

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 listopada 2012 r.

Sąd Apelacyjny w Rzeszowie Wydział I Cywilny w składzie:

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <u>Przewodniczący</u> | <b>SSA Andrzej Palacz</b>                                 |
| <b>Sędziowie:</b>     | <b>SA Anna Pele</b><br><b>SA Kazimierz Rusin (spraw.)</b> |
| <b>Protokolant:</b>   | <b>st.sekr.sądowy Cecylia Solecka</b>                     |

po rozpoznaniu w dniu 22 listopada 2012 r. na rozprawie

sprawy z powództwa (...) **Sp. z o.o. w P.**

przeciwko **Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W.**

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Rzeszowie

z dnia 12 marca 2012 r., sygn. akt I C 809/11

I. **o d d a l a** apelację,

II. **z a s ą d z a** od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia w W. na rzecz powoda F. N. (...) o.o w P. kwotę 5.400 zł ( pięć tysięcy czterysta) tytułem kosztów postępowania apelacyjnego .

## UZASADNIENIE

Powód (...) Sp. z o.o. w P. żądał

w pozwie zasądzenia na jego rzecz od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia w W. kwoty 895 068,00 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu tytułem należności za świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie hemodializoterapii wykonywanej ponad limit wynikający z umów zawartych z pozwanym na rok 2010, argumentując, że wykonanie dializ dotyczyło przypadków niecierpiących zwłoki, a świadczenia te miały szczególny charakter jako ratujące życie. Zaznaczył, że pozwany nie wskazał innych stacji dializ, w których pacjenci mogliby zostać poddani tym zabiegom.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zarzucił, że podstawą finansowania świadczeń udzielanych przez pozwanego miała być umowa określająca kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, który nie powinien planować przyjęć, jeżeli wiązało się to z przekroczeniem kwoty środków finansowych przewidzianej w umowie. Powinien też

prognozować konieczność udzielenia świadczeń zdrowotnych w przypadkach, o których mowa w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry.

Według ustaleń Sądu Okręgowego za objęty pozwem okres 2010r. strony łączyły umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej m.in.

w zakresie hemodializoterapii w stacjach dializ w J., K.

i T.. Ze względu na zbyt mały w stosunku do potrzeb

i liczby pacjentów limit świadczeń określony w umowie powód wykonał

w 2010 r. świadczenia przekraczające limit o łącznej wartości

895.068 zł. O fakcie wykonywania dializ ponad umowny limit, jak też o konieczności włączenia do tych zabiegów kolejnych pacjentów, powód informował pozwanego prosząc o wyrażenie deklaracji refundacji kosztów leczenia, a w przypadku odmowy refundacji – o wskazanie dalszego toku postępowania z takimi pacjentami. Pozwany uzależniał ewentualną zapłatę za świadczenia ponadlimitowe od zmiany planu finansowego nie wskazując dalszego toku postępowania ze zgłaszającymi się pacjentami, jak też nie wskazując innych zakładów opieki zdrowotnej, które udzieliłyby im świadczeń w ramach niewyczerpanych limitów kontraktowych. W miastach, w których powód prowadzi stacje dializ brak jest jednostek prowadzonych przez inne podmioty, a inne stacje dializują w znacznym oddaleniu od miejsc zamieszkania pacjentów, co wymagałoby wielokrotnych dojazdów w ciągu każdego tygodnia organizowanych przez świadczeniodawcę. Informacje o zabiegach, w tym pozalimitowych, powód przekazywał pozwanemu w formie sprawozdań zbiorczych przy wykorzystaniu programu informatycznego zgodnego z odpowiednim programem Funduszu i sprawozdania te zostały przyjęte bez zastrzeżeń. Pozwany nigdy nie kwestionował też wiarygodności zastawień pacjentów, a dokumentacja medyczna pacjentów jest mu udostępniana w trakcie przeprowadzanych kontroli wykonywania świadczeń.

W ocenie Sądu Okręgowego treść stosunków obligacyjnych wynikających z zawartych umów o świadczenie opieki zdrowotnej mogła być, z uwagi na treść art. 56 k.c., modyfikowana przez przepisy ustawowe, w tym art. 7 obowiązującej w czasie realizowania przez strony zawartych umów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, według którego zakład nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, zgodnie z którym lekarz ma obowiązek udzielić pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Sąd Okręgowy przyjął stanowisko, że w razie zrealizowania świadczeń w warunkach określonych dyspozycją wskazanych przepisów powód mógł domagać się od pozwanego wynagrodzenia za ich wykonanie, a pozwany miał obowiązek je uiścić. Przepisy powołanych ustaw mają bowiem charakter bezwzględny i wskazane w nich obowiązki wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów zawartych przez strony. W takiej sytuacji koszty świadczeń udzielnych w ramach przymusu ustawowego należy włączyć do skutków jakie wywołują zawarte umowy i powinny być pokryte ze środków publicznych Funduszu. W oparciu o całokształt zgromadzonego materiału procesowego Sąd ten uznał, że zrealizowane przez powoda świadczenia ponadlimitowe zostały wykonane w warunkach przymusu ustawowego wynikającego z unormowań zawartych w cytowanych ustawach, gdy zważy się, że pacjenci nie mieli możliwości skorzystania ze świadczeń w innej jednostce usytuowanej w rozsądnej odległości od miejsca zamieszkania. Z uwagi na charakter świadczeń hemodializy kwalifikować je należy do przypadków niecierpiących zwłoki, przy czym wykluczona była możliwość rozłożenia ich w czasie, czy ustanowienia systemu kolejek. Powód nie otrzymał też od pozwanego informacji dotyczących możliwości odesłania pacjentów do innych placówek.

Z tych przyczyn Sąd Okręgowy zaskarżonym wyrokiem zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 895.068 zł z ustawowymi odsetkami od lipca 2011 r.

W złożonej apelacji pozwany zarzucił przede wszystkim sprzeczność istotnych ustaleń Sądu z treścią zebranego materiału dowodowego przez uznanie, że poza sporem pozostał fakt wykonania świadczeń przez powoda oraz że przedstawione przez niego okoliczności uzasadniały stwierdzenie, że wykonał świadczenia ponad limit określony w umowie, a ponadto naruszenie prawa materialnego, polegające na błędnej wykładni i niewłaściwym zastosowaniu art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry przez przyjęcie, że

każda dializoterapia jest świadczeniem opieki zdrowotnej udzielonym w warunkach konieczności natychmiastowego udzielenia i wreszcie naruszenie prawa procesowego, a to art. 232 i 233 § 1 k.p.c. przez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów polegające na przyjęciu, że fakt wykonania świadczenia opieki zdrowotnej ponad limit określony w umowach został przez powoda udowodniony. Powołując się na te zarzuty pozwany wniósł o zmianę wyroku przez oddalenie powództwa ewentualnie jego uchylenie i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania.

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

Apelacji pozwanego nie można uznać za uzasadnioną.

Na wstępie odnieść się należy do tych zarzutów apelacji, które sprowadzają się do kwestionowania dokonanych przez Sąd Okręgowy ustaleń faktycznych, skoro od prawidłowości tych ustaleń uzależnione jest dokonanie subsumcji pod odpowiednie przepisy prawa materialnego.

Wbrew twierdzeniom apelacji materiał dowodowy zebrany i poddany analizie przez Sąd Okręgowy stanowił miarodajną podstawę do ustalenia, że powód rzeczywiście wykonał ponadlimitowe świadczenia zdrowotne, za które żąda wynagrodzenia. Powód przedstawił m.in. zestawienia zabiegów i listę pacjentów, którym udzielił przedmiotowych świadczeń, którą przesłał drogą elektroniczną do pozwanego i która została przez pozwanego zaakceptowana w dostarczonej wersji. Wiarygodność danych tych pacjentów i fakt udzielenia im świadczeń nie były przez pozwanego kwestionowane. Okoliczności potwierdzone tymi dokumentami znalazły też odzwierciedlenie w treści zeznań świadka G. S. (k. 268/2 – 270), który posiadał bezpośrednie wiadomości w sprawie wynikające z faktu pełnienia funkcji dyrektora stacji dializ w T.. Dodać należy, że pozwany nie utrzymywał nawet, by nieprawidłowości w zakresie ilości wykonanych zabiegów i dokumentacji medycznej pacjentów powoda pozwany ujawnił podczas przeprowadzonych kontroli wykonywania świadczeń.

Materiał dowodowy został przez Sąd Okręgowy poddany ocenie według kryteriów wynikających z brzmienia art. 233 § 1 k.p.c., czemu dał wyraz w uzasadnieniu sporządzonym zgodnie z wymogami określonymi w art. 328 § 2 k.p.c. Dokonana ocena tego materiału nie została skutecznie zakwestionowana, nie budzi wątpliwości w świetle zasad logiki i doświadczenia życiowego.

Poczynione przez Sąd Okręgowy ustalenia faktyczne należało w tych warunkach w całości podzielić i przyjąć jako właściwe.

Nie jest też trafny zawarty w apelacji zarzut naruszenia przepisów prawa materialnego. Dokonane ustalenia faktyczne nie ograniczały się do stwierdzenia, że wykonane ponad umowny limit świadczenia hemodializ były udzielone w warunkach konieczności natychmiastowego zrealizowania lecz zawierały też obszerne odtworzenie okoliczności, w jakich były wykonywane, a zwłaszcza implikacji o charakterze organizacyjnym. Sąd ten eksponował zwłaszcza w swoich ustaleniach fakt bezzwłocznego potrzeby wykonania zabiegów w sytuacji, kiedy powód, pomimo podjętych w tym kierunku działań, nie uzyskał od pozwanego żadnych konkretnych danych dotyczących możliwości kierowania pacjentów do innych stacji dializ, które posiadałyby jeszcze możliwość wykonania zabiegów w ramach zachowanych limitów kontaktowych. Nieudzielenie w trybie natychmiastowym usług medycznych pacjentom, którzy zwrócili się do powoda o wykonanie dializ, z uwagi na specyfikę choroby, oznaczałoby spowodowanie realnego zagrożenia dla ich życia w rozumieniu przepisów przytoczonych ustaw. Skoro istnieje ustawowy przymus zapewnienia pacjentom tego rodzaju zabiegów ratujących życie, to rzeczą pozwanego jest takie prognozowanie ilości tych zabiegów, by objąć nimi wszystkich potrzebujących, a obowiązek właściwego zorganizowania opieki zdrowotnej w tym zakresie na całym podległym pozwanemu obszarze nie może być przenoszony na świadczeniodawców. Nie można nie zauważyć, że powód już w pierwszych miesiącach realizacji umowy wskazywał pozwanemu na konieczność zwiększenia limitów środków z przeznaczeniem na wykonywanie dializ lecz nie doszło do takiego zmodyfikowania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, które uczyniłoby zadość potrzebie wykonania tych zabiegów u wszystkich zgłaszających się pacjentów.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego negowany jest pogląd, że określenie w umowie ilościowego limitu świadczeń zdrowotnych bez ustalenia niezbędnych przedsięwzięć organizacyjnych na wypadek wyczerpania limitów stanowi nadużycie przez świadczeniobiorcę wynikającego z art. 136 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obowiązku określenia w umowie zakresu udzielanych świadczeń i maksymalnej kwoty zobowiązania wobec świadczeniodawcy. Jeżeli świadczeniodawca nie mógłby sam wykonać świadczenia, powinien w każdej chwili wiedzieć, dokąd ma odesłać pacjenta (por. wyrok Sądu Najwyższego z 12 marca 2009 r., V CSK 272/08).

Reasumując należy stwierdzić, że Sąd Okręgowy słusznie przyjął, że wskazane przez skarżącego przepisy prawa materialnego miały zastosowanie w związku z brzmieniem art. 56 k.c.

Powyższe względy uzasadniały oddalenie apelacji (art. 385 k.c.).

Orzeczenie o kosztach postępowania apelacyjnego opiera się o przepisy art. 98 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c.