

Sygn. akt II Ca 1058/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 stycznia 2013 r.

Sąd Okręgowy w Białymstoku II Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Renata Tabor (spr.)
Sędziowie:	SSO Grażyna Wołosowicz SSO Bogdan Łaskiewicz
Protokolant:	st. sekr. sąd. Zofia Szczęsłowicz

po rozpoznaniu w dniu 17 stycznia 2013 r. w Białymstoku

na rozprawie

sprawy z powództwa (...) Publicznego Zespołu Zakładów (...) w A.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w B.

o zapłatę

na skutek apelacji obu stron

od wyroku Sądu Rejonowego w Białymstoku

z dnia 28 września 2012 r. sygn. akt XI C 71/10

I. zmienia zaskarżony wyrok w ten sposób, że:

1. w punkcie I i oddala powództwo ,

2. uchyla punkt III,

3. w punkcie V odstępuje od obciążania powoda kosztami procesu;

II. oddala apelację powoda w całości i apelację pozwanego w pozostałym zakresie;

III. odstępuje od obciążania powoda kosztami postępowania odwoławczego.

UZASADNIENIE

Powód (...) Publiczny Zespół Zakładów (...) w A. wnosił o zasądzenie od Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego w B. kwoty 46.444,23 złote z odsetkami od dnia 21 stycznia 2010 roku do dnia zapłaty podnosząc,

iż pozwany nie opłacił świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych przez powoda bez umowy w stanach nagłych w okresie od dnia 01.01.2009 roku do dnia 16.01.2009 roku. Na dochodzoną kwotę składała się kwota 16.642,50 złotych tytułem świadczeń udzielonych pacjentom hospicjum oraz kwota 29.801,73 zł tytułem świadczeń udzielonych pacjentom zakładu pielęgnacyjno – opiekuńczego wyliczonych na zasadach wynikających z umów obowiązujących do końca 2008 r.

Pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia wnosił o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu. Kwestionował w szczególności okoliczność, iż świadczenia udzielane bezumownie przez powoda były udzielane w stanach nagłych. Podnosił, że powództwo jest przedwczesne, gdyż do Funduszu nie wpłynął stosowny wniosek o zapłatę za świadczenia nie objęte umową, o którym mowa w art. 19 ust. 4 i 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Powód nie dopełnił więc niezbędnych formalności przed wytoczeniem powództwa. Pozwany kwestionował wysokość wynagrodzenia wyliczonego według stawek rynkowych podnosząc, że należy wykazać koszty rzeczywiste.

Wyrokiem z dnia 28 września 2012 roku Sąd Rejonowy w Białymstoku zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 18.603,14 złotych z ustawowymi odsetkami w wysokości 13 % w stosunku rocznym od 21 stycznia 2010 roku do dnia zapłaty(pkt I) i oddalił powództwo w pozostałej części (pkt II). Nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa kwotę 2150,60 złotych tytułem brakujących kosztów sądowych (pkt III), odstąpił od obciążania powoda kosztami sądowymi (pkt IV) i zasądził od powoda na rzecz pozwanego kwotę 483,40 złotych tytułem kosztów zastępstwa procesowego (pkt V).

Sąd I instancji ustalił, iż w dniu 30 grudnia 2005 roku strony zawarły dwie umowy: tj. o udzielanie świadczeń opieki długoterminowej - umowę nr (...) o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki paliatywnej/hospicjum i umowę nr (...) o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki długoterminowej. Na podstawie umowy nr (...) o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki paliatywnej/hospicjum powód zobowiązał się do kompleksowego i całodobowego organizowania i udzielania tego rodzaju świadczeń w warunkach stacjonarnych, ambulatoryjnych lub domowych w rodzaju opieki długoterminowej. Na podstawie umowy (...) o udzielanie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych z zakresu opieki długoterminowej (świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze) powód zobowiązał się do kompleksowego i całodobowego organizowania i udzielania świadczeń w warunkach stacjonarnych, ambulatoryjnych lub domowych, w rodzaju opieka długoterminowa. Powód świadczył usługi na zasadach i warunkach określonych w umowie. Współpracę prowadziły strony także w kolejnych latach. W dniu 12 grudnia 2008 roku w (...) O/Wojewódzkim NFZ w/m strony odbyły rokowania dotyczące zasad udzielania przez powoda świadczeń zdrowotnych w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym oraz hospicjum stacjonarnym w 2009 roku. W toku tych negocjacji dyrektor powoda nie zgodził się na ilość świadczeń zaproponowanych mu w kontrakcie przez pozwanego, co w efekcie doprowadziło do podpisania protokołu rozbieżności. Porozumienie osiągnięto jedynie w zakresie ceny za osobodzień. Stawka uzgodniona była wyższa od stawki z poprzedniego roku, tj. kwoty 158,50 złotych za jeden osobodzień. Na koniec 2008 roku w zakładzie pozostali pacjenci przewlekle chorzy. W dniu 31 grudnia 2008 roku obie w/w umowy wygasły. W dniu 15 stycznia 2009 roku podjęto kolejne rokowania, w wyniku których powód przystał na proponowane przez pozwanego warunki, tj. zaproponowaną przez niego ilość świadczeń w grudniu 2008 roku, na rok 2009. Umowa zaczęła obowiązywać od dnia 17 stycznia 2009 roku.

W konsekwencji w okresie od 1 do 16 stycznia 2009 roku powód udzielał świadczeń bezumownie w zakresie opieki paliatywnej i świadczeń pielęgnacyjnych oraz opiekuńczych. Przy stawce z poprzedniego roku za osobodzień koszt udzielonych świadczeń bezumownych z zakresu opieki paliatywnej został wyliczony przez powoda na kwotę 16.642,50 złotych, a udzielonych pacjentom zakładu pielęgnacyjno – opiekuńczego na kwotę 29.801,73 złote. W dniu 3 lutego 2009 roku powód złożył do pozwanego wniosek w trybie art. 19 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wnosząc o przyznanie wynagrodzenia za świadczenia udzielone bezumownie w stanach nagłych określając zakres świadczeń i ich koszt. Wniosek nie został uwzględniony.

Sąd I instancji uznał, że powód wyczerpał drogę przedsądową, gdyż złożył stosowny wniosek w trybie art. 19 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wskazał, że wprawdzie we wniosku nie podano podstawy prawnej żądania, to jest art. 19 ust. 4 ww. ustawy, jednak określono w nim żądanie, to jest że świadczeń udzielono poza umową, podano okoliczności faktyczne uzasadniające zdaniem powoda wypłatę wynagrodzenia za okres bezumownego świadczenia poprzez podanie, że wypisanie pacjentów z tych zakładów stwarzałoby zagrożenie życia. Wskazano, w jakim okresie udzielono świadczeń. Do wniosku dołączono wykaz osób, którym świadczeń udzielono i wskazano koszt opieki za osobodzień.

Sąd Rejonowy oceniał zasadność powództwa w kontekście normy wyrażonej w art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zgodnie, z którą świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym, przy czym wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielania niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej.

Zdaniem Sądu I instancji powód wykazał wysokość należnego wynagrodzenia. Sąd ten przyjął do rozliczeń dane z opinii konsultanta krajowego D. K., z której wynikało, że koszt osobodnia wyznaczał wartość świadczeń niezbędnych do udzielenia chorym z hospicjum (...) K., I. W., S. K., J. C., W. W., I. K., Z. K., S. S. i wynosił on 158,50 zł, co łącznie dało kwotę 16.642,50 zł. Dla chorych długoterminowych łączny koszt wynosił 30.389,92 złote, w tym konsultant ustalił osobodzień dla wszystkich chorych analizowanych w tej sprawie na kwotę 980,32 zł, a dla chorej J. N. na 490,16 zł. Pozwany nie wykazał, że była to kwota nienależna w ramach stanu nagłego i zakresu świadczenia niezbędnego. Sąd I instancji uznał wniosek pozwanego o wyłączenie specjalisty D. K. za niezasadny wskazując, iż nie było podstaw do przyjęcia stronniczości specjalisty, ponadto specjalista ten zajmuje się chorymi z hospicjum, zna zasady obowiązujące przy dokonywaniu tego rodzaju wyliczeń oraz zakres potrzeb chorych. Sąd I instancji wskazując na opinie specjalisty z zakresu chorób wewnętrznych. E. K.- S. i specjalisty chorób wewnętrznych i medycyny paliatywnej A. C. – R. zaznaczył, że wszystkie świadczenia zostały udzielone w stanach nagłych, w niezbędnym zakresie i ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia pacjenta.

Sąd Rejonowy powołując się na orzecznictwo Sądu Najwyższego zaznaczył, że w stosunku do świadczeń, których udzielono poza umową, ale w warunkach tzw. przymusu ustawowego przewidzianego w art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty, zakład opieki zdrowotnej ma roszczenie do Narodowego Funduszu Zdrowia o zapłatę. Konieczne jest jedynie wykazanie, że świadczenia zostały udzielone w stanach nagłych, zagrażających życiu i zdrowiu. Definicja stanu nagłego zawarta jest w art. 3 pkt 8 ustawy o państwowym ratownictwie medycznym. Sąd Rejonowy zaznaczył, iż wszystkie te przepisy mają na względzie sytuację wyjątkową, a kryterium przesądzającym jest konieczność natychmiastowego udzielania świadczenia ze względu na bezpośrednie zagrożenie zdrowia lub życia. Podstawowym warunkiem uzasadniającym dochodzenie roszczeń za świadczenia poza umową z NFZ jest wystąpienie elementu nagłości. Sąd Rejonowy posiłkując się opinią specjalisty chorób wewnętrznych i medycyny paliatywnej A. C. – R. zaznaczył, że każdy z pacjentów przyjętych do hospicjum wymagał natychmiastowego specjalistycznego udzielania świadczeń, a z tej opinii wynika, co potwierdza też opinia sporządzona przez D. K., że potwierdzeniem stanów ciężkich był zgon większości z pacjentów niedługo po udzieleniu świadczeń bezumownych. Byli to chorzy w stanie ciężkim i zaniechanie udzielania im świadczeń spowodowałoby ich wcześniejszy zgon. Do opieki paliatywnej kwalifikuje się chorych w stanie ciężkim, nie rokujących już istotnej poprawy zdrowia, skutecznie leczone mogą być tylko schorzenia współistniejące, a w zakresie schorzenia głównego można jedynie osiągnąć spowolnienie choroby lub tylko jej ograniczenie na jakości życia, co kwalifikuje je jako świadczenia udzielane z uwagi na zagrożenie życia i zdrowia.

Co do pacjentów długoterminowych za bardziej miarodajną Sąd Rejonowy uznał opinię sporządzoną przez specjalistę z zakresu chorób wewnętrznych A. J.. W ocenie tej biegłej w okresie od 1 do 16 stycznia 2009 roku w stanie nagłym i w niezbędnym zakresie powód udzielił świadczeń w przypadku pacjentki L. K. (1) i Z. Z. (1). U L. K. obserwowano napady agresji i pobudzenia mogące doprowadzić do zagrożenia życia, zaś u Z. Z. odnotowano zaburzenia połykania i krztuszenia, co mogło doprowadzić do ostrej niewydolności oddechowej. Koszt świadczeń

udzielonym tym pacjentkom Sąd Rejonowy ustalił na łączną kwotę 1.960,64 zł. Zgodnie z opinią A. J. stan pozostałych chorych wymagał opieki osób trzecich, lecz był stabilny. Sąd I instancji zaznaczył, że wprawdzie z opinii E. K. – S. wynikało, że wszystkie udzielone świadczenia były świadczeniami udzielonymi w stanach nagłych, w niezbędnym zakresie i ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia pacjenta, lecz biegła nie wyjaśniła swojej oceny w stosunku do pacjentów nie zakwalifikowanych przez poprzednią biegłą do stanów nagłych. Z tego powodu Sąd Rejonowy opinię tę uznał za niemiarodajną.

W konsekwencji Sąd I instancji zasądził kwotę 18.603,14 złotych (16642,50 zł + 1960,64 zł) z ustawowymi odsetkami uznając, że w tej wysokości udzielono świadczeń w okresie pozaumownym w stanie nagłym, zagrażającym życiu i zdrowiu oraz w niezbędnym zakresie. W pozostałym zakresie powództwo oddalił uznając, że przy spełnianiu świadczeń stan nagły nie wystąpił. O kosztach procesu orzekł na mocy art. 100 kpc i art. 102 kpc.

Apelacje od powyższego wyroku złożyły obie strony.

Powód zaskarżył powyższy wyrok w części, tj. w punktach II i V zarzucając mu:

1. naruszenie przepisów prawa procesowego, które miało wpływ na wynik sprawy tj. art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 k.p.c. w zw. z art. 285 § 1 k.p.c.:

a) **poprzez błędne przyjęcie, iż opina sporządzona przez biegłą A. J. (2) została sporządzona w sposób prawidłowy, zawiera wszelkie niezbędne elementy i można przyznać jej moc dowodową, podczas gdy jest ona wewnętrznie sprzeczna, lakoniczna i nie posiada uzasadnienia zawartych w niej twierdzeń,**

b) **poprzez odmowę przyznania mocy dowodowej opinii sporządzonej przez biegłą E. S., podczas gdy opinia ta jest merytoryczna i szczegółowa, sporządzona w oparciu o dołączoną do sprawy dokumentację medyczną i koreluje z opiniami sporządzonymi przez D. P. Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie medycyny paliatywnej i A. R. Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej,**

c) **poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów, polegające na dokonaniu oceny tylko części zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego z pominięciem części przeprowadzonych dowodów w szczególności opinii sporządzonych przez D. K. (2) i A. R., w konsekwencji błędne ustalenie przesłanek decydujących o uznaniu świadczeń medycznych udzielonych przez powoda za świadczenia udzielane w stanie nagłym;**

2. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. art. 3 ust. 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym w zw. z art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej w zw. z art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez błędne przyjęcie przez Sąd I instancji, iż stan, w jakim znajdowali się pacjenci długoterminowi znajdujący się w placówce powoda w okresie od dnia 1 stycznia 2009 r. do dnia 16 stycznia 2009 r., nie był stanem nagłym w związku z czym powód mógł im odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego, a pozwany nie jest zobowiązany do wypłaty powodowi wynagrodzenia za wykonane świadczenie.

Wskazując na powyższe wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez:

- zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda dodatkowej kwoty 27.841,86 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 21 stycznia 2010 r. do dnia zapłaty,**
- zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu za I instancję,**
- zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu za II instancję.**

Pozwany zaskarżył powyższy wyrok w części :

- **zasądzącej od pozwanego kwotę 18.603,14 zł z ustawowymi odsetkami w wysokości 13% w stosunku rocznym od dnia 21.01.2010r. do dnia zapłaty (pkt I),**
- **zasądzącej od powoda na rzecz pozwanego zwrot kosztów zastępstwa procesowego w kwocie 483,40 zł (pkt V),**
- **nakazującej pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Białymstoku kwotę 2.150,60 zł tytułem brakujących w sprawie kosztów sądowych (pkt III)**

i wniósł o zmianę wyroku w zaskarżonej części poprzez:

- **oddalenie powództwa w całości,**
- **zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego zwrotu kosztów postępowania za obie instancje, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przypisanych, ewentualnie uchylenie wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpatrzenia - przy uwzględnieniu kosztów postępowania odwoławczego.**

Wyrokowi zarzucił:

1. naruszenie prawa materialnego polegające na ich błędnej wykładni i niewłaściwym zastosowaniu:

a) **art. 7 Ustawy z dnia 30.08.1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.);**

b) **art. 5 pkt 33 w zw. art. 19 Ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004r., Nr 210, poz. 2135 ze zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;**

c) **art. 3 ust. 8 Ustawy z dnia 08.09.2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2006r., Nr 191, poz. 1410 ze zm.) poprzez błędne przyjęcie, że świadczenia udzielone przez powoda w okresie 1-16.01.2009r. na rzecz 8 pacjentów w zakładzie hospicjum stacjonarnego (tj.: K. J., W. I., K. S., C. J., W. W. (2), K. I., K. Z. i S. S. (3)) oraz 2 pacjentek w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym (tj.: Z. Z. (3) i K. L.) - były świadczeniami udzielonymi w stanie nagłym;**

d) **art. 19 Ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004r. Nr 210, poz. 2135 ze zm.); poprzez błędne przyjęcie, że powód złożył wniosek, o którym mowa w art.19 ust.5 w/w ustawy i spełnił wszystkie niezbędne przesłanki z niego wynikające, podczas gdy materiał dowodowy wskazuje, że powód nie złożył w/w wniosku wraz z: rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej (w ramach stanu nagłego) i ich kosztów, ze wskazaniem, iż były to wyłącznie uzasadnione koszty niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej, okolicznościami udzielenia świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych w formie pisemnej,**

– świadczenia udzielone przez powoda w okresie 1-16.01.2009r. na rzecz 8 pacjentów w zakładzie hospicjum stacjonarnego (tj.: K. J., W. I., K. S., C. J., W. W. (2), K. I., K. Z. i S. S. (3)) oraz 2 pacjentek w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym (tj.: Z. Z. (3) i K. L.) - były świadczeniami udzielonymi w stanie nagłym, w niezbędnym zakresie, zaś ich wartość obejmowała wyłącznie koszty uzasadnione,

– stawka ustalona przez strony w umowach obowiązujących do 31.12.2008r. jako wartość tzw. osobodnia (obejmująca kompleksowe świadczenia w ramach w/w osobodnia) odpowiada wyłącznie uzasadnionym kosztom udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej w stanie nagłym, o czym stanowi art. 19 ust.4 wprost, podczas gdy z istoty tego przepisu i celu ustawodawcy kreującego przedmiotową regulację wynika prawo ubiegania się o wynagrodzenie uwzględniające koszty świadczeń w niezbędnym ich zakresie, tj. do czasu przekazania pacjenta do świadczeniodawcy posiadającego umowę;

e) art. 5 k.c. poprzez brak analizy treści tej normy prawnej i jej nie uwzględnienie w zaskarżonej części, tym samym złamanie norm współżycia społecznego poprzez uznanie, iż powodowi należy się zasądzona kwota (pomimo, iż rażąco i wyłącznie z własnej winy przyczynił się do powstania okresu bezumownego i jednocześnie nie dopełnił formalności, o których mowa w art. 19 ustawy o świadczeniach) - co skutkuje niezasadnym uszczuplaniem środków publicznych, jakimi dysponuje pozwany, z których to środków finansowane są ubezpieczonym świadczenia opieki zdrowotnej;

f) art. 6 k.c. w zw. z art. 232 k.p.c. poprzez błędne przyjęcie, że powód sprostał ciężarowi dowodowemu i wykazał: rzeczywisty koszt świadczeń era ich niezbędny zakres, tj. przesłanki wynikające z art.19 ustawy o świadczeniach, a także złożył wniosek wraz z niezbędnymi załącznikami, o których mowa w w/w/ przepisie;

2. naruszenie przepisów postępowania:

a) art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie przez Sąd Rejonowy (w zaskarżonej części wyroku) swobodnej oceny dowodów zgromadzonych w sprawie, poprzez:

- sprzeczność istotnych ustaleń z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego poprzez przyjęcie, że:

- powód wyczerpał procedurę określoną w art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podczas gdy zgromadzony materiał dowodowy wyraźnie temu przeczy,

- wartość „osobodnia” ustalona w opinii Konsultanta D. K. (2) wynosiła kwotę 980,32 zł (dla wszystkich chorych długoterminowych) i kwotę 490,16 zł (chorej N. J.) – str. 6 uzasadnienia, podczas gdy kwoty te obejmowały łączną podaną przez w/w Konsultanta wartość usługi za okres bezumowny w stosunku do wszystkich poszczególnych pacjentów, przy czym kwota 490,16 zł dotyczyła pacjentki H. N. a nie J. N. (2), zaś wartość osobodnia wynikająca z w/w opinii wynosiła kwotę 61,27 zł w stosunku do każdego pacjenta analizowanego przez Konsultanta,

- brak logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami i nie uwzględnienie jednoznacznych związków przyczynowo-skutkowych – tj. poprzez pominięcie istotnych okoliczności, wskazujących na lekceważenie procedury konkursowej przez powoda i skutków z tego wynikających, a także jego wiedzy, że w przypadku niepodpisania kontraktu nie będzie miał umowy od 1 stycznia 2009r., podczas gdy brak było podstaw do nieprzyjęcia przez powoda proponowanych warunków umowy. Sąd uwzględnił powództwo w zaskarżonej części pomimo, iż zgromadzony materiał dowodowy jednoznacznie wskazuje, iż powód rażąco i wyłącznie z własnej winy przyczynił się do powstania okresu bezumownego, a także nie dopełnił przesłanek, o których mowa w art.19 ust.5 ustawy o świadczeniach;
- nie rozważeniu w sposób bezstronny i wszechstronny zeznań świadków zgłoszonych przez pozwanego, w szczególności członków komisji konkursowych: E. Ś., M. W., K. R. i T. B.,

przeprowadzających postępowania konkursowe w sprawie zawarcia umów na rok 2009, z których zeznań wynikają okoliczności, o których mowa powyżej,

- *pominięcie faktów i dowodów, mających podstawowe znaczenie dla sprawy i rzutujących w znacznym stopniu na jej wynik – tj. okoliczności powstania okresu bezumownego, faktu niespełnienia przez powoda przesłanek art. 19 ustawy o świadczeniach i pominięcie zarzutów zgłaszanych przez pozwanego, w szczególności zarzutów do poszczególnych opinii biegłych, dyskwalifikujących ich moc dowodową,*
- *pominięcie części uzupełniającej opinii biegłego A. J. (2) (akta sprawy k.968), sporządzonej w odpowiedzi na zarzuty pozwanego z dnia 22.11.2010r., z której wynika, że w przypadkach 2 pacjentek z zakładu pielęgnacyjny-opiekuńczego, tj. Z. Z. (3) i L. K. (1) - świadczenia nie były udzielane w stanie nagłym, wskutek czego powództwo w części dotyczącej w/w świadczeń zostało niezasadnie uwzględnione,*
- *przez błędne przyjęcie, że opinia sporządzona przez biegłą C.-R. (pomimo nie obalenia przez biegłą zarzutów pozwanego zgłoszonych do w/w opinii) - jest prawidłowa, posiada moc dowodową, podczas gdy w/w opinia nie spełnia kryteriów ani wymogów opinii w rozumieniu przepisu art. 285 § 1 k.p.c. – zawiera bowiem istotne nieprawidłowości, jest niekompletna (brak wykazania istnienia przesłanki wystąpienia stanu nagłego, brak uzasadnienia i wykazania niezbędności zakresu udzielonych świadczeń), jest niejasna i nieweryfikowalna - tym samym niemiarodajna, a ponadto zawiera nieuzasadnioną i sprzeczną z obowiązującymi przepisami oraz ugruntowanym i jednolitym orzecznictwem „rozszerzającą” wykładnię stanu nagłego oraz pojęcia niezbędności zakresu udzielanych przez powoda świadczeń,*
- *błędne przyjęcie, że opinia sporządzona przez Konsultanta, D. K. (2), który jest jednocześnie świadczeniodawcą od wielu lat związanym z pozwanym umową o udzielanie świadczeń zdrowotnych - jest prawidłowa, posiada moc dowodową, podczas, gdy:*
 - *opiniujący dokonał nierzetelnej i nieuprawnionej oceny, wykraczając poza zakres tezy dowodowej, objętej postanowieniem Sądu z dnia 05.11.2011r., zaś twierdzenia opiniującego nie pozostają w jakimkolwiek związku ze stanem faktycznym sprawy. W/w opiniujący nie dokonał przy tym stosownego wyliczenia kosztów świadczeń objętych tezą dowodową, a dotyczących świadczeń udzielonych 2 pacjentom, tj. L. K. (1) i Z. Z. (3) w ściśle określonym okresie, tj. od dnia 1.01.2009r. do dnia 16.01.2009r., do czego był powołany i co winno stanowić wyłączny i zasadniczy przedmiot tej opinii,*
 - *błędnie ustalił wartość objętych pozwem świadczeń w oparciu o wartość tzw. osobodnia wynikającą z umowy stron z 2008r., podczas gdy na mocy obowiązujących przepisów (art.19 ustawy o świadczeniach), w przypadku udzielenia świadczeń w stanach nagłych przez placówkę nieposiadającą stosownej umowy na udzielanie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, pozwany jest zobligowany do pokrycia wyłącznie kosztów niezbędnych świadczeń udzielonych świadczeniobiorcy w stanie nagłym, w niezbędnym ich zakresie;*
- *błędne przyjęcie wskazanych w opinii Konsultanta D. K. (2) stawek umownych (wartość osobodnia wynikająca z umowy z 2008r.) w stosunku do wszystkich świadczeń objętych uwzględnioną częścią powództwa, podczas gdy zgodnie z tezą dowodową objętą postanowieniem Sądu z dnia 05.11.2011r. przedmiotowa opinia dotyczyła wyłącznie ustalenia wartości rynkowej i/lub kosztów świadczeń udzielonych 2 pacjentkom, tj. L. K. (1) i Z. Z. (3);*
- *błędne ustalenie stanu faktycznego poprzez pominięcie istotnych okoliczności, podnoszonych przez pozwanego w piśmie procesowym z dnia 22.11.2010r. (str.6), tj. dotyczących pacjentki*

Z. Z. (3), na rzecz której udzielone zostały świadczenia objęte zaskarżoną częścią wyroku; jak wskazuje bowiem materiał dowodowy, w okresie bezumownym jedyną adnotacją, która dowodzi istnienia stanu nagłego w rozumieniu Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (art.19) w zw. z Ustawą o zakładach opieki zdrowotnej (art.7) w zw. z Ustawą o zawodzie lekarza (art.30) to odnotowany uraz głowy. Z tego powodu w dniu 9.01.2009r. wezwano pogotowie ratunkowe – przewieziono pacjentkę celem wykonania TK głowy i założenia szwów. Te świadczenia w pełnym zakresie (interwencja PR, a także: badania TK, morfologia krwi obwodowej, badanie ogólne moczu, poziom elektrolitów i glikemii oraz EKG i interwencja chirurgiczna z podaniem anatoksyny p/teczowej) zostały rozliczone z (...) OW NFZ przez świadczeniodawców je realizujących, tj.: pogotowi ratunkowe i szpital w A.. W dniu 17.01.2009r. ze względu na nasilone zaburzenia psychiczne (pobudzenie, agresja, zaburzenia świadomości) pacjentkę przewieziono do szpitala psychiatrycznego, co z kolei równoznaczne jest z tym, że:

- brak było podstaw do przyjęcia za podstawę obliczenia wartości udzielanych przez powoda świadczeń (i to nie tylko w stosunku do Z. Z. (3), ale także co do zasady - do wszystkich pozostałych pacjentów) stawki umownej, tj. wartości tzw. osobodnia, skoro udzielanie świadczeń w związku z zaistnieniem w dniu 9.01.2009r. stanu nagłego u w/w pacjentki przejęli inni świadczeniodawcy, zaś pozwany rozliczył się z nimi w ramach zawartych umów,*
- konieczne było dokładne wyliczenie świadczeń z uwzględnieniem niezbędności zakresu i rzeczywistych poniesionych przez świadczeniodawcy kosztów,*
- brak było podstaw do zasądzenia roszczenia w oparciu o stawkę tzw. osobodnia, skoro powód nie udzielał w tym dniu pełnego zakresu świadczeń, zaś przyjęcie odmiennego stanowiska prowadzi do wniosku, iż pozwany winien finansować świadczenia niejako „podwójnie”,*
- przekazanie pacjentki w dniu 9.01.2009r., a następnie w dniu 17.01.2009r. do innego świadczeniodawcy to okoliczność wskazująca, iż powodowi znane były zasady należytego postępowania w stanach nagłych;*
- art. 227 k.p.c. poprzez dopuszczenie dowodu z opinii Konsultanta D. K. (2) i w konsekwencji oparcie na nim zaskarżonego rozstrzygnięcia, podczas gdy okoliczności, na które został powołany w/w biegły nie miały istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy, bowiem przedmiotem opinii winno być ustalenie wartości (wysokości) wynagrodzenia, stosownie wyliczonego, które powinno uwzględniać wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej - zgodnie z art. 19 ust.4 ustawy o świadczeniach, nie zaś jak wynikało to z tezy dowodowej przyjętej w postanowieniu z dnia 05.11.2010r.;*
- art. 236 k.p.c. poprzez jego niezastosowanie w zakresie opinii Konsultanta D. K. (2) – w części przekraczającej tezę dowodową objętą postanowieniem Sądu z dnia 05.11.2011 r., która to opinia stanowiła podstawę ustaleń faktycznych i opartych na niej ocen prawnych, co w konsekwencji oznacza, że w/w opinia we wskazanej części nie była przedmiotem postępowania dowodowego, stanowiła bowiem dowód, który w tej części nie został w formalny sposób dopuszczony i przeprowadzony – co naruszyło także ogólne reguły postępowania w zakresie bezpośredniości, jawności, równości stron i kontradymyjności;*
- art. 233 § 1 w zw. 236 k.p.c. poprzez dokonanie ustaleń faktycznych na podstawie dowodu (opinia Konsultanta D. K. (2) w części przekraczającej tezę dowodową), który nie został w formalny sposób dopuszczony i przeprowadzony oraz oparcie na nim ocen prawnych;*

- **art. 230 k.p.c. poprzez brak analizy, pominięcie i niezastosowanie w zaskarżonej części orzeczenia tej normy - podczas gdy w przedmiotowej sprawie pozwany postawił osobie zarządzającej powodową placówką zarzuty, z których ani jeden nie został obalony, a pomimo to Sąd Rejonowy nie wziął tych okoliczności pod uwagę;**

- **art. 232 k.p.c. poprzez:**

- **przerzucenie ciężaru dowodowego na stronę pozwaną, poprzez błędne przyjęcie, iż pozwany nie wykazał w żaden sposób, że wartość świadczenia przyjęta przez Konsultanta D. K. (2) była kwotą cyt. „nienależną w ramach stanu nagłego i zakresu niezbędnego”, a także stwierdzenie, że pozwany mógł dokonać cyt. „własnego wyliczenia niezbędnych świadczeń i określenia ich wysokości”, podczas gdy wykazanie w/w okoliczności przez pozwanego w jakiegokolwiek formie jest niemożliwe; pozwany mógł jedynie przedstawić, wobec braku niezbędnych do wyliczenia danych metodologię sposobu wyliczenia (i co uczynił w piśmie procesowym z dnia 5.11.2010 r., str. 3-4). Wobec powyższego, Sąd Rejonowy dokonał nieuzasadnionego przerwania ciężaru dowodowego na stronę pozwaną, podczas gdy w tym zakresie ciężar spoczywał wyłącznie na powodzie,**

- **nieuzasadnione ustalenie, że opinie biegłych, w oparciu o które zasądzona została zaskarżona obecnie część powództwa, spełniają wymogi określone w art. 285 § 1 k.p.c., a w konsekwencji błędne przyjęcie, że powód wykazał fakty, z których wywodzi skutki prawne;**

- **art. 278 § 1 w zw. 217 § 1 k.p.c. poprzez uwzględnienie spóźnionego wniosku dowodowego pełnomocnika powoda (zgłoszonego w piśmie procesowym z dnia 15.10.2010r. i ponowionego w piśmie z dnia 27.10.2010r.), dotyczącego „ustalenia wartości rynkowej i/lub kosztów udzielonych świadczeń zdrowotnych”, podczas gdy postanowieniem z dnia 16.06.2010r. zakreślony został w/w pełnomocnikowi ostateczny 10-dniowy termin na składanie wniosków dowodowych, który upłynął w dniu 30.06.2010r. Pozwany wnosił o oddalenie wniosku w piśmie procesowym z dnia 15.11.2010r., zaś po wydaniu na posiedzeniu niejawnym w dniu 05.11.2010r. postanowienia w sprawie dopuszczenia w/w dowodu, pozwany na rozprawie w dniu 29.06.2011 r. zgłosił stosowne zastrzeżenie w trybie art.162 k.p.c.;**

- **art. 278 § 1 w zw. 217 § 2 k.p.c. poprzez uwzględnienie wniosku dowodowego pełnomocnika powoda zgłoszonego na rozprawie w dniu 29.06.2011 r., dotyczącego dopuszczenia dowodu z opinii kolejnego specjalisty, tj. z zakresu tzw. opieki długoterminowej (choroby wewnętrzne, geriatryka) i w konsekwencji, wydanie postanowienia z dnia 8.11.2011r. w zakresie punktu II pomimo braku konieczności i jakichkolwiek przesłanek do kwestionowania opinii sporządzonej przez biegłą A. J. (2), którą ostatecznie Sąd 1 instancji prawidłowo uznał za spełniającą wymogi opinii sądowej. Pozwany wnosilo oddalenie w/w wniosku zarówno na rozprawie w dniu 29.06.2011r. jak i w piśmie procesowym z dnia 29.06.2011r., zaś po wydaniu przedmiotowego postanowienia na posiedzeniu niejawnym, pozwany w piśmie z dnia 22.02.2012r. zgłosił stosowne zastrzeżenie w trybie art.162 k.p.c.;**

- **art. 278 § 1 w zw. 279 k.p.c. poprzez dopuszczenie dowodu z opinii Konsultanta D. K. (2) bez uprzedniego wysłuchania wniosków stron co do liczby biegłych i ich wyboru. Pozwany zgłosił stosowne zastrzeżenie w trybie art.162 k.p.c. w piśmie z dnia 18.05.2011r., stanowiącym jednocześnie wniosek o wyłączenie w/w osoby z udziału w sprawie, a także na rozprawie w dniu 29.06.2011 r.;**

- **art. 328 § 2 k.p.c. poprzez brak spójności uzasadnienia wyroku, dotyczącej zaskarżonej części z zebrany materiał dowodowy, a także brak wskazania w uzasadnieniu wyroku przyczyn,**

dla których Sąd I instancji odmówił wiarygodności i mocy dowodom strony pozwanej, a także podnoszonym przez pozwanego zarzutom.

SĄD OKRĘGOWY USTALIŁ I ZWAŻYŁ, CO NASTĘPUJE:

Apelacja pozwanego w przeważającej części zasługiwała na uwzględnienie.

Apelacja powoda, jako bezzasadna, podlegała oddaleniu w całości.

Sąd Okręgowy podziela ustalenia faktyczne Sądu I instancji co do tego, iż do dnia 31 grudnia 2008 roku powód udzielał świadczeń w zakresie opieki paliatywnej oraz świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych na podstawie umów łączących go z Narodowym Funduszem Zdrowia. Umowy te wygasły w dniu 31 grudnia 2008 roku, a z uwagi na brak porozumienia kolejna umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zaczęła obowiązywać dopiero od dnia 17 stycznia 2009 roku. W konsekwencji w okresie od dnia 1 stycznia do dnia 16 stycznia 2009 roku powód udzielał świadczeń w zakresie opieki paliatywnej oraz świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych bez umowy z Funduszem. W tym zakresie Sąd Okręgowy przyjmuje ustalenia faktyczne Sądu I instancji za własne. Sąd Okręgowy nie aprobuje natomiast wniosków Sądu Rejonowego płynących z tych ustaleń, a mianowicie, że w rozpoznawanej sprawie zaistniały podstawy do przyznania powodowi wynagrodzenia za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w okresie, w którym powód działał bez umowy zawartej z Funduszem. Analiza materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie w kontekście norm prawnych prowadzi, bowiem do wniosku, iż powodowi nie należy się wynagrodzenie za świadczenia udzielone w okresie objętym powództwem.

Z uwagi na istotę zarzutów podnoszonych przez skarżących, zasadne było jednoczesne odniesienie się do obu apelacji.

Powód w rozpoznawanej sprawie domagał się wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej za okres bezumowny na podstawie art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2008.164.1027 j.t. ze zm.; dalej jako "u.ś.o.z."). W celu uzyskania wynagrodzenia na zasadach określonych w tym przepisie należy zachować tryb określony w art. 19 ust. 5 u.ś.o.z., czyli złożyć wniosek do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i ich kosztów oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności udzielenia świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych. Wbrew zarzutom pozwanego postępowanie sądowe w rozpoznawanej sprawie nie jest przedczesne, gdyż powód złożył do Funduszu wniosek w stosownym trybie. Sąd Okręgowy podziela w tym zakresie ocenę Sądu Rejonowego. Wprawdzie wniosek z dnia 03.02.2009 roku został sporządzony w sposób nieprofesjonalny, niemniej jednak z jego treści wynika istota żądania, a mianowicie, że świadczeniodawca domaga się zapłaty za świadczenia udzielone pacjentom w okresie, kiedy nie wiązała go umowa z Funduszem, przy czym brak udzielenia świadczeń stwarzałyby zagrożenie życia pacjentów (k. 19). Zdaniem Sądu Okręgowego wymogu złożenia wniosku nie można traktować w sposób tak rygorystyczny, jak domaga się tego pozwany. Zaznaczyć przede wszystkim należy, że choć przepis art. 19 ust. 5 u.ś.o.z. przewiduje wymóg złożenia wraz z wnioskiem stosownych załączników, to jednak nie określa skutków braku tychże załączników. Nie można również tracić z pola widzenia, że w myśl art. 19 ust. 6 u.ś.o.z. organowi Funduszu przysługuje prawo kontroli zasadności wniosku. Zdaniem Sądu Okręgowego z uprawnienia tego można wywieść uprawnienie Funduszu do wezwania świadczeniodawcy do uzupełnienia braków formalnych wniosku, w tym do złożenia stosownych załączników. W konsekwencji zarzuty dotyczące kwestii formalnych związanych ze złożeniem wniosku podnoszone przez pozwanego już na etapie postępowania przed Sądem I instancji, a następnie powielone w apelacji, należało uznać za chybione.

Przechodząc do analizy zarzutów naruszenia prawa materialnego należy wskazać, iż na podmiotach udzielających świadczeń opieki zdrowotnej spoczywa obowiązek ratowania życia i zdrowia ludzkiego w sytuacjach nagłych. Obowiązek ten w przypadku zakładów opieki zdrowotnej w okresie objętym sporem wynikał z nieobowiązującego już, choć mającego zastosowanie w niniejszej sprawie, art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (j.t. Dz. U. z 2007r., Nr 14, poz. 89; dalej jako: u.z.o.z.). Zgodnie z treścią powołanego przepisu zakład opieki zdrowotnej nie mógł odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebowała natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Z cytowanego wyżej

przepisu wynikała, zatem ogólna zasada, iż świadczenie zdrowotne musi być bezwzględnie udzielone pacjentowi, który znalazł się w sytuacji wymagającej natychmiastowej reakcji medycznej, a odroczenie w czasie pomocy medycznej pacjentowi mogło skutkować utratą zdrowia lub życia. W doktrynie wskazuje się, że przesłanki opisane w art. 7 u.z.o.z. w zasadzie odpowiadają definicji stanu nagłego obowiązującego na gruncie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zob. M. Dercz, T. Rek, Komentarz do art.7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ABC 2010; A. Pietraszewska-Macheta, Komentarz do art.19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wyd. ABC 2010).

Bezwzględny obowiązek ratowania życia i zdrowia ludzkiego w stanie nagłym jest skorelowany z uprawnieniem do żądania wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone w stanie nagłym przez podmiot, który udzielił takich świadczeń pomimo niezawarcia umowy z Funduszem. Uprawnienie to wynika z art. 19 ust. 4 u.ś.o.z., który stanowi wyjątek od ogólnej zasady finansowania świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach umów zawartych ze świadczeniodawcami. Przepis ten, jako wyjątek od ogólnej reguły, nie może być interpretowany rozszerzająco. Podstawowym warunkiem uzyskania wynagrodzenia na tej podstawie jest zaś wystąpienie przesłanki udzielenia świadczenia w stanie nagłym.

Istota niniejszej sprawy sprowadza się, zatem do rozstrzygnięcia, czy świadczenia udzielone przez powoda w okresie od 1 stycznia do 16 stycznia 2009 roku zostały udzielone w stanie nagłym. Dopiero, bowiem wykazanie tej okoliczności przez zakład opieki zdrowotnej oraz kumulatywne zaistnienie pozostałych przesłanek określonych w art. 19 u.ś.o.z. uzasadnia przyznanie wynagrodzenia za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone pacjentom w okresie, w którym nie obowiązywała umowa z Funduszem. Skoro przepis art. 19 ust. 4 u.ś.o.z. uprawnia do dochodzenia wynagrodzenia za świadczenia udzielone pacjentom w stanie nagłym za okres bezumowny, to przyczyny, z jakich nie doszło do zawarcia z Funduszem umowy o świadczenia opieki zdrowotnej, nie mają znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. Dlatego też zarzuty zawarte w apelacji pozwanego, a dotyczące przyczyn powstania okresu bezumownego, nie wymagały analizy Sądu Okręgowego, gdyż nie odnosiły się do istoty sprawy.

Definicja stanu nagłego na gruncie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych została zawarta w art. 5 pkt 33, który odsyła do przepisu art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2006r., Nr 191, poz. 1410 ze zm.). W świetle powołanych regulacji przez stan nagły 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.

Z ustawowej definicji wynika zatem, że do wymogów stanu nagłego należy sytuacja bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub utraty życia oraz wymóg udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej, której odroczenie skutkuje utratą zdrowia lub życia. Przez bezpośrednie zagrożenia życia lub utraty zdrowia należy rozumieć sytuację, w której udzielone świadczenie ratuje życie lub zdrowie. Analiza materiału dowodowego zebranego w sprawie, w tym zeznań świadków i opinii sporządzonych w sprawie, prowadzi do wniosku, iż wymóg bezpośredniego zagrożenia został spełniony.

Jeśli chodzi o wymóg udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej, to przesłanka ta jest w orzecznictwie i doktrynie ujmowana jako przypadek niecierpiący zwłoki, w którym pomocy medycznej należy udzielić natychmiast. Świadczeniami, o których mowa w tym przepisie, zostały objęte stany niespodziewane, których nie można przewidzieć. W orzecznictwie jako przykłady stanów nagłych wskazuje się pacjentów z zawałem serca, udarem mózgu, poszkodowanych w wypadkach drogowych (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 08.10.2008r., V CSK 139/08, LEX nr 602330). Świadczeniami ratującymi zdrowie lub życie w wypadkach nagłych niewątpliwie nie są zabiegi, które wprawdzie ratują zdrowie lub życie, jednak są stosowane u chorych leczonych przewlekłe, wymagających regularnego poddawania ich zabiegom medycznym. Przewidywalność i planowość zabiegów wynikająca z rozpoznanego stanu permanentnego zagrożenia zdrowia i życia wyklucza możliwość uznania takich zabiegów za wykonywane w stanach nagłych (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 04.01.2007 r., V CSK 396/06, LEX nr 244455; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 19.01.2012 r., I ACa 1337/11, LEX nr 1164675; A. Pietraszewska-Macheta, Komentarz do art.19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wyd. ABC 2010). W orzecznictwie jako

przykład zabiegów, które można uznać za wykonywane w stanie bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia pacjentów, lecz które nie należą do stanów nagłych w przedstawionym powyżej ujęciu, wskazuje się zabiegi hemodializy (zob. m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 09.05.2007 r., II CSK 43/07, LEX nr 590209).

Nie wystarczy zatem ustalenie, że udzielone świadczenie ratuje życie lub zdrowie. Konieczne jest dodatkowo ustalenie, że konieczne było natychmiastowe, bez zbędnej zwłoki, udzielenie pomocy medycznej, a sytuacji tej nie można było przewidzieć. Ustawodawca w sposób wyraźny i celowy rozróżnił sytuacje udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach normalnych, kiedy to udzielenie pomocy nie wymaga natychmiastowego działania i może być odłożone w czasie, od sytuacji udzielenia pomocy medycznej w stanie nagłym i tylko w tym ostatnim przypadku zagwarantował wynagrodzenie podmiotowi, który takich świadczeń udzielił mimo braku umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Prawidłowa wykładnia definicji stanu nagłego powinna uwzględniać wskazane powyżej okoliczności i nie może być dokonywana w sposób rozszerzający. Co istotne, wykładnia przepisów prawa jest zastrzeżona do kompetencji sądu. W konsekwencji wykładnia omawianej definicji należała do Sądu meriti. Opinia biegłego ma na celu jedynie ułatwić sądowi zrozumienie dziedziny wymagającej wiedzy specjalnej, którą biegły dysponuje. Do biegłego nie należy rozstrzyganie zagadnień prawnych, ani wykładnia obowiązujących przepisów prawa. W konsekwencji sąd nie może opierać się na wypowiedziach biegłego zastrzeżonych wyłącznie do kompetencji sądu, czyli m.in. w kwestiach prawnych, a zatem to sąd musi samodzielnie dokonywać wykładni prawa, gdyż pojęcie wiadomości specjalne nie obejmuje wiedzy dotyczącej treści obowiązującego prawa i reguł jego tłumaczenia (zob. m.in. orzeczenie SN z dnia 04.03.1965r., III CR 795/64, PiP 1966/4-5/831; postanowienie SN z dnia 21.12.1966 r., I CR 214/66, LEX nr 6090; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 grudnia 2006 r., IV CSK 299/06, LEX nr 233051). Biegli sporządzający opinie w rozpoznawanej sprawie byli zatem uprawnieni wyłącznie do ustalenia, czy konkretne przesłanki stanu nagłego wskazane w tezie dowodowej zostały spełnione co do konkretnego pacjenta powodowej placówki. Biegli nie byli uprawnieni do dokonywania wiążącej wykładni przepisów prawa. Tymczasem w niniejszej sprawie Sąd I instancji w rzeczywistości na biegłych przerzucił ciężar interpretacji definicji stanu nagłego, co jest niedopuszczalne.

O ile Sąd Rejonowy w tezie dowodowej postanowienia, na podstawie którego dopuszczono dowód z opinii biegłej z zakresu chorób wewnętrznych A. J. (2), wskazał przesłanki stanu nagłego odwołując się do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, o tyle nie uczynił tego dopuszczając dowód z pozostałych opinii sporządzonych w sprawie. Wskutek powyższego jedynie biegła A. J. (2) w sposób prawidłowy ujęła pojęcie stanu nagłego, tak jak to zlecił Sąd I instancji. W opinii pisemnej biegła stwierdziła, że jedynie stan zdrowia dwóch pacjentów zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego, to jest Z. Z. (3) i L. K. (1), uzasadniał przyjęcie stanu nagłego, zaś stan pozostałych pacjentów był stabilny (k. 915-916). W ustnej opinii wyjaśniającej biegła odnosząc się do zastrzeżeń zgłoszonych przez pozwanego do opinii pisemnej sprecyzowała, iż również w przypadku tych dwóch pacjentek nie można mówić o stanie nagłym (k. 968). Sąd Rejonowy uznał opinię biegłej A. J. (2) za miarodajną jeśli chodzi o pacjentów z zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego i w oparciu o nią wydał zaskarżone rozstrzygnięcie. Jednocześnie jednak Sąd I instancji przyznał powodowi wynagrodzenie za świadczenia udzielone dwóm pacjentkom wskazanym w opinii pisemnej biegłej A. J. (2) podnosząc, iż co do tych pacjentek można mówić o stanie nagłym. Takie stanowisko Sądu I instancji jest niekonsekwentne. Skoro podstawą rozstrzygnięcia Sądu I instancji w tym zakresie była opinia biegłej A. J. (2), to konsekwentnie należało odmówić wynagrodzenia również z tytułu świadczeń udzielonych pacjentkom Z. Z. (3) i L. K. (1), gdyż z opinii biegłej A. J. (2) wynika ostatecznie, że świadczenia udzielone tym pacjentkom nie zostały udzielone w stanach nagłych. W konkluzji biegła wskazała, iż żaden ze stanów dotyczących pacjentów z zakładu pielęgnacyjnego-opiekuńczego nie był stanem nagłym z uwagi na brak konieczności udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej w omówionym powyżej ujęciu.

W tym miejscu należy zaznaczyć, że w toku postępowania pozwany przyznał, iż w okresie objętym sporem w zakładzie powoda zaistniał jeden przypadek stanu nagłego, to jest przypadek pacjentki Z. Z. (3) (zdaniem Sądu Okręgowego w rzeczywistości chodzi o L. K. (1), co wynika z opinii biegłej A. J. i biegłej E. K.-S.). Pacjentka ta w dniu 09.01.2009 roku doznała urazu głowy, w wyniku czego wezwano pogotowie ratunkowe i przewieziono pacjentkę celem wykonania badań i podjęcia stosownych czynności medycznych. Niemniej jednak świadczenia udzielone tej pacjentce zostały w tym zakresie rozliczone z (...) Oddziałem (...) przez świadczeniodawcę realizującego te świadczenia, to jest przez

pogotowie ratunkowe i szpital w A. (zob. pismo procesowe pozwanego z dnia 05.11.2010r. – k. 925; zastrzeżenia pozwanego z dnia 22.11.2010 r. do opinii biegłej A. J. (2) – k. 954). W konsekwencji, zdaniem Sądu Okręgowego, w tym przypadku, mimo wystąpienia stanu nagłego, powodowi nie należy się wynagrodzenie za świadczenia udzielone pacjentce, gdyż świadczenia zostały udzielone przez innych świadczeniodawców, a należności z tego tytułu zostały już rozliczone.

W ocenie Sądu Okręgowego opinia biegłej A. J. (2) jest miarodajna i może stanowić podstawę ustaleń faktycznych w sprawie jeśli chodzi o pacjentów długoterminowych, gdyż została sporządzona w oparciu o prawidłowo rozumianą definicję stanu nagłego. Skoro w przypadku pacjentów w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, poza jednym rozliczonym już przypadkiem, nie udzielono świadczeń w stanie nagłym, to brak jest podstaw do przyznania wynagrodzenia na mocy art. 19 ust. 4 u.ś.o.z.

Wbrew wywodom zawartym w apelacji powoda opinia biegłej E. S. nie może zostać uznana za miarodajną, gdyż wnioski biegłej są nieuzasadnione w kontekście prawidłowej wykładni definicji stanu nagłego. Biegła w konkluzji wskazała, iż u wszystkich chorych w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym istniał stan zagrożenia zdrowia, a w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń pielęgnacyjno – opiekuńczych i leczniczych w przewidywanym krótkim czasie doszłoby do pojawienia się objawów pogorszenia zdrowia i rozwoju stanu zagrożenia życia. Niemniej jednak okoliczności te, w ocenie Sądu Okręgowego, nie wyczerpują wymogu natychmiastowej pomocy w omówionym powyżej rozumieniu. Pacjenci w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym wymagali regularnego stosowania zabiegów, a potrzeba ich wykonania niewątpliwie była przewidywalna. W takiej sytuacji nie można mówić o stanie nagłym.

Wbrew twierdzeniom powoda specyfika opieki medycznej prowadzonej na oddziale opieki długoterminowej, czy też w hospicjum, pozostaje bez wpływu na interpretację ustawowej definicji stanu nagłego. Pojęcie to należy interpretować w jednakowy sposób niezależnie od rodzaju świadczonej opieki medycznej. Treść definicji nie uprawnia do różnicowania definicji stanu nagłego w zależności od celu, jakim ma służyć dane świadczenie medyczne. Innymi słowy, również jeśli chodzi o pacjentów długoterminowych i pacjentów hospicjum udzielone świadczenie medyczne musi nie tylko ratować życie lub zdrowie, lecz również jego udzielenie musi nastąpić w sytuacji niespodziewanej, nieprzewidywalnej, gdy pacjent potrzebuje natychmiastowej pomocy, gdy jest to przypadek niecierpiący zwłoki. Dopiero wówczas można przyjąć wystąpienie stanu nagłego.

W świetle powyższego również opinia sporządzona przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej A. R. nie mogła zostać uznana za miarodajną. Konsultant Krajowy sporządziła opinię w sprawie mając na uwadze dokonaną przez siebie wcześniej wykładnię definicji stanu nagłego na gruncie opieki paliatywnej, niemniej jednak dokonana interpretacja jest nieprawidłowa, gdyż w sposób nieuprawniony rozszerza ustawową definicję. Mianowicie Konsultant Krajowy A. R. przyjęła, iż w medycynie paliatywnej wszystkie przypadki pogorszenia stanu zdrowia w sytuacji występowania u świadczeniobiorcy jednostki chorobowej, o której mowa załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. Nr 139, poz. 1138 ze zm.) nierokującej nadziei na wyleczenie, determinują uznanie ich za stan nagły. Zdaniem Konsultanta w przypadku medycyny paliatywnej stan nagły obejmuje nie tylko stan występujący w danej chwili, ale też taki, jaki może wytworzyć się w wyniku braku udzielenia świadczeń objętych opieką zdrowotną, bądź w wyniku zaprzestania ich udzielania (zob. pismo Konsultanta Krajowego z dnia 02.09.2011 r. – k. 1058-1061). Takie ujęcie stanu nagłego jest niewątpliwie sprzeczne z treścią przepisu oraz z ugruntowanym i jednolitym orzecznictwem. Nieprawidłowa interpretacja stanu nagłego wpłynęła na treść opinii sporządzonej przez A. R., gdyż w konkluzji Konsultant Krajowy wskazała, iż świadczenia udzielone wszystkim pacjentom hospicjum w okresie od dnia 1 stycznia do dnia 16 stycznia 2009 roku zostały udzielone w stanie nagłym (zob. opinia pisemna - k. 1147-1151), podczas gdy prawidłowa wykładnia tej definicji prowadzi do wniosków przeciwnych. W ocenie Sądu Okręgowego analiza treści tejże opinii w kontekście prawidłowej wykładni pojęcia stanu nagłego wskazuje, że wszystkie przypadki objęte opinią Konsultanta Krajowego były przypadkami udzielania świadczeń osobom przewlekle chorym, wymagającym regularnego poddawania się zabiegom medycznym. Brak jest zatem cechy natychmiastowości w ujęciu art. 3 pkt 8 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, choć niewątpliwie w tych przypadkach wystąpiła przesłanka bezpośredniego zagrożenia życia lub utraty zdrowia. Ustalenie, że pacjenci hospicjum znajdowali się w stanie

terminalnym nie jest wystarczające do przyjęcia, iż zaistniała konieczność podjęcia natychmiastowych czynności ratunkowych i leczenia.

Rację ma zatem pozwany, iż przedmiotowa opinia, jako niemiarodajna, nie mogła stanowić podstawy rozstrzygnięcia. O ile bowiem z opinii Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej A. R., jak też z opinii Konsultanta Wojewódzkiego w zakresie medycyny paliatywnej D. K. (2) wynika, że istniał stan bezpośredniego zagrożenia życia i utraty zdrowia pacjentów hospicjum, o tyle, zdaniem Sądu Okręgowego, były to stany stabilne, niewymagające natychmiastowej pomocy medycznej. W tym miejscu należy zaznaczyć, iż Konsultant Wojewódzki D. K. (2) w opinii z dnia 09.03.2011 roku wskazał, iż kryterium nagłości stanu w ogóle nie ma zastosowania do opieki hospicyjnej/paliatywnej (k. 986-990). Skoro tak, to powodowi nie należy się wynagrodzenie za świadczenia udzielone pacjentom hospicjum w okresie objętym powództwem.

Reasumując należy stwierdzić, iż w okresie od dnia 1 stycznia do dnia 16 stycznia 2009 roku (poza jednym przypadkiem rozliczonym z pozwanym) co do żadnego z pacjentów, czy to zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego, czy hospicjum, nie została spełniona przesłanka w zakresie wymogu natychmiastowej pomocy. Okoliczność, iż został spełniony wymóg bezpośredniego zagrożenia życia lub utraty zdrowia nie stanowi wystarczającej podstawy do wypłaty powodowi wynagrodzenia, co wynika z treści art. 19 ust. 1 i ust. 4 u.ś.o.z. Skoro świadczenia nie zostały udzielone w stanie nagłym, to powództwo jest bezzasadne co do samej zasady. W konsekwencji zbędne było rozważanie zarzutów zawartych w apelacji pozwanego odnoszących się do kwestii wartości świadczeń udzielonych przez powoda w spornym okresie.

Już tylko na marginesie należy wskazać, iż zgodnie z art. 19 ust. 2 u.ś.o.z. w przypadku gdy świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym są udzielane przez świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca ma prawo do tych świadczeń w niezbędnym zakresie. W konsekwencji udzielenie świadczeń w stanie nagłym sprowadza się do udzielenia świadczeń koniecznie potrzebnych. W przypadku powoda stwierdzenie zaistnienia u pacjenta w okresie objętym powództwem stanu nagłego powinno skutkować podjęciem tylko niezbędnych czynności ratunkowych do czasu przyjazdu pogotowia ratunkowego i przekazania pacjenta do innego zakładu opieki zdrowotnej realizującego świadczenia dla pacjentów w stanach nagłych zagrożenia życia lub zdrowia.

Mając powyższe na uwadze Sąd Okręgowy na podstawie art. 386 § 1 kpc zmienił zaskarżony wyrok w ten sposób, że oddalił powództwo w całości. Jednocześnie Sąd Okręgowy uchylił punkt III zaskarżonego wyroku, gdyż ostatecznie pozwany jest stroną wygrywającą sprawę, wobec czego nie ma podstaw do obciążania go brakującymi kosztami sądowymi. Zdaniem Sądu Okręgowego w rozpoznawanej sprawie wystąpiły zarówno podmiotowe (trudna sytuacja finansowa powoda), jak i przedmiotowe (charakter sprawy) przesłanki pozwalające na zastosowanie zasady słuszności i nieobciążanie strony powodowej kosztami procesu wyłożonymi przez stronę przeciwną. Dlatego Sąd Okręgowy nie uwzględnił wniosku apelacji pozwanego o zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu i zmienił punkt V zaskarżonego wyroku w ten sposób, że na podstawie art. 102 kpc odstąpił od obciążania powoda kosztami procesu.

W konsekwencji apelacja powoda w całości, zaś apelacja pozwanego w pozostałym zakresie, podlegały oddaleniu na podstawie art. 385 kpc.

O kosztach postępowania odwoławczego rozstrzygnięto zgodnie z art. 102 kpc z uwagi na sytuację ekonomiczną powoda i charakter sprawy.