

Sygn. akt I ACa 459/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 listopada 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący	:	SSA Beata Wojtasiak
Sędziowie	:	SA Bogusław Dobrowolski SA Jarosław Marek Kamiński (spr.)
Protokolant	:	Małgorzata Sakowicz - Pasko

po rozpoznaniu w dniu 24 października 2018 r. w Białymstoku

na rozprawie

sprawy z powództwa (...) w O.

przeciwko (...) w W. (...) w O.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Olsztynie

z dnia 17 kwietnia 2018 r. sygn. akt I C 703/17

uchyla zaskarżony wyrok w punkcie I, III i IV i w tym zakresie sprawę przekazuje Sądowi Okręgowemu do ponownego rozpoznania, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach procesu instancji odwoławczej.

(...)

UZASADNIENIE

Powód (...) w O. domagał się zasądzenia od pozwanego (...) (...) w O. kwoty 1.647.934,90 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty i kosztami procesu.

W uzasadnieniu wskazał, że strony wiązały umowy, których przedmiotem było udzielenie świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz w ramach świadczeń odrębnie kontraktowanych (żywienie dojelitowe). Pozwany zalega z zapłatą z tytułu świadczeń ambulatoryjnych w wysokości 732.294,90 zł, zaś w ramach świadczeń odrębnie kontraktowanych (żywienia dojelitowego) – 915.640 zł, łącznie 1.647.934,90 zł.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie kosztów procesu.

W uzasadnieniu podniósł, że w ramach zobowiązania umownego opłacił udzielone przez powoda świadczenia, do kwoty wynikającej z tego zobowiązania, nie jest jednak zobowiązany do zapłaty za świadczenia udzielane ponad limit określony w umowie. Nadto, powód nie wykazał, że dochodzona kwota dotyczy udzielonych świadczeń ratujących życie, a także, jaki jest koszt udzielonych świadczeń i jakie czynniki na niego się składają.

Na rozprawie w dniu 6 lutego 2018 r. pełnomocnik powoda oświadczył, że dochodzone roszczenie dotyczy braku należności jedynie za 2016 r. i obejmuje wykonane świadczenia w ramach kontraktu obowiązującego za 2016 r., lecz nieopłaconego. Strona powodowa domaga się zapłaty z tytułu wykonania umowy, a nie świadczeń ponad limitowych, czy świadczeń z tytułu procedur ratujących życie bądź zdrowie.

Wobec powyższego, pełnomocnik pozwanego stwierdził, że maksymalna kwota finansowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej za 2016 r. została określona na kwotę 4.789.436,55 zł i Narodowy Fundusz Zdrowia całą kwotę zapłacił szpitalowi. Maksymalna kwota finansowania świadczeń zdrowotnych odrębnie kontraktowanych, określona na poziomie 6.293.259 zł, też została powodowi wypłacona. Ze sprawozdań Szpitala wynika, że w 2016 r. koszty udzielonych świadczeń były wyższe niż maksymalne dofinansowanie tj.: w ramach świadczenia ambulatoryjnego o kwotę 732.223,80 zł i w ramach świadczenia kontraktowego o kwotę 915.640 zł. Powyższe kwoty wydane przez powoda, ale nie w związku z ratowaniem życia, nie powinny być wypłacone.

Pełnomocnik powoda przyznał, iż sumy wskazane przez stronę pozwaną rzeczywiście były wypłacone Szpitalowi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Doprecyzowując stanowisko wskazał, że w związku z polityką NFZ, jego wymaganiami i obowiązkami ustawowymi doszło do nad limitowego świadczenia usług medycznych, za które w niniejszym procesie dochodzi zapłaty.

Sąd Okręgowy w Olsztynie wyrokiem z dnia 17 kwietnia 2018 r. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 1.153.554 zł 43 gr z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 grudnia 2017 r. do dnia zapłaty, w pozostałym zakresie powództwo oddalił, koszty procesu stron wzajemnie zniósł i nie obciążył stron kosztami sądowymi.

Z ustaleń tego Sądu wynika, że w dniu 30 grudnia 2011 r. (...) (...) w O. zawarł z (...) w O. umowę o udzielenie świadczeń opieki specjalistycznej tj. ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Zgodnie z planem rzeczowo-finansowym świadczenia dotyczyły usług w zakresie: położnictwa i ginekologii, okulistyki, diabetologii, endokrynologii, leczenie chorób naczyń, hepatologii, hematologii, nefrologii, chorób zakaźnych, neurologii, kardiologii, kardiochirurgii, neurochirurgii, transplantologii, chirurgii onkologicznej.

Zgodnie z umową, świadczeniodawca (powód) zobowiązał się do wykonania umowy zgodnie z zasadami i na określonych warunkach, w szczególności w tzw. warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ustalanych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych w zakresie określonym w warunkach zawierania umów oraz w ogólnych warunkach umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

Kwota zobowiązania Funduszu wobec powodowego Szpitala w okresie rozliczeniowym obejmującym okres od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2012 r. została określona na poziomie 3.338.147,30 zł.

W tym samym dniu tj. 30 grudnia 2011 r. strony zawarły jeszcze jedną umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, tym razem w zakresie świadczenia zdrowotnego kontraktowanego odrębnie. Przedmiotem umowy, zgodnie z planem rzeczowo-finansowym było świadczenie w zakresie: badań izotopowych, terapii izotopowej,

żywienia pozajelitowego w warunkach domowych, żywienia dojelitowego w warunkach domowych, leczenia cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dorosłych.

Podobnie jak w poprzedniej umowie, świadczeniodawca (powód) zobowiązany był wykonać umowę zgodnie z zasadami i warunkami określonymi w wymienionych aktach prawnych.

Kwota zobowiązania Funduszu w tytule realizacji usług została określona na poziomie 4.996.246 zł za okres od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2012 r.

Umowa dotycząca świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (tzw. (...)) była wielokrotnie zmieniana w zakresie kwoty zobowiązania pozwanego(...). Ostatecznie aneksem nr (...) zawartym w dniu 22 grudnia 2016 r. do umowy w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, kwota ta uległa zwiększeniu do poziomu 4.789.436,55 zł. Aneks wszedł w życie od dnia 1 stycznia 2016 r.

Z uwagi na małą kwotę zakontraktowaną w umowie z pozwanym (...), szpital ograniczył liczbę przyjęć szpitalnych na rzecz pomocy pacjentom w trybie ambulatoryjnym. Poradnie zabiegowe musiały zostać wyposażone w odpowiedni sprzęt. Ambulatoryjna pomoc była tańszą formą leczenia pacjentów niż przyjęcie i leczenie ich na oddziale szpitalnym. Szpital dysponował licznymi specjalistycznymi poradniami, wyposażonymi w dobrych specjalistów. Inne placówki, w tym pozwany Fundusz, odsyłał pacjentów z „trudniejszymi przypadkami” do powodowego szpitala. Szpital zobligowany był przyjąć pacjentów posiadających status „pilny”. W takiej sytuacji pacjent musi zostać przyjęty celem zweryfikowania zasadności kwalifikacji pilnej. W poradniach szpitalnych nie ma trybu „nagłego”, ale jest tryb „stabilny” i „pilny”. Powodowemu szpitalowi wzrosła liczba przyjętych pacjentów o statusie „pilny”.

Wśród przyjmowanych pacjentów byli też pacjenci rejestrujący się po raz pierwszy. Pacjenci rejestrujący się w poradniach szpitalnych nie dysponują żadnymi dokumentami pozwalającymi zweryfikować ich stan zdrowia. Wymaga to wykonania specjalistycznych badań.

Inną grupą pacjentów byli pacjenci oczekujący na wizytę dwa lata. Uprawnienie ich do przyjęcia wynikało z systemu kolejkowego.

Szpital posiadał katalog uprzywilejowanych pacjentów, których przyjmował bez kolejki. Wśród nich byli kombatanci, honorowi dawcy krwi, kobiety w ciąży, inwalidzi wojenni i zasłużeni dawcy przeszczepów.

W przypadku wyboru przez pacjenta poradni w ramach szpitala, powodowy szpital nie mógł odmówić pomocy medycznej.

W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w okresie rozliczeniowym od 1 stycznia 2016 r. do 31 grudnia 2016 r. poszerzono zakres świadczeń o następujące kategorie: świadczenia z zakresu gastroenterologii (pierwszorazowe i skojarzone oraz diagnostyki onkologicznej), świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu (skojarzone, diagnostyka onkologiczna, świadczenie w poradniach).

Umowa dotycząca udzielania świadczeń w ramach świadczenia zdrowotnego kontraktowanego odrębnie (tzw. SOK) także była wielokrotnie zmieniana w zakresie kwoty zobowiązania. Aneksem z dnia 3 października 2016 r. strony zgodnie ustaliły, że kwotę zobowiązania określają na poziomie 6.212.640 zł z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2016 r. Następnie strony w dniu 28 grudnia 2016 r. zawarły aneks nr (...), powyższą kwotę zmieniły do poziomu 6.293.259 zł, przy czym zgodnie z ich wolą moc obowiązywania aneksu określili od dnia 1 listopada 2016 r.

Powodowy Szpital wykonał w 2016 r. usługi medyczne w ramach zwartych umów. W tym celu powód sporządził tabelaryczne opracowanie i rozliczenie udzielonych świadczeń. Zawarte dane zostały uwzględnione przez pozwanego, za które w ramach umowy zapłacił.

W 2016 r. powód, jako świadczeniodawca, wykonał świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, przekraczające próg kwotowy wynikający z umowy.

Dalej, Sąd Okręgowy szczegółowo wymienił zakres usług medycznych wykonywanych w następujących poradniach powodowego Szpitala: ginekologii i położnictwa, okulistyki, diabetologii, endokrynologii, hematologii, nefrologii, chorób zakaźnych, neurologii, kardiologii, neurochirurgii, otolaryngologii, transplantologii, chirurgii onkologicznej, gastroenterologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu,

Wykonanie w nich badania wymagało otrzymania uprzedniego skierowania. Wartość wykonanych świadczeń w wymienionych poradniach, (w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej) w zakresie nieopłaconym przez pozwanego, jako ponad limitowych, w przypadku zastosowania do nich wyceny takiej, jak w oparciu o stawki z umowy wyniosłaby 732.294,90 zł.

W roku 2016 powód, jako świadczeniodawca wykonał także usługi odrębnie kontraktowane w zakresie żywienia dojelitowego. Forma żywienia dojelitowego w warunkach domowych utrzymuje pacjentów przy życiu. Polega na zainstalowaniu pacjentowi wlewu, który pozwala dostarczyć bezpośrednio do żołądka substancję pokarmową z pominięciem górnego przewodu pokarmowego. Taki zakres usług jest planowany w trybie pilnym. W roku 2016 powód udzielił pomocy 6.958 zł pacjentom z terenu województwa (...). Koszt żywienia dojelitowego każdorazowo wynosił 88 zł. Miesięczny koszt pacjenta w ramach żywienia dojelitowego to kwota 2.496 zł. Obejmuje on koszty odżywki, urządzeń medycznych z załączeniem zgłębnika, który jest jednak zakładany w oddzielnej procedurze szpitalnej. Katalogowe ceny preparatów i urządzeń służących do ich podawania – strzykawkę wynoszą 1.270-1.634 zł miesięcznie. Obok tych kosztów są jeszcze koszty pośrednie, jak koszty apteki, obsługi zamówień, sterylizatorni, koszty laboratorium. W 2016 r. wartość wykonanych świadczeń w ramach żywienia dojelitowego, w zakresie nieopłaconym przez pozwanego, jako ponadlimitowego, w przypadku zastosowania do nich wyceny takiej jak w oparciu o stawki z umowy wyniosłaby 915.640 zł.

Za wykonane usługi w zakresie pomocy ambulatoryjnej oraz żywienia dojelitowego wykonane nad limit wynikający z umowy, pozwany Szpital zwracał się do pozwanego o zapłatę, jednak bezskutecznie. Pozwany Fundusz w trakcie wielokrotnych spotkań zapewnił o priorytetowej wypłacie za świadczenia zabiegowe i pierwszorazowe. Jako jedyny szpital w regionie (...) w O. posiada takie poradnie jak transplantologiczną i kardiochirurgiczną. Jest także największym w Polsce ośrodkiem żywienia dojelitowego i pozajelitowego.

Sąd zwrócił przy tym uwagę, że Narodowy Fundusz Zdrowia nakłada kary na jednostki świadczące pomoc medyczną za odmową przyjmowania pacjentów. Próby odsyłania pacjentów do innych poradni, w tym poradni podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), kończyły się fiaskiem. Pacjenci wracali z powrotem do poradni powodowego Szpitala z nowymi skierowaniami.

Przechodząc do oceny żądania pozwu, Sąd Okręgowy stwierdził, że w niniejszej sprawie bezspornym pozostawał między stronami fakt zawarcia umowy o świadczenie w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz w ramach świadczeń odrębnie kontraktowanych (żywienie dojelitowe). Bezspornym pozostawał również fakt wypłacenia przez stronę pozwaną maksymalnych kwot zobowiązania pozwanego Funduszu za świadczenia udzielone w 2016 r. w ramach dwóch umów z 30 grudnia 2011 r. Pozwany nie kwestionował samego faktu udzielania przez stronę powodową świadczeń opieki zdrowotnej objętych pozwem i tego, że świadczenia te przekraczają limity ustalone w umowach zawartych z pozwanym Funduszem. Stanowiły one zapłatę za opiekę zdrowotną udzieloną przez powodowy Szpital w ramach niezbędnej pomocy medycznej. Wśród udzielonej pomocy była też opieka ratująca życie.

Rozważając kwestię podstawy prawnej, w oparciu o którą świadczeniodawca usług medycznych może domagać się od dysponenta środkami publicznymi wynagrodzenia za świadczenia udzielone ponad limit wynikający z zawartej między nimi umowy, Sąd wskazał, że stosunek prawny między nimi jest z jednej strony kształtowany przez umowę, a z drugiej – na podstawie art. 56 k.c. – również w oparciu o obowiązki ustawowe wynikające z art. 15 ustawy o działalności leczniczej, art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty, które z uwagi na ich bezwzględny charakter, wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne, w tym limity wynagrodzeń w nich ustalone. Do skutków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej należy włączyć koszty świadczeń udzielonych w warunkach przymusu ustawowego. Koszty tych świadczeń obciążają pozwanego Fundusza, który jest

jednostką utworzoną do finansowania świadczeń opłaconych ze środków publicznych. Skoro świadczeniodawca nie może odmówić udzielenia świadczenia, a obowiązek ten nałożył na niego ustawodawca, to nie można wymagać, aby samodzielnie świadczenia te finansował. Tym bardziej, że obowiązek zapewnienia ochrony życia i zdrowia obywateli, w tym zagwarantowania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie spoczywa na państwie. Koszty tych świadczeń powinien więc pokryć Skarb Państwa. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, uprawnienia i obowiązki finansowe Skarbu Państwa realizuje Narodowy Fundusz Zdrowia.

Strona powodowa może dochodzić zapłaty za świadczenia opieki zdrowotnej udzielonej ponad limit wynikający z umów zawartych z pozwanym Narodowym Funduszem Zdrowia, pod warunkiem, że świadczeń tych udzieliła w okolicznościach wypełniających hipotezę art. 15 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

W tym kontekście zauważył, że zgodnie z art. 15 ustawy o działalności leczniczej podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Z kolei art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry stanowi, że lekarz ma obowiązek udzielić pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Dotyczy to przypadków pilnych, wymagających natychmiastowej pomocy z uwagi na niebezpieczeństwo pogorszenia stanu zdrowia, czy skomplikowania dalszego leczenia. Obowiązek ratowania życia i zdrowia wynikający z przepisów art. 15 ustawy o działalności leczniczej jest obowiązkiem bezwzględny i wyprzedza ograniczenia wynikające z umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie w przepisie tym chodzi o takie przypadki, w których zachodzi niemożność odłożenia (przesunięcia) w czasie pomocy lekarskiej, mogącej według wiedzy i doświadczenia medycznego – zapobiec powstaniu u pacjenta niekorzystnych skutków dla jego życia i zdrowia. Termin „natychmiastowość”, „nagłość” w rozumieniu zarówno art. 15 cytowanej ustawy, jak i art. 30 ustawy o zawodach lekarzy i lekarza dentystry nie oznacza więc realnej możliwości ziszczenia się zagrożenia życia i zdrowia pacjenta, ale o czas, w jakim świadczenie zdrowotne winno być udzielone osobie znajdującej się w określonym stanie zdrowotnym. Nie chodzi więc jedynie o przypadki niesienia pomocy osobom, których zagrożenie życia i zdrowia jest bezpośrednie i w każdej chwili może zrealizować się negatywny skutek tego zagrożenia. Chodzi o przypadku udzielenia pomocy, które musi być wykonane natychmiast z uwagi na wystąpienie schorzenia, dolegliwości zagrażającej życiu i zdrowiu, bez względu na to, czy zagrożenie jest nagłe, czy nie.

W ocenie Sądu, materiał dowodowy zgromadzony w niniejszej sprawie pozwalał na stwierdzenie, że świadczenia, za które strona powodowa dochodziła zapłaty w niniejszym postępowaniu, stanowiły świadczenia ratujące życie i zdrowie. Jednocześnie otrzymana przez pacjentów pomoc była świadczeniem udzielonym w warunkach przymusu ustawowego.

W pierwszej kolejności poddał ocenie świadczenia w ramach umowy odrębnie kontraktowanych świadczeń, albowiem - w ocenie Sądu - nie wymagają one głębszych rozważań z uwagi na ich status „ratujących życie”. Przykładem takiego działania ratującego życie jest procedura związana z żywieniem dojelitowym. Procedura ta pozwala pacjentom dotkniętym niemożnością tradycyjnego spożywania posiłków po prostu żyć. Nie ulega wątpliwości, że dostarczenie substancji pokarmowych bezpośrednio do żołądka, ratuje im życie. Bez dostarczenia energii (pożywienia) ich egzystencja uległaby zakończeniu przez śmierć „głodową”. Na koszty całego wyposażenia pacjenta do niezbędnej egzystencji w warunkach domowy składa się sprzęt medyczny i akcesoria (odżywki, zgłębniki), które umożliwiają mu funkcjonowanie w domu. Miesięczny koszt to kwota 2.496 zł. Niemniej jednak należy do tych kosztów doliczyć koszty pośrednie, jak koszty apteki, obsługi zamówień, sterylizatorni, koszty laboratorium. Jest to jedyny sposób umożliwiający tym pacjentom życie wśród najbliższych – w swoim domu. Bez wspomagania żywieniowego, zmuszeni byliby przebywać w szpitalu, a bez pomocy lekarskiej skazani byliby na śmierć. Nie budziło wątpliwości Sądu, że zwłoka w zakresie świadczonych usług przez powodowy Szpital stanowiłaby realne zagrożenia dla życia tych pacjentów.

Przechodząc do oceny zasadności ponad limitowego udzielenia świadczeń w ramach ambulatoryjnej pomocy specjalistycznej, wskazał, że w ramach tej procedury (w wyżej wymienionych 17 poradniach specjalistycznych)

była świadczona pomoc doraźna, bieżąca i jednocześnie niezbędna. Dlatego też oceny dokonał pod kątem, czy strona powodowa, pomimo przekroczenia limitu zakontraktowanego na 2016 r. z Narodowym Funduszem Zdrowia, zobowiązana była z mocy przepisów ustawy, a w szczególności cytowanego już art. 30 ustawy o zawodzie lekarzy i lekarza dentysty oraz art. 15 ustawy o działalności leczniczej, do świadczeń w ramach poradni specjalistycznych.

W ocenie Sądu, w przypadku świadczenia pomocy ambulatoryjnej strona powodowa wykazała, że jest ośrodkiem najlepszym w województwie, posiada poradnie specjalistyczne, których nie ma w innych placówkach na terenie (...), posiada licznych specjalistów, a inne ośrodki medyczne odsyłają pacjentów z trudnymi problemami medycznymi właśnie do powoda. Niejednokrotnie też sami pacjenci wybierają powodową placówkę medyczną, kierując się najwyższą dla nich wartością, jaką jest – ich zdrowie i życie. To wszystko z kolei doprowadziło do tego, że liczba pacjentów powodowego Szpitala cały czas wzrasta. Okolicznościom tym, pozwany Fundusz nie zaprzeczył. Wręcz przeciwnie, przesłuchany w charakterze strony A. Z., przyznał, że naocznie widział dużą ilość pacjentów w powodowym Szpitalu. Sam zresztą jednego z pacjentów odesłał do powodowego szpitala. Nadto warto zwrócić uwagę, że pozwany Fundusz w przypadku nieprzyjmowania pacjentów ma możliwość nałożenia na powoda, jak również na inne placówki, kary finansowej.

W ramach procedury ambulatoryjnej udzielana była pomoc z różnych specjalności. Jednocześnie pomoc ta jest tańszą formą leczenia niż pobyt pacjenta w szpitalu.(...) posiada licznych specjalistów, stąd częstą decyzją pacjentów jest leczenie się w powodowym szpitalu. To z kolei nakładało na powoda obowiązek przyjęcia pacjentów do leczenia. Zdaniem Sądu, obowiązek ten wynika z konstytucyjnego obowiązku zapewnienia dostępu do usług medycznych. Pozbawienie pacjenta opieki medycznej stanowiłoby zagrożenie dla jego zdrowia i życia, wyczerpując tym samym dyspozycję art. 3 pkt 8 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Zgodnie z przywołanym przepisem, stan nagłego zagrożenia zdrowotnego to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Definicja powyższego stanu zawarta jest również w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (art. 5 pkt 33).

Według Sądu, nie sposób oczekiwać od personelu medycznego powodowej placówki, aby odmawiał przyjęcia pacjentów z różnymi dolegliwościami tylko dlatego, że nie są one przypadkami nagłymi.

Uzasadniając to stanowisko, Sąd przytoczył następujące argumenty:

- nie da się przewidzieć, kiedy u pacjentów wystąpi nagłe załamanie procesów życiowych wymagających natychmiastowej interwencji;
- oczekiwanie dwa lata na przyjęcie do specjalisty, choć nie jest sytuacją nagłą, jednak wymaga udzielenia pomocy także i tej osobie, ponieważ zarówno osoby, których życie jest bezpośrednio narażone na jego utratę, jak również, które potrzebują pomocy lekarskiej doraźnej, objęci są ustawowym obowiązkiem nałożonym na personel medyczny – w postaci świadczenia pomocy lekarskiej;
- konieczność specjalistycznej konsultacji lub leczenia uznali lekarze podstawowej opieki medycznej lub inni specjaliści. Aby uzyskać poradę lub pomoc medyczną w trybie opieki ambulatoryjnej, konieczne jest skierowanie od innego lekarza specjalisty, oddziału szpitalnego lub lekarza POZ;
- w tej sytuacji, to szpital podejmuje ryzyko zwłoki lub błędnej kwalifikacji pacjenta do systemu kolejkowego. Niejednokrotnie może to wymagać przeprowadzenia badań lub konsultacji. Konsekwencją błędnej oceny może być proces odszkodowawczy lub nawet karny;
- pacjent zakwalifikowany do oczekiwania w systemie kolejkowym, nawet, jeżeli jego stan jest stabilny, po upływie wyznaczonego czasu ma prawo domagać się porady lub leczenia. Skoro zawarł on ze szpitalem swoistą umowę o

świadczenie usługi medycznej, to w przypadku nadejścia terminu mu przypisanego mógłby skutecznie formułować wobec szpitala roszczenia odszkodowawcze.

Dalej, Sąd przedstawił metodologię rozliczeń z pozwanym Funduszem na podstawie wyjaśnień I. K., będącej Dyrektorem powodowej jednostki. Wskazała ona, że kierownik działu zajmującego się opracowaniem i rozliczeniem sporządził w systemie elektronicznym wykaz udzielonych świadczeń, zgodnie z wytycznymi NFZ, który nie uznał ich z uwagi na przekroczenie limitu kontraktowego. Jednocześnie podała, że o kwalifikacji świadczenia decyduje lekarz i żaden pacjent, który zgłosił się do powodowego szpitala nie jest odsyłany do innych placówek. Takie działanie wynika z ciężaru nałożonego na lekarza i placówkę medyczną, którym jest ustawowy i bezwzględny obowiązek niesienia pomocy (w tym wypadku niezbędna diagnoza, która umożliwi dalszą kwalifikację pacjenta i nadanie mu statusu trybu leczenia „pilnego” lub „stabilnego”). Pozbawienie pacjenta opieki medycznej w ramach umówionych świadczeń stanowiłoby zagrożenie dla jego zdrowia i życia, wyczerpując tym samym dyspozycję art. 3 pkt 8 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Przedłożone przez stronę powodową dokumenty w postaci zestawień przedkładanych NFZ-towi, zeznań strony powodowej, nie były kwestionowane. Pozwany nie podnosił, że stwierdzają one udzielenie świadczeń medycznych osobom nieuprawnionym, nieistniejących procedur medycznych lub zawierają inne wady, Sąd Okręgowy oparł na nich swoje ustalenia.

Jako podstawę prawną zasadności dochodzonego roszczenia, wskazał art. 752 k.c., zgodnie z którym, kto bez zlecenia prowadzi cudzą sprawę, powinien działać z korzyścią dla osoby, której sprawę prowadzi i zgodnie z jej prawdopodobną wolą, a przy prowadzeniu sprawy obowiązany jest zachować należytą staranność.

Przyjęcie podanej podstawy prawnej uzasadnił tym, że do zapewnienia bezpłatnych świadczeń zdrowotnych zobowiązany jest Skarb Państwa. Realizując świadczenia zdrowotne po wyczerpaniu limitu kwotowego umowy, powód wykonywał czynności faktyczne – konkretne usługi medyczne z jednej strony z własnej inicjatywy, ale z drugiej przymuszony istniejącymi, wskazanymi wyżej okolicznościami. Czynił to w trosce o zdrowie i życie pacjentów, którzy u niego szukali pomocy. Mimo, że mógł mieć świadomość wyczerpania limitu świadczeń wynikający z umów łączących go z pozwanym, nie mógł odesłać zgłaszających się chorych wymagających zasadnej porady lub opieki specjalistycznej, bądź wskazanych do odżywiania dojelitowego, którym Państwo gwarantuje opiekę aktami takiej rangi jak Konstytucja. Pozwany nie tylko nie sprzeciwiał się działaniom powoda, ale wręcz naciskał na ich wykonanie.

Tego rodzaju działania określił, jako prowadzenie cudzych spraw obejmujących usługi na rzecz osób trzecich bez zlecenia, czyli stosunek zobowiązaniowy uregulowany w art. 752 k.c. i n. Prowadzenie to ma charakter nieodpłatny. Jednakże powód może żądać zwrotu uzasadnionych wydatków i nakładów szeroko ujętych. Pozwany wprawdzie kwestionował wysokość dochodzonej kwoty za wykonane usługi medyczne, jednak nie poparł swojego argumentu żadnym dowodem, ograniczając się do próby podważenia wysokości roszczenia. Na stronie powodowej spoczywał ciężar wykazania kosztów rzeczywiście poniesionych. Sąd przyznał, że w tym kierunku nie przejawiała ona w istocie żadnej inicjatywy dowodowej poza wykazaniem, jaka byłaby kontraktowa wartość tych świadczeń. Sąd przyjął jednak za udowodnione, że świadczenia te istotnie wykonała.

Z uwagi na brak podstaw do precyzyjnego określenia wysokości świadczonych usług medycznych, między innymi przez brak powołania w tym zakresie dowodów, Sąd posiłkowo zastosował wyliczenia należności na podstawie stawek świadczeń zakontraktowanych z NFZ przyjmując, że oprócz wydatków muszą one zawierać i zysk placówki, do czego brak podstaw przy zastosowanej konstrukcji prawnej.

W tym stanie rzeczy określił wysokość zasadnej należności powoda przy zastosowaniu art. 322 k.p.c., zgodnie z którym, jeżeli w sprawie o naprawienie szkody, o dochody, zwrot bezpodstawnego wzbogacenia lub o świadczenie z umowy dożywocia, sąd uzna, że ściśle udowodnienie wysokości żądania jest niemożliwe lub nader utrudnione, może wyroku zasądzić odpowiednią sumę według swej oceny opartej na rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy.

W przypadku żywienia dojelitowego koszt samych odczynników kształtował się na poziomie około 60% całej procedury. Do tego należy doliczyć niezbędne koszty administracyjne, co w ocenie Sądu zasadnym czyniło przyjęcie łącznie 70 % sumy należności z tego tytułu dochodzonej przez powoda.

Podobną analizę przeprowadził w odniesieniu do roszczeń z tytułu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, których sumę wyliczył powód na 731.294,90 zł. Wobec przyjmowanych w tym trybie pacjentów stosowano nie tylko porady, ale i inwazyjne procedury medyczne, wymagające diagnostyki i sprzętu zabiegowego. Nie sposób precyzyjnie ustalić ich kosztów. Zwiększeniu podlegał też czas pracy lekarzy kontraktowych i pozostałego personelu szpitala, które zabezpieczyć musiał powód, co generowało istotne koszty dodatkowe. Z tego względu przyjął z tego tytułu 70 % stawek kontraktowych, w tym przypadku, jako wyjściowego minimum kosztów szpitala z tego tytułu. Strona powodowa nie powołała żadnych dowodów dla uzasadnienia wyższych kosztów z tego tytułu.

W ocenie Sądu, za świadczenie w ramach żywienia dojelitowego i leczenie w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zasadnym było zasądzenie łącznie 70 % dochodzonej z tego tytułu kwoty, to jest 1.153.554,43 zł, którą to na podstawie art. 753 § 2 k.c. przy uwzględnieniu art. 322 k.p.c. zasądził od pozwanego, jako obowiązującego do ochrony zdrowia uprawnionych, na rzecz powoda, jako prowadzącego jego sprawy z tego tytułu. W pozostałym zakresie powództwo oddalił, jako nieudowodnione.

O odsetkach Sąd orzekł na podstawie art. 481 k.c., zaś o kosztach procesu na podstawie art. 100 zd. 1 k.p.c

Pozwany zaskarżył powyższy wyrok w części dotyczącej pkt I, III, IV, zarzucając mu:

Naruszenie prawa materialnego polegające na błędnej wykładni i niewłaściwym zastosowaniu, w szczególności:

I. art. 752 k.c. poprzez zastosowanie go w sprawie i przyjęcie, że stanowi on podstawę prawną powództwa w przedmiotowej sprawie pomimo faktu, że strony łączyły umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz wobec braku podstaw do uznania, że udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej można uznać za cudzą sprawę" Narodowego Funduszu Zdrowia;

II. art. 6 k.c. poprzez jego błędne zastosowanie i przyjęcie, iż powód wykazał zasadność i wysokość dochodzonego roszczenia oraz przyjęcie, że w zakresie udowodnienia wysokości roszczenia ciężar dowodu spoczywał także na pozwanym;

III. art. 15 ustawy o działalności leczniczej i art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty poprzez ich błędną wykładnię prowadzącą do przyjęcia, że obowiązek ustawowy przewidziany w tych normach dotyczy także udzielania świadczeń w stanach innych niż stany nagłe, a w konsekwencji uznanie, że świadczenia, za które powód dochodzi zapłaty, są świadczeniami udzielonymi w okolicznościach przewidzianych w tych normach;

IV. art. 5 pkt 33 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym poprzez niezastosowanie w sprawie, a w konsekwencji pominięcie ustawowej definicji stanu nagłego i uznanie, że świadczeniodawca ma obowiązek natychmiastowego udzielenia świadczeń medycznych w stanach innych niż stan nagły;

V. art. 19 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez niezastosowanie w sprawie, a w konsekwencji uznanie, że świadczeniodawca ma obowiązek natychmiastowego udzielenia świadczeń medycznych w stanach innych niż stan nagły.

VI. art. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie, że świadczenia, które świadczeniodawca ma obowiązek realizować w ramach systemu kolejkowego, powinny być udzielane natychmiastowo;

VII. art. 132 ust. 1, 4 i 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez niewłaściwe zastosowanie, a w konsekwencji przyjęcie, że świadczenia opieki zdrowotnej wykonane ponad limit

określony w umowie, w innych stanach niż nagle, są świadczeniami, które pozwany ma obowiązek sfinansować na warunkach określonych w ustawie,

VIII. art. 58 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

publicznych poprzez niezastosowanie w sprawie, a w konsekwencji przyjęcie, że udzielanie świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna zamiast w rodzaju leczenie szpitalne, o ile jest to uzasadnione medycznie wynika z zaleceń pozwanego, a nie z przepisów prawa powszechnie obowiązującego,

IX. art. 60 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez niezastosowanie, a w konsekwencji przyjęcie, że świadczenia udzielone pacjentom w trybie planowym na podstawie skierowania, są świadczeniami udzielonymi w warunkach art. 15 ustawy o działalności leczniczej i art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Naruszenie prawa procesowego, które miało istotny wpływ na wynik sprawy, a mianowicie:

I. art. 229 k.p.c. polegające na pominięciu faktu, że strona powodowa przyznała, że świadczenia opieki zdrowotnej, za które dochodzi zapłaty, nie są świadczeniami udzielonymi w stanie nagłym.

II. art. 231 k.p.c. poprzez przyjęcie, że świadczenia, za które powód dochodzi zapłaty były świadczeniami udzielonymi w warunkach art. 15 ustawy o działalności leczniczej w sytuacji, gdy z zeznań Dyrektora powodowego szpitala wynika, że świadczenia te udzielane były w trybie planowym, na podstawie skierowania, a zatem nie mogły być udzielane w trybie nagłym".

III. art. 233 § 1 w zw. z art. 245 k.p.c. poprzez oparcie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia na zestawieniach udzielonych świadczeń, przedłożonych przez powoda w sytuacji, gdy były to niepodpisane wydruki i nie mogły stanowić dowodu tego, co zostało w nich stwierdzone,

IV. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów zgromadzonych u sprawie, brak wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego oraz sprzeczność istotnych ustaleń sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego, polegającego na:

- przyjęciu, iż zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, w szczególności zestawienia udzielonych świadczeń przedstawione przez powoda, dają podstawy do ustalenia, że świadczenia, za które powód dochodzi zapłaty, udzielone były w okolicznościach przewidzianych w art. 15 ustawy o działalności leczniczej i art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry,

- wybiórczej analizie materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie i pominięciu dowodu z aneksu nr (...) z dnia 29 grudnia 2016 r. do umowy w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz aneksu nr (...) z dnia 29 grudnia 2016 r. do umowy w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, w których powód zgodził się na ustalenie maksymalnego poziomu finansowania w obu umowach, mając w tych datach wiedzę o ilości i wartości wykonanych świadczeń ponad limit określony w umowach.

- poprzez bezpodstawne oraz sprzeczne z zasadami logiki i doświadczenia życiowego przyjęcie, że z załączonych przez powoda zestawień wynika, że pacjenci, którym udzielono świadczeń, za które powód dochodzi zapłaty, wymagali natychmiastowego udzielenia świadczeń w przypadku, gdy były to świadczenia udzielane na podstawie skierowania i w trybie planowym,

V. art. 321 § 1 k.p.c. poprzez oparcie rozstrzygnięcia na innej podstawie faktycznej niż wskazywana przez powoda w pozwie i w toku procesu, co stanowi zasądzenie ponad żądanie,

VI. art. 322 k.p.c. polegające na zastosowaniu go u sprawie pomimo braku przesłanek do stwierdzenia, że wysokość roszczenia jest niemożliwa do udowodnienia oraz w sytuacji niezłożenia w tym zakresie żadnych wniosków dowodowych przez stronę powodową.

W oparciu o powyższe zarzuty, wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w zaskarżonym zakresie tj., co do kwoty 1.153.554.43 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 grudnia 2017 roku do dnia zapłaty oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu za obie instancje, ewentualnie o jego uchylenie w zaskarżonym zakresie i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja pozwanego zasługuje na uwzględnienie.

Na wstępie wypada zauważyć, że Sąd Okręgowy w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku powołał dwie odrębne podstawy prawne swojego rozstrzygnięcia, uwzględniającego w części żądanie pozwu, a mianowicie:

- stosunek prawny wynikający z wiążących strony umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniający też skutki, jakie wywołują obowiązki ustawowe przewidziane w art. 15 ustawy o działalności leczniczej i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry w zakresie kosztów świadczeń udzielonych w warunkach przymusu ustawowego;
- działanie powoda kwalifikowane, jako prowadzenie cudzej sprawy bez zlecenia (art. 752 i n.k.c.).

W ocenie Sądu Apelacyjnego, druga z wymienionych podstaw nie znajduje jednak zastosowania w rozpoznawanej sprawie. W orzecznictwie wyrażono pogląd (który składał orzecznicy Sądu Apelacyjnego podziela), zgodnie z którym nie można zasadnie przyjmować, że za „poza limitowe” świadczenia należy się zapłata świadczeniodawcy na podstawie art. 752 k.c., ponieważ obowiązek świadczenia opieki zdrowotnej to nie jest „cudza sprawa” Funduszu Zdrowia (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 listopada 2006 r., I CSK 229/06). Z kolei w piśmiennictwie podkreśla się, że oprócz braku przesłanki „sprawy” NFZ, występuje też brak kolejnej przesłanki prowadzenia cudzej sprawy bez zlecenia, jaką jest zajmowanie się nią zgodnie z prawdopodobną wolą NFZ (tak Piotr Zakrzewski. Komentarz do art. 752 Kodeksu cywilnego. Lex online).

Rozważając natomiast żądanie pozwu w kontekście pierwszej podstawy prawnej, Sąd Okręgowy stwierdził, że świadczenia udzielone pacjentom, za które powód dochodził zapłaty w niniejszym postępowaniu, były działaniami ratującymi zdrowie i życie, a tym samym otrzymana przez tych pacjentów pomoc medyczna została im udzielona w warunkach przymusu ustawowego, o którym wyżej była mowa. W ocenie Sądu Apelacyjnego, jest to jedyna podstawa prawna, na podstawie której - w aktualnie obowiązującym stanie prawnym - świadczeniodawcy, który nie zawarł umowy z NFZ; ale także świadczeniodawcy, który wprawdzie zawarł taką umowę ale świadczenie wykonał „ponadlimitowo” przysługuje roszczenie o wynagrodzenie.

Należy przy tym zwrócić uwagę, że do tak jednoznacznej konkluzji, co do zakwalifikowania wszystkich przypadków świadczeń, jako udzielonych w warunkach przymusu ustawowego, Sąd Okręgowy doszedł praktycznie bez przeprowadzenia postępowania dowodowego, na podstawie jedynie dokumentów prywatnych złożonych przez strony postępowania i wyjaśnień osób je reprezentujących.

Tymczasem ocena, czy konkretne świadczenie zdrowotne zostało udzielone w warunkach przymusu ustawowego (tzn. w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego) przynajmniej w większości przypadków wymagała posiadania wiadomości specjalnych, którymi z oczywistych względów Sąd orzekający w sprawie nie dysponował. Wiadomości takich może natomiast dostarczyć dowód z opinii biegłego specjalisty, bądź instytutu naukowego.

Prawdą jest, że powód reprezentowany przez zawodowego pełnomocnika nie wniósł o przeprowadzenie takiego dowodu. W takim stanie rzeczy Sąd Okręgowy powinien był przynajmniej rozważyć jego przeprowadzenie z urzędu.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego utrwalili się poglądy, że art. 232 zd. 2 k.p.c. stanowi wyjątek od zasady kontrydiktoryjności, a dopuszczenie przez sąd dowodu z urzędu może nastąpić jedynie wtedy, gdy nie ma innej możliwości doprowadzenia do właściwego rozstrzygnięcia sprawy. Jest to prawo sądu, a nie obowiązek, stąd skorzystanie z tego uprawnienia uzależnione jest od oceny sytuacji procesowej danej sprawy. Przyjmuje się, że celowość dopuszczenia dowodu z urzędu zachodzi wówczas, gdy jest to dowód niezbędny.

Można zgodzić się ze stanowiskiem Sądu Okręgowego, że procedurze medycznej związanej z żywieniem dojelitowym można nawet bez głębszych rozważań przypisać status: „ratującej życie”. Tym niemniej należy też dostrzec, że dotyczy ona chorób przewlekłych, wymagających powtarzalnych świadczeń medycznych, co w zasadzie nie daje podstaw do przyjęcia, aby były to stany nagłe w rozumieniu przywołanych wyżej przypisów (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 września 2015 r., II CSK 497/14).

Sąd Najwyższy w wyroku wydanym w dniu 8 lutego 2018 r., II CSK 249/17 uznał jednak, że wyjątkowo nie można odmówić prawa do żądania przez świadczeniodawcę wynagrodzenia za udzielone świadczenie osobie przewlekle chorej w sytuacji, w której osoba ta trafiła do tego świadczeniodawcy w czasie, gdy zachodziła konieczność jego natychmiastowego udzielenia. Wymaga to jednak ustalenia, czy w czasie koniecznym do wykonania wobec pacjentów tej procedury nie istniała możliwość jej wykonania przez innego świadczeniodawcę mającego zawartą umowę z NFZ i posiadającego niewykorzystany limit finansowy na jej przeprowadzenie.

Sąd Okręgowy omawianej kwestii mającej istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy w ogóle nie rozważał.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, przytoczone wątpliwości dają podstawę do przyjęcia, że w niniejszej sprawie nie została rozpoznana jej istota, a nadto wydanie wyroku wymaga przeprowadzenia postępowania dowodowego w całości.

Z tego też względu, wyrok w zaskarżonej części wymagał uchylecia, zaś sprawa w tym zakresie przekazania sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania na mocy art. 386 § 4 k.p.c.

(...)