

Sygn. akt V ACa 525/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 czerwca 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – V Wydział Cywilny

w składzie:

| | |
|-----------------|---------------------------------------------------|
| Przewodniczący: | SSA Anna Strugała (spr.) |
| Sędziowie: | SA Hanna Rucińska SA Barbara Rączka-Sekścińska |
| Protokolant: | sekretarz sądowy Barbara Haska |

po rozpoznaniu w dniu 24 maja 2019 r. w Gdańsku na rozprawie

sprawy z powództwa Wojewódzkiego Szpitala (...) w T.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. (...) w B.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w B.

z dnia 2 lutego 2018 r., sygn. akt I C 971/13

I. oddala apelację;

II. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 8.100 (osiem tysięcy sto) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

SSA Barbara Rączka-Sekścińska SSA Anna Strugała SSA Hanna Rucińska

Na oryginale właściwe podpisy.

Sygn. akt: V ACa 525/18

UZASADNIENIE

Powód Wojewódzki Szpital (...) w T. wniósł pozew datowany na dzień 19 listopada 2013r. przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. (...) w B. o zapłatę na jego rzecz kwoty 346.648 zł tytułem zwrotu kosztów świadczeń zdrowotnych z zakresu hemodializoterapii oraz żywienia pozajelitowego i dojelitowego w warunkach domowych udzielonych pacjentom w warunkach przymusu ustawowego w roku 2011 wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 lutego 2012r. do dnia zapłaty. Powód wniósł także o zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa

procesowego według zestawienia kosztów przedłożonego na rozprawie, a w przypadku jego nie przedłożenia - według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu powód podał, że łączyła go z pozwanym umowa z dnia 26 stycznia 2011r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane (która była aneksowana), zawierająca określony limit udzielania świadczeń zdrowotnych (do kwoty 8.430.197,90 zł na rok 2011), za które pozwany zobowiązał się zapłacić powodowi. Powód wskazał, że w 2011r. udzielił na rzecz pacjentów świadczeń z zakresu hemodializoterapii i żywienia pozajelitowego i dojelitowego w warunkach domowych, których wartość okazała się być większa niż kwoty wypłacone przez NFZ, wynikające z kontraktu. Wartość świadczeń z zakresie hemodializoterapii wyniosła 290.628 zł, natomiast wartość świadczeń z zakresu żywienia pozajelitowego i dojelitowego w warunkach domowych wyniosła 56.020 zł (co daje łączną kwotę 346.648 zł dochodzoną pozwem). W ocenie powoda już z zasad doświadczenia życiowego wynika, że każde z świadczeń objętych treścią pozwu ratuje życie lub zdrowie pacjenta i wymaga natychmiastowego udzielenia. Odnośnie odsetek strona powodowa wskazała, że dochodzi ich na podstawie art. 481 § 1 k.c. od dnia wymagalności roszczenia tj. od dnia 15 lutego 2012r. Zgodnie z treścią Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008r., nr 81, poz. 484), rozliczenie wykonania umowy nastąpić winno najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego tj. do dnia 14 lutego 2012r. (§ 27 ust. 2 Rozporządzenia).

Pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia w W. (...) w B. w odpowiedzi na pozew z dnia 31 stycznia 2014r. wniósł o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwany podał, iż roszczenie jest bezzasadne oraz nie zasługuje na uwzględnienie. Zaprzeczył wszystkim twierdzeniom pozwu nie przyznanych wprost. W ocenie strony pozwanej świadczenia udzielane przez powodowy szpital w zakresie hemodializoterapii oraz żywienia pozajelitowego i dojelitowego nie należą do świadczeń nielimitowanych, natomiast sfinansowała ona wszystkie udzielone świadczenia objęte umową stron. Ustalenie w umowie przez strony ilości możliwych do zrefinansowania świadczeń na 2011r. było skutkiem negocjacji stron. Ponadto zgodnie z aneksem nr (...) do umowy, z dniem 26 sierpnia 2011r. uległa zmianie wartość umowy w zakresie hemodializy, gdzie zwiększono środki na te świadczenia. W ocenie pozwanego Funduszu żądanie strony powodowej, w którym domaga się ona zapłaty za świadczenia udzielone ponad limit jest niezasadnym przerzuceniem na pozwanego odpowiedzialności za brak profesjonalizmu i zaniechanie właściwego rozpoznania zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne przez stronę powodową.

Wyrokiem z dnia 2 lutego 2018r. Sąd Okręgowy w B.:

1. zasądził od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia - (...) Oddziału Wojewódzkim w B. na rzecz powoda Wojewódzkiego Szpitala (...) w T. kwotę 346.648 zł z odsetkami ustawowymi za okres od dnia 15 lutego 2012 r do dnia zapłaty.
2. zasądził od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia - (...) Oddziału Wojewódzkim w B. na rzecz powoda Wojewódzkiego Szpitala (...) w T. kwotę 7.217 zł z tytułu zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.
3. kosztami sądowymi obciążył Skarb Państwa.

Swoje rozstrzygnięcie Sąd Okręgowy oparł na następujących ustaleniach i rozważaniach:

Powód Wojewódzki Szpital (...) w T.

zawarł z pozwanym Narodowym Funduszem Zdrowia (...) w B. w dniu 26 stycznia 2011r. umowę o numerze (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane. Umowa ta była aneksowana. W planie rzeczowo-finansowym będącym załącznikiem do aneksu nr (...) strony ustaliły, że kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 1 stycznia 2011r. do dnia 31 grudnia 2011r. wynosi łącznie 8.430.197,90 zł.

Powód w 2011r. wykonał na rzecz pacjentów świadczenia zdrowotne z zakresu hemodializoterapii i żywienia pozajelitowego i dojelitowego w warunkach domowych. Ich wartość była wyższa niż kwoty wypłacone przez pozwanego, wynikające z ww. umowy stron. Wartość świadczeń z zakresu hemodializoterapii wykonanych przez powodowy szpital nie zapłaconych przez pozwanego wynosi 290.628 zł. Wartość świadczeń udzielonych pacjentom w zakresie żywienia pozajelitowego i dojelitowego w warunkach domowych ponad limit umowny wyniosła natomiast 56.020 zł.

Powodowy szpital podjął szereg czynności zmierzających do prowadzenia racjonalnej gospodarki przekazanymi przez pozwanego środkami finansowymi. Zorganizował odpowiedni system przyjęć pacjentów, ustalił procedury postępowania w stanach nagłych i racjonalizował przyjęcia pacjentów. Na podstawie odpowiednich zarządzeń powołano także Zespół (...). Od 2005r. w szpitalu obowiązuje też księga procedur postępowania w stanach nagłych oraz księga procedur Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izłą Przyjęć. Obowiązuje regulamin porządkowy, który określa organizację i porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych. W stosunku do świadczeń objętych pozwem nie były tworzone listy osób oczekujących, ponieważ wynika to z ich istoty – wymagają natychmiastowego ich udzielenia.

Powód wnosił o przesunięcia kontraktowe w zakresie hemodializy, mając na względzie racjonalizowanie świadczeń w ramach zawartego z pozwanym kontraktu.

Powód przekazał za pomocą systemu informatycznego dane dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych za rok 2011 w dochodzonym pozwem zakresie. Pozwany zatwierdził zgłoszone rozliczenie.

Dochodzona przez powoda kwota stanowi roszczenie powstałe wobec nie opłacenia przez pozwanego świadczeń, do których zapłaty jest

on zobligowany mocą art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i art. 15 ustawy o działalności leczniczej.

Wszystkie z udzielonych świadczeń z zakresu hemodializy miały charakter świadczeń ratujących życie lub zdrowie pacjentów. Ich nieudzielenie nieuchronnie prowadzić mogło do znacznego pogorszenia stanu zdrowia lub zgonu pacjentów.

U żadnego z pacjentów nie wykonano zabiegu hemodializy z powodu ostrej niewydolności nerek. Wszyscy pacjenci powoda byli objęci programem leczenia nerkozastępczego przewlekłego jako ostatecznego lub poprzedzającego przeszczep nerki. Brak było u nich nagłych wskazań do dializy poza planowym terminem w programie 3 razy w tygodniu (np. dodatkowa dializa z powodu znacznej, objawowej hiperpotasemii, obrzęku płuc, czy przed przeszczepem nerki). Chory ze schyłkową niewydolnością nerek, aby żyć, musi być poddawany terapii nerkozastępczej w postaci dializy otrzewnowej, dializy pozaustrojowej (hemodializy) lub mieć wykonany udany przeszczep nerki. Leczenie dializami powtarzanymi 3 razy w tygodniu pozwala choremu żyć, jest więc świadczeniem ratującym życie. Pacjent ze schyłkową niewydolnością nerek z objawami klinicznymi mocznicy bez leczenia nerkozastępczego umiera zwykle w przeciągu 4-8 tygodni znacznie cierpiąc. Podczas dializy dochodzi do oczyszczania krwi z toksyn mocznicowych, regulowania elektrolitów, wodorowęglanów i usuwania nadmiaru wody w stopniu pozwalającym żyć 48-72 godziny bez zagrożenia życia i zdrowia. Przerwanie leczenia dializami prowadzi do śmierci. Dopiero udany przeszczep nerki pozwala choremu żyć - w połączeniu z przyjmowaniem leków immunosupresyjnych.

Rozpoczęcie dializ traktowane jest jako stan nagły. Kolejne muszą odbywać się dla ratowania życia i zdrowia pacjentów. W niektórych przypadkach mogą być jednak przesunięte o 24-48 godzin np. przy awarii „sztucznej nerki”, trudności w transporcie, czy z przyczyn leżących po stronie chorego (zaburzenia psychiczne depresyjne). Włączenie chorego w program dializ stanowi świadczenie ratujące życie i zdrowie pacjenta. Musi być ono powtarzane w określonym czasie.

Wszyscy pacjenci, którym udzielono świadczeń z zakresu żywienia dojelitowego i pozajelitowego, objętych treścią pozwu, wymagali przeprowadzenia tego leczenia. Każdy z nich był też poddany tej procedurze. Odżywianie pacjentów jest obecnie jednym z istotniejszych elementów leczenia. Zastosowanie tego leczenia (drogą pozajelitową, droga jelitową) zarezerwowane jest dla pacjentów znajdujących się w ciężkim stanie ogólnym. Najczęściej są to pacjenci oddziałów intensywnej opieki medycznej, chorzy w trakcie opieki paliatywnej lub cierpiący na przewlekłe choroby metaboliczne.

Takie postępowanie lecznicze wynika z niemożliwości innego sposobu zapewnienia zapotrzebowania na energię i składniki pokarmowe. Prowadzenie terapii żywieniowej jest procedurą ratującą życie pacjentów. Jest to proces, który może być zaplanowany. Przyspieszenie terminu jest jednak możliwe w przypadku zmiany sytuacji klinicznej. Natomiast opóźnienie stanowi narażenie pacjenta i jest niedopuszczalne. Świadczenia udzielone wszystkim pacjentom w postaci żywienia dojelitowego i pozajelitowego były udzielane w stanach zagrożenia ich życia lub zdrowia. Udzielano ich w stanach wymagających natychmiastowego udzielenia (brak możliwości ich odroczenia w dłuższym terminie).

Powód wystawił na pozwanego fakturę VAT nr (...) za wykonane świadczenia ponad limity z umowy za 2011r. z zakresu hemodializoterapii i żywienia pozajelitowego oraz dojelitowego. Doręczył ją pozwanemu w dniu 1 lutego 2013r. Pozwany odesłał fakturę powodowi bez zapłaty z informacją, że wystawiona została ona poza systemem informatycznym.

Powód wezwał pozwanego do zapłaty za dochodzone niniejszym pozwem świadczenia. W odpowiedzi pozwany poinformował, że zapłata nie jest możliwa z uwagi na brak odpowiednich środków finansowych.

Powyższy stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił na podstawie wiarygodnych dokumentów złożonych przez strony w toku rozprawy, opinii biegłych sądowych z zakresu (...) i (...), przygotowanych przez nich opinii uzupełniających oraz logicznych zeznań świadków.

Sąd I instancji uznał za wiarygodne dowody z dokumentów zebrane w sprawie, albowiem zostały sporządzone we właściwej formie, przewidzianej dla tego typu dokumentów. Ich autentyczność nie budziła wątpliwości Sądu. Szczególne znaczenie w realiach przedmiotowej sprawy miała zebrana w sprawie dokumentacja medyczna pacjentów, którym powodowy szpital udzielał świadczeń zdrowotnych. Karty pacjentów stanowiły podstawę badania przez biegłego udzielonych świadczeń pod kątem ich konieczności oraz cech sprawiających, że można je zakwalifikować jako świadczenia ratujące życie lub zdrowie pacjentów, udzielane w stanach nagłych.

Ze względu na okoliczności sprawy konieczne stało się zasięgnięcie przez Sąd wiadomości specjalnych. Wobec tego Sąd Okręgowy dopuścił dowód z opinii biegłych sądowych z dziedziny (...) i (...). Sąd a quo przychylił się do wniosków płynących z pisemnej opinii sporządzonej przez biegłego z dziedziny (...) W. R. oraz z dziedziny (...) C. P. na okoliczność, czy świadczenia zdrowotne udzielone przez powoda na rzecz pacjentów, za których wykonanie zapłaty od pozwanego dochodzi w niniejszej sprawie powód – stanowią świadczenia ratujące życie lub zdrowie i czy udzielane były w stanach wymagających natychmiastowego ich udzielenia. Biegły z dziedziny (...) miał nadto wypowiedzieć się, które ze świadczeń udzielane były w wypadkach ostrej niewydolności nerek.

Wykonane opinie nie budziły wątpliwości Sądu Okręgowego albowiem sporządzone zostały w sposób jasny, klarowny, logiczny, zgodnie z postanowieniem Sądu. Ponadto nosiły cechy fachowości i rzetelności. Opinie biegłych sporządzone zostały na podstawie analizy akt sprawy, głównie w postaci dokumentacji medycznej dotyczącej spornych świadczeń przedłożonej przez powodowy szpital. Biegli wskazali, iż wszystkie przypadki objęte pozwem dotyczyły świadczeń medycznych udzielonych z uwagi na zagrożenie życia i zdrowia pacjentów powodowego szpitala. Ustosunkowując się do zastrzeżeń stron zgłoszonych w pismach procesowych, biegły z zakresu (...) uzupełnił wyczerpująco swoją opinię, odpowiadając na pytania i wątpliwości stron w opinii uzupełniającej.

Sąd Okręgowy dał wiarę zeznaniom wszystkich przesłuchanych w sprawie świadków: E. K., M. M., R. S., A. K., B. S., M. W. i E. H.. Zeznania tych świadków były

wiarygodne, logiczne i spójne, nadto korespondujące z pozostałym materiałem dowodowym zebrany w sprawie oraz ze sobą wzajemnie. Świadkowie A. K., B. S. oraz M. W. zeznali zgodnie, iż Wojewódzki Szpital (...) w T. zaraportował w systemie informatycznym pozwanemu fakt udzielenia świadczeń ponad limit wyznaczony przez umowę stron. Zeznania pozostałych świadków (pracowników powodowego szpitala) również były logiczne, a ich treść wzajemnie się uzupełniała. Świadkowie wyjaśnili dokładnie dlaczego w ich ocenie świadczenia przez nich udzielane należy traktować jako ratujące życie i zdrowie pacjentów, udzielane w stanach nagłych. Wiarygodność zeznań tych świadków potwierdziły opinie biegłych sądowych.

W ocenie Sądu Okręgowego roszczenie powoda jest zasadne i zasługuje na uwzględnienie.

W niniejszej sprawie powód domagał się zasądzenia od pozwanego na jego rzecz kwoty 346.648 zł będącej wartością udzielonych świadczeń zdrowotnych z zakresu hemodializoterapii oraz żywienia dojelitowego i pozajelitowego – ponad limit określony umową z Narodowym Funduszem Zdrowia - w roku 2011. Roszczenie powoda opiera się na art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, który stanowi, iż podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, które potrzebuje go natychmiast ze względu na zagrożenie jej życia lub zdrowia. Kwestią mającą fundamentalne znaczenie jest także wskazanie definicji stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego, którego wystąpienie uzasadnia natychmiastowe udzielenie przez podmiot leczniczy tego świadczenia. Definicja taka występuje w przepisie art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, do której odwołuje się art. 5 ust. 33 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielanych ze środków publicznych. Mówi ona o tym, że stan nagły to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia zdrowia, a jego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia. Stan ten wymaga więc podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych oraz leczenia.

Spór stron ogniskował głównie wokół kwestii zasadności roszczenia powoda, wykazania czy za udzielone świadczenia powodowi należała się zapłata oraz rozważenie, czy w trakcie udzielania tych świadczeń zachodziły przesłanki uzasadniające zapłatę na rzecz powoda przez Narodowy Fundusz Zdrowia za wykonane świadczenia zdrowotne w trybie nagłym ratującym życie lub zdrowie pacjentów w ramach tzw. „nadwykonań” wskazanych w art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielanej ze środków publicznych.

Ja wskazano wielokrotnie w orzecznictwie, obowiązki wynikające z omówionych wyżej przepisów ustaw mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Dlatego właśnie zakładowi opieki zdrowotnej udzielającemu takich świadczeń przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie

(np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 2009r., V CSK 272/08, LEX nr 530613). Zakład opieki zdrowotnej odmawiając udzielenia świadczeń zdrowotnych pacjentowi w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia naraża się na odpowiedzialność cywilną, natomiast jego pracownicy - na odpowiedzialność karną i dyscyplinarną z tytułu nieudzielenia pomocy. Poza tym Sąd Najwyższy wskazał, iż w umowie między podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych a Narodowym Funduszem Zdrowia (wcześniej Kasą Chorych) stosowanie limitów nie dotyczy świadczeń niecierpiących zwłoki ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia człowieka, jeśli strony nie ustaliły niezbędnych przedsięwzięć organizacyjnych, zapewniających udzielenie tych świadczeń (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 lipca 2005r., I CK (...)).

W przedmiotowej sprawie powodowy szpital udowodnił, że poczynił nadto wszelkie możliwe czynności mogące racjonalizować koszty i limity. Jednakże z uwagi na charakter udzielanych świadczeń z zakresu hemodializoterapii czy żywienia pozajelitowego i dojelitowego, nie było możliwe wprowadzenie tzw. systemu kolejek. Szpital wprowadził natomiast stosowne procedury opisane w wewnętrznych aktach prawnych.

Podmiot leczniczy, który zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o świadczenie usług medycznych, który udziela świadczenia pacjentowi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego jest uprawniony do dochodzenia zapłaty za wartość świadczeń ponad limit umowny. Wskazuje się, iż określane w umowach ilościowe limity świadczeń

zdrowotnych nie dotyczą przypadków, gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, o jakich mowa w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 kwietnia 2008r., V CSK 533/07, LEX 515717, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 2009r., V CSK 272/08). Jeżeli bowiem zachodzi ustawowy obowiązek natychmiastowego udzielenia świadczeń, to nie mogą one być limitowane umową (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 05.11.2003 roku, IV CK 189/02, LEX nr 164009, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 2009r., V CSK 272/08, LEX nr 530613).

Należy zważyć również, iż zobowiązanie pozwanego do zapłaty powodowi za świadczone usługi medyczne wynika z umowy zawartej pomiędzy stronami o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej - zawartej na podstawie przepisu art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o

świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Zgodnie z treścią przepisu art. 155 ust. 1 tej ustawy, do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. Dokonując interpretacji umowy zawartej pomiędzy stronami należy odwołać się także do przepisu art. 56 i 65 k.c., a co do wykonania umowy do art. 354 k.c., co oznacza, że łącząca strony umowa wywołuje nie tylko skutki wynikające z jej treści ale także z innych przepisów ustawy, w tym art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej. Z powyższego przepisu wynika wprost, iż udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta jest ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy.

Przenosząc powyższe uwagi na grunt niniejszej sprawy Sąd Okręgowy wskazał, że roszczenie powoda zasługuje na uwzględnienie w całości. Przedstawiony przez niego materiał dowodowy pozwala na ustalenie, że wszystkie ze spornych świadczeń wykonane były w ustawowym, opisanym trybie. Jak wskazali świadkowie oraz biegli sądowi udzielenie tych świadczeń konieczne było ze względu na stan zdrowia pacjentów, który wymagał natychmiastowej reakcji. Niepodjęcie stosownych działań w odpowiednim czasie, czy też odroczenie zabiegów skutkowało mogło bezpośrednim zagrożeniem życia lub zdrowia pacjentów. Zdaniem Sądu I instancji, opierając się na zeznaniach świadków oraz mając na uwadze doświadczenie życiowe należy z całą pewnością stwierdzić, iż świadczenia zdrowotne udzielane w zakresie (...) są ze swej istoty świadczeniami podejmowanymi bezpośrednio w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia. Jak powszechnie wiadomo człowiek nie jest w stanie funkcjonować bez sprawnych nerek. Natomiast kwestie żywieniowe (poza- i dojelitowe) omówione przez biegłego z zakresu (...) związane są zwykle z pacjentami, których stan zdrowia już jest bardzo ciężki. Zwykle są to pacjenci oddziałów intensywnej terapii. Jak wiadomo, w przypadku tego rodzaju pacjentów, zagrożenie życia występuje przez niemal cały czas leczenia.

Mając na uwadze wszystkie powyższe okoliczności, na podstawie art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki

zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i art. 15 ustawy o działalności leczniczej, Sąd Okręgowy zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 346.648 zł wraz z odsetkami liczonymi od tej kwoty od dnia 15 lutego 2012r. do dnia zapłaty. O odsetkach Sąd a quo orzekł zgodnie z art. 481 § 1 k.c. oraz stosownie do dyspozycji § 27 ust. 2

Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wskazuje on, iż rozliczenie wykonania umowy następuje najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego to jest po upływie roku kalendarzowego. W konsekwencji termin wymagalności spornych świadczeń, których dochodzi powód za 2011r. rozpoczął się w dniu 15 lutego 2012r. (punkt 1 wyroku).

O kosztach postępowania Sąd Okręgowy orzekł na mocy art. 98 § 1 k.p.c.

Apelację od tego wyroku złożył pozwany, zaskarżając powyższy wyrok w całości, zarzucając:

1) naruszenie przepisów prawa materialnego - art. 19 ust. 1, art. 5 pkt 33 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm. - dalej: „ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”) oraz art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2006 r. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm. - dalej: ustawa o ratownictwie medycznym) poprzez ich błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie

w niniejszej sprawie a w konsekwencji błędne przyjęcie, że świadczenia objęte pozwem były świadczeniami opieki zdrowotnej udzielonymi w stanach nagłych;

2) naruszenie prawa materialnego - art. 132 i art. 136 ustawy świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez błędne przyjęcie, że świadczenia zdrowotne udzielone w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego mogą być finansowane w wysokości przekraczającej określoną w umowie ilość i wartość świadczeń;

Wobec powyższego, skarżący wniósł o:

3) zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości, względnie uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy sądowi I instancji do ponownego rozpoznania;

4) zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W odpowiedzi na apelację powód wniósł o jej oddalenie oraz zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego w postępowania apelacyjnym.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Apelacja pozwanego nie zasługiwała na uwzględnienie.

W przedmiotowej sprawie Sąd Apelacyjny podzielił ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd Okręgowy i uczynił je podstawą również swojego rozstrzygnięcia, uznając za zbędne ponowne ich powtarzanie. Skarżący w apelacji nie kwestionował przy tym ustaleń faktycznych Sądu a quo.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego wszystkie zarzuty naruszenia prawa materialnego były chybione.

Na wstępie wskazać należy, że wbrew zarzutom apelacji świadczenia zdrowotne udzielone przez powoda ponad limit mogą i muszą co do zasady być finansowane ze środków publicznych. Udzielanie świadczeń w stanach nagłych jest ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy o charakterze bezwzględny i koszt wykonania świadczenia, którego umowa nie przewidywała ze względu na jego rodzaj lub wyczerpanie limitu, nie może obciążać ani świadczeniodawcy, ani świadczeniobiorcy. Podmiotowi leczniczemu, który zawarł umowę z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługuje roszczenie o wynagrodzenie za wykonanie ponadlimitowych świadczeń w stanie nagłym w wysokości uzasadnionych kosztów ich udzielenia. Oczywiście zgodzić należy się z twierdzeniem, że nie każde świadczenie zdrowotne udzielane w warunkach art. 15 ustawy o działalności leczniczej powinno być opłacane ponad ustalony w umowie limit finansowania, gdyż podważałoby to sens przeznaczenia określonych środków w ramach umowy na finansowanie właśnie takich świadczeń. Do wyczerpania maksymalnego limitu finansowania świadczeń określonego w umowie, wydatki na świadczenia ratujące życie i zdrowie pacjenta nie podlegają odrębnemu finansowaniu. Dopiero w razie każdorazowego wyczerpania kwoty określonej w umowie, świadczenia wykonane w ramach przymusu ustawowego powinny być finansowane przez NFZ ponad określony w umowie limit.

Z przepisu art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej.

Słusznie w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 13 lipca 2005 r. (I CK (...)) wskazano, że w umowie między Kasą Chorych (Narodowym Funduszem Zdrowia) i świadczeniodawcą zastrzeżenie określające ilościowy limit świadczeń dotknięte jest nieważnością w zakresie świadczeń niecierpiących zwłoki ze względu na zagrożenie życia albo zdrowia, jeżeli strony umowy nie ustaliły niezbędnych przedsięwzięć organizacyjnych, zapewniających udzielenie tych świadczeń. W uzasadnieniu wyroku Sąd Najwyższy zważył, że można by powiedzieć, że po wyczerpaniu limitu świadczeniodawca

powinien odesłać pacjenta, ale nasuwa się pytanie - dokąd? W umowie między kasą chorych (Narodowym Funduszem Zdrowia) i świadczeniodawcą nie wystarcza ilościowe określenie limitów świadczeń, konieczna jest szczegółowa regulacja dotycząca tego, kto ma wykonywać świadczenia w przypadkach niecierpiących zwłoki, po wyczerpaniu limitu. Niezbędne jest uregulowanie kwestii bieżącego monitoringu. Świadczeniodawca, jeżeli sam ma nie wykonywać świadczenia, powinien w każdej chwili wiedzieć, dokąd ma odesłać pacjenta.

W łączącej strony umowie pominięto te kwestie. W takich okolicznościach zastrzeżenie limitu dotknięte było nieważnością wynikającą z przepisu art. 58 § 3 k.c., w sytuacji, gdy nie zagwarantowano jednocześnie powodowi możliwości przetransportowania pacjentów do innych świadczeniodawców. W konsekwencji powodowi przysługuje wynagrodzenie także za ponadlimitowe świadczenia udzielone ze względu na zagrożenie życia albo zdrowia.

Należy pamiętać, że zapewnienie obywatelom prawa do ochrony zdrowia oraz dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest obowiązkiem konstytucyjnym. Nie sposób przy tym na świadczeniodawcę przerzucać obowiązku finansowania tych świadczeń, mających charakter ratujących życie i zdrowie pacjenta na zakłady opieki zdrowotnej, bowiem to do obowiązków państwa należy stworzenie systemu opieki zdrowotnej działającego według określonych standardów.

W uchwale z dnia 19 marca 2019r. , w sprawie III CZP (...) Sąd Najwyższy wyraził pogląd, z którym Sąd Apelacyjny w pełni się zgadza, że do ustalania wysokości wynagrodzenia należnego świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej za świadczenie ponadlimitowe wykonane w stanie nagłym, nie ma zastosowania art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jedn. tekst: Dz.U. z 2018 r., poz. 1510 ze zm.). W takim wypadku wynagrodzenie ustala się w wysokości świadczenia uzyskiwanego na podstawie umowy. W uzasadnieniu uchwały Sąd Najwyższy wskazał, że w regulacjach prawnych dotyczących podmiotów działających na rynku usług zdrowotnych, tj. w art. 7 ustawy o z.o.z., a następnie w art. 15 ustawy o d.l., ustawodawca sformułował nakaz udzielenia ("nie może odmówić") świadczenia zdrowotnego (świadczenia opieki zdrowotnej) osobie, która takiego świadczenia potrzebuje natychmiast ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. W art. 19 ust. 1 ustawy o ś.o.z. ustawodawca użył innej terminologii, gdyż stwierdził, że w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Definicja pojęcia "stan nagły" w art. 5 pkt 33 ustawy o ś.o.z. została skonstruowana przez odwołanie się do mającego ten stan określać art. 3 pkt 8 ustawy z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195 z późn. zm. - dalej: "ustawa o PRM"), z którego wynika, że stan taki to stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, czyli 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. Należy przyjąć, że stan nagły w rozumieniu art. 19 ust. 1 ustawy o ś.o.z. odpowiada stanowi, w którym aktualizuje się nałożony przez art. 7 ustawy o z.o.z., a następnie w art. 15 ustawy o d.l., obowiązek spełnienia na rzecz pacjenta świadczenia zdrowotnego.

Adresatami obowiązku sformułowanego w art. 15 ustawy o d.l. są "podmioty lecznicze", a wynikającego z art. 19 ustawy o ś.o.z. - "świadczeniodawcy", przy czym według definicji ustalonej w art. 5 pkt 41 ustawy o ś.o.z. warunkiem zaliczenia do tej kategorii nie jest zawarcie z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lecz korzystanie ze statusu podmiotu wykonującego działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, ze statusu osoby fizycznej, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej, albo ze statusu osoby realizującej czynności z zakresu zaopatrzenia medycznego. Konieczność tak szerokiego rozumienia pojęcia "świadczeniodawca" na gruncie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych potwierdza art. 19 ust. 2 tej ustawy, w którym ustawodawca użył go z dookreśleniem, "który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej", co oznacza, że w każdym przypadku, gdy funkcjonuje ono bez tego dookreślenia, odnosi się do wszystkich kategorii podmiotów, o jakich mowa w art. 5 pkt 41 ustawy o ś.o.z. Z obowiązkiem udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłych koresponduje ustanowione dla pacjenta w art. 7 ust. 1 ustawy o p.p. uprawnienie

do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. O tej samej kategorii świadczeń, udzielanych z tych samych przyczyn, stanowi też art. 33 ust. 1 i 2 ustawy o PRM.

Zachowaniem nakazanym świadczeniodawcy ustawą w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta jest spełnienie "świadczenia zdrowotnego" (art. 15 ustawy o d.l.) i "świadczenia opieki zdrowotnej" (art. 19 ustawy o ś.o.z.), nie zaś tylko doraźna pomoc w celu zapobieżenia utracie życia, podtrzymania jego funkcji albo usunięcia niebezpieczeństwa nagłego pogorszenia zdrowia. Działania, o których mowa w art. 19 ust. 1 i 2 ustawy o ś.o.z. i w art. 15 ustawy o d.l. (dawniej art. 7 ustawy o z.o.z.), nie odbiegają charakterem od tych, które świadczone są na rzecz pacjentów na podstawie umów, a do spełnienia tego obowiązku nie może dojść inaczej niż przy zaangażowaniu zasobów osobowych i rzeczowych świadczeniodawcy w takim samym stopniu, w jakim te zasoby zostałyby zaangażowane w wykonywanie świadczeń zdrowotnych czy świadczeń opieki zdrowotnej w stanie nagłym na podstawie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Potwierdzeniem takiego rozumienia zakresu obowiązku świadczenia wobec pacjenta w sytuacji nagłej jest art. 35 ustawy o ś.o.z.

Świadczeniodawca związany z Narodowym Funduszem Zdrowia umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które ze względu na ich charakterystykę wymagają podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia, spełnia te świadczenia na rzecz beneficjentów systemu opieki zdrowotnej jako świadczenia im należne w związku z łączącą go z Narodowym Funduszem Zdrowia umową, nawet wówczas, gdyby działał już po wyczerpaniu oznaczonej w umowie liczby świadczeń, które na rzecz beneficjentów systemu miał spełnić w okresie rozliczeniowym (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 15 grudnia 2005

r., II CSK (...), z dnia 13 lipca 2005 r., I CK 18/05, OSP 2006, Nr 6, poz. 70, z dnia 8 sierpnia 2007 r., I CSK 125/07, OSP 2008, nr 7-8, poz. 72, z dnia 5 listopada 2003 r., IV CK (...), nie publ., z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK (...), nie publ., z dnia 14 lipca 2006 r., II CSK (...), nie publ., z dnia 25 maja 2006 r., II CSK (...), nie publ., z dnia 12 marca 2009 r., V CSK (...), nie publ., z 14 lutego 2008 r., II CSK(...), nie publ., z dnia 10 stycznia 2014 r., I CSK(...), nie publ.). Do takiego wniosku prowadzi uwzględnienie w ramach opisu treści praw i obowiązków stron umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej także art. 56 i 354 k.c., a zatem społeczno-gospodarczego celu nawiązania stosunku prawnego między Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcą, oraz gwarancji, jakie z tego stosunku prawnego mają wynikać dla beneficjentów systemu opieki zdrowotnej w świetle Konstytucji i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych. Ustalenie ustawowego obowiązku spełniania na rzecz beneficjentów systemu świadczeń ratujących życie lub zdrowie w sytuacjach nagłych w orzecznictwie zostało nawet użyte w charakterze argumentu przemawiającego za nieważnością umownego zastrzeżenia limitu świadczeń tego rodzaju możliwych do wykonania przez konkretnego świadczeniodawcę, chyba że strony umowy określiły niezbędne przedsięwzięcia organizacyjne, zapewniające udzielenie tych świadczeń potrzebującym (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 lipca 2005 r., I CK (...)).

Wprawdzie każdy jest obowiązany do ponoszenia ciężarów i świadczeń publicznych oznaczonych w ustawie (art. 84 Konstytucji), ale

w związku z oparciem ustroju na zasadzie społecznej gospodarki rynkowej, wolności działalności gospodarczej, własności prywatnej oraz solidarności (art. 20 i 22 Konstytucji), a ponadto zadeklarowaniem przez ustrojodawcę ochrony własności oraz innych praw majątkowych (art. 21 i 64 ust. 1 Konstytucji), nie można przyjąć, żeby ustawodawca mógł nałożyć w szczególności na przedsiębiorców oraz na inne podmioty pokrywające koszty działalności z uzyskiwanych przychodów,

obowiązek spełniania na rzecz innych osób świadczeń, za które nie uzyskają wynagrodzenia bezpośrednio od beneficjenta albo od innego podmiotu, który z różnych powodów powinien uczestniczyć w ich sfinansowaniu. Należy to odnieść także do świadczeń opieki zdrowotnej mających na celu uratowanie życia lub zdrowia pacjenta, których obowiązek spełnienia przez świadczeniodawców, spośród których większość ma status przedsiębiorców, przewidział ustawodawca w art.

19 ust. 1 i 2 ustawy o ś.o.z. i w art. 15 ustawy o d.l. Standardy konstytucyjne wymagają, żeby w zapłatę wynagrodzenia za świadczenia udzielone w powyższych sytuacjach zaangażowane zostały środki publiczne, gdyż na świadczeniodawcę nie może być przerzucone całe ryzyko gospodarcze wiążące się z wypełnianiem obowiązku ustawowego. Beneficjenci

świadczeń co do zasady uczestniczą w pokrywaniu ich kosztów przez opłacanie składek, jednak świadczenia, które mogą uzyskać z systemu nie są prostą konsekwencją ich wysokości. Świadczeniodawcy co do zasady weryfikują status osoby, której mają udzielić świadczeń, jako ubezpieczonej, ale w sytuacjach, o jakich mowa w art. 19 ust. 1 ustawy o ś.o.z. i art. 15 ustawy d.l., status ten nie ma znaczenia z punktu widzenia obowiązku udzielenia świadczenia, ze względu na rodzaj dobra chronionego przez ustawodawcę. W sfinansowanie tych świadczeń muszą być zaangażowane finanse publiczne, w tym także niepochodzące ze składek, a osobnym problemem jest określenie mechanizmów dochodzenia zwrotu wydatków uczynionych ze środków publicznych na rzecz osoby nieuczestniczącej w systemie ubezpieczeń, a poniesionych na udzielenie jej świadczenia ratującego życie lub zdrowie w sytuacji nagłej (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2007 r., I CSK 125/07).

Za świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 19 ust. 2 i 4-5 ustawy o ś.o.z. trzeba uznać takiego świadczeniodawcę, który w ogóle nie zawarł umowy o udzielanie jakichkolwiek świadczeń opieki zdrowotnej, ale też takiego, który zawarł wprawdzie umowę o udzielanie takich świadczeń, lecz rodzaj zakontraktowanych przez niego świadczeń nie odpowiada tym, które spełnił na rzecz pacjenta w sytuacji określonej w art. 19 ust. 1 ustawy o ś.o.z. Artykuł 132 ust. 4 ustawy o ś.o.z. stanowi, że świadczenia nieokreślone w umowie o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia udzielane są na rzecz osób ubezpieczonych wyłącznie w przypadkach i na zasadach określonych w ustawie, a skoro umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (art. 136 ust. 1 pkt 1 ustawy o ś.o.z.), a także kwotę zobowiązania wobec świadczeniodawcy (art. 136 ust. 1 pkt 5 ustawy o ś.o.z.), to świadczeniami określonymi w umowie są wyłącznie te świadczenia, które stanowią jej przedmiot. Ratione legis unormowania z art. 19 ust. 4 ustawy o ś.o.z. było zapewnienie rekompensaty za świadczenia, które co do zasady są finansowane ze środków publicznych

tym świadczeniodawcom, którzy wcale nie zawarli umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia albo nie zawarli umowy o ten rodzaj świadczeń, które spełnili na rzecz pacjentów w stanie zagrażającym życiu lub zdrowiu. Granice tego wynagrodzenia i zasady ubiegania się o nie wyznacza art. 19 ust. 4 i 5 ustawy o ś.o.z. Wynagrodzenie, do którego uprawniony jest w takich okolicznościach świadczeniodawca, który spełnił świadczenie w sytuacji nagłej, gdy nie był związany umową, ma obejmować "wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej", co koresponduje z zastrzeżeniem zawartym w art. 19 ust. 2 ustawy o ś.o.z., w świetle którego pacjent może oczekiwać od takiego świadczeniodawcy świadczenia "w niezbędnym zakresie" i temu odpowiada ustawowy obowiązek świadczeniodawcy.

W ocenie Sądu Apelacyjnego z szeroko przytoczonego uzasadnienia uchwały Sądu Najwyższego wynika, że w przypadku świadczeniodawcy, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, po wyczerpaniu limitu przyznanych umową świadczeń, Fundusz zobowiązany jest do pokrycia tych, które przekroczyły limit, a były udzielane w warunkach nagłych, ratujących życie i zdrowie.

W przedmiotowej sprawie nie był sporna okoliczność, że świadczenia, których zapłaty dochodzi powód zostały udzielone w 2011 roku ponad limit. Z opinii biegłego W. R. wynika, że zabiegi hemodializy udzielane przez powoda były świadczeniami ratującymi życie i zdrowie pacjentów, przesunięcie w czasie udzielania takiego świadczenia pacjentowi mogło nastąpić jedynie o 24-48 godzin. W ocenie Sądu Apelacyjnego w skali czasu trwania umowy jest to okres, który nie ma wpływu na możliwość zaplanowania takiego zabiegu w terminie kolejnej umowy podpisanej przez powoda z pozwanym. Jak wynikało przy tym z zeznań świadków, ordynatorów powodowego szpitala, jeżeli zgłasza się do nich pacjent na hemodializę, to lekarz nie może takiego pacjenta odesłać do innej placówki leczniczej, bo przede wszystkim nie posiada wiedzy o tym, która z pobliskich placówek dysponuje możliwością wykonania takiego zabiegu w ramach posiadanego jeszcze limitu, ponadto z uwagi na konsekwencje dla zdrowia i życia pacjenta, zabieg tego rodzaju należy wykonać we właściwym czasie. Nie można zatem dopuścić do sytuacji, że pacjent będzie poszukiwał kolejnej placówki leczniczej posiadającej możliwości wykonania zabiegu i niewyczerpane limity dla tego rodzaju świadczeń.

Zgodnie z art. 19 ust. 4 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych spoczywa na

szpitalu ciężar dowodu wykazania, że wykonane przez niego świadczenie było niezbędne dla ratowania zdrowia. Ani wspomniany przepis, ani żaden inny nie nakłada na szpital wykazywania, że NFZ niewłaściwie rozdzielił w danym roku środki przeznaczone na określony zabieg. Warto także zauważyć, że nałożenie takiego obowiązku na szpital wykonujący zabiegi w stanach nagłych pozbawione byłoby jakiegokolwiek racjonalności. To organy sprawujące nadzór nad NFZ powinny wyciągać wnioski z takiego niewłaściwego rozdzielania środków (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 maja 2017r., I CSK(...)). W przedmiotowej sprawie powód z powyższego obowiązku dowodowego się wywiązał.

Istotnym zdaniem Sądu Apelacyjnego była ocena, czy powodowy świadczeniodawca mógł zaprzestać udzielania pomocy medycznej pacjentom objętym pozwem. W tym zakresie należy odwołać się do regulujących tę kwestię przepisów. Według art. 7 nieobowiązującej obecnie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wynikało, że zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Obecnie identycznie kwestię tę reguluje art. 15 ustawy o działalności leczniczej. Tej oceny nie sposób dokonać również w oderwaniu od definicji stanu nagłego, wynikającej z art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, z późn. zm.), a do której to definicji wprost odwołuje się przepis art. 5 ust. 33 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z tą definicją 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.

Powód nie mógł zatem odmówić świadczenia opieki medycznej żądanemu z pacjentów, którym wykonywano zabiegi hemodializy jak i pacjentom żywionym dojelitowo i pozajelitowo, co wynika zarówno z opinii biegłych jak i z zeznań słuchanych w charakterze świadków lekarzy powodowego szpitala. Należy zgodzić się z poglądem, że pojęcia zawarte zarówno w art. 7 u.z.o.z., art. 30 u.z.l., jak i art. 19 u.s.o.z. w zasadzie dotyczą tych samych sytuacji. W przepisach tych 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. Równocześnie istnieje jednakże istotna różnica między definicjami stanu nagłego i przypadku niecierpiącego zwłoki (art. 30 u.z.l.) - polega ona na zakresie niekorzystnych skutków dla życia i zdrowia pacjenta, którym ma zapobiec podejmowana w ich trakcie pomoc lekarska. O ile w sytuacji przypadku niecierpiącego zwłoki pomoc lekarska ma zapobiec nie tylko ciężkim, ale i lekkim niekorzystnym skutkom dla życia i zdrowia, o tyle w sytuacji stanu nagłego ma ona zapobiec już tylko ciężkim (poważnym) niekorzystnym skutkom. W konsekwencji w pojęciu stanu nagłego mieściłby się wyłącznie ciężki przypadek niecierpiący zwłoki, a poza jego zakresem pozostawałby lekki przypadek niecierpiący zwłoki. Przesłanki opisane w art. 7 u.z.o.z. (obecnie art. 15 u.d.l.) w zasadzie odpowiadają definicji stanu nagłego (a właściwie stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego) zawartej w art. 5 pkt 33 u.s.o.z. w związku z art. 3 pkt 8 ustawy o PRM, a tym samym należy uznać, że w takich sytuacjach zastosowanie będzie miał również art. 19 u.s.o.z. w odniesieniu do osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej. Podmiot leczniczy, odmawiając udzielenia świadczeń zdrowotnych pacjentowi w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia, powodując tym samym poniesienie przez pacjenta szkody, naraża się na odpowiedzialność cywilną, natomiast jego pracownicy - na odpowiedzialność karną (tak: Agnieszka Pietraszewska- Macheta w Komentarzu do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

W przedmiotowej sprawie co do świadczeń zdrowotnych polegających na odżywianiu drogą pozajelitową i dojelitowo biegły C. P. nie miał wątpliwości, że było procedurą ratującą życie, opóźnienie procedury żywienia jest narażeniem pacjenta. Biegły stwierdził, że z dokumentacji medycznej nie wynika, którym pacjentom można byłoby odroczyć to świadczenie medyczne. Biegły wskazał, że zastosowanie tego rodzaju żywienia jest zarezerwowane dla pacjentów znajdujących się najczęściej w ciężkim stanie ogólnym (niejednokrotnie pacjentów oddziałów intensywnej opieki medycznej) lub cierpiącym na przewlekłe choroby metaboliczne, czy też chorych w trakcie opieki paliatywnej. Zastosowanie tego typu leczenia wiąże się z niemożnością innego naturalnego sposobu zapewnienia pokrycia

podstawowego zapotrzebowania na energię i składniki pokarmowe, umożliwiające utrzymanie na odpowiednim poziomie procesów metabolicznych. W konsekwencji biegły uznał, że wszystkie świadczenia były udzielane w stanach wymagających natychmiastowego ich udzielenia, w rozumieniu niemożności ich odroczenia w dłuższym terminie.

W kontekście wniosków opinii obu biegłych, w ocenie Sądu Apelacyjnego, należy uznać żądanie pozwu za usprawiedliwione co do zasady, a ponadto co do wysokości, bowiem powód oparł je na stawkach wynikających z umowy. Skoro pomiędzy stronami nie była sporna okoliczność, że żądanie dotyczy świadczeń, które przewyższały przyznany na mocy umowy limit, a powodowy szpital nie mógł odmówić udzielania tych świadczeń, odroczenia ich wykonania na dalszy termin, wynikający z kolejnej wynegocjowanej umowy z NFZ, bowiem zagrażałoby to nie tylko zdrowiu, ale i życiu pacjentów, to za takie świadczenia przekraczające limit powodowi należy się zapłata od Funduszu, nawet, gdyby co do zasady możliwe było ich zaplanowanie. Jeżeli bowiem limity świadczeń przy każdej umowie są przewidywane na zbyt niskim poziomie, co jest okolicznością powszechnie znaną, to finansowe konsekwencje świadczeń zdrowotnych ratujących zdrowie i życie chorych, które udzielane są wprawdzie systematycznie, ale muszą być udzielone niezwłocznie, nie mogą obciążać świadczeniodawcy. Logicznym jest, że pierwsze przyjęcie pacjenta na tego rodzaju świadczenia uznać za dokonane w trybie nagłym, a dopiero kolejne są świadczeniami planowanymi. Jeżeli zatem świadczenia te w danym roku przekroczą limit świadczeń wynikających z umowy, to finansowanie ich winno odbywać się ze środków publicznych.

Powód przedstawił przy tym dowody na okoliczność wprowadzenia procedur, które miały służyć racjonalnemu wykorzystaniu środków finansowych przyznanych w ramach umowy. Jeżeli zdaniem skarżącego powód winien był przedsięwziąć jeszcze inne kroki, bowiem jego działania były niewystarczające, to rzeczą pozwanego było wykazanie tych nieprawidłowości lub zawinionych zaniechań ze strony szpitala. Skarżący w apelacji ogranicza się jedynie do stwierdzenia, że koniecznym było ustalenie, czy powód mógł tak planować świadczenia, aby nie przekroczyć uzgodnionego limitu tych zakontraktowanych. Tymczasem zarówno z opinii biegłych jak i z zeznań świadków wynika, że świadczenia objęte pozwem nie mogły być de facto przesunięte w czasie, tak aby nie obejmowały roku 2011r. Zeznający lekarze wskazywali, że nie posiadają bieżącej wiedzy czy w chwili, kiedy zgłasza się do nich pacjent inne pobliskie placówki medyczne mają możliwość udzielenia świadczenia w ramach niewykorzystanego limitu. W zestawieniu z wnioskami wynikającymi z zebranego w sprawie materiału dowodowego, z którego wynika, że świadczenia te służyły ratowaniu życia i zdrowia, nie sposób odmówić zasadności żądaniu zawartemu w pozwie.

Skarżący w uzasadnieniu apelacji przywołał orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 4 stycznia 2007r. w sprawie V CSK (...) dla wzmocnienia argumentacji, że zabiegi hemodializy oraz żywienia dojelitowego i pozajelitowego nie mogą być zakwalifikowane jako stany nagłe. Sąd Apelacyjny w składzie rozpoznającym niniejszą sprawę tego poglądu nie podziela. W wyroku z dnia 10 stycznia 2014 r. w sprawie I CSK(...) Sąd Najwyższy nie zakwestionował tego, że ponadlimitowe świadczenia hemodializy powinny być finansowane ze środków publicznych. Sąd Najwyższy w wyroku tym wskazał, że przepisy art. 7 u.z.o.z. i art. 30 ustawy z 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty są adresowane bezpośrednio do zakładów opieki zdrowotnej i lekarzy. Wynika z nich, że udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia albo zdrowia jest własnym ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy będącego zakładem opieki zdrowotnej czy lekarzem. Należy jednak podkreślić, że nie wyłączają one obowiązków Narodowego Funduszu Zdrowia (dawniej: właściwych kas chorych) wynikających z innych ustaw. Obowiązki wynikające z powołanych przepisów art. 7 u.z.o.z. i art. 30 ustawy z 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy zatem, zgodnie z art. 56 k.c., włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między Narodowym Funduszem Zdrowia (dawniej: właściwą kasą chorych) a świadczeniodawcą i obciążyć nimi Fundusz zarządzający środkami publicznymi, z których powinny one być pokryte. Ponadto Sąd Najwyższy wskazał, że w niektórych orzeczeniach Sądu Najwyższego został wyrażony pogląd, że świadczeniodawcy nie przysługuje wobec Narodowego Funduszu Zdrowia (dawniej: właściwej kasy chorych) roszczenie o wynagrodzenie za

świadczenia niemieszczące się w limicie ustalonym w umowie. Przyznanie świadczeniodawcom wobec kasy chorych roszczenia o

zapłatę wynagrodzenia za świadczenia wykraczające poza limit ustalony w umowie, w tym także za świadczenia ponadlimitowe spełnione w sytuacjach objętych obowiązkiem przewidzianym w art. 7 u.z.o.z. i art. 30 "u.z.l. i d", oznaczałoby w istocie odmowę uznania doniosłości prawnej wskazanych umów (zob. wyroki z dnia 7 sierpnia 2003 r., IV CKN

(...), niepubl., z dnia 28 stycznia 2004 r., IV CK (...), niepubl., z dnia 25 marca 2004 r., II CK (...), niepubl., z dnia 17 września 2004 r., V CK (...), niepubl., z dnia 15 października 2004 r., II CK(...), niepubl., z dnia 20 października 2004 r., I CK (...), niepubl., z dnia 10 marca 2005 r., I CK(...), niepubl. oraz z dnia 14 września 2005 r., III CK (...), niepubl.). Według natomiast innych orzeczeń Sądu Najwyższego, świadczeniodawcy przysługuje wobec Narodowego Funduszu Zdrowia (dawniej: właściwej kasy chorych) roszczenie o wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe spełnione na rzecz osób ubezpieczonych w okolicznościach, w których było zagrożone zdrowie lub życie tych osób (art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l.i d.; por. wyroki z dnia 5 listopada 2003 r., IV CK (...), niepubl., z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK (...), niepubl., z dnia 15 grudnia 2005 r., II CSK 21/05, OSNC 2006, Nr 9, poz. 157, z dnia 13 lipca 2005 r., I CK 18/05, OSP 2006, Nr 6, poz. 70, z dnia 14 lipca 2006 r., II CSK (...), niepubl., z dnia 25 maja 2006 r., II CSK (...), niepubl. i z dnia 8 sierpnia 2007 r., I CSK 125/07, OSP 2008, nr 7-8, poz. 72). Zdaniem Sądu Najwyższego, za trafne należy uznać to drugie, dominujące stanowisko. Sąd Apelacyjny również do tych poglądów się przychyła.

Reasumując powyższe rozważania Sąd Apelacyjny, na mocy art. 385 k.p.c. oddalił apelację pozwanej jako niezasadną.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Apelacyjny orzekł na mocy art. 98 §§ 1 i 3 k.p.c. zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik postępowania, przy uwzględnieniu § 2 pkt 2 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokatów.