

Sygn. akt I A Ca 1266/05

## WYROK

### W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 23 maja 2006 r.

**Sąd Apelacyjny w Poznaniu, Wydział I Cywilny**  
w składzie:

Przewodniczący: SSA Bogdan Wysocki

Sędziowie: SSA Małgorzata Gulczyńska /spr./

SSO del. Andrzej Adamczuk

Protokolant: st.sekr.sądowy Beata Zygmąńska

po rozpoznaniu w dniu 10 maja 2006 r. w Poznaniu  
na rozprawie  
sprawy z powództwa .....**Szpitala Klinicznego** .....  
przeciwko **Narodowemu Funduszowi Zdrowia** .....  
o zapłatę  
na skutek apelacji powoda  
od wyroku Sądu Okręgowego w Poznaniu  
z dnia 7 lipca 2005 r., sygn. akt XII C 576/04

- I. zmienia zaskarżony wyrok:
  1. zasądza od pozwanego na rzecz powoda 1.372.130 (jeden milion trzysta siedemdziesiąt dwa tysiące sto trzydzieści złotych) z ustawowymi odsetkami od dnia 9 marca 2004 r. do dnia zapłaty;
  2. zasądza od pozwanego na rzecz powoda 7.200 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego;
- II. zasądza od pozwanego na rzecz powoda 5.400 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

/-/ B. Wysocki

/-/ M. Gulczyńska

/-/ A. Adamczuk

IA Ca 1266/05

### Uzasadnienie

.....Szpital Kliniczny ..... wniósł o zasądzenie od Narodowego Funduszu Zdrowia kwoty 1.372.130 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wtoczenia powództwa i kosztami procesu, tytułem zapłaty za wykonane ponadlimitowe świadczenia medyczne.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie na jego rzecz kosztów zastępstwa procesowego.

Wyrokiem z dnia 7 lipca 2005 r. Sąd Okręgowy w Poznaniu oddalił powództwo w całości oraz rozstrzygnął o kosztach procesu. Podstawą wyroku były następujące ustalenia i wnioski prawne:

W dniu 15 grudnia 1999 r. powód i poprzeczniczka prawna pozwanego - ..... Kasa Chorych podpisali umowę dotyczącą zasad i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przysługujących ubezpieczonym w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Strony określiły maksymalny roczny poziom finansowania świadczeń zdrowotnych na 2000 r. W kolejnych latach limity te były renegocjowane. Powód jest szpitalem najwyższego poziomu specjalizacji, który leczy pacjentki dotknięte schorzeniami szczególnie trudnymi do leczenia, w tym patologią ciąży i nie ma możliwości skierowania tych pacjentek do innych placówek służby zdrowia. Ponieważ nie sposób precyzyjnie oszacować liczby patologii ciąży na rok, strony zawierając umowy na kolejne lata wskazywały orientacyjne ilości tych świadczeń. W kolejnych latach realizacji umowy ..... Kasa Chorych starała się płacić powodowi również za świadczenia przekraczające limity określone w umowie. W pierwszym kwartale 2003r. .... Kasa Chorych została przekształcona w Narodowy Fundusz Zdrowia, który miał mniejszą samodzielność finansową i mniejsze dochody. Oddziały NFZ nie miały osobowości prawnej, a pula pieniędzy przyznana im przez NFZ w Warszawie na 2003 r. była niższa niż w roku ubiegłym i odpowiadała wyłącznie wartości świadczeń zakontraktowanych. W 2003 r. pozwany nie otrzymał żadnych dodatkowych środków, a swoją działalność zakończył stratą w wysokości 42.134.140,96 zł netto. Z uwagi na powyższe pozwany nie miał środków aby zapłacić powodowi za świadczenia ponadlimitowe.

Powód przesłał pozwanemu fakturę VAT nr ..... domagając się zapłaty za świadczenia wynikające z przyjęć w trybie nagłym pacjentek z patologią ciąży w okresie od stycznia do października 2003 r. Faktura opiewała na kwotę 1.372.130 zł. Pozwany, nie kwestionując, że świadczenia ujęte w fakturze rzeczywiście zostały wykonane, odmówił zapłaty wskazując, że przekraczają limit określony w aneksie do umowy stron z dnia 23 stycznia 2003 r. i 14 lutego 2003 r. Powód otrzymał jedynie kwotę 37.932.520 zł stanowiącą maksymalną, ustaloną w umowie stron wartość zakontraktowanych świadczeń na 2003 r.

W tak ustalonych okolicznościach Sąd Okręgowy uznał powództwo za bezzasadne. Zgodnie z art. 53 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym Kasa Chorych zawierała ze świadczeniodawcą umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, która powinna wskazywać maksymalną kwotę jej zobowiązania wobec świadczeniobiorcy. Kasa Chorych zobligowana była do zawierania umów z uwzględnieniem zasady równoważenia kosztów z przychodami i zasady, że suma kwot zobowiązań Kasy wobec świadczeniodawców ze wszystkich zawartych umów musi się mieścić w jej planie finansowym. Pozwany, jako następca prawny ..... Kasy Chorych mógł więc dokonywać wypłat na rzecz powoda w granicach kwot limitowanych w umowach lub aneksach do tych umów i tylko w granicach posiadanych środków finansowych. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia nie wprowadziła żadnych przepisów, które mogłyby stanowić podstawę prawną dochodzenia przez jakikolwiek zakład opieki zdrowotnej od NFZ równowartości świadczeń przekraczających maksymalną kwotę wartości świadczeń ustaloną w umowie między zakładem opieki zdrowotnej, a NFZ na dany rok. Brak było również podstawy prawnej, aby

pozwany lub jego poprzedniczka prawna zaciągali pożyczki w celu zapłacenia za świadczenia nie objęte limitami wskazanymi w umowach. Zdaniem Sądu również art. 68 ust. 1, 2 i 3 Konstytucji, na który powoływał się powód, nie może być podstawą prawną jego roszczenia. Delegacja ustawowa zawarta w tym przepisie oraz zasada finansowania świadczeń ze środków publicznych nie pozwala bowiem na interpretację, że umowy zawarte na podstawie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym są pozbawione znaczenia, a pozwany byłby zobowiązany ex lege do pokrywania należności za wszelkie wykonywane przez świadczeniodawców usługi medyczne niezależnie od tego, czy mieściłyby się w ramach wcześniej zawartej umowy, czy też dokonywane byłyby poza limitem określonym umowie. Pozwany wydatkuje środki publiczne i musi przestrzegać przepisów ustawy o finansach publicznych z dnia 25 listopada 1998 r. Wystarczającej podstawy do konstruowania stosunku obligacyjnego między świadczeniodawcą a pozwanym w sytuacji, gdy świadczeniodawca udzielił świadczeń zdrowotnych ponad limit przewidziany w umowie stron, nie stanowi również przepis art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, wskazujący obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym zgłaszającym się do zakładu opieki zdrowotnej oraz art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza, zobowiązujący lekarzy do udzielania pomocy medycznej. Wprawdzie w obowiązujących przepisach nie określono innego podmiotu obciążonego zadaniem finansowania usług medycznych w wyżej przytoczonych sytuacjach, jednak zdaniem Sądu takim podmiotem z pewnością nie jest pozwany.

O kosztach orzeczono zgodnie z art. 102 k.p.c. w zw. z § 6 pkt 7 w zw. z § 2 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.

Od wyroku apelację złożył powód zaskarżając go w całości i zarzucając mu: 1/ naruszenie następujących przepisów prawa materialnego:

- art. 65 k.c. poprzez ustalenie znaczenia umowy z 15 grudnia 1999 r. i aneksów do z 14 lutego 2003 r. i 25 września 2002 r. opierając się na ich literalnej treści, przy zupełnym pominięciu zgodnego zamiaru stron i celu tej umowy, a także zasad współzycia społecznego oraz ustalonych zwyczajów;

- niezastosowanie art. 58 § 1 k.c. i oparcie rozstrzygnięcia na nieważnych postanowieniach umowy z 15 grudnia 1999 r. i aneksów do niej, ustalających limity świadczeń zdrowotnych ratujących życie sprzecznych z art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 58 ust. 3 w zw. z art. 4 ust. 1 i art. 65 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz art. 121 w zw. z art. 72 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ,

- niezastosowanie przy wydawaniu zaskarżonego wyroku przepisu art. 68 ust. 3 Konstytucji,

- niewłaściwe zastosowanie przy wydawaniu zaskarżonego wyroku przepisów prawa materialnego w szczególności poprzez oparcie przedmiotowego rozstrzygnięcia na przepisie art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym sprzecznym z art. 68 i art. 31 ust. 3 Konstytucji,

- naruszenie art. 81 Konstytucji R.P. poprzez przyjęcie, że roszczenia będące przedmiotem niniejszego postępowania mogą być dochodzone jedynie na podstawie przepisów ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z uwagi na to, że została ona wydana wskutek delegacji ustawowej zawartej w art. 68 Konstytucji;

2/ nierozpoznanie istoty sprawy poprzez nieustalenie w toku procesu, jakiej grupie podmiotów udzielane były przez powoda świadczenia, za które wynagrodzenia dochodzi w niniejszej sprawie.

Z uwagi na powyższe wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w całości i zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kwoty dochodzonej pozwem wraz z kosztami procesu, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

Pozwany wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie na jego rzecz kosztów procesu.

Sąd Apelacyjny **zważył**, co następuje:

Apelacja jest uzasadniona. Sprawa między tymi samymi stronami, dotycząca również wykonania przez powoda usług ponad ustalone limity, lecz w okresie bezpośrednio poprzedzającym świadczenia objęte niniejszym sporem, została rozpoznana już przez Sąd Najwyższy, który uznał zasadność roszczeń powoda. Stanowisko zaprezentowane w uzasadnieniu wyroku z 15 grudnia 2005 r. w sprawie II CSK 21/05 Sąd Apelacyjny aprobuje.

Odwołując się do przedstawionej przez Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku argumentacji, za niezasadny należy uznać zarzut naruszenia wskazanych w apelacji przepisów Konstytucji. Art. 68 Konstytucji przyznaje wprawdzie w ust. 1 prawo do ochrony zdrowia, a w ust. 2 prawo równego dostępu w granicach określonych ustawami do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, ale w dalszych ustępach wyraża jedynie zasady polityki państwa, które z istoty swej nie mogą być źródłem bezpośrednich roszczeń jednostek (art. 81 Konstytucji). Nie jest zatem zasadne podnoszone w apelacji twierdzenie, że już sam przepis art. 68 ust. 3 Konstytucji, z wyłączeniem warunków ustawowych przyznawał ubezpieczonym kobietom ciężarnym i dzieciom uprawnienia do świadczeń, które winny zostać sfinansowane przez pozwanego ze środków publicznych.

W okresie objętym niniejszym sporem (od stycznia do października 2003 r.) stan prawny uległ pewnym zmianom - od 1 kwietnia 2003 r. weszła w życie ustawa z 23 stycznia 2003 r. o ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. Nr 45, póź. 391 ze zm.). Jest to jednak o tyle nieistotne, że zawiera ona odpowiedniki wskazywanych przez pozwanego na obronę swego stanowiska art. 4 ust. 3 ustawy z 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. nr 28, póź. 153 ze zm.) - art. 49 ustawy o ubezpieczeniu w NFZ oraz art. 4 ust. 2 u.p.z. - art. 37 ust. 1 u. NFZ. Ponadto powód wywodzi swe roszczenia z umowy zawartej z Kasą Chorych pod rządami poprzedniej ustawy. Zgodnie natomiast z art. 198 ust. 1 NFZ wstąpił w prawa i obowiązki kasy chorych wynikające z umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartych przed dniem wejścia w życie ustawy i umowy te - w myśl art. 198 ust. 2 ustawy miały obowiązywać do czasu zawarcia nowych umów, co w okresie objętym sporem między stronami nie nastąpiło.

Jednocześnie w całym okresie istotnym dla sporu obowiązywały przepisy art. 7 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 91, póź. 408 ze zm.) i art. 30 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (tekst. jedn. Dz. U. z 2005r., nr. 226, póź. 1943), które nakładały na zakłady opieki zdrowotnej i lekarzy obowiązek udzielania pomocy w każdym przypadku, w którym zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia.

Sąd Najwyższy we wszystkich dotychczasowych orzeczeniach, przywoływanych przez strony i powołanych w wyżej wymienionym, znajdującym się w aktach sprawy wyroku z 15 grudnia 2005 r. a dotyczących świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, wskazywał na moc wiążącą umów zawartych przez placówki ochrony zdrowia z pozwanym bądź jego poprzednikiem. W wyroku z 15 grudnia 2005 r. jednoznacznie wskazał jednak, że powodowi przysługują roszczenia o świadczenia udzielone w warunkach opisanych w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza, mimo, że nie mieściły się w ustalonych w umowie limitach. Zasadą jest bowiem finansowanie usług udzielonych osobom uprawnionym do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych - uprzednio przez kasy chorych, a obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia. Jednocześnie brak podstaw do obciążania kosztami tych usług zakładów opieki zdrowotnej. Do tego prowadziłyby zaś możliwość powołania się przez pozwanego i jego poprzednika na art. 4 ust. 3 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i brak dostatecznych środków. Efekt taki byłby nie do pogodzenia z art. 68 ust. 2 Konstytucji. Interpretacja art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza w zgodzie z art. 68 ust. 2 Konstytucji prowadzi do wniosku, że zabiegi ratujące życie winny zostać sfinansowane ze środków publicznych, których dysponentem w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej jest obecnie pozwany.

Powód nie wykazał w toku procesu, aby strony złożyły zgodne oświadczenia woli co do sfinansowania w okresie objętym sporem także świadczeń wykraczających poza ustalone limity. W tym zakresie zarzuty apelacji nie zasługują na uwzględnienie. Świadek B. Cz. wyraźnie stwierdziła, że nie uczestniczyła w rozmowach w pozwanym w 2003 r. Z zeznań dyrektora powoda wynika jedynie, że strony prowadziły rozmowy na temat zawarcia aneksu, że świadczenia związane z patologią ciąży mają charakter ratujących życie oraz że pozwany nie kwestionował ich zakresu. Dotychczasowa praktyka pozwalała mieć nadzieje na zawarcie aneksu, jednak brak podstaw do uznania, że pozwany zapewniał o sfinansowaniu świadczeń określonych co do wysokości lub zakresu, tym bardziej, że nie zapłacił za świadczenia ponadlimitowe już za wcześniejszy okres. W tej sytuacji i wobec niezawarcia aneksu, który zezwalałby na świadczenie określonego rodzaju świadczeń także w przypadku wykorzystania umówionych limitów, wiarygodne są zeznania R. S., że dalsze wypłaty nie zostały uzgodnione, a miały nastąpić tylko wówczas, gdy kasa chorych będzie dysponowała dodatkowymi środkami.

Podzielić należy jednak stanowisko Sądu Najwyższego, że czynność prawna zgodnie z art. 56 k.c. wywołuje skutki nie tylko nią wyrażone, ale także wynikające z ustawy. Te nakładały na powoda obowiązek udzielenia świadczeń w każdym przypadku zagrożenia życia, a nie tylko do czasu wyczerpania uzgodnionych limitów, to może on dochodzić zwrotu poniesionych wydatków.

Akcentowany przez pozwanego brak dostatecznych środków nie może być dostateczną podstawą oddalenia powództwa także z tego względu, że - jak również stwierdził to Sąd Najwyższy w powoływanym wyroku - zgodnie z art. 28 ust. 2 ustawy z 2 listopada 1998 r. o finansach publicznych (Dz. U. nr 155, póź. 1014 ze zm.) pozwany winien uwzględniać nie tylko wydatki wynikające z ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, ale także wynikające z innych ustaw, co należy odnieść do art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza.

W odpowiedzi na apelację pozwany - poza dotychczas prezentowanymi zarzutami - podniósł, że powód nie zaproponował dowodów na okoliczność, że wykonane i nieobjęte wypłaconym już wynagrodzeniem świadczenia miały charakter ratujących życie. W toku postępowania przed sądem pierwszej instancji kwestionował powództwo co do zasady, nie zajmował natomiast stanowiska odnośnie do wysokości wierzytelności i zakresu objętych pozwem świadczeń.

Niniejszy spór prowadzony jest przez osoby prawne, od początku reprezentowane przez zawodowych pełnomocników. Przepis art. 210 § 2 k.p.c. nakładał na nich obowiązek wypowiedzenia się co do podnoszonych przez stronę przeciwną twierdzeń o okolicznościach faktycznych. Powód już w pozwie podniósł, że domaga się zapłaty za świadczenia zdrowotne w postaci leczenia patologii ciąży - przyjęcia w trybie nagłym. Podnosił, że pacjentki są przyjmowane w trybie nagłym w sytuacji, gdy odmowa ich przyjęcia i leczenia przez powoda - placówkę wysoko wyspecjalizowaną - stanowiłaby obiektywne zagrożenie dla zdrowia i życia matki i płodu. W piśmie procesowym z 6 lipca 2005 r. pełnomocnik Szpitala uznał za bezsporne, że wykonane świadczenia miały charakter ratujących życie. Do twierdzeń tych pozwany w ogóle się nie odniósł. W ocenie Sądu Apelacyjnego, skoro NFZ kwestionując zasadę powództwa w swych rozważaniach odnosił się między innymi do braku możliwości upatrywania źródeł roszczenia powoda w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, wskazywał, że źródłem finansowania świadczeń może być tylko umowa, w której nie dzieli się świadczeń na ratujące życie i inne (k. 91), a jednocześnie nie zaprzeczał, aby objęte pozwem świadczenia mogły być zakwalifikowane jako ratujące życie, bądź też że ich wartość jest inna niż przedstawiona w pozwie kwestii tych nie podważał także w toku negocjacji prowadzonych przez strony przed procesem, zachodziły podstawy do uznania, iż zakres udzielonych świadczeń nie był kwestionowany. Podniesione przez powoda jednoznaczne twierdzenia o charakterze i wartości udzielonych świadczeń, mogły zostać w myśl art. 230 k.p.c. uznane za przyznane.

Powyższe rozważania prowadziły do uznania apelacji za zasadną i na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zmiany zaskarżonego wyroku. Nie było kwestionowane, że powód wzywał pozwanego do zapłaty

przed procesem. Zasądzenie odsetek od dnia wytoczenia powództwa znajduje więc uzasadnienie w treści art. 481 § 1 k.c.

O kosztach postępowania orzeczono na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. Wysokość wynagrodzenia pełnomocnika powoda przed sądami obu instancji ustalono na podstawie § 2 ust. 1, § 6 pkt 7 i § 13 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz. U. nr 163, poz. 1348). Sprawa niniejsza nie należy do typowych, jednak strony prowadziły już podobny spór, w którym powoda reprezentował ten sam pełnomocnik. Brak zatem było podstaw do zasądzenia stawki wyższej od minimalnej.

/-/ M. Gulczyńska

/-/ B. Wysocki

/-/ A. Adamczuk