

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 13 maja 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Paweł Rygiel (spr.)
Sędziowie:	SSA Józef Wąsik SSA Regina Kurek
Protokolant:	st. sekr. sądowy Beata Zaczyk

po rozpoznaniu w dniu 13 maja 2019 r. w Krakowie na rozprawie

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

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia - (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w K.

o zapłatę

na skutek apelacji strony powodowej

od wyroku Sądu Okręgowego w Krakowie

z dnia 7 grudnia 2017 r. sygn. akt I C 895/15

1. zmienia zaskarżony wyrok w ten sposób, że nadaje mu treść:

I. zasądza od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia – (...) Oddziału Wojewódzkiego w K. na rzecz strony powodowej (...) Spółki z o.o. w P. kwotę 702.950 zł (siedemset dwa tysiące dziewięćset pięćdziesiąt złotych) z ustawowymi odsetkami od dnia 16 sierpnia 2012 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;

II. zasądza od pozwanego na rzecz strony powodowej kwotę 90.113 zł (dziewięćdziesiąt tysięcy sto trzysta trzy złote) tytułem kosztów procesu;

III. nakazuje ściągnąć od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia – (...) Oddziału Wojewódzkiego w K. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Krakowie kwotę 2.992,26 zł (dwa tysiące dziewięćset dziewięćdziesiąt dwa złote 26/100) tytułem brakujących kosztów sądowych.

2. zasądza od pozwanego na rzecz strony powodowej kwotę 43.248 zł (czterdzieści trzy tysiące dwieście czterdzieści osiem złotych) tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.

SSA Regina Kurek SSA Paweł Rygiel SSA Józef Wąsik

sygn. akt I ACa 425/18

UZASADNIENIE

wyroku z dnia 13 maja 2019 r.

Strona powodowa, (...) Spółka z o.o. w P., wniosła o zasądzenie od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia - (...) Oddziału Wojewódzkiego w K. kwoty 702.950 zł z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 16 sierpnia 2012 do dnia zapłaty oraz kosztami procesu. Na uzasadnienie żądania wskazała, że przedmiotem roszczenia jest zapłata za świadczenia zdrowotne udzielone osobom, które wymagały ich w trybie natychmiastowym ze względu na zagrożenie życia i zdrowia.

Strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu.

Wyrokiem z dnia 27 czerwca 2014 r. Sąd Okręgowy powództwo oddalił.

Na skutek apelacji powódki Sąd Apelacyjny uchylił wyżej opisany wyrok i sprawę przekazał Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania. W motywach rozstrzygnięcia Sąd odwoławczy wskazał, że dochodzone w sprawie roszczenie winno być ocenione przez pryzmat umowy zawartej między stronami z uwzględnieniem art. 56 k.c. oraz art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Przy ponownym rozpoznaniu sprawy obie strony podtrzymały swoje stanowiska procesowe.

Zaskarżonym wyrokiem Sąd Okręgowy powództwo oddalił i zasądził od strony pozwanej na rzecz strony powodowej koszty procesu.

Podstawą wyrokowania były następujące ustalenia faktyczne.

(...) Spółka z o.o. w P., jako świadczeniodawca, zawarła z pozwanym Narodowym Funduszem Zdrowia (...) Oddziałem Wojewódzkim w K. umowę nr (...) z dnia 31 grudnia 2010 r., której przedmiotem było całodobowe i kompleksowe organizowanie i udzielanie przez stronę powodową świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych lub domowych. Umowa wiązała strony od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2015 r. Maksymalna kwota, którą strona pozwana była w stanie uiścić za usługi świadczone przez powódkę była stale zwiększana poprzez podpisywanie aneksów do umowy.

W oparciu o zawartą umowę strona powodowa świadczyła usługi wentylacji mechanicznej płuc prowadzonej w domach pacjentów, przy czym część tych świadczeń, udzielonych w październiku i listopadzie 2011 r., zostało wykonanych poza zakresem objętym treścią łączącej strony umowy. Świadczenia nadlimitowe dotyczyły opieki nad łącznie 124 pacjentami, przy czym 82 z nich zostało przyjętych do powodowej placówki medycznej jeszcze przed zawarciem umowy z dnia 31 grudnia 2010 r. Pacjenci ci wymagali, ze względu na stan niewydolności oddechowej, terapii respiratorem (respiratoroterapii), tj. stosowania różnych, w zależności od stopnia niewydolności i jej przyczyny, technik wspomagania oddechu własnego z zastosowaniem respiratora oraz w większości przypadków – tlenoterapii. Terapia oddechowa prowadzona w domu pacjentów obejmowała także okresową opiekę medyczną lekarza i pielęgniarki, zabiegi rehabilitacyjne, kinezyterapię oraz monitorowanie stanu wentylacji i prawidłowości prowadzonej wentylacji mechanicznej. Pacjenci stanowili grupę chorych wymagających opieki paliatywnej. W chwili przyjmowania do powodowej placówki wskazani pacjenci nie znajdowali się w stanie nagłym wymagającym pomocy z powodu zagrożenia życia. Byli przejmowani z innych placówek medycznych, w których uzyskali pomoc

zabezpieczającą ich przed stanem zagrożenia zdrowotnego. W większości przypadków osoby te były pacjentami oddziałów intensywnej terapii czy pulmonologii. Przejęcie udzielania świadczeń tym pacjentom przez stronę powodową było więc kontynuacją udzielania pomocy w stanie zagrożenia zdrowotnego, który wymagałby udzielenia pomocy w trybie pilnym lub natychmiastowym z hospitalizacją w oddziałach ratunkowych lub intensywnej terapii. Zaprzestanie wykonywania usług prowadzonych przez stronę powodową wobec tych pacjentów wymagałoby leczenia ich w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej, na oddziałach intensywnej terapii. W przypadku większości z nich konieczność taka nastąpiłaby w ciągu kilku lub kilkunastu godzin od chwili zaprzestania prowadzonej wentylacji domowej respiratorem i opieki hospicyjnej, co stanowiłoby przeniesienie ich w stan zwiększonego zagrożenia zdrowotnego lub, w skrajnych przypadkach, powodowałoby zagrożenie ich życia. Terapia domowa jest najtańszym, najbezpieczniejszym z punktu widzenia epidemiologicznego i społecznego sposobem leczenia chorych z niewydolnością oddechową.

Sąd odnotował także korespondencję prowadzoną między stronami, z której wynika, że jeszcze w 2011 r. powodowa spółka informowała pozwaną Fundusz, iż umowa nie pokrywa wszystkich realizowanych świadczeń oraz wnioskuje o rozszerzenie umowy o dodatkowe tzw. osobodni, które pozwoliłyby na realizowanie świadczeń u pacjentów, co do których były wówczas realizowane świadczenia medyczne, jak i co do kolejnych pacjentów. Pozwany stwierdził, że brak jest możliwości pozytywnego rozpatrzenia wniosku powódki o zwiększenie limitu z umowy stron. W piśmie z dnia 27 grudnia 2011 r. strona powodowa, przesyłając stronie pozwanej zbiorczą fakturę VAT nr (...) z 20 grudnia 2011 r. za okres styczeń-listopad 2011 r., wezwała stronę pozwaną do zapłaty kwoty 1.092.620 zł. Strona pozwana zwróciła powołaną fakturę VAT bez realizacji argumentując, iż obejmuje ona kwotę wykonaną ponad limit z umowy. Następnie, w piśmie z dnia 13 stycznia 2012 r. strona powodowa wezwała stronę pozwaną do przesłania propozycji aneksu rozliczającego koszty wykonanych świadczeń. Strona pozwana w załączeniu do pisma z dnia 16 lutego 2012 r. odesłała stronie powodowej fakturę VAT nr (...) z 31 grudnia 2012 r. W piśmie z dnia 6 lutego 2012 r. strona powodowa skierowała do strony pozwanej ponowne wezwanie do zapłaty kwoty 1.293.887 zł, argumentując zasadność dochodzonej należności, a w szczególności wyjaśniając, iż świadczenia wykonane przez stronę powodową choć nadlimitowe, mają charakter świadczeń ratujących życie i jako takie podlegają refundacji. W załączeniu do pisma z dnia 27 czerwca 2012 r. strona pozwana skierowała do strony powodowej protokół zawierający propozycje zmian w zawartej przez strony umowie wraz z wnioskiem o ich podpisanie i odesłanie, celem zwiększenia wartości umowy stron. Przedstawiona przez stronę pozwaną propozycja renegotiacji obejmowała jedynie część wartości świadczeń wykonanych przez stronę powodową ponad limit z umowy, a w pozostałym zakresie zawierała oświadczenie o zrzeczeniu się przez stronę powodową prawa do zaspokojenia tychże. Strona powodowa nie zaakceptowała przedstawionych przez stronę pozwaną warunków renegotiacji zawartej umowy.

W tym stanie rzeczy Sąd Okręgowy ocenił, że zgłoszone w sprawie roszczenie jest bezzasadne. Po przytoczeniu treści art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry uznał, że sporne świadczenia nie były udzielane pacjentom w stanie nagłym, wymagającym natychmiastowej potrzeby udzielenia pomocy medycznej z uwagi na stan zagrożenia życia lub zdrowia. Za taki stan przyjmuje się bowiem 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. Sąd podkreślił przy tym, że argumentacja strony powodowej - odwołująca się do tego, iż udzielanie świadczeń medycznych w warunkach określonych w/w przepisami winno być oceniane nie w momencie przyjęcia pacjentów do placówki medycznej, a poprzez pryzmat tego, że na skutek wyczerpania umownego limitu świadczeń pacjenci znaleźliby się w stanie zagrożenia życia lub zdrowia (skoro zaprzestanie udzielania świadczenia mogłoby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia) – jest bezzasadna. Trąca ocena prowadziłaby bowiem do wypaczenia treści mających w sprawie zastosowanie przepisów oraz treści umowy łączącej strony. Rzeczą strony powodowej, w ramach stosunku umownego, było przyjmowanie takiej liczby pacjentów, aby była w stanie w ramach kontraktu zapewnić im właściwe leczenie. W przeciwnym wypadku strona powodowa, na skutek błędnego zaplanowania swej działalności, w drodze „faktów dokonanych” wymuszałaby na pozwanym finansowanie

pozaumownego wykonywania świadczeń. Przy takiej ocenie Sąd wskazał, że strona powodowa, wbrew znanym sobie ograniczeniom ilości świadczeń, ignorowała ustalone limity.

Od powyższego orzeczenia apelację wniosła powodowa spółka, zarzucając:

- nie rozpoznanie istoty sprawy poprzez brak ustalenia warunków umowy strony oraz nie odniesienie warunków tej umowy do okoliczności faktycznych, w a konsekwencji błąd w ustaleniach faktycznych poprzez przyjęcie, że powód niewłaściwie wykonywał umowę i przyjął więcej pacjentów niż przewidywał to limit, że gdyby powód nie przyjmował pacjentów to nie przekroczyłby limitu z umowy w przypadku, gdy limit z umowy stron na dzień 1 stycznia 2011 r. nie wystarczał na pokrycie świadczeń dla pacjentów, którzy byli przyjęciu przez powoda przed tą datą;

- naruszenie art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty przez ich błędną wykładnię, która skutkowałą przyjęciem, że pojęcia „w przypadku niecierpiącym zwłoki” i „potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczenia” sprowadzają się do definicji „stanu nagłego”, w którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy o państwowym ratownictwie medycznym, a w konsekwencji ich niezastosowaniem oraz nie dostosowaniem specyfiki świadczeń wentylacji mechanicznej płuc do w/w definicji;

- naruszenie art. 6 k.c. poprzez naruszenie podstawowej zasady ciężaru dowodu i obarczenia powoda obowiązkiem wykazania okoliczności podnoszonych przez pozwanego tj. tego, że powód nie wykazał, że inne podmioty miały niedowyożonania, w przypadku, gdy to pozwany jest organizatorem służby zdrowia;

- naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. przez dowolną a nie swobodną ocenę zebranego materiału dowodowego, a polegającą na przyjęciu, że: 1/ opinia biegłego W. K. nie wskazuje, że świadczenia wykonane przez powoda miały charakter nagły, ratujący życie; 2/ powód mógł nie przyjąć pacjentów kierowanych do niego z oddziałów szpitalnych w sytuacji, gdy z przeprowadzonego postępowania dowodowego nie wynika, że w konkretnych placówkach, z których pacjenci byli kierowani do leczenia przez powoda, były niedowyożonania kontraktu lub inne podmioty z regionu nie miały wyczerpanego limitu z kontraktu; 3/ pacjenci było przez powoda przyjmowani w trybie planowym w przypadku, gdy powód w 2011 r. co do części pacjentów kontynuował udzielanie świadczeń.

W uwzględnieniu podniesionych zarzutów strona powodowa wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie powództwa w całości oraz o zasądzenie od pozwanego na rzecz strony powodowej kosztów postępowania za obie instancje.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje.

Nie ma racji apelująca powódka, o ile odwołuje się do nierozpoznania istoty sprawy. W rozumieniu kodeksowym (art. 386 § 4 k.p.c.) nierozpoznanie istoty sprawy oznacza stan, w którym sąd I instancji oddalił powództwo z uwagi na stwierdzenie istnienia przesłanki unicestwiającej roszczenie, czego konsekwencją jest to, że nie rozpoznał merytorycznie podstaw powództwa. Chodzi zatem o sytuację, gdy rozstrzygnięcie sądu I instancji nie odnosi się do tego, co było przedmiotem sprawy oraz gdy sąd zaniechał zbadania materialnej podstawy żądania lub merytorycznych zarzutów strony, bezpodstawnie przyjmując, że istnieje materialnoprawna lub procesowa przesłanka niwecząca lub hamująca roszczenie. Nierozpoznanie istoty sprawy nie dotyczy natomiast sytuacji, w której sąd rozstrzygnął o przedmiocie sprawy, tyle, że w sposób nieadekwatny do żądania uczestnika. W szczególności stan taki nie zachodzi, gdy – w ocenie skarżącego – sąd nie uwzględnił wszystkich okoliczności faktycznych sprawy, zaniechał wyjaśnienia mających mieć znaczenie faktów, czy też dopuścił się innych błędów przy orzekaniu. W takiej sytuacji adekwatne jest odwoływanie się do zarzutów naruszenia konkretnych przepisów prawa procesowego bądź materialnego. W rezultacie należy ocenić, że sformułowany w apelacji pierwszy zarzut strony powodowej jest nieadekwatny do jego istoty, skoro odwołuje się do pominięcia przez Sąd Okręgowy ustaleń mających - w opinii skarżącej – znaczenie w sprawie.

Ustalenia dokonane w pierwszej instancji Sąd Apelacyjny przyjmuje za własne. Zostały one dokonane w oparciu o wszystkie dowody, których ocena mieści się w granicach wyznaczonych art. 233 § 1 k.p.c.

Podkreślenia wymaga, że podstawowe fakty nie są między stronami sporne. Dotyczy to w szczególności treści łączącej strony umowy, umówionej wartości świadczeń, w tym ceny jednostkowej świadczenia, ilości pacjentów, którym powodowa spółka udzieliła świadczeń w 2011 r., ilości i wartości (według cen określonych umową) świadczeń, za które strona pozwana nie zapłaciła powódce. Zważyć także należy, że nie budzi wątpliwości istota spornych świadczeń, polegających na wentylacji mechanicznej płuc prowadzonej w domach pacjentów, w tym to, że konieczności ich udzielania wynika z faktu, iż dotyczy to pacjentów wymagających opieki paliatywnej, a ich zaniechanie skutkuje stanem zagrożenia zdrowotnego lub/i zagrożenia życia. Okoliczność ta wynika wprost z opinii biegłego W. K.. Odnotować dodatkowo należy stwierdzenia biegłego, iż sporne świadczenia medyczne mają szczególny i specyficzny charakter. Obejmują udzielanie świadczeń z zakresu medycyny paliatywnej, opieki hospicyjnej, w stosunku do chorych z przewlekłą, skrajną niewydolnością oddechową, co uzasadnia podjęcie natychmiastowych działań, bowiem dotyczy sytuacji, gdy przeżycie chorego jest możliwe tylko pod warunkiem wspomaganie wentylacji. Leczenie takie można prowadzić w warunkach domowych, jednak chory wymaga regularnej opieki wykwalifikowanego zespołu anestezjologicznego (k.2287-2288 akt). Taki opis doprowadził biegłego do konkluzji, że charakterystyka schorzenia nie przystaje do „klasycznej” definicji stanu nagłego. Podkreślił jednak nieprzystawalność tej „klasycznej” definicji do świadczeń wentylacji domowej. Wskazał bowiem, że chorzy przyjmowani przez stronę powodową byli przyjmowani z innych placówek medycznych, w których uzyskali pomoc zabezpieczającą ich przed stanem zagrożenia zdrowotnego, a przyjęcie ich przez powodową spółkę było kontynuacją udzielania pomocy w stanie zagrożenia zdrowotnego. Brak bowiem takiej pomocy spowodowałby stan bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia (k.2352). Opinia biegłego w tym zakresie jest logiczna i pozostaje w zgodzie z zasadami doświadczenia życiowego.

Rozstrzygnięcie sprawy nie wymaga czynienia dalej idących ustaleń. Jakkolwiek wątpliwości Sąd Apelacyjny co do oceny prawnej zgłoszonego roszczenia skutkowały kontynuacją postępowania dowodowego, w tym w zakresie okoliczności dotyczących zapewnienia wykonywania spornych świadczeń w innych placówkach medycznych, możliwości skierowania chorych do innych placówek medycznych, liczby zakontraktowanych spornych świadczeń, dat przyjmowania przez powódkę nowych pacjentów i okresów udzielania świadczeń poszczególnym pacjentom w 2011 r. – to jednak, z uwagi na dokonaną ostatecznie w sprawie ocenę prawną (o czym w dalszej części uzasadnienia), postępowanie to okazało się zbędne. W tym miejscu odnotować jedynie należy, że przedłożone przez obie strony dokumenty zawierały treści, które nie były między nimi sporne (oświadczenia pełnomocników złożone na rozprawie apelacyjnej w dniu 13 maja 2019 r.). W konsekwencji wskazać należy, że nie było między stronami sporu co do tego, że także w okresach poprzedzających okres, za który dochodzone jest w sprawie roszczenie, strona powodowa wykonywała świadczenia ponad pierwotnie uzgodniony limit i między stronami dochodziło do podpisywania aneksów i porozumień, skutkiem których była zapłata za wykonane w tych warunkach świadczenia.

Nie mogą odnieść skutku zarzuty apelującej powódki skierowane przeciwko podstawie faktycznej wyroku. Nie dotyczą one sfery faktów, lecz ich oceny prawnej. Tak jest m.in. wówczas, gdy powodowa spółka kwestionuje przyjęcie, iż niewłaściwie wykonała umowę, że powódka mogła nie przyjąć pacjentów kierowanych do niej z oddziałów szpitalnych, czy też, że pacjenci byli przyjmowani w trybie planowym. Te kwestie objęte są oceną wynikającą z ustalonego stanu faktycznego, w świetle treści norm prawa materialnego.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, apelacja strony powodowej jest uzasadniona.

W niniejszej sprawie powodowa spółka dochodzi od NFZ zapłaty należności z tytułu tzw. nadwykonań tj. za świadczenia medyczne nie objęte umową stron a udzielone osobom, które wymagały ich w trybie natychmiastowym ze względu na zagrożenie życia i zdrowia.

Obrona pozwanego ukierunkowana została na dwie kwestie. Związana jest z zaprzeczeniem, by sporne świadczenia były ratującymi życie i zdrowie w rozumieniu art. 7 ustawy o zawodzie lekarza oraz z twierdzeniem, że były to świadczenia planowe, a w związku z tym - nawet przy przyjęciu, że po rozpoczęciu ich wykonywania nie można ich

przerwać z uwagi na zagrożenie życia i zdrowia pacjenta – obowiązkiem strony powodowej było nie przyjmowanie nowych chorych poza limitem umownym bądź ich odsyłanie do innych świadczeniodawców.

W związku z tym wskazać należy na dwie kwestie wstępne.

Po pierwsze, nie budzi wątpliwości wykładnia przepisów określających przesłanki przedmiotowego roszczenia, aktualnie powszechnie przyjęta w orzecznictwie sądowym. Strony związane są postanowieniami umowy. Jednakże koszt świadczeń udzielonych na podstawie art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i dentysty, NFZ obowiązany jest pokryć niezależnie od limitów określonych umową stron. W przypadku zatem świadczeń ratujących życie i zdrowie, zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę wynagrodzenia, o ile świadczenia te były wykonane ponad przewidziane umową limity. Wynika to z faktu, iż świadczeniodawca nie może odmówić udzielenia pomocy medycznej w w/w warunkach. Wystarczające w tym zakresie jest przywołanie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 5 sierpnia 2004 r. (I CK 363/03), że „czynności prawne nie stanowią wyłącznego źródła zobowiązań i nie wyczerpują ich obiektywnej treści (art. 56 kc) Dlatego ustalenie zakresu zobowiązania świadczeniodawców nie może pomijać norm adresowanych do zakładów opieki zdrowotnej oraz personelu medycznego, zwłaszcza lekarzy, współtworzących te zakłady jako zorganizowane jednostki . Z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej art. 7) oraz ustawy o zawodzie lekarza (art. 30) wynika obowiązek spełnienia świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia lub zdrowia (...) Obowiązki te mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne”

Uznać zatem należy, że obowiązek strony pozwanej do zapłaty wynagrodzenia obejmuje świadczenie pieniężne wynikające z przewidzianego umową limitu, a po jego wyczerpaniu – świadczenie za wykonanie świadczeń ratujących życie i zdrowie.

Po drugie, zwrócić należy uwagę na szczególny charakter zakontraktowanych umową stron świadczeń – ich przedmiotem było całodobowe i kompleksowe organizowanie i udzielanie przez stronę powodową świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych lub domowych, polegających na wentylacji mechanicznej płuc prowadzonej w domach pacjentów. Specyfika tych świadczeń polega na tym, iż we wszystkich przypadkach, w których z przyczyn medycznych zachodzi potrzeba wentylacji mechanicznej (w stosunku – jak wynika z ustaleń faktycznych – pacjentów wymagającej opieki paliatywnej), jej zaniechanie skutkuje stanem zwiększonego zagrożenia zdrowotnego i/lub zagrożenia życia. Wniosek taki wprost wynika z opinii biegłego, który stwierdził, iż zaprzestanie prowadzonej wentylacji domowej respiratorem i opieki hospicyjnej spowodowałoby w przeciągu kilku do kilkunastu godzin konieczność podjęcia leczenia na oddziałach intensywnej terapii. Tym samym zasadny jest wniosek, że w stosunku do tych pacjentów podjęcie leczenia było niezbędne, a jego przerwanie nie jest możliwe bez zagrożenia zdrowia i życia pacjenta. Jednocześnie konieczność wykonywania tych świadczeń jest wynikiem uprzednio występującego innego schorzenia i jego leczenia, po zakończeniu którego wentylacja mechaniczna jest niezbędna z uwagi na zagrożenie życia i zdrowia pacjenta. W tym znaczeniu świadczenia te mają charakter stały, co różni je od innych, klasycznie definiowanych świadczeń ratujących życie i zdrowie. W przypadku innych świadczeń, wynikających z innych schorzeń, możliwe jest wyróżnienie tych, które mogą być wykonywane w systemie planowym (z uwagi na możliwość ich wykonania z opóźnieniem) oraz tych, które muszą być wykonane niezwłocznie, jako ratujące życie i zdrowie. W przypadku wentylacji mechanicznej, co do zasady, wszystkie muszą być wykonywane niezwłocznie i w stanie ciągłym w tym znaczeniu, że nie mogą być przerwane.

Stan taki rodzi określone konsekwencje.

Po pierwsze, w ramach danego roku Narodowy Fundusz Zdrowia jest zobligowany do sfinansowania wszystkich przedmiotowych świadczeń. Skoro bowiem stan zdrowia chorego powoduje, iż brak wentylacji skutkuje – na co zwrócił uwagę biegły – powstanie u nich zagrożenia zdrowotnego lub, w skrajnych wypadkach, zagrożenia życia, to chorzy ci muszą bezwzględnie być poddani terapii polegającej na wentylacji mechanicznej płuc. Z punktu widzenia systemu opieki medycznej nie można uznać przedmiotowych świadczeń jako planowych. Nie sposób bowiem przyjąć, iż istnieje możliwość oczekiwania z podjęciem przedmiotowej terapii.

Po drugie, NFZ jest zobligowany do zawarcia umów ze świadczeniodawcami dla zapewnienia wykonania przedmiotowych świadczeń dla wszystkich chorych ich wymagających, a o ile okaże się, że w danym roku kalendarzowym zachodziła konieczność wykonania większej ilości przedmiotowych świadczeń niż to wynikało z przewidzianej na ten rok prognozy - NFZ jest zobligowany do sfinansowania świadczeń ponadlimitowych.

Po trzecie, system organizacji tych świadczeń może być różny. Mogą być one wykonywane tak w warunkach domowych jak i szpitalnych. Z opinii biegłego wynika jednak, iż te świadczone przez stronę powodową dotyczą chorych, dla których nie jest wymagana pomoc szpitalna, stąd oczywistym jest wniosek, iż bardziej uzasadnione ekonomicznie jest wykonywanie świadczeń w warunkach domowych. Jakkolwiek zatem system organizacji świadczeń medycznych należy do Państwa (w tym NFZ) i w ramach prognozy opierającej się na danych z roku poprzedniego NFZ może szacować ilość świadczeń niezbędnych do wykonania w danym roku, w tym tego, jaka ilość świadczeń będzie wykonana w warunkach domowych a jaka w warunkach szpitalnych, to jednak w sprawie nie ulega wątpliwości, iż strona pozwana zobligowana jest pokryć koszty wszystkich tego rodzaju świadczeń, które w danym roku okazały się konieczne.

Po czwarte, dany świadczeniodawca, o ile przyjął chorego wymagającego wentylacji mechanicznej, nie może zaprzestać wykonywania przedmiotowych świadczeń, o ile nie jest zapewnione wykonywanie tych świadczeń przez innego świadczeniodawcę.

W konsekwencji spór w sprawie sprowadza się do tego, czy dla przedmiotowego świadczenia, ratującego życie i zdrowie, świadczeniodawca, który wyczerpał limit wynikający z umowy zawartej z NFZ, może odmówić przyjęcia pacjenta bądź też, jest uprawniony (i ma taką możliwość) do przekierowania pacjenta do innego świadczeniodawcy.

Przedstawiona wyżej charakterystyka spornych świadczeń musi prowadzić do wniosku, iż świadczeniodawca nie ma podstaw do odmowy przyjęcia pacjenta wymagającego wentylacji mechanicznej w warunkach domowych, zgłaszającego się do niego ze skierowaniem z innych placówek medycznych. Wymaganie od świadczeniodawcy odmowy przyjęcia bądź skierowania do innego świadczeniodawcy (przy wątpliwości podstaw, by to świadczeniodawca – powód miał podstawy prawne do kierowania do innego, konkurencyjnego świadczeniodawcy) wymagałaby bowiem jego wiedzy nie tylko co do tego, z jakimi innymi podmiotami na tego rodzaju świadczenia zawarte zostały umowy (co jest możliwe), lecz także i tego, jaki jest stan wykonania umów zawartych przez innych świadczeniodawców – co już możliwe nie jest. Nie sposób bowiem uzależniać odmowy przyjęcia kolejnego pacjenta ponad limit od weryfikowania, czy inni świadczeniodawcy mają nadwykonania czy niewykonania.

Z tego punktu widzenia nie ma znaczenia, czy w innych placówkach, które zakontraktowały przedmiotowe świadczenie medyczne doszło do niewykonania czy też wykonano już wszystkie zakontraktowane świadczenia. Wiedzę w tym zakresie ma pozwany, a nie świadczeniodawca, od którego chce się wymagać, by podejmował decyzje o odmowie przyjęcia pacjenta, ewentualnie – by w dacie, w której dochodzi do wyczerpania zakontraktowanych świadczeń zaprzestawał ich wykonywania i kierował pacjentów do innych świadczeniodawców. Skoro tak, przy uwzględnieniu, że NFZ w ramach danego roku zobligowany jest do sfinansowania wszystkich przedmiotowych świadczeń, to po stronie pozwanego spoczywa obowiązek stworzenia takich rozwiązań organizacyjnych, by oddziały szpitalne miały wiedzę, do którego świadczeniodawcy mogą skierować chorych nie wymagających już opieki szpitalnej, ale wymagających bezwzględnie wentylacji mechanicznej. Nie można natomiast obowiązku w tym zakresie przerzucać na świadczeniodawców, do których pacjenci zostali skierowani.

W rezultacie przyjęć należy, że nie ma w sprawie znaczenia, czy w innych placówkach, które zakontraktowały sporne świadczenia medyczne, doszło do niewykonania czy nadwykonania.

Odnosząc się do zarzutu pozwanego wskazać należy, że o ile na skutek przyjęcia przez powodową spółkę inni świadczeniodawcy nie mieli możliwości wykonania zakontraktowanych świadczeń, to jest to problem pomiędzy świadczeniodawcami, a nie pomiędzy stroną powodową a NFZ. Nadto, jak już wskazano, na NFZ ciążył obowiązek sfinansowania wszystkich świadczeń w tym zakresie. Z tego punktu widzenia nadwykonania u jednego ze świadczeniodawców mogą prowadzić do niewykonania u innych. W związku z tym, globalnie, NFZ nie ponosi

dodatkowych kosztów związanych z nadwykonaniami, skoro w przypadku niewykonania nie będzie zobowiązany do zapłaty wynagrodzenia temu świadczeniodawcy, który w tym zakresie nie wykonał kontraktu.

W konsekwencji uznać należy, że sporne świadczenia są wykonywane w ramach świadczeń ratujących życie i zdrowie. Wszystkie z nich są takimi dla Narodowego Funduszu Zdrowia, skoro ich specyfika musi prowadzić do obowiązku sfinansowania przez pozwanego wszystkich wykonanych w ramach danego roku. Nie ulega zatem wątpliwości, że nie byłoby sporu co do tego, iż w przypadku nadwykonania u wszystkich zakontraktowanych świadczeniodawców, wszystkie wykonane, przedmiotowe świadczenia byłyby ponadlimitowymi w rozumieniu art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i dentysty. Nie sposób dokonywać odmiennej oceny w sytuacji, gdy nadwykonania dotyczą jedynie części świadczeniodawców. Nie mają oni bowiem możliwości weryfikacji ewentualnej zasadności odmowy przyjęcia pacjenta z uwagi na stan wykonania kontraktu przez konkurencyjne placówki medyczne. Po drugie, zapłata za wykonania w tych warunkach, z natury rzeczy, nie może prowadzić do nieuzasadnionych strat finansowych po stronie NFZ, skoro i tak Fundusz byłby zobligowany do zapłaty za wykonanie tych świadczeń. Z tych względów niezasadny jest argument podniesiony przez Sąd I instancji, iż działanie strony powodowej może być ocenione jako wymuszenie na pozwanym finansowania pozaumownego wykonywania świadczeń oraz jako swoiste „obejście” systemu finansowania świadczeń.

Na zakończenie wskazać należy, że sytuacja, w której świadczeniodawca przyjmuje nowych pacjentów pomimo świadomości stanu stopnia realizacji kontraktu i tego, że umowa nie zapewnia finansowania leczenia tych pacjentów, może być oceniana z punktu widzenia przesłanek określonych art. 5 k.c. tyle tylko, że ten przepis znalazłby zastosowanie wówczas, gdyby zasadna była ocena, że świadczeniodawca podejmuje celowe działania dla poszukiwania pacjentów, ze świadomością pokrzywdzenia innych świadczeniodawców, niejako celem omięcia procedur związanych z finansowaniem świadczeń medycznych. Takie okoliczności nie zostały w sprawie wykazane. Nadto, ujawnione w sprawie okoliczności faktyczne wskazują, że w poprzednich latach istniała między stronami praktyka wynagradzania świadczeń wykonanych ponad limit.

W tym stanie rzeczy roszczenie powoda jest uzasadnione. Trafnie strona powodowa jego wysokość ustaliła odwołując się do stawek wynikających z umowy. Jak wskazał Sąd Najwyższy w uchwale siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 19 marca 2019 r. (III CZP 80/18), „do ustalenia 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”.

Na marginesie wskazać należy, że w innych postępowaniach sądowych strona powodowa dochodziła już zapłaty za tożsame świadczenia, wykonywane w innych okresach czasowych. W sprawach tych wydano prawomocne wyroki, których podstawą było przyjęcie, że sporne świadczenia były ponadlimitowymi, wykonanymi w stanach nagłych - tak w sprawie Sądu Okręgowego wK. pod sygn. (...) (Sądu Apelacyjnego w K. pod sygn. (...)), czy też powołaną przez strony w niniejszej sprawie Sądu Apelacyjnego wP. pod sygn. (...)

Biorąc powyższe pod uwagę Sąd Apelacyjny, na podstawie art. 386 § 1 k.p.c., orzekł jak w sentencji. O kosztach procesu i kosztach postępowania apelacyjnego Sąd orzekł na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. Na zasądzone koszty procesu składają się: kwota 35.148 zł z tytułu opłaty od pozwu, kwota 35.148 z tytułu opłaty od apelacji od pierwszego wyroku Sądu Okręgowego, kwota 14.400 zł z tytułu podwójnej stawki minimalnej wynagrodzenia pełnomocnika za postępowanie pierwszoinstancyjne, kwota 5.400 zł z tytułu wynagrodzenia pełnomocnika z pierwsze postępowanie odwoławcze i kwota 17 zł z tytułu opłaty skarbowej od pełnomocnictwa. Na koszty postępowania apelacyjnego składa się kwota 35.148 z tytułu opłaty od apelacji oraz kwota 8.100 zł z tytułu wynagrodzenia pełnomocnika.

SSA Regina Kurek SSA Paweł Rygiel SSA Józef Wąsik