

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 4 kwietnia 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Rzeszowie Wydział I Cywilny w składzie:

<u>Przewodniczący</u>	<i>SSA Kazimierz Rusin (spr.)</i>
Sędziowie:	<i>SA Anna Gawelko</i> <i>SA Jan Sokulski</i>
Protokolant:	st.sekr.sądowy Justyna Stępień

po rozpoznaniu w dniu 4 kwietnia 2013 r. na rozprawie sprawy

z powództwa (...) **Spółki Akcyjnej w K.**

przeciwko **Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. - (...) Oddział Wojewódzki (...) w R.**

o zapłatę

na skutek apelacji strony pozwanej

od wyroku Sądu Okręgowego w Rzeszowie

z dnia 8 listopada 2012 r., sygn. akt I C 434/12

I. **zmienia** zaskarżony wyrok w ten sposób, że:

1. **zasądza** od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia w W. - (...) Oddział Wojewódzki (...) w R. na rzecz powoda (...) Spółki Akcyjnej w K. kwotę 111.975,70 zł (sto jedenaście tysięcy dziewięćset siedemdziesiąt pięć 70/100) z ustawowymi odsetkami od dnia 15 lutego 2011r.,

2. **oddala** powództwo w pozostałym zakresie,

3. **zasądza** od pozwanego na rzecz powoda kwotę 2.501 zł (dwa tysiące pięćset jeden) tytułem zwrotu części kosztów procesu

II. **oddala** apelację w pozostałej części,

III. **zasądza** od powoda na rzecz pozwanego kwotę 16.352 zł (szesnaście tysięcy trzysta pięćdziesiąt dwa) tytułem zwrotu części kosztów postępowania apelacyjnego.

UZASADNIENIE

Powód – (...) S.A. w K. żądał w pozwie złożonym w postępowaniu nakazowym zasądzenia na jego rzecz od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego w R. kwoty 392.457 zł z ustawowymi odsetkami od

15 lutego 2011 r. jako równowartości usług medycznych z zakresu diagnostyki laboratoryjnej wykonanych w 2010 r. ponad limit wynikający z umowy zawartej przez strony wskazując w uzasadnieniu, że pozwany przyjmował do wiadomości i nie kwestionował wykonanych badań .

Od wydanego nakazu zapłaty pozwany wniósł sprzeciw domagając się oddalenia powództwa i zarzucając, że nie miał obowiązku zapłacenia za świadczenia ponad limit określony w umowie, gdyż obowiązek taki miałby jedynie w zakresie świadczeń tzw. nagłych, czyli niecierpiących zwłoki , a powód jako profesjonalista winien odpowiednio gospodarować przyznanymi środkami i rozłożyć badania w czasie .

Sąd Okręgowy stwierdził, że powód świadczył w 2010 r. usługi diagnostyczne obejmujące badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego w oparciu o łączącą go z pozwanym umowę z 1 października 2008 r. z późniejszymi aneksami , przy czym dochodzona pozwem kwota stanowi wartość usług wykonanych ponad limit finansowy . W ocenie tego Sądu stosunek prawny wynikający z tej umowy należy rozpatrywać w sposób szczególny, gdyż problem dotyczy leczenia pacjentów, a zatem zdrowia ludzkiego, czyli wartości najwyższej podlegającej ochronie konstytucyjnej, a rozstrzyganie w tego typu sprawach musi wiązać się z oceną skonstruowanego modelu leczenia i sposobu płacenia przez pozwanego za świadczone usługi medyczne , który to model nie jest poprawny .

Według Sądu Okręgowego skoro powód wykonał faktycznie zleczone świadczenia w sposób prawidłowy to mimo przekroczenia limitu należy mu się stosowna zapłata, gdy pozwany nie kwestionował nadwykonań, a tym samym akceptował konieczność zapłaty choćby w terminie późniejszym . Ponadto taka praktyka jest powszechnie stosowana i mieści się w treści art. 56 kc .

Sąd ten podkreślił również, że powód nie mógł zaprzestać realizacji napływających zleceń diagnostycznych , z których znaczna część miała adnotację „pilne”, gdyż godziłoby to w ciągłość leczenia i powodowało zagrożenie dla zdrowia lub życia pacjentów, a na powódzie spoczywał obowiązek realizacji przepisów art. 7 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy z 3 grudnia 1996 r, o zawodzie lekarza i lekarza dentystry w zestawieniu z art. 68 Konstytucji RP. Z tych przyczyn Sąd Okręgowy zasądził od pozwanego na rzecz powoda dochodzona należność w oparciu o przepis art. 405 kc .

W złożonej apelacji pozwany zaskarżył ten wyrok w całości zarzucając przede wszystkim naruszenie przepisów postępowania, a mianowicie art. 277 kpc przez przyjęcie, że fakt wykonania świadczeń jest bezsporny pomiędzy stronami i nieprzeprowadzenie postępowania dowodowego czego skutkiem było nieudowodnienie roszczenia przez powoda, a także art. 328 § 2 kpc poprzez bardzo zwięzłe i ogólnikowe ustalenie faktów i nieustalenie dowodów co uniemożliwia dokonanie oceny toku wyводу. Skarżący zarzucił także naruszenie prawa materialnego, a mianowicie art. 7 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U z 2007 r., nr 14, poz. 89 ze zm.) oraz art. 30 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz. U z 2008 r., nr 136, poz. 857 ze zm.) wskutek przyjęcia, że świadczenie diagnostyczne niejako ze swej istoty jest świadczeniem opieki zdrowotnej udzielonym w warunkach powołanych przepisów bez względu na tryb przyjęcia pacjenta, tj. bez względu na to, czy mamy do czynienia z leczeniem planowym, czy nieplanowym, w związku z art. 132 ust. 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U z 2008 r, nr 164, poz. 1027 ze zm.) przez przyjęcie, że na podstawie zawartej umowy pozwany co do zasady jest zobowiązany do zapłaty za wszystkie świadczenia wykonane ponad limit określony w umowie i wreszcie naruszenie art. 132 ust. 1 w związku z art. 20 i 21 tejże ustawy w związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 26 września 2005 r, w sprawie kryteriów medycznych , jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U nr 200, poz. 1661) przez ich niezastosowanie i przyjęcie, że pozwany jest zobowiązany do zapłaty za wszystkie wykonane świadczenia planowane bez względu na tryb przyjęcia pacjenta . Powołując się na te zarzuty pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku przez oddalenie powództwa ewentualnie o jego uchylenie i przekazanie sprawy Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania .

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje :

W pierwszej kolejności należy odnieść się do zawartych w apelacji zarzutów naruszenia przepisów prawa procesowego, skoro od ich prawidłowego zastosowania uzależnione jest poczynienie właściwych ustaleń faktycznych.

Zarzutu nieprzeprowadzenia postępowania dowodowego nie można uznać za trafny, gdy zważy się, że Sąd przeprowadził wszystkie wnioskowane dowody z dokumentów, co potwierdza treść protokołów z rozpraw z dnia 4 kwietnia 2012 r. (k. 215) i z dnia 25 października 2012 r. (k. 315).

W świetle tych dowodów brak było podstaw do przyjmowania, że nie został wykazany fakt wykonania świadczeń. Z dokumentacji przedstawionej przez powoda wynika jakie konkretne badania, z określeniem numeru, zostały przez niego wykonane, w jakim terminie, o jakiej wartości rozliczeniowej oraz w jakim trybie (zwykłym czy pilnym – „cito”). Wykaz badań uwzględniający wszystkie te dane figuruje w systemie elektronicznym pozwanego, do którego to systemu informacje te były sukcesywnie przekazywane. Potwierdzeniem tego faktu jest stanowisko zajęte przez pozwanego w sprzeciwie od nakazu zapłaty, w którym zestawiał on wartość nadwykonań powoda również z 2010 r. Wartość świadczeń ponadlimitowych jest więc w istocie niesporna i nie było konieczne przeprowadzenie dowodu z dokumentacji medycznej poszczególnych pacjentów.

Należy także zauważyć, że po przeprowadzeniu postępowania dowodowego, a mianowicie po dopuszczeniu dowodów z wnioskowanych dokumentów, strony nie domagały się uzupełnienia tego postępowania (vide: stanowisko stron sformułowane w protokole rozprawy z 25 października 2012 r. – k. 315).

Powód przedstawił szczegółowe zestawienie badań TK i

RM przeprowadzonych w 2010 r. ponad limit umowny zawierające oznaczenie identyfikatora świadczenia oraz wskazujące liczbę punktów, priorytet (zwykłe, cito), numer badania, jego datę oraz potwierdzenie poprawności wykonania (k. 220 – 265, k. 309).

Z zestawień tych wynika, że ilość badań wykonanych w trybie pilnym i zakwalifikowanych jako „cito” wynosiła 61 w przypadku tomografii komputerowej (pracownia w Ł.) i 192 w przypadku rezonansu magnetycznego (pracownia w P.).

Słuszny jest zarzut skarżącego sformułowany na tle przepisu art. 328 § 2 kpc. Zasadność tego zarzutu nie oznaczała jednak, że niemożliwe stało się rozpoznanie istoty sprawy względnie dokonanie kontroli instancyjnej zaskarżonego wyroku.

Przedstawione dokumenty należało ocenić jako wiarygodne i miarodajne do poczynienia ustaleń w odniesieniu do wartości świadczeń wykonanych przez powoda w 2010 r., ponad umówiony limit jak też ustaleń co do wartości świadczeń wykonanych w trybie pilnym

(„cito”). Jak już bowiem nadmieniono dokumenty te w wystarczającym stopniu indywidualizują każde z przeprowadzonych badań, jego wartość i tryb wykonania. Jeśli weźmie się pod uwagę fakt, że dane te były na bieżąco przekazywane przez powoda pozwanemu, który gromadził je w swojej bazie elektronicznej i traktował jako podstawę rozliczeń z powodem, to nie można podzielić poglądu apelacji kwestionującego ich przydatność dla wykazania wartości świadczeń wykonanych ponad limit. Strony uzgodniły cenę jednostki rozliczeniowej na 8,10 zł dla badań TK i 8,30 zł dla badań RM, a mając na uwadze liczbę jednostek rozliczeniowych przypisanych poszczególnym badaniom dokonane zostało wyliczenie wartości świadczeń nierozliczonych przez pozwanego (nadwykonań) z wyodrębnieniem wartości świadczeń wykonanych w trybie pilnym. Wartość tych ostatnich świadczeń wynosiła w odniesieniu do badań MR 93.167,50 zł, a w odniesieniu do badań TK – 18.802,20 zł (wyliczenie powoda nie zakwestionowane przez pozwanego – k. 301 – 303).

W oparciu o wymienione dowody uzasadnione było ustalenie, że z ogólnej wartości świadczeń wykonanych przez powoda w 2010 r. ponad umówiony limit wartości świadczeń zrealizowanych na podstawie skierowań z adnotacją „pile” względnie „cito” wynosiła 111.975,70 zł (93.167,50 zł + 18.808,20 zł).

Powód wezwał pozwanego do zapłaty należności dochodzonej pozwem pismem z dnia 3 stycznia 2011 r. (k. 180), a zatem pozwany pozostaje w opóźnieniu w zapłacie co najmniej od wskazanej w pozwie daty 15 lutego 2011 r.

Za w części trafne należało natomiast uznać zarzuty naruszenia przepisów prawa materialnego. Zakresem przepisów art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza nie są bowiem objęte wszystkie świadczenia zdrowotne udzielone przez świadczeniodawcę, ale wyłącznie takie, w odniesieniu do których zaistniała konieczność natychmiastowego udzielenia, że zachodzi przypadek nie cierpiący zwłoki, a więc występujący w stanach nagłych, nieprzewidzianych i nieprzewidywalnych. Co do takich świadczeń siłą rzeczy nie wchodzi w grę możliwość planowania przyjęć, a świadczeniodawca wykonujący je ponad limit określony w umowie może oczekiwać od pozwanego zapłaty należności wyliczonej stosownie do zasad przewidzianych w umowie.

Z tych przyczyn należało uznać, że pozwany zobowiązany jest uiścić na rzecz powoda kwotę 111.975,70 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 15 lutego 2011 r.

Mając na uwadze okoliczność, że obowiązki wynikające z art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne, koszty świadczeń udzielonych przez powoda ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego podlegały, stosownie do treści art. 56 kc włączeniu do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta przez strony i w rezultacie winny być pokryte ze środków publicznych zarządzanych przez pozwanego.

Apelacja pozwanego podlegała w tym zakresie oddaleniu (art. 385 kpc).

Dalej idące roszczenie podlegało oddaleniu jako nie znajdujące oparcia w przepisach łączącej strony umowy interpretowanej w świetle art. 56 kc z uwzględnieniem zasad wynikających z art. 65 kc.

Roszczenie tej treści odnosiło się bowiem do należności za świadczenia zrealizowane w trybie zwykłym, w oparciu o skierowania, z których nie wynikała konieczność niezwłocznego wykonania badań. Świadczeniami zdrowotnymi, o których mowa w art. 7 cyt. ustawy nie są badania, które mogą być realizowane w zwykłym planowym trybie.

Z zasady pacta sunt servanda wypływa obowiązek wykonywania umów zgodnie z ich treścią i brak jest uzasadnienia do przyjmowania, że określony w łączącej strony umowie zakres przedmiotowy i finansowy umowy ulega rozszerzeniu na świadczenia, które mogą być udzielone w zwykłym trybie. Jak słusznie zauważa skarżący odstępianie od takiego zapatrywania oznaczałoby podważenie całego systemu kontraktowania świadczeń medycznych. Stronom umów określonym jako świadczeniodawcy pozostawiona bowiem zostałaby w każdej sytuacji całkowita dowolność w określeniu ilości świadczeń przyjętych do realizacji. Dowolności takiej nie można wyprowadzać z normy art. 68 Konstytucji RP odnoszącej się do prawa obywatelskiego, którego wykonanie opiera się na przepisach ustaw, w tym ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Fakt, że przedmiot niniejszego postępowania pozostaje w ścisłym związku z nadrzędnymi dobrami jakimi są życie i zdrowie człowieka nie może usprawiedliwiać zanegowania istoty ustawowych uregulowań prawnych odnoszących się do organizacji systemu ich ochrony. Mankamenty tego systemu nie mogą być zlikwidowane li tylko w procesie stosowania prawa, który nie może dopuszczać do przechodzenia do porządku dziennego ponad obowiązującymi normami prawnymi. W okolicznościach niniejszej sprawy nie można też podzielić stanowiska powoda, według którego pozwany przyjmował do wiadomości, a w domyśle godził się z przekraczaniem limitu świadczeń i pośrednio uznawał roszczenia powoda w tym zakresie. W odpowiedzi na wezwanie do zapłaty za te świadczenia pozwany jednoznacznie zanegował przecież zasadność tego roszczenia. W żadnym razie nie można też stwierdzić wytworzenia się w relacjach pomiędzy stronami zwyczaju polegającego na tolerowaniu praktyki dopuszczania do powstania nadwykonań, za które następnie świadczeniodawcy otrzymywaliby zapłatę wyliczaną według zasad przewidzianych w umowie.

Wskazywane przez powoda przypadki płacenia przez pozwanego za świadczenia ponadlimitowe nie mogą być uznane za miarodajne dla stwierdzenia ukształtowania się takiego zwyczaju rozumianego jako ustalona i powszechnie

stosowana zasada postępowania , już chociażby z tego względu, że nie są znane uwarunkowania , w jakich świadczenia te zostały udzielone.

Zauważyć też należy, że powód po skonstatowaniu faktu zgłaszania się pacjentów po wyczerpaniu się limitu nie podjął działań w celu ustalenia i wskazania im innych placówek, w których mogliby uzyskać świadczenia refundowane przez pozwanego.

Reasumując tę część wywodów należy stwierdzić , że charakter i okoliczności udzielenia świadczeń bez zalecenia lekarskiego wskazującego na ich pilność nie uzasadniał przyjęcia, że po stronie powoda jako świadczeniodawcy powstało roszczenie o zwrot kosztów zrealizowania tych świadczeń . Roszczenie w tym zakresie nie mogło też być skutecznie oparte na przepisach o bezpodstawnym wzbogaceniu skoro strony łączyła stosowna umowa i powód nie mógł nie wiedzieć, że nie był do tych świadczeń zobowiązany (art. 411 pkt. 1 kc).

Powyższe względy rozstrzygały o oddaleniu powództwa w pozostałej części jako bezzasadnego w świetle art. 56 kc w związku z postanowieniami umowy . Z tych względów zaskarżony wyrok należało zmienić działając w oparciu o art. 386 § 1 kpc .

Orzeczenie o kosztach procesu opiera się o przepis art. 100 kpc .

Kwoty te obejmujące w postępowaniu pierwszoinstancyjnym opłatę od pozwu w kwocie 19.623 zł oraz wynagrodzenie pełnomocników w kwotach po 7.200 zł, zaś w odniesieniu do II instancji – opłatę od apelacji w kwocie 19.623 zł i wynagrodzenie pełnomocników w kwotach po 5.400 zł podlegały stosunkowemu rozdzielaniu przy uwzględnieniu faktu wygrania procesu przez powoda w 28,5 %, a przez pozwanego w 71,5% .