz. 679; dalej u.z.l.d.) i art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654; dalej u.d.l.), wprowadzając powinność ratowania życia lub zdrowia w stanie jego poważnego zagrożenia, nie regulują kwestii odpłatności za udzielone świadczenia opieki zdrowotnej. Przyjmuje się, że świadczenia wykonane ponad limit określony w umowie traktuje się jako wykonane bez zawarcia umowy i art. 19 u.o.ś.z. stanowi jedyną podstawę ich finansowania. Wynagrodzenie za świadczenie udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty, które z reguły nie odpowiadają stawkom umownym zawierające różnorodne czynniki, w tym koszt działania świadczeniodawcy. Pozew świadczeniodawcy powinien co najmniej spełniać wymogi wniosku, o którym mowa w art. 19 ust.5 u.o.ś.z., natomiast powódka przedstawiła wykaz świadczeń z krótkim uzasadnieniem wykazania stanu „nagłości”, ale nie wskazała ewidencji kosztów konkretnych świadczeń odpowiadających wymogom art. 19 ust. 4 zd. 2 u.o.ś.z. Przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego ma na celu zweryfikowanie roszczenia a nie jego skonkretyzowanie, wobec czego twierdzenia powódki o braku możliwości przedstawienia kosztu danego świadczenia pozwalały na pominięcie tego dowodu.

Powódka skargę kasacyjną oparła na podstawie naruszenia przepisów prawa materialnego – błędnej wykładni i niewłaściwym zastosowaniu art. 19 u.o.ś.o.z., art. 7 u.z.o.z., art. 30 u.z.l.d. i art. 15 u.d.l. przez uznanie, że podmiot, który podpisał umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia może domagać się zapłaty za świadczenia wykonane ponad limit wyłącznie w oparciu o art. 19 ust. 4 u.o.ś.z. odnoszącego się wyłącznie do podmiotów, które umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych nie zawarły oraz naruszeniu art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji przez dokonanie błędnej wykładni art. 19 ust. 4 u.o.ś.z. w sposób naruszający zagwarantowane konstytucyjnie prawa obywateli do świadczeń medycznych.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Kluczowym zagadnieniem jest wykładnia zakresu podmiotowego art. 19 u.o.ś.z. i rozstrzygnięcie, czy jego ustęp czwarty przyznaje prawo do żądania wynagrodzenia w wysokości uzasadnionych kosztów za świadczenie opieki

zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym wyłącznie tym podmiotom leczniczym, które nie zawarły umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń zdrowotnych, czy obejmuje również tych świadczeniodawców, którzy taką umowę zawarli.

Obowiązek udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej w stanie nagłym na wszystkie podmioty lecznicze, niezależnie od tego, czy zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nakładają przepisy art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (do dnia 1 lipca 2011 r. art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.), art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza o lekarza dentystry, art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz art. 19 ust. 1 u.o.ś.z.

Konstrukcja omawianego przepisu w zakresie podmiotowym nie jest jednorodna. Ustęp pierwszy nakazujący w stanach nagłych niezwłoczne udzielenie świadczeniobiorcy świadczeń opieki zdrowotnej adresowany jest do wszystkich świadczeniodawców, a więc zarówno tych, którzy zawarli umowę, jak i tych którzy jej nie zawarli. Ustęp drugi i czwarty operuje pojęciem świadczeniodawcy, który umowy nie zawarł i ogranicza zakres finansowania udzielanych świadczeń do niezbędnych oraz prawo do wynagrodzenia za ich udzielenie do uzasadnionych kosztów. Ustęp piąty i szósty reguluje tryb postępowania finansowania wynagrodzenia, o którym mowa w ustępie czwartym. Ustęp trzeci natomiast odnosi się do świadczeniodawcy, który zawarł umowę i nakłada na niego obowiązek zapewnienia świadczeniobiorcy udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłych przez innego świadczeniodawcę w razie braku możliwości udzielenia świadczeń określonych w umowie z przyczyn leżących po jego stronie.

Literalna wykładnia wskazuje zatem wprost, że ustawodawca nakładając obowiązek udzielenia świadczenia w stanach nagłych na wszystkich świadczeniodawców, w odniesieniu do zasad ich finansowania, nie wprowadził jednolitej kategorii świadczeniodawcy a rozróżnia świadczeniodawców, którzy zawarli umowę i świadczeniodawców, którzy jej nie zawarli i wprowadza odmienne rozwiązania.

Ograniczenie świadczeń do niezbędnych i wynagrodzenia do uzasadnionych kosztów dotyczy tylko tych świadczeniodawców, którzy umowy nie zawarli. Ustawodawca w odniesieniu do tych świadczeniodawców, którzy umowę zawarli nie wprowadził żadnej odrębnej regulacji finansowania świadczeń udzielonych w stanach nagłych, bo z założenia powinny one być finansowane w ramach zawartej umowy i stąd jedynie w ustępie trzecim unormował sytuację, w której taki podmiot nie może wykonać świadczeń z przyczyn leżących po jego stronie. Uregulowanie to jest uzasadnione, bo co do zasady dotyczy środków publicznych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia świadczeniobiorców poza umowami zawartymi z podmiotami leczniczymi; skoro podmiot leczniczy, który nie zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy o wykonanie świadczeń opieki zdrowotnej, środków tych nie otrzymuje, to konieczne stało się unormowanie wprost zasad finansowania tych świadczeń, których udzielenie go obciąża z mocy ustawy i których nie pokrywa świadczeniobiorca.

Zachodzi jednak pytanie, jak należy kwalifikować świadczenia udzielone w stanach nagłych przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia i który wyczerpał limit określony w umowie – czy jest to świadczenie wykonane w ramach zawartej umowy, czy jest to świadczenie wykonane bez zawarcia umowy.

Zagadnienie wynagrodzenia finansowania omawianych świadczeń w wypadku przekroczenia limitu określonego w umowie było przedmiotem wypowiedzi Sądu Najwyższego zarówno przed wejściem w życie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tj. 27 kwietnia 2004 r., jak i po tej dacie.

Zgodnie z pierwszym stanowiskiem, świadczeniodawcy przysługuje wynagrodzenie także za ponadlimitowe świadczenia udzielone w stanach nagłych, bo z uwagi na treść art. 54 k.c. zakres obowiązku finansującego obejmuje także usługi, które świadczeniodawca był zobowiązany wykonać na podstawie przepisów ustawy i koszty świadczeń należy włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa, przy czym jako podstawa obowiązku świadczeniodawcy powoływany był art. 7 u.o.o.z. i 30 u.z.l. (wyroki Sądu Najwyższego z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK 365/03, z dnia

15 grudnia 2004 r., IV CK 361/04, z dnia 13 lipca 2005 r., I CK 18/05, z dnia 13 lipca 2005 r., I CK 18/05, OSP 2006, nr 6, poz. 70, z dnia 14 listopada 2006 r., II CSK 190/06, z dnia 10 maja 2006 r., III CSK 53/05, z dnia 12 marca 2009 r., V CSK 272/08 nie publ.).

Stanowisko przeciwne wskazywało, że przyznanie świadczeniodawcom roszczenia o zapłatę wynagrodzenia za świadczenia spełnione w warunkach art. 7 u.z.o.z. i 30 u.z.l. ponad limit ustalony w umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych oznaczałoby w istocie odmowę uznania doniosłości prawnej tych umów i świadczenia te należy traktować jako wykonane bez zawarcia umowy w tej części (wyroki z dnia 7 sierpnia 2003 r., IV CKN 393/01, z dnia 28 stycznia 2004 r., IV CK 434/02, z dnia 25 marca 2004 r., II CK 207/03, z dnia 17 września 2004 r., V CK 58/04, z dnia 15 października 2004 r., I CK 218/04, z dnia 10 marca 2005 r., I CK 578/04, z dnia 14 września 2005 r., III CK 83/05 – nie publ.).

Dominujące jest pierwsze stanowisko, które Sąd Najwyższy podziela co do tego, że źródłem obowiązku finansującego jest umowa zawarta ze świadczeniodawcą z tym zastrzeżeniem, że analiza zagadnienia musi uwzględniać przepisy ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Udzielanie świadczeń w stanach nagłych jest ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy o charakterze bezwzględny i koszt wykonania świadczenia, którego umowa nie przewidywała ze względu na jego rodzaj lub wyczerpanie limitu, nie może obciążać ani świadczeniodawcy, ani świadczeniobiorcy.

Brak ujęcia w art. 19 u.o.ś.z. świadczeniodawców, którzy zawarli umowę przemawia za tym, że założeniem ustawodawcy było, iż świadczenia te będą finansowane w ramach zawieranych umów. Ustalenie umowy jako źródła obowiązku pozwanego nie przesądza jednak o rozmiarze jego świadczenia.

Zgodnie z art. 132 ust. 1 u.o.ś.z., podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest wyłącznie umowa o udzielanie tych świadczeń, do której zawarcia stosuje się tryb ściśle określony w ustawie. Zgodnie z ust. 4 tego przepisu, świadczenia nieokreślone w umowie finansowane przez Fundusz udzielane są na rzecz osób ubezpieczonych wyłącznie

w przypadkach i na zasadach określonych w ustawie. Takim przypadkiem są stany nagle określone w ustawie, a więc zasady finansowania świadczeń udzielonych w stanach nagłych określone w art. 19 ust. 4 u.o.ś.z. będą miały zastosowanie zarówno w stosunku do podmiotu leczniczego, który nie zawarł umowy, jak i podmiotu leczniczego, który umowę zawarł. Podmiot, który zawarł umowę i wykonuje świadczenia ponad określony limit lub w niej nie przewidziane, a więc świadczenia nieokreślone w umowie, może domagać się zwrotu uzasadnionych kosztów ich udzielenia, a nie wynagrodzenia według stawek umownych. Słuszne jest stanowisko skarżącej, że podmiot leczniczy nie może być obciążony kosztami świadczeń udzielonych w stanach nagłych, ale to rozwiązanie ustawowe nie nakłada na podmiot, który zawarł umowę, takiego obowiązku, a ogranicza wynagrodzenie do zwrotu poniesionych uzasadnionych kosztów. Ustawodawca dokonał zrównania pozycji prawnej podmiotów obciążonych jednakowym ustawowym obowiązkiem udzielenia świadczeń w stanach nagłych w zakresie finansowania tych świadczeń ze środków publicznych, przy czym zrównanie to dotyczy jedynie sytuacji, w której podmiot, który zawarł umowę, wykonuje świadczenia w niej nieokreślone; te świadczenia wykonane w stanach nagłych, które mieszczą się w limicie umownym objęte są w zakresie wynagrodzenia zasadami umownymi.

Reasumując stwierdzić należy, że podmiotowi leczniczemu, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługuje roszczenie o wynagrodzenie za wykonanie ponadlimitowych świadczeń w stanie nagłym w wysokości uzasadnionych kosztów ich udzielenia.

Chybiony jest zarzut naruszenia art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji, który skarżąca uzasadnia ograniczeniem, wskutek błędnej wykładni art. 19 ust. 4 u.o.ś.z., zagwarantowanych konstytucyjnie praw obywateli do świadczeń medycznych.

Omawiany przepis Konstytucji jest normą programową i zapewniając każdemu obywatelowi równy dostęp do świadczeń medycznych, odsyła co do warunków i zakresu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej do przepisów ustawy. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

reguluje zarówno zakres tych świadczeń, jak i zasady ich finansowania. Z uzasadnienia zarzutu wynika, że ograniczenie prawa i równości w dostępie do leczenia skarżąca wiąże z możliwą odmową udzielania świadczeń przez podmiot medyczny, który nie będzie chciał udzielić świadczenia w stanie nagłym w warunkach przekroczenia limitu umownego z tego względu, że otrzyma jedynie zwrot kosztów, a nie wygeneruje z tych świadczeń – jako podmiot gospodarczy – zysku. Argumenty skarżącej nie odnoszą się do ograniczenia dostępu do świadczeń medycznych, a mają charakter ekonomiczny i zmierzają do nieuzasadnionego zróżnicowania podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w stanach nagłych w wykonaniu obowiązku ustawowego.

Zarzuty zgłoszone w ramach podstawy naruszenia prawa materialnego nie są zasadne, a zaskarżony wyrok, mimo wyrażenia przez Sąd drugiej instancji odmiennego poglądu odpowiada prawu. Z uwagi na brak zarzutów w ramach drugiej podstawy kasacyjnej spod kontroli Sądu Najwyższego uchyla się kwestia prawidłowości przeprowadzonego postępowania apelacyjnego w zakresie określenia wysokości należnego powódce wynagrodzenia.

Z tych względów orzeczono jak w sentencji na podstawie art. 398¹⁴ k.p.c., o kosztach rozstrzygając zgodnie z art. 98 § 1 k.p.c., art. 108 § 1 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 i 398²¹ k.p.c. oraz § 6 pkt 7 i § 12 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. z 2013 r., poz. 490).