

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 grudnia 2016 roku

Sąd Okręgowy w Białymstoku I Wydział Cywilny

w następującym składzie:

Przewodniczący:	SSO Joanna Dorota Toczyłowska
Protokolant:	Katarzyna Waško

po rozpoznaniu w dniu 6 grudnia 2016 roku

na rozprawie

sprawy z powództwa (...) sp. z o.o. z siedzibą w P.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w B.

o zapłatę

I. zasądza od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego w B. na rzecz powoda (...) sp. z o.o. z siedzibą w P. kwotę 248.115,00 (dwieście czterdzieści osiem tysięcy sto piętnaście) złotych z ustawowymi odsetkami jak za opóźnienie od dnia 15 lutego 2015 roku do dnia zapłaty

II. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 20.317,20 (dwadzieścia tysięcy trzysta siedemnaście 20/100) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym 7217 złotych kosztów zastępstwa procesowego

III. oddala powództwo w pozostałym zakresie

IV. nakazuje zwrócić powodowi ze Skarbu Państwa Sądowi Okręgowemu w Białymstoku kwotę (...),80 (jeden tysiąc trzysta pięć 80/100) złotych tytułem niewykorzystanej zaliczki

## UZASADNIENIE

Powód (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w P. wystąpił przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w B. o zapłatę kwoty 248.115,00 złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dat i kwot szczegółowo określonych w treści powództwa. Nadto wniósł o zasądzenia kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego w kwocie 14.800 zł powiększonych o opłatę skarbową od pełnomocnictwa.

W uzasadnieniu żądania wskazał, że strony łączy umowa z dnia 30 grudnia 2011 roku, której przedmiotem jest całodobowe i kompleksowe udzielanie świadczeń długoterminowej opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych lub domowych – wentylacji mechanicznej płuc pacjentów. Według powoda dochodzona kwota stanowi równowartość wykonania w roku 2014 roku ponadlimitowanych świadczeń medycznych wynikających z umowy dla osób, które wymagały natychmiastowej pomocy ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Zaznaczył, że informował kontrahenta o konieczności zwiększenia ilości świadczeń wynikających z umowy w związku z ilością pacjentów,

przyjętych zarówno w roku 2013 jak i w kolejnym roku, ale wszelkie jego wnioski spotykały się z negatywną odpowiedzią, co pozwany tłumaczył brakiem środków finansowych. Do pozwu załączył faktury VAT obrazujące wykonanie usług wentylacji mechanicznej ponad umówiony zakres, które były każdorazowo odsyłane przez Narodowy Fundusz Zdrowia bez opłacenia (pozew- k. 2-16, 905-907).

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o jego oddalenie w całości i zasądzenie od przeciwnika procesowego kosztów procesu obejmujących koszty zastępstwa procesowego. Argumentował, że strony w umowie szczegółowo określiły zakres świadczeń udzielanych ubezpieczonym i finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki w B. pod względem rodzajowym, ilościowym i cenowym w sposób dostosowany do środków przewidzianych w planie finansowym Funduszu. Twierdził, że uregulował całą należność za rok 2014 – 2.242.060,30 zł, a żądanie zapłaty za świadczenia wykonane ponad limit określony w treści umowy stanowiłoby obejście postanowień umowy. Zakwestionował, aby realizowane świadczenia medyczne miały charakter nagłych przypadków, gdyż istniała możliwość oczekiwania pacjentów w kolejce na planowane świadczenia medyczne. Powód przyjmując pacjentów ponad uzgodniony limit nie miał takiego obowiązku, działał na własne ryzyko, nadto odbierał im prawo wolnego wyboru świadczeniodawcy. Podkreślił, że proponował kontrahentowi zawarcie ugody, ale oferta została odrzucona. Według strony pozwanej udzielone przez (...) spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością w P. świadczenia mogły być realizowane przez inny podmiot, który miał tzw. niewykonanie kontraktu bądź placówkę medyczną bez zagrożenia zdrowia pacjentów. Zarzucił, że stan nadwykonań z 2014 roku jest wynikiem zaniedbań po stronie powoda w zakresie bieżącego informowania o potrzebach zwiększenia limitów, co rzutowało na treść umowy. Dodał, że podobne zaniechania miały miejsce w roku 2013, co spowodowało wprowadzenie w błąd Funduszu przy szacowaniu wartości kontraktu w kolejnym roku. W rezultacie zachowania powoda żądanie sfinansowania świadczeń ponadlimitowych jest niezgodne ze społeczno – gospodarczym przeznaczeniem prawa (art. 5 kc). Z ostrożności procesowej zakwestionował termin wymagalności roszczenia. (k. 858- 866,990-996).

#### **Sąd Okręgowy ustalił, co następuje:**

Bezsporne pozostawało, że strony procesu współpracowały ze sobą od roku 2006, powód udzielał świadczeń zdrowotnych w ramach publicznej służby zdrowia. Podstawą usług finansowanych ze środków publicznych była umowa nr (...) z dnia 30 grudnia 2011 roku o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej zawarta na lata 2012-2014. Jej przedmiotem było kompleksowe i całodobowe organizowanie i udzielanie przez (...) spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością w P. świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych lub domowych w rodzaju świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w zakresach określonych w załączniku do umowy.

Kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umowy za okres 1 stycznia 2014 roku – 31 grudnia 2014 roku była podwyższana aneksami w związku z zapotrzebowaniem na udzielenie świadczeń dla większej liczby pacjentów, ostatecznie na mocy umowy z dnia 11 lutego 2015 roku wyniosła 2.242.060,30 zł. (dowód – aneks nr (...), k 54-57, 65-67, 811). Powód w październiku 2013 roku występował do pozwanego o sfinansowanie wykonania pozalimitowych świadczeń za rok 2013, jednocześnie zwracał się z prośbą o zwiększenie planu rzeczowo – finansowego umowy na kolejne miesiące i uwzględnienie aktualnej liczby pacjentów przygotowywanym planie na rok 2014 (30 dorosłych pacjentów i 11 dzieci) (k.920).

(...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w P. w roku 2014 wykonała świadczenia zdrowotne z zakresu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie ponad wskazany w umowie limit. Świadczenia dotyczyły łącznie (...)5 osobodni, o wartości 170 zł każde, ich łączna wartość wyniosła 248.115,00 zł. Powód wystawiał faktury VAT, ostatnią 31 grudnia 2014 roku i wysyłał do Narodowego Funduszu Zdrowia. Pozwany odsyłał je powołując się na przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (dowód k. 18-53). W związku z zaistniałą sytuacją powód zwracał się do pozwanego o zapłatę za ponadlimitowe świadczenia w 2014 r. (k. 64, 878). Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki w B. w odpowiedzi wskazywał, że analizuje możliwości finansowe w zakresie ewentualnego opłacenia tychże świadczeń i będzie je prowadził w oparciu o raporty statystyczne przesłane do 20 stycznia 2015 roku

(dowód – k. 62). Wymiana korespondencji i propozycja zawarcia ugody wysunięta przez pozwanego nie doprowadziła do zakończenia sporu - powód nie przystał na jej warunki, a pozwany ostatecznie podniósł, że nie jest zobowiązany do finansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym ponad kwotę określoną w wiążącej strony umowie. (k. 58-61, 880-881).

Konsultant wojewódzki z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w ocenie sytuacji zdrowotnej województwa (...) w 2014 roku wskazał, że dostępność do świadczeń z tej dziedziny medycyny w porównaniu z rokiem 2013 nie zmieniła się – nadal występuje permanentny brak wolnych miejsc (w niektórych oddziałach intensywnej terapii o stałych charakterze), co powoduje problemy organizacyjne w leczeniu chorych (k. 967-976).

Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki w B. nie informował powoda o konieczności odsyłania pacjentów do innych świadczeniodawców w związku z nadwykonaniami, nie ustalono procedury postępowania powoda w sytuacji powstania takiego stanu rzeczy, H. H. spółka z ograniczeniem odpowiedzialności nie ma dostępu do informacji na temat stanu wykonania umów przez innych świadczeniobiorców. Pozwany przed procesem nie podważał celowości udzielania świadczeń medycznych, wystawianych przez lekarzy skierowań jak i konieczności tzw. „kolejkowania” pacjentów. Według umowy świadczeniodawca ma 45 dni na sprostowanie okresu sprawozdawczego, świadczenia są rozliczane rocznie. Narodowy Fundusz Zdrowia w połowie roku przy przygotowaniu planu zakupu zawsze analizuje otrzymane wcześniej od świadczeniodawcy raporty sprawozdawczości. Wszystkie świadczenia udzielane przez powoda były oznaczone przez pozwanego jako ratujące życie (dowód – zeznania K. Z. 00:12:15-00:25:52, 00:32:13 na k. 921v-922; świadka W. K. (1) 00:45:17 na k. 923, zeznania T. S. 01:11:08 – 01:18:18 na k. 924, świadka P. K. – 01:21:17 na k. 924, świadka A. H. 01:31:31 - 01:33:51 na k. 924v-925, zeznania J. R. 00:12:40 na k. 980v).

Świadczenia, za które powód domaga się zapłaty polegały na mechanicznym wentylowaniu w warunkach domowych, co stanowiło kontynuację leczenia szpitalnego. Zaprzeszanie wykonywania usług wymagałoby leczenia pacjentów w zakładach opieki zdrowotnej - oddziałach intensywnej terapii, w przypadku większości chorych konieczność taka nastąpiłaby w ciągu kilku - kilkunastu godzin od chwili zaprzestania prowadzonej wentylacji domowej respiratorem. Stanowiłoby to przeniesienie chorych w stan zwiększonego zagrożenia zdrowotnego lub w skrajnych wypadkach powodowałoby zagrożenie ich życia. (dowód – opinia biegłego zasadnicza - k.944-952).

Rekonstruując powyższy stan faktyczny Sąd oparł się na dowodach z dokumentów prywatnych załączonych przez strony oraz zeznaniach świadków – pracowników strony powodowej jak i pozwanej w zakresie w jakim były ze sobą korespondowały i znajdowały potwierdzenie w pozostałym materiale dowodowym, w szczególności wymienianej, pisemnej korespondencji. W szczególności dotyczy to stanowiska pozwanego co do zasadności przyczyn odmowy zapłaty dochodzonej pozwem kwoty. Nie sposób zarzucić niespójności czy stronniczości relacji przywołanych świadków. Przedstawiali oni zapamiętane przez siebie zdarzenia związane z wykonywaniem umowy, relacjami powoda i pozwanego, o których powzięli wiedzę w toku wypełniania swoich obowiązków zawodowych.

Sąd ocenił jako fachową sporządzoną w sprawie przez biegłego z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii i medycyny ratunkowej, opinię. Specyfika dowodu z opinii biegłego polega na tym, że tak jak inne dowody podlega ocenie zgodnie z dyrektywami art. 233 § 1 k.p.c., jednakże co odróżnia ją pod tym względem, to szczególne dla tego dowodu kryteria oceny, które stanowią: wiedza biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej. Biegły prof. dr n. med. W. K. (2) wszechstronnie przeanalizował całokształt dokumentacji medycznej 15 pacjentów poddanych wentylacji mechanicznej w ramach świadczeń udzielanych przez powoda ponad limit. Rzeczowo i przekonująco odpowiedział na wszystkie postawione przez Sąd pytania, a tok jego rozumowania jest łatwy do prześledzenia. Wyciągnięte przez niego wnioski końcowe są kategorięczne.

Same strony procesu nie wносиły zastrzeżeń i krytycznych uwag pod adresem warstwy merytorycznej opinii czy poziomu wiedzy biegłego, dlatego też Sąd uznał powyższy środek dowodowy za przydatny do oparcia się na nim przy wydawaniu orzeczenia.

## **Sąd Okręgowy zważył, co następuje:**

### **Powództwo zasługiwało na uwzględnienie w przeważającym stopniu.**

W realiach sprawy strony procesu prowadziły spór w przedmiocie zasadności finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia Oddział Wojewódzki w B. wykonania świadczeń pomimo wysokości ustalonym w kontrakcie limitów, które w roku 2014 wyniosły łącznie (...),5 osobodni. Powód i pozwany nie kwestionowali, że łączyła ich umowa o realizację świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki długoterminowej polegającej na wentylacji mechanicznej płuc pacjentów w warunkach stacjonarnych lub domowych. Podobnie byli zgodni, że doszło do uregulowania przez stronę pozwaną wynagrodzenia za świadczenia udzielone na podstawie tejże umowie do wysokości uzgodnionych, maksymalnych kwot zobowiązania przewidzianego aneksem nr (...) z dnia 11 lutego 2015 roku. (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w P. zarzucił, że do nadwykonań doszło na skutek zaniedbań świadczeniodawcy, który nie informował na bieżąco o potrzebach w udzielaniu świadczeń, na dodatek mimo świadomości wyczerpaniu umownego limitu dalej przyjmował pacjentów. Podniósł również, że takie nielojalne zachowanie przy równoczesnym występowaniu o zapłatę stanowi nadużycia prawa podmiotowego. Ponadto podważał charakter udzielanych świadczeń jako ratujących życie.

W ocenie Sądu orzekającego przedstawione przez pozwanego argumenty są chybione i nie mogły doprowadzić do odmowy udzielenia ochrony prawnej żądaniu pozwu.

Istotne znaczenie dla oceny roszczenia powoda mają przepisy: art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz.1793) oraz art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r., poz.1638). Przywołane regulacje stanowią, że w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie, a podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Stan nagły definiuje z kolei art. 5 pkt 33 ww aktu prawnego, stanowiąc, że jest nim stan o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r., poz. 757). Według dyspozycji tego przepisu stan nagły zagrożenia zdrowotnego to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

Jednocześnie podstawę do interpretacji wskazanych regulację stanowią przepisy najwyższego rangą aktu normatywnego Rzeczypospolitej Polskiej – Konstytucji, która w art. 68 ust. 1 i 2 przewidują, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelem niezależnie od ich sytuacji materialnej władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

Zgodnie z ugruntowanym stanowiskiem judykatury świadczeniodawcy przysługuje wobec Narodowego Funduszu Zdrowia roszczenie o wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe spełnione na rzecz osób ubezpieczonych w okolicznościach, w których było zagrożone zdrowie lub życie tych osób (por. wyroki z dnia 5 listopada 2003 r., IV CK 189/02, z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK 365/03, 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, z dnia 25 maja 2006 r., II CSK 93/05, i z dnia 8 sierpnia 2007 r., I CSK 125/07, OSP 2008, nr 7-8, poz. 72).

Nie mógł zyskać aprobaty Sądu argument strony pozwanej jakoby na przeszkodzie uwzględnieniu żądania zapłaty za udzielenie nadlimitowych świadczeń stał łączący strony stosunek prawny, a finansowanie godziłoby w wolę kontrahentów. W doktrynie przyjmuje się jednolicie, że obowiązki wynikające z art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne, w tym limity wynagrodzeń w nich ustalone. Jeśli zatem podmiot leczniczy, który zawarł

umowę o świadczenie usług medycznych, udzielił świadczenia w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego ma roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenia względem Narodowego Funduszu Zdrowia. W orzecznictwie wypracowanym wprowadzie na kanwie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ale zachowującym aktualność w obecnym stanie prawnym z uwagi na tożsamość brzmienia przepisu wskazuje się, że określone w umowach ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą przypadków gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielania świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia bądź zdrowia. Jeśli bowiem zachodzi ustawowy obowiązek natychmiastowego udzielania świadczeń, to nie mogą być one limitowane umową.

W tej części rozważań należy odwołać się do art. 56 kc, zgodnie z którym czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy, z zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów. Stosunek zobowiązaniowy dookreślają przepisy Kodeksu cywilnego i innych ustaw, które o ile nie mają charakteru norm dyspozytywnych, nie mogą zostać wyłączone w drodze zgodnych oświadczeń stron. Rację ma więc pozwany, że umowy pomiędzy NFZ a świadczeniodawcami wykazują bez wątpienia charakter cywilnoprawny. Jednakże immanentną cechą ustawowej regulacji ubezpieczeń zdrowotnych jest zdecydowana nadrzędność interesu publicznego nad interesem jednostek, co przemawia za przypisaniem normom wynikającym z przepisów regulujących prawa i obowiązki stron tych umów - w tym art. 15 ustawy o działalności leczniczej - charakteru norm imperatywnych, od których stosowania w ramach konkretnego stosunku prawnego stronom nie wolno odstąpić ani ich modyfikować. W tej części autonomia podmiotów prawa cywilnego i swoboda kontraktowa ulega ograniczenia na skutek wyraźnej woli ustawodawcy.

Innymi słowy do skutków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej należy włączyć koszty świadczeń udzielonych w warunkach przymusu ustawowego, nawet gdy nie zostały określone w umowie i objęte uzgodnionym wynagrodzeniem. Koszty te obciążają pozwany Fundusz, który jest jednostką utworzoną do finansowania świadczeń opłacanych ze środków publicznych. Skoro bowiem świadczeniodawca nie może odmówić udzielenia świadczenia, a obowiązek ten nałożył na niego ustawodawca, to nie można wymagać, aby samodzielnie świadczenia finansował, tym bardziej, że obowiązek zapewnienia ochrony życia i zdrowia obywateli spoczywa na państwie z mocy przepisów ustawy zasadniczej. Koszty tych świadczeń winien więc pokryć Skarb Państwa, który realizuje swój obowiązek za pośrednictwem Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie można w ramach korzystania z dyspozycji art. 353<sup>1</sup> k.c. zobowiązać zakłady opieki zdrowotnej czy świadczeniodawców do ponoszenia kosztów świadczeń ponadlimitowych. Oznaczałoby to bowiem nałożenie na nich daniny publicznej w drodze pozaustawowej z naruszeniem art. 217 Konstytucji RP, według którego nakładanie między innymi danin publicznych następuje w drodze ustawy. Jednocześnie nie można zapominać, że brak wywiązania się z ustanowionych w art. 15 ustawy o działalności leczniczej obowiązków może rodzić dla podmiotów leczniczych odpowiedzialność cywilną jak i karną.

Zgodnie z ogólną zasadą rozkładu ciężaru dowodu w procesie to na dochodzącym zapłaty za świadczenia medyczne udzielone pacjentom w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia ciąży obowiązek wykazania, że z uwagi na okoliczności poszczególnych przypadków zachodziła potrzeba natychmiastowego udzielenia tych świadczeń (art. 6 kc) (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 grudnia 2006 r., sygn. akt II CSK 279/06; wyrok z dnia 10 maja 2006 r., sygn. akt III CSK 53/05; wyrok z dnia 29 marca 2006 r. sygn. akt IV CSK 158/05; wyrok z dnia 3 listopada 2004 r., sygn. akt III CSK 546/03, wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 15 stycznia 2014 roku, I ACa 1363/14, LEX nr 1540865).

W ocenie Sądu powód wywiązał się ze wspomnianego obowiązku procesowego.

Po pierwsze, wbrew wywodom strony pozwanej, świadczenia wentylacji mechanicznej były świadczeniami podjętymi ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów w rozumieniu art. 15 ustawy o działalności leczniczej, a chorzy nie mogli oczekiwać w kolejce na ich udzielenie bez żadnych negatywnych następstw. Nie sposób też uznać za słuszny pogląd, że tego rodzaju świadczenie można zakwalifikować jako planowane. W celu oceny znaczenia udzielenia w 2014 roku spornych świadczeń dla sytuacji zdrowotnej pacjentów Sąd zasięgnął wiadomości specjalnych (k. 929). Biegły anestezjolog prof. dr hab. n. med. W. K. (2) po przeanalizowaniu stanu zdrowia wszystkich chorych, którym udzielono wentylacji mechanicznej w ramach nadwykonania świadczeń z umowy łączącej strony procesu na rok 2014 doszedł do wniosku, że ich realizacja nastąpiła ze względu na stan zagrożenia chorych i była konieczna,

gdyż opóźnienie w ich wykonaniu groziło bezpośrednim zagrożeniem życia. Brak przejęcia opieki medycznej nad pacjentami wymagającymi mechanicznego oddechu doprowadziłoby do konieczności hospitalizacji na oddziałach intensywnej terapii, w przypadku większości chorych w ciągu kilku kilkunastu godzin od chwili zaprzestania prowadzonej wentylacji domowej respiratorem. Postępowanie te byłoby niekorzystne ze względu na dobro pacjenta, dla którego warunki domowe są najkorzystniejsze, naraziłoby go na ryzyko infekcji szpitalnej, obciążałoby budżet państwa wysokimi kosztami leczenia w deficytowych oddziałach specjalistycznych, oznaczałoby izolowanie chorych od środowiska domowego. Według biegłego definicja stanu nagłego ustalonego na gruncie art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej nie odpowiada specyficie sytuacji chorych objętych, jak w przedmiotowej sprawie, opieką paliatywną wymagających przewlekłej wentylacji mechanicznej, gdyż zaprzestanie tego świadczenia w krótkim czasie lub natychmiast doprowadziłoby do zagrożenia życia lub w sytuacjach krytycznych do zgonu.

W świetle stanowczości wniosków opinii, które w całości zostały podzielone przez Sąd (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w P. nie mogła odmówić udzielenia świadczenia dla pacjentów w związku z wyczerpaniem limitu przewidzianego w umowie, albowiem taka sytuacja spowodowałaby nieodwracalne negatywne dla nich skutki. Biegły jednoznacznie wskazał, że zaprzestanie opieki domowej przez wyspecjalizowaną instytucję w domowej wentylacji mogłoby bezpośrednio zagrozić zdrowiu i życiu chorych.

Przypomnienia wymaga, że świadczeniami zdrowotnymi, o których mowa w art. 15 ustawy o działalności leczniczej (dawniej art. 7 ustawy o z.o.z.) i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza objęte zostały w zasadzie stany nagłe i niespodziewane, których nie można przewidzieć (np. pacjenci z udarem mózgu, zawałem serca, poszkodowani w wypadkach). W orzecznictwie trafnie zwraca się uwagę, że niewystarczające jest ustalenie, że określony zabieg jest zabiegiem ratującym zdrowie lub życie, konieczne jest ponadto ustalenie, że pacjent potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia lub że jest to przypadek niecierpiący zwłoki. W przepisach tych chodzi zatem o taki stan, w którym odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia. Jakkolwiek każde świadczenie medyczne jest udzielane w sytuacji zagrożenia zdrowia ludzkiego, to jednak ustawodawca wyraźnie odróżnił świadczenia medyczne udzielane w normalnych warunkach, gdy udzielenie pomocy nie wymaga natychmiastowego działania i może być odłożone w czasie, od sytuacji, gdy pomoc ta musi być udzielona natychmiast, albowiem jej odroczenie w czasie może skutkować utratą zdrowia lub życia. Każde świadczenie medyczne jest udzielane w sytuacji zagrożenia zdrowia, ale nie każde jest świadczeniem udzielanym w sytuacji wymagającej natychmiastowej pomocy medycznej, której odroczenie w czasie może skutkować utratą zdrowia lub życia (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 13 października 2007 r., III CSK 123/06, LEX nr 258671 oraz z dnia 4 stycznia 2007 r., V CSK 396/06, LEX nr 244455). Pod pojęciem stanu zagrożenia zdrowia lub życia można rozumieć wszelkiego rodzaju przypadki niecierpiące zwłoki, do których przede wszystkim należy zaliczyć sytuacje, w których zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, przy czym niebezpieczeństwo grożące życiu lub zdrowiu nie musi być bezpośrednie. Żaden bowiem z analizowanych przepisów nie wprowadza ograniczeń co do obowiązku udzielenia natychmiastowej pomocy jedynie do sytuacji bezpośredniego zagrożenia dla życia lub zdrowia.

Termin „natychmiastowości” w rozumieniu art. 15 ustawy o działalności leczniczej ustawodawca odnosi zatem nie do możliwości ziszczenia się zagrożenia wobec pacjenta, ale do czasu, w jakim świadczenia zdrowotne winny być udzielone osobie znajdującej się w określonym stanie zdrowotnym. Z powyższego wynika, że ustawa nie wprowadza wymogu udzielenia pomocy osobie w stanie natychmiastowego - odczytywanego jako nagłego - zagrożenia życia lub zdrowia, ale obowiązek udzielenia natychmiastowej pomocy osobie znajdującej się w stanie zagrożenia życia lub zdrowia, bez względu na to, czy owo zagrożenie jest natychmiastowe, czy też nagłe. Żaden z przywołanych wyżej przepisów nie określa czasu powstania stanu chorobowego, który aktualizuje obowiązek natychmiastowego udzielenia pomocy, w szczególności ograniczając zaistnienie owego stanu jedynie do sytuacji nagłych i niespodziewanych. Przepisy te łącznie określają jedynie cechy charakterystyczne dla już zaistniałego stanu zdrowia pacjenta, jednak bez precyzowania, kiedy i w jakich okolicznościach ów stan zaistniał, uprawniając do otrzymania niezwłocznie świadczenia zdrowotnego. Dlatego w ocenie Sądu zastosowania art. 15 cytowanej wyżej ustawy nie można rozumieć wąsko i ograniczać tylko do wypadków komunikacyjnych czy innych niespodziewanych, nagłych przypadków, gdy ktoś

wzywa Pogotowie (...) czy zgłasza się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Takie mogą równie dobrze skutkować mniej poważnymi obrażeniami, co do których pewne sposoby leczenia, a co za tym idzie pewne świadczenia mogą być odroczone w czasie na krócej bądź dłużej. Nie można odwrotnie, z góry wykluczyć sytuacji, że w przypadku pacjenta leczonego przewlekłe, jak w rozpoznawanej sprawie, występuje konieczność natychmiastowego wykonania świadczenia. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 10 stycznia 2014 roku wyraził trafne zapatrywanie, że jeśli przystąpienie do każdego kolejnego zabiegu decyduje czy zdrowie i życie osoby będzie zagrożone czy też nie, to zabieg ten uznać należy za nagły, natychmiastowy (vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2014 roku, sygn. akt I CSK 161/13, LEX nr 1438639).

Zdaniem Sądu w przypadku pacjentów objętych opieką paliatywną cierpiących na niewydolność oddechową można mówić o wystąpieniu nagłego zagrożenia dla ich życia i zdrowia, gdy nie zostanie im zapewniona wentylacja mechaniczna. Świadczenie to musi być nieustannie udzielane, gdyż w zasadzie tylko dzięki temu pacjent jest utrzymywany przy życiu. Z tego względu nie może dojść do sytuacji, że respiroterapia nie zostanie wykonana, gdyż w istocie ratuje ona życie pacjenta, bez niej jego funkcje życiowe przestałyby działać w krótkiej perspektywie czasowej. Sam pozwany nie negocjował tej okoliczności, podnosił jednak, że powód winien był powstrzymać się od przyjmowania kolejnych pacjentów wiedząc, że przekroczył limit świadczeń wyznaczony umową. Skoro tego nie czynił przejął na siebie ryzyko braku zapłaty za ich udzielenie. Wskazywał, że H. H. winien monitorować stan wykonania świadczeń, informować na bieżąco Narodowy Fundusz Zdrowia, ewentualnie odsyłać pacjentów do innych świadczeniodawców, którzy nadal posiadali możliwość udzielenia chorym wentylacji domowej w ramach kontraktu z pozwanym.

W ocenie Sądu i te zarzuty nie zniweczyły zasadności powództwa. Przede wszystkim w umowie strony nie przewidziały procedury postępowania w wypadku powstania sytuacji tzw. nadwykonań, w szczególności nie nałożyły na powoda obowiązku odmawiania zwracającym się do niego o udzielenia świadczeń pacjentom jak też poszukiwania dla nich bądź dla pacjentów, którym już w roku 2013 udzielano wentylacji domowej i którzy kontynuowali leczenie w roku 2014 miejsc w innych placówkach medycznych. Nota bene z oceny konsultanta wojewódzkiego ds. anestezjologii wydanej na rok 2014 jednoznacznie wynika deficyt łóżek na oddziałach intensywnej terapii w województwie (...), co poddaje w wątpliwość tezę pozwanego, że bez świadczeń udzielanych przez powoda pacjenci mieliby zapewnioną właściwą opiekę. Tak samo należy ocenić argument o możliwości kolejkwania tych chorych. Po wtóre, nie można w świetle materiału dowodowego uznać, że powód narzucił swoje usługi chorym – jak wskazał świadek K. Z. skierowania były umieszczone na stronie internetowej H. H., podobną praktykę stosują w tym zakresie inni świadczeniodawcy, a powodowa spółka cieszy się dobrą opinią wśród pacjentów, którzy wymieniają się poglądami na temat jakości pomocy medycznej.

Kolejno nie jest prawdą, że świadczeniodawca nie informował Narodowego Funduszu Zdrowia o tym, że udziela świadczeń respiroterapii większej aniżeli wynika to z umowy liczbie pacjentów. Już w piśmie datowanym na październik 2013 roku postulował podwyższenie planu rzeczowo – finansowanego w przygotowywanej na kolejny rok rozliczeniowy umowie. Skoro zatem powód zgłaszał stronie pozwanej problem z niezakontraktowanymi pacjentami wymagającymi wentylacji mechanicznej, to pozwany jako organizator opieki zdrowotnej powinien był albo odpowiednio modyfikować treść umowy albo też wskazać placówkę medyczną czy innego świadczeniodawcę, który zapewni chorym udzielenie tego świadczenia. Brak inicjatywy Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego w B. skutkowało tym, że zagwarantowanie wentylacji oddechowej takiej przewlekłej chorej osoby, gdy zwracała się ona do powoda, stawało się świadczeniem opieki zdrowotnej udzielonym w warunkach konieczności natychmiastowego wykonania, czyli w tzw. trybie nagłym, którego nie można było przesunąć w czasie. Nie bez znaczenia pozostaje wola pacjentów w zakresie kontynuowania leczenia u dotychczasowego świadczeniodawcy, bez których zgody powód nie miał prawa kierowania ich pod opiekę innego podmiotu. Potwierdzają to także słowa świadka J. R. – dawnego dyrektora O. N., który wskazał, że nie ma możliwości „przesuwania” pacjentów między świadczeniodawcami, a pozwany nie ma uprawnienia by narzucić pacjentom podmiot u którego mają się leczyć (00:12:40 na k. 980 v).

Z tych przyczyn podnoszone przez pozwanego argumenty dotyczące konieczności dostosowywania udzielanych przez (...) spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością w P. świadczeń zdrowotnych do możliwości finansowych

Narodowego Funduszu Zdrowia nie mogły odnieść zamierzonego skutku. Oczywiście jest przy tym, że sporne świadczenie z uwagi na swoją specyfikę nie mogło mieć charakteru jednorazowego, a ciągły. Prawo do ochrony życia i zdrowia człowieka stanowi istotniejszą wartość niż planowane wykonanie budżetu instytucji państwowych. Powyższe nakładało obowiązek udzielenia przez powoda świadczeń zdrowotnych bez względu na ustalone umownie limity, a w rezultacie pozwany jest zobowiązany do ich sfinansowania.

Ostatecznie na kształt wydanego rozstrzygnięcia nie mógł wpłynąć podniesiony zarzut nadużycia praw podmiotowych.

Podkreślić należy, że norma art. 5 k.c. może być stosowana wyjątkowo i tylko w takich szczególnych sytuacjach, w których wykorzystywanie uprawnień wynikających z przepisów prawnych prowadziłyby do skutku nieaprobowanego w społeczeństwie ze względu na przyjętą w społeczeństwie zasadę Odmowa udzielenia ochrony prawu podmiotowemu musi być uzasadniona okolicznościami rażącymi i nieakceptowalnymi ze względu na system wartości istniejący w społeczeństwie tym bardziej, że przy przyjmowaniu nadużycia prawa należy mieć na uwadze domniemanie korzystania z prawa podmiotowego zgodnie z zasadami współzycia społecznego. Ocena roszczenia na tle klauzuli generalnej z art. 5 k.c. musi uwzględniać interesy obu stron. Odwołanie się do konstrukcji nadużycia prawa i udzielenie ochrony stronie dotkniętej nadużyciem prawa wymaga spełnienia trzech zasadniczych przesłanek: istnienia prawa, które zostaje nadużyte, czynienia z niego użytku oraz sprzeczność tego użytku z kryteriami nadużycia prawa. Z powołaniem się na art. 5 kc nie można jednak podważać ani modyfikować wyraźnych dyspozycji przepisów prawnych, które gwarantują bezpieczeństwa obrotu prawnego. O nadużyciu prawa podmiotowego decydują obiektywne kryteria oceny w postaci sprzeczności z zasadami współzycia społecznego i ze społeczno-gospodarczym przeznaczeniem prawa podmiotowego.

W realiach rozpoznawanej sprawy nie zaistniały żadne okoliczności wskazujące na potrzebę zastosowania art. 5 kc. Narodowy Fundusz Zdrowia upatrywał nieolejalnego zachowania w dochodzeniu przez (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w P. zapłaty za ponadlimitowe świadczenia. Akcentował, że to zaniedbania po stronie powoda sięgające roku 2013 wprowadziły pozwanego w błąd i w konsekwencji doprowadziły do spornej sytuacji. Materiał dowodowy nie potwierdził tych tez. Nie można też przypisać powodowi negatywnego działania nieakceptowanego w powszechnym społecznym odczuciu, tak w stosunku do pacjentów jak i swego kontrahenta. Dodatkowo odmówienie roszczeniu (...) spółce z ograniczoną odpowiedzialnością ochrony prawnej stałoby w sprzeczności z bezwzględnie obowiązującymi przepisami ustawy o działalności leczniczej, co nie jest rolą instytucji nadużycia praw podmiotowych.

W tym stanie rzeczy Sąd na mocy art. 15 ustawy o działalności leczniczej zasądził żadaną w powództwie kwotę wynikającą z dołączonych faktur VAT. O odsetkach orzeczono zgodnie z art. 481 kc od 15 lutego 2015 roku jako dnia, w którym upływał 45 dzień okresu rozliczeniowego umowy za rok 2014. W związku z tym niezasadne było stanowisko powoda, który wiązał wymagalność poszczególnych kwot za wykonania ponadlimitowych świadczeń z wezwaniem do ich uiszczenia i w tym zakresie powództwo zostało oddalone (pkt I i II wyroku).

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 100 zdanie 2 kpc zasądzając od pozwanego na rzecz powoda, który uległ tylko co do nieznaczej części swojego żądania, kwotę 20.317,20 zł tytułem zwrotu kosztów sądowych. Składały się na nie: opłata od pozwu w wysokości 12.406 zł, koszty zastępstwa procesowego radcy prawnego w stawce minimalnej w kwocie 7.200 zł ustalone w myśl § 6 pkt 7 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, opłata skarbową w kwocie 17 złotych od udzielonego pełnomocnictwa oraz kwota 694,20 złotych wynagrodzenia dla biegłego sądowego (k. 958). W ocenie Sądu nie zaistniały podstawy do podwyższenia stawki wynagrodzenia dla radcy prawnego reprezentującego powoda za udzieloną pomoc prawną. Zasadą jest, że Sąd zasądza opłatę za czynności radców prawnych według stawki minimalnej, natomiast tylko jeżeli przemawia za tym niezbędny nakład pracy pełnomocnika, charakter sprawy oraz jego wkład w przyczynienie się do jej wyjaśnienia i rozstrzygnięcia może zasądzić opłatę wyższą, która nie może jednak przewyższyć sześciokrotnej stawki minimalnej ani wartości przedmiotu sprawy. W realiach rozpoznawanej sprawy aktywność procesowa pełnomocnika (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością pozostawała na przeciętnym poziomie, podobnie nakład jego pracy w wyjaśnieniu podstaw sporu ani stopień skomplikowania sprawy nie uzasadnia przyznania mu wyższego wynagrodzenia.



W oparciu o art. 84 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych Sąd nakazał zwrócić powodowi ze Skarbu Państwa kwotę 1305,80 zł tytułem niekorzystnej kwoty zaliczki wniesionej przez niego na poczet wynagrodzenia biegłego (k.934).