

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 sierpnia 2012 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie VI Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący - Sędzia SA – Urszula Wiercińska

Sędzia SA – Ewa Śniegocka

Sędzia SO (del.) – Beata Waś (spr.)

Protokolant: – sekr. sądowy Ewelina Murawska

po rozpoznaniu w dniu 7 sierpnia 2012 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa (...) Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej (...) w G.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 1 grudnia 2011 r.

sygn. akt IV C 1422/08

I zmienia zaskarżony wyrok:

- w punkcie 1 w ten sposób, że zasądza od Narodowego Funduszu Zdrowia w W. na rzecz (...) Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej (...) w G. kwotę 188.828 (sto osiemdziesiąt osiem tysięcy osiemset dwadzieścia osiem) zł z ustawowymi odsetkami od dnia 1 kwietnia 2007 r. do dnia zapłaty i oddala powództwo w pozostałym zakresie;

- w punkcie 3 w ten sposób, że znosi wzajemnie pomiędzy stronami koszty postępowania;

- w punkcie 4 w ten sposób, że zasądza od Narodowego Funduszu Zdrowia w W. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Warszawie kwotę 9.441 (dziewięć tysięcy czterysta czterdzieści jeden) zł tytułem zwrotu części opłaty od pozwu;

II oddala apelację w pozostałej części;

III zasądza od Narodowego Funduszu Zdrowia w W. na rzecz (...) Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej (...) w G. kwotę 2100 (dwa tysiące sto) zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa prawnego za drugą instancję.

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 16 września 2008 r. (...) Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej (...) w G. wniósł przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. o zapłatę kwoty 349.094,42 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 01 kwietnia 2006 r. oraz kosztami procesu. Ostatecznie powód ograniczył kwotę roszczenia do 270.247.12 zł, cofając powództwo ze zrzeczeniem się roszczenia do kwoty 78.847,30 zł.

Pozwany NFZ w W. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu.

Wyrokiem z dnia 1 grudnia 2011 r. Sąd Okręgowy w Warszawie zasądził od Narodowego Funduszu Zdrowia w W. na rzecz (...) Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej (...) w G. kwotę 270.247.12 zł, z ustawowymi odsetkami od dnia 01 kwietnia 2007 r, do dnia zapłaty oraz umorzył postępowanie do kwoty 78.847,30 zł. Ponadto Sąd Okręgowy zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 4.433 zł. tytułem zwrotu kosztów postępowania, w tym 5.574 zł. tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego oraz nakazał pobrać na rzecz Skarbu Państwa (kasa Sądu Okręgowego w Warszawie), od pozwanego kwotę 13.784 zł., a od powoda kwotę 79 zł. tytułem kosztów sądowych.

Powyższe rozstrzygnięcie zapadło na podstawie następujących ustaleń faktycznych:

W dniu 07 stycznia 2005 r. r została zawarta pomiędzy NFZ w W. a (...) Samodzielnym Zespołem Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej (...) w G. umowa nr (...) na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie psychiatryczne i uzależnień. W paragrafie 8 ust. 1 w/w umowy określono kwotę finansowania świadczeń zdrowotnych w okresie od 1 stycznia 2005 r. do 30 czerwca 2005 r. na 5.804.049,50 zł. W dniu 28.06.2005 r. strony zawarły aneks nr (...) do umowy nr (...). Paragraf 1 aneksu zmienił maksymalną kwotę finansowania świadczeń o której mowa w § 8 ust.1 umowy, w ten sposób iż ustalił kwotę finansowania świadczeń z dniem 1 stycznia do 30 listopada 2005 r. na kwotę 10.641.892,50. Kwota ta kolejno była zmieniana aneksami: Nr (...) z 30.11.2005 r. (od 1 stycznia do 31 grudnia 2005r. na 11.609.610,50zł.), Nr (...) z dnia 07.02.2006 r. (od 1 stycznia do 28 lutego 2006r. na 1.934.103zł., Nr (...) z dnia 27.02.2006r. (od 1 stycznia do 30 czerwca 2006r. na 5.804.125,20 zł. Powód w dniu 01 marca 2007 r. wystawił fakturę VAT Nr (...) na kwotę 340.094,42 zł z tytułu wykonania świadczeń zdrowotnych ponad limit określony w § 1 ust. 1 aneksu Nr (...) z dn.27.02.2006 r. do umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w okresie od 1 stycznia 2006 r. do 30 czerwca 2006 r., pomniejszoną o kwotę 844,80 zł, a wynikającą z zaleceń pokontrolnych. Świadczenie wynikające z faktury nie zostało przez pozwanego NFZ uregulowane, choć powód wielokrotnie występował z tym do NFZ. Pozwany nie wykluczał renegotjacji umów po analizie realizacji świadczeń za okres styczeń - czerwiec 2006 r. i oszacowaniu puli potencjalnych nadwykonań, informował również powoda, że rozważa sfinansowanie jak największej ilości świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach za 2006 r. na zasadach jak w latach poprzednich. Po zakończeniu okresu rozliczeniowego - 2006 pozwany zaproponował powodowi ugodę i zapłatę kwoty 5.746,40zł, na co powód nie wyraził zgody i wezwał NFZ do zapłaty faktury NR (...), pozwany odmówił zapłaty. Powód wg. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10.08.2004r. w sprawie wykazów zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. Nr 179, poz.1854, ze zmianami wynikającymi z Rozp. z 18.01.2007 r.), został zobowiązany do przyjmowania osób, internowanych, kiedy to sąd po badaniu przez biegłych psychiatrów uznał, że dana osoba jest niepoczytalna, zagraża otoczeniu i wymaga środka zabezpieczającego. Przyjmowanie pacjentów do oddziału uzależnień w terminie wcześniej uzgodnionym nie dawało podstaw do uznania, że były to przyjęcia w stanie zagrożenia życia czy zdrowia, natomiast w przypadku osób uzależnionych od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, kryterium zagrożenia życia lub zdrowia należało oceniać wg nasilenia zespołu odstawiennego lub powikłań psychotycznych i taki stan należało oceniać indywidualnie. Również w niektórych przypadkach kierowania przez sądy na leczenie odwykowe, pacjenci wymagali przyjęcia natychmiastowego z uwagi na pogorszenie stanu zdrowia, co mogło spowodować nawet zagrożenie życia. Przyjmowanie pacjentów do oddziału psychiatrycznego w trybie nagłym uwarunkowane było okolicznościami czy chory rzeczywiście bezpośrednio zagrażał własnemu

życiu albo zdrowiu lub życiu i zdrowiu innych osób. Biegły z zakresu psychiatrii S. K. w przedstawionych przez powoda zestawieniach historii chorób zakwestionował konieczność przyjęcia pacjentów w trybie pilnym: do Oddziału Całodobowego (tabela Nr 1) w przypadku pacjentów wskazanych pod pozycją: 11,18,26,31,41, do Oddziału (...) (tabela Nr 2) w przypadku pacjentów pod pozycją: 2,4-8, 10-17, do Oddziału (...) (tabela Nr 4) w przypadku pacjentów pod pozycją: 1-3,5-6,8- 9,11,14,18-20,23,27-30,32,35-36,38,40,42-44,46,51-53,55,62,64, do Oddziału (...) (tabela Nr 5) w przypadku pacjentów wskazanych pod pozycją: 1- 10,12-15. Według przedstawionych do akt historii chorób i tabel nr 1- 5, wynika, że w przypadku osób wymienionych pod ww. pozycjami nie było podstaw do przyjęcia w trybie nagłym, ponieważ nie było zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta, lub działań podjętych przez te osoby przeciwko życiu lub zdrowiu innych osób.

Na podstawie powyższych ustaleń faktycznych Sąd I instancji uwzględnił powództwo w całości.

Jak wskazał Sąd I instancji w orzecznictwie ugruntowany jest pogląd, iż przekroczenie ustalonych limitów w zawartych umowach dopuszczalne jest jedynie w wypadku, gdy niezależnie od umowy ustawa nakładała obowiązek na zakład opieki zdrowotnej lub personel medyczny udzielenia świadczeń pomimo wyczerpania limitów. Obowiązek taki wynikał z art. 7 uzoz w odniesieniu do osób potrzebujących natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia albo zdrowia oraz art. 30 uzlld, przewidującego powinność udzielania 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 wypadkach niecierpiących zwłoki. Odmienne postanowienia umowy ograniczające możliwość wykonywania świadczeń ratujących zdrowie i życie i niecierpiących zwłoki, jako sprzeczne ze wskazanymi przepisami należałoby natomiast uznać za nieważne (art. 58 k.c.), co skutkuje tym samym zobowiązaniem NFZ do zapłaty za świadczenia wykonane w warunkach art. 7 uzoz i art. 30 uzlld bez ograniczeń kwotowych.

W ocenie Sądu Okręgowego przepis art. 7 uzoz nakładał na zakład opieki zdrowotnej obowiązek udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do zakładu opieki zdrowotnej potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Przepis ten nie reguluje natomiast skutków finansowych udzielenia świadczenia zdrowotnego. Stosownie do art. 38 ust. 5 wyżej wymienionej ustawy publiczny zakład opieki zdrowotnej nie mógł obciążać osoby uprawnionej do świadczeń opłatami za ich udzielenie. Zdaniem Sądu I instancji, należało zatem przyjąć, że w razie udzielenia przez publiczny zakład opieki zdrowotnej świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, obowiązek poniesienia kosztów świadczenia na rzecz pacjenta uprawnionego z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego obciążał kasę chorych, do której należał pacjent. Powyższe stanowisko potwierdził również Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 5 listopada 2003r IVCK 189/02.

Jako przedmiot niniejszego sporu Sąd Okręgowy wskazał umowę o wykonanie świadczeń zdrowotnych zawarta pod rządami przepisów ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczenie opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych oraz ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej i ustawy z dnia 5 grudnia 1996r o zwodzie lekarza i lekarza dentystry. W orzecznictwie Sądu Najwyższego utrwalone jest stanowisko, że umowy takie podlegają ocenie z punktu widzenia zasad i przepisów prawa cywilnego. Oznacza to między innymi, że jak każda czynność prawna, wywołują one nie tylko skutki w nich określone, lecz również te, które wynikają z ustawy, zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów (art. 56 k.c.). Dlatego zakres obowiązku Narodowego Funduszu Zdrowia wynikający z tych umów obejmuje, w ocenie Sądu Okręgowego, nie tylko zapłatę za wykonane przez zakład opieki zdrowotnej świadczenia medyczne określone w umowie, lecz obejmuje także zapłatę za te usługi medyczne, które świadczeniodawca zobowiązany był wykonać z mocy szczególnych przepisów ustawy, nawet jeżeli nie zostały one określone w umowie i objęte uzgodnionym wynagrodzeniem. Odnosi się to do świadczeń wykonanych w warunkach określonych w art. 7 uzoz oraz w art. 30 uzlld, to jest w przypadkach nagłych, zagrożenia zdrowia lub życia ludzkiego, kiedy to ustawodawca wprost nakłada na lekarzy i zakłady opieki zdrowotnej bezwzględny obowiązek udzielenia pomocy medycznej. Jak wskazał Sąd Najwyższy między innymi w wyrokach z dnia 5 sierpnia 2004 r. III CK 365/03, z dnia 15 grudnia 2004 r., IV CK 361/04, z dnia 13 lipca 2005 r., I CK 18/05, OSP 2006/6/70, z dnia 15 grudnia 2005 r. II CSK 21/05, z dnia 18 stycznia 2006 r. V CSK 60/05 i z dnia 10 maja 2006 r. III CSK 53/05 (niepubl.), koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy, zgodnie z art. 56 k.c., włączyć do

skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między NFZ, a świadczeniodawcą i obciążyć nimi NFZ, jako zarządzającą środkami publicznymi, z których powinny być one pokryte.

Uznając za uzasadniony i logiczny sposób wyliczenia należności za świadczenia wykonane poza umową wg stawek przewidzianych za wykonanie świadczeń w umowie łączącej strony, inny sposób nie jest możliwy, tym bardziej, jeśli pozwany takie stawki przyjmował dotychczas i informował również powoda, że rozważa sfinansowanie jak największej ilości świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach za 2006 r. na zasadach jak w latach poprzednich, Sąd Okręgowy przyjął zatem, że powód udzielając świadczeń w warunkach art. 7 uzoż i art. 30 uzlld zasadnie domagał się zapłaty należności w kwocie 270.247,12 zł i w tej części powództwo uwzględnił. Odnośnie odsetek Sąd I instancji uznał, iż skoro faktura z dnia 1 marca 2007 r. płatna była w terminie do 31 marca 2007, pozwany pozostawał w zwłoce od 1 kwietnia 2007 r.

Biorąc pod uwagę, iż powód częściowo cofnął powództwo wraz ze zrzeczeniem się roszczenia o zapłatę kwoty 78.847,30 zł, w tej części postępowanie Sąd I instancji umorzył. O kosztach procesu Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 100 k.p.c., uznając, że powód wygrał proces w 77,414% i w takich proporcjach Sąd rozliczył koszty z tytułu opinii biegłych, wynagrodzenia pełnomocników (od kwoty 7.200zł) oraz opłaty sądowej od ponoszenia, której powód był zwolniony.

Od powyższego wyroku apelację wniósł pozwany, który zaskarżając przedmiotowe rozstrzygnięcie w całości zarzucił Sądowi I instancji naruszenie art. 132 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. nr 210 poz. 2135 z późn. zm.). Ponadto skarżący zarzucił sprzeczność istotnych ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego poprzez uznanie, iż pozwany nie wywiązał się z umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych na 2006 rok, jak też z ostrożności procesowej, że pozwany obowiązany jest zapłacić za świadczenia wykonane w zakładzie opiekuńczo-leczniczym psychiatrycznym, mimo, że nie miały one kwalifikowanego charakteru w rozumieniu art. w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza.

Podnosząc powyższe skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w całości.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje.

Apelacja zasługiwała częściowo na uwzględnienie choć zasadny okazał się jedynie zarzut sprzeczności ustaleń Sądu I instancji z treścią zebranego w sprawie materiału w zakresie kwalifikacji niektórych świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych przez powoda, jako udzielonych w warunkach art. 7 uzoż i art. 30 uzlld (która zostanie omówiona w dalszej części uzasadnienia), co wpłynęło jedynie na zmianę wysokość zasądzzonego roszczenia. Pozostałe ustalenia faktyczne jak i rozważania prawne Sądu Okręgowego Sąd Apelacyjny uznał za prawidłowe przyjmując je tym samym za własne.

Powód domagał się zapłaty za świadczenia zrealizowane w 2006r. Zasadność powództwa należy rozpatrywać mając na uwadze regulację ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 210 poz.2135 z późn, zm.). Ustawa ta reguluje zasady organizacji i finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom ubezpieczonym. Zgodnie z art. 132 wyżej wskazanej ustawy Narodowy Fundusz Zdrowia, w celu zapewnienia ubezpieczonym świadczeń określonych ustawą, zawierał umowy ze świadczeniodawcami (czyli np. z zakładami opieki zdrowotnej). Tym samym decyzją ustawodawcy podstawą finansowania przez pozwanego świadczeń udzielanych ubezpieczonym jest umowa zawarta z udzielającym ich podmiotem, czyli ze świadczeniodawcą (powodem). Oznacza to, że pozwany może dokonywać zapłaty za udzielone świadczenia tylko na podstawie zawartej umowy i oczywiście na zasadach określonych w tej umowie. W zakresie określenia treści umowy zawieranej ze świadczeniodawcami (ustalenia praw i obowiązków stron), poza przepisami przywołanej ustawy kształtowanie treści stosunku prawnego następowało więc na ogólnych zasadach kodeksu cywilnego.

Istota sporu sprowadza się do kwestii: czy świadczeniodawca usług medycznych może lub nie skutecznie żądać zapłaty za świadczenia nieobjęte treścią umowy, którą zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia a jeśli tak, to czy po stronie

świadczeniodawcy powstaje roszczenie o zwrot kosztów wszystkich wykonanych świadczeń ponad limit przewidziany w umowie, czy też tylko niektórych z nich, wyróżnionych z powodu swego charakteru lub okoliczności, w jakich zostały udzielone. Kwestia ta była przedmiotem szerokiej i rozbieżnej analizy judykatury. Ostatecznie ugruntowany został pogląd, że co do zasady świadczeniodawcy nie przysługuje roszczenie o wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe. Odmienne zapatrywanie oznaczałoby odmowę uznania mocy wiążącej umowy o udzielanie świadczeń zawartej przez świadczeniodawcę z Narodowym Funduszem Zdrowia i tym samym naruszałoby art. 353¹ k.c. Od tej zasady należy jednak dopuścić wyjątek dotyczący świadczeń ponadlimitowych spełnionych w przypadkach, w których art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm. - dalej: „u zoz”) i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (jedn. teksty Dz. U. z 2002 r., nr 21, poz. 204 ze zm.) - dalej: „uzlld”) nakładających na zakłady opieki zdrowotnej i lekarzy obowiązek niezwłocznego udzielenia pomocy medycznej ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia(por. wyrok z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK 365/03, i z dnia 5 listopada 2003 r., IV CK 189/02).

Przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 ze zm.) nie zawierają żadnych regulacji w kwestii dotyczącej rozliczeń między świadczeniodawcą i Narodowym Funduszem Zdrowia z tytułu udzielonych przez powoda świadczeń medycznych. Artykuł 136 tej ustawy określa jedynie konieczne elementy treści takiej umowy, w tym w szczególności rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami oraz kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy. Rozważana kwestia rozliczeń musi być zatem rozstrzygnięta przede wszystkim na podstawie wiążącej strony umowy, z uwzględnieniem jednak art. 56 k.c., a także art. 7 uzoz., art. 30 uzlld. i art. 68 ust. 2 Konstytucji RP. Zgodnie z art. 56 k.c., czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy, z zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów. Oznacza to, że treść umownego stosunku prawnego może być modyfikowana przez przepisy ustawowe. Do takich przepisów należy zaliczyć przede wszystkim art. 7 uzoz., według którego zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Z kolei, stosownie do art. 30 uzlld., lekarz ma obowiązek udzielać 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. Wymienione przepisy powinny być interpretowane zgodnie z Konstytucją. Artykuł 68 ust. 1 Konstytucji RP przyznaje każdemu człowiekowi prawo podmiotowe do ochrony zdrowia, a art. 68 ust. 2 przyznaje każdemu obywatelowi prawo do równego dostępu w granicach określonych ustawami do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (por. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK 2004, nr 1A, poz. 1). Sąd Najwyższy w wyroku z dnia z dnia 12 marca 2009r. V CSK 272/08 którego pogląd Sąd Apelacyjny podziela wskazał, że przepisy art. 7 uzoz. i art. 30 uzlld. 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 uzoz. i art. 30 uzlld. 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.

Określone w umowach limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą zatem sytuacji, w których istnieje konieczność natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia. Skoro więc istnieje ustawowy obowiązek udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a obowiązek sfinansowania udzielonych ubezpieczonym przez zakłady opieki zdrowotnej świadczeń spoczywa na kasie chorych(Narodowym Funduszu Zdrowia), to należy uznać, że zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie, jeżeli tylko wykaże, że nastąpiło to w sytuacji określonej w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Stąd też zarzut naruszenia art.132 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych należy uznać

za chybiony. Mając powyższe na uwadze, w ocenie Sądu Apelacyjnego dla poprawnego rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie konieczne było ustalenie czy wszystkie ponadlimitowe świadczenia wykonane przez powoda wykonane były w warunkach zagrożenia życia i zdrowia ludzkiego tj. art.7 uoz. Przepis ten określa okoliczności, w jakich świadczenia zdrowotne muszą być bezwzględnie udzielone pacjentowi. Dotyczy on przede wszystkim pacjenta, który znalazł się w nagłej sytuacji wymagającej natychmiastowej reakcji medycznej, jego stan natomiast zagraża jego życiu lub zdrowiu. Oczywiście, w omawianej sytuacji pacjent powinien być zaopatrzony w pierwszej kolejności, tzn. przed innymi osobami, które nie potrzebują natychmiastowej pomocy medycznej. Pomija się więc określoną w danym ZOZ-ie kolejność dostępu do świadczeń zdrowotnych, czyli tzw. kolejkę medyczną (zob. Z. Kubot, Znaczenie art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w zakresie udzielania i finansowania świadczeń zdrowotnych, PiM 2004, nr 15, s. 30, teza 1). W tym kontekście należy przywołać także art. 19 uoż., który stanowi, iż "w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie".

Przesłanki opisane w art. 7 w zasadzie odpowiadają definicji stanu nagłego zawartej w art. 5 pkt 33 uoż. w związku z w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410), zgodnie z którą przez stan nagłego zagrożenia zdrowotnego należy rozumieć 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 I instancji w toku postępowania dopuścił dowód z opinii biegłego psychiatryi celem oceny wykonanych przez powoda świadczeń pod kątem wypełnienia dyspozycji art. 7 uoz. Z częścią wniosków biegłego powód zgodził się co w konsekwencji skutkowało cofnięciem pozwu ze zrzeczeniem się roszczenia w zakresie kwoty 78.847,30 zł.

Z opinii biegłego K. wynikało dodatkowo (poza oceną świadczeń uwzględnioną ostatecznie przez powoda), że w jego ocenie nadwykonania w zakresie hospitalizacji w zakładzie opiekuńczo – leczniczym psychiatrycznym jak i co do zasady nadwykonania w zakresie hospitalizacji w całodobowym oddziale leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych nie były spowodowane wskazaniem bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta a zwłaszcza te świadczenia realizowane w trybie ustawy z 26 października 1982r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U.z 2007r. nr 70, poz. 473 ze zmianami) Ostatecznie biegły pozostawił ocenę tych świadczeń do uznania Sądu.

Sąd I instancji zasądził kwotę żadaną przez powoda uwzględniając jego ostatnie stanowisko w sprawie (tj po cofnięciu powództwa w zakresie kwoty 78.847,30zł) nie odnosząc się w uzasadnieniu do kwestii świadczeń udzielonych przez powoda w zakładzie opiekuńczo – leczniczym i w ramach leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych. W ocenie Sądu Apelacyjnego świadczenia te nie spełniały przesłanki ratowania życia lub zdrowia pacjenta w stanie bezpośredniego ich zagrożenia.

Zgodnie z treścią art.32¹ ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, który stanowi że stacjonarne i niestacjonarne zakłady lecznictwa odwykowego, o których mowa w art.21 ust.1, przyjmują na leczenie poza kolejnością osoby zobowiązane do leczenia odwykowego na podstawie art.26 do wykorzystania limitu miejsc stanowiących 20% ogółu miejsc przeznaczonych do leczenia odwykowego w zakładzie lecznictwa odwykowego. W ocenie Sadu Apelacyjnego „poza kolejnością” nie oznacza, że leczenie podejmowane jest w ramach bezpośredniego zagrożenia życia Ustawa nakładała na powoda jedynie obowiązek zarezerwowania 20 % wszystkich miejsc, którymi dysponuje powód a przeznaczonymi do leczenia odwykowego po to by móc poza kolejnością realizować obowiązek leczenia odwykowego nałożonego przez Sąd na przyszłego pacjenta. Sytuacja takiej osoby pozostaje uprzywilejowana wobec innych osób chętnych do podjęcia takiego leczenia albowiem niewątpliwie leczenie będzie mogła podjąć nieco szybciej (poza kolejnością ale w ramach limitu 20 % miejsc na tym oddziale) Przyjęcie pacjentów ponad ten limit jedynie z uwagi na postanowienie sądu zobowiązujące do podjęcia leczenia odwykowego nie może zdaniem Sadu Apelacyjnego być kwalifikowane jako działanie w ramach art. 7 uoz, chyba że u danego pacjenta występuje obiektywnie stan bezpośredniego zagrożenia życia. Zgodnie z opinia biegłego taka sytuacja miała miejsce u części pacjentów przyjętych ponad limit w ramach leczenia alkoholowych zespołów

abstynencyjnych. Stąd też Sąd Apelacyjny pomniejszył zasadzoną kwotę jedynie o kwotę świadczeń udzielonych ponad limit zgodnie z treścią art. 32¹ ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi a bez wskazań do ratowania życia lub zdrowia bezpośrednio zagrożonego (tj zgodnie z załącznikiem do pozwu nr 5 tabela4poz.1,2,3,5,68,9,11,14,18,19,20,23,27,28,29,30,32,35,36,38,40,42,43,44,46,51,52,53,55,62,64.)

W ocenie Sadu Apelacyjnego tak samo należy ocenić nadwykonanie świadczeń w zakładzie opiekuńczo- leczniczym , które mają charakter opiekuńczo- pielęgnacyjno – leczniczy ale nie w trybie nagłym równoznacznym z bezpośrednim zagrożeniem życia lub zdrowia. Stąd też Sad Apelacyjny zmniejszył zasadzoną kwotę zgodnie z załącznikiem do pozwu nr 5 tabela 6

W ocenie Sądu Apelacyjnego w zakresie omówionych powyżej świadczeń obowiązkiem powoda było takie zorganizowanie udzielania świadczeń , w tym takie kształtowanie kolejki medycznej (np. poprzez rezerwację 20% miejsc dla pacjentów skierowanych przez sąd na przymusowe leczenie odwykowe) aby pula świadczeń zakontraktowanych nie została przekroczona.

Zdaniem Sadu Apelacyjnego pozwany niezasadnie kwestionował poprawność przyjętych przez powoda stawek za wykonanie konkretnych świadczeń dla wyliczenia dochodzonego roszczenia albowiem powód przyjął stawki przyjęte przez strony dla świadczeń wykonywanych w ramach limitów a pozwany poza gołosłownymi twierdzeniami nie wykazał , że wykonanie pewnych świadczeń ponad limit zmniejszyło koszt jednostkowy takiego świadczenia.

Niezasadnie pozwany także wykazywał , że powód miał obowiązek , którego zaniedbał , takiego organizowania kolejki medycznej , która uwzględniałaby także kwalifikowane nagłe przypadki. Wbrew twierdzeniom pozwanego powód podejmował starania zmierzające do regulacji przyjęć i wywiązania się z zawartej umowy tworząc kolejki oczekujących na przyjęcie. Zdaniem Sądu Apelacyjnego stanowisko pozwanego , że powód stale powinien blokować pulę świadczeń na realizację tzw. nagłych przypadków mogłoby w ostateczności doprowadzić do bardzo niekorzystnego społecznie niewykorzystywania przyjętych limitów mimo stale rosnącej liczby osób oczekujących a nie będących w stanie bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia.

Mając na uwadze powyższe rozważania Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 par.1 kpc uwzględniając w części apelację pozwanego zmienił zaskarżony wyrok i w związku z uwzględnieniem powództwa jedynie w części (nieco ponad 50% pierwotnego żądania Sąd Apelacyjny)na podstawie art.100kpc zniósł pomiędzy stronami koszty postępowania przed Sądem I instancji. Koszty postępowania apelacyjnego na podstawie art. 100 kpc Sąd Apelacyjny rozdzielił stosunkowo do wyniku postępowania apelacyjnego.