

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 1 grudnia 2016 roku Sąd Rejonowy dla Łodzi Widzewa w Łodzi w sprawie o sygn. akt VIII C 2847/15 oddalił powództwo Z. B. przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w Ł. o zapłatę.

Powyższe rozstrzygnięcie zapadło w oparciu o ustalenie, że dnia 28 lutego 2011 roku powód Z. B. prowadzący działalność leczniczą pod nazwą Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) – Pomoc (...) z siedzibą w Ł., jako świadczeniodawca, zawarł z pozwanym Narodowym Funduszem Zdrowia (...) Oddziałem Wojewódzkim z siedzibą w Ł. umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, w okresie od dnia 1 marca 2011 roku do dnia 30 czerwca 2013 roku. Przedmiot umowy obejmował udzielanie przez świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, określonym w załączniku nr 1 do umowy. Pierwotne brzmienie umowy zostało zmienione aneksem z dnia 9 marca 2011 roku. W myśl zawartej umowy powód, jako świadczeniodawca, zobowiązał się do jej wykonania zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, ustalonych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanych dalej „warunkami zawierania umów”, Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwanych dalej „ogólnymi warunkami umów” oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Wynagrodzenie za świadczenie przedmiotowych usług opieki zdrowotnej miało charakter ryczałtowy. Na ryczałt miesięczny składała się uśredniona kwota przeznaczona na sfinansowanie świadczeń udzielanych w okresie sprawozdawczym w ramach gotowości do wykonywania świadczeń od poniedziałku do piątku w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy, w godzinach od 8:00 danego dnia do godziny 8:00 dnia następnego, wszystkim zgłaszającym się świadczeniobiorcom – również spoza obszaru zabezpieczenia. Ryczałt miesięczny był przypisany do obszaru zabezpieczenia, na który została zawarta umowa, bez względu na liczbę dodatkowych miejsc przyjmowania pacjentów zorganizowanych poza miejscem udzielania świadczeń. W spornym okresie ryczałt miesięczny wynosił 180.000 zł.

Pismem z dnia 24 czerwca 2013 roku powód zwrócił się do pozwanego z prośbą o zajęcie jednoznacznego stanowiska w przedmiocie terminu zakończeniu współpracy wynikającej z umowy, o której mowa wyżej. Kontaktując się z pozwanym Z. B. stał na stanowisku, że skoro przedmiotowa umowa została zawarta do dnia 30 czerwca 2013 roku, z początkiem dnia następnego przestaje ona obowiązywać.

W odpowiedzi pozwany wskazał, że za zakończenie realizacji świadczeń w ramach dotychczas zawartych umów należy przyjąć godzinę 8:00 w dniu 1 lipca 2013 roku, natomiast za rozpoczęcie realizacji świadczeń w ramach nowo zawartych umów należy przyjąć godzinę 18:00 w dniu 1 lipca 2013 roku. Powyższe uzasadnione jest koniecznością zapewnienia właściwej dostępności dla świadczeniobiorców, nie zakłóconej faktem zaprzestania udzielania świadczeń przez różnych świadczeniodawców o godzinie 0:00 w dniu 1 lipca 2013 roku.

Replikując na stanowisko pozwanego, powód w piśmie z dnia 28 czerwca 2013 roku wyjaśnił, że do przedmiotowej umowy znajdują zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, w konsekwencji skoro umowa została zawarta do dnia 30 czerwca 2013 roku, to o godzinie 0:01 w dniu 1 lipca 2013 roku przestaje ona wiązać strony. Jednocześnie powód podniósł, że jeżeli wolą pozwanego jest udzielanie przez dotychczasowego świadczeniodawcę świadczeń w dniu 1 lipca 2013 roku w godzinach 0:01-8:00, oczekuje on niezwłocznego przygotowania stosownego aneksu i zapłaty za dodatkowe 8 godzin pracy albo rozpoczęcia udzielania świadczeń przez nowego świadczeniodawcę.

Pozwany, będąc podmiotem odpowiedzialnym za zabezpieczenie ciągłości udzielania świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, po otrzymaniu stanowiska powoda z dnia 28 czerwca 2013 roku, podjął natychmiastowe działania nakierowane na zabezpieczenie przedmiotowych świadczeń przez innych świadczeniodawców. W tym celu pozwany skontaktował się z Wojewódzką (...) w Ł., która wyraziła zgodę na dodatkowe zabezpieczenie zgłoszeń z obszaru zabezpieczenia nr 6 Ł.-Południowa, a także z Centrum Medycznym (...) Spółką z ograniczoną odpowiedzialnością w Ł., tj. podmiotem wybranym do udzielania przedmiotowych świadczeń od dnia 1 lipca 2013 roku, od godziny 18:00, który wyraził zgodę na rozpoczęcie ich udzielania, na obszarze dotychczas zabezpieczanym przez powoda, począwszy od godziny 0:00. Jednocześnie pozwany nie przedsięwziął względem powoda żadnych działań, które wskazywałyby, że wyraża on zgodę na dodatkowe, odpłatne udzielanie przez niego świadczeń w spornym okresie.

W raporcie z dnia 30.06/01.07.2013 powód wskazał, że w w/w okresie pomoc w poradni była świadczona przez trzy pielęgniarki: E. D. (8:00-20:00), A. M. (8:00-8:00) oraz A. Kurzysz (20:00-8:00), a także dwóch lekarzy: dr K. i dr Z., przy czym w zakresie personelu lekarskiego powód nie podał przedziału godzinowego. Jednocześnie w raporcie tym odnotowano, że w przedmiotowym okresie miało miejsce 91 wizyt w poradni oraz 9 wizyt w obcym rejonie. Z załączonych do raportu fragmentu książki głównej przychodni oraz fragmentu książki gabinetu zabiegowego, nie wynika, jaki personel medyczny powoda udzielał nocnej pomocy w dniu 1 lipca 2013 roku w godzinach 0:01-8:00.

W dniu 2 lipca 2013 roku powód wystawił rachunek nr (...) za zabezpieczenie medyczne obszaru Ł. w dniu 01 lipca 2013 roku w godzinach 0:00-8:00, opiewający na kwotę 5.000 zł.

Pismem z dnia 28 sierpnia 2013 roku powód wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 5.000 zł, z tytułu zwrotu, na podstawie art. 753 § 2 k.c., uzasadnionych wydatków i nakładów zgodnie z wystawionym rachunkiem nr (...).

W odpowiedzi na wezwanie pozwany wskazał, że ze stanowiska powoda wyrażonego w piśmie z dnia 28 czerwca 2013 roku jednoznacznie wynika, iż począwszy od dnia 1 lipca 2013 roku, godziny 0:01, nie czuł się on związany umową z płatnikiem świadczeń, w konsekwencji żądanie zapłaty kwoty 5.000 zł nie jest zasadne.

W wystawionym w dniu 17 lutego 2015 roku zaświadczeniu wskazano, że koszt dyżuru w powodowej placówce w dniu 1 lipca 2013 roku w godzinach 0:00-8:00 obejmował wynagrodzenie 4 lekarzy, 6 pielęgniarek, 2 karettek, 2 kierowców, 2 ratowników oraz kierowcy internistycznego i pediatrycznego. Na koszt obstawy złożyły się przy tym następujące kwoty: lekarz – 35 zł/h x 8 godzin x 4 osoby = 1.120 zł, pielęgniarka – 22 zł/h x 8 godzin x 6 osób = 1.056 zł, ratownik – 22 zł/h x 8 godzin x 2 osoby = 320 zł, kierowca – 25 zł/h x 8 godzin x 4 osoby = 800 zł, karetka – 110 zł/h x 8 godzin x 2 karetki = 1.760 zł. Łącznie koszt obstawy wyrażał się kwotą 5.056 zł.

Zgodnie z załącznikiem nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są realizowane przez lekarzy lub pielęgniarki od poniedziałku do piątku, w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8:00 dnia danego do godziny 8:00 dnia następnego, w warunkach ambulatoryjnych lub w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy. Świadczenia te obejmują przy tym: poradę lekarską udzielaną w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą lub telefonicznie oraz w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia świadczeniobiorcy - w miejscu jego zamieszkania, świadczenia udzielane przez pielęgniarkę w warunkach ambulatoryjnych lub w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy, zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji oraz świadczenia udzielane przez pielęgniarkę doraźnie, w związku z poradą, o której mowa wyżej. Stosownie do postanowień § 8 ust. 1 zarządzenia nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2010 roku, warunkiem wymaganym od świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej było zapewnienie obsady lekarskiej w wymiarze co najmniej jednego lekarza i jednej pielęgniarki na każde rozpoczęte 50.000 osób zamieszkałych na obszarze zabezpieczenia. W przypadku powoda wymagana liczba personelu wynosiła 4 lekarzy i 4 pielęgniarki, przy czym powód zgłosił w ofercie, jako obsadę każdego dyżuru, 5 pielęgniarek. Dodatkowymi warunkami ustalonymi w drodze umowy było dysponowanie

ratownikiem, kierowcą i ambulansem. Do dnia wyrokowania pozwany nie uiścił kwoty dochodzonej przedmiotowym powództwem.

W oparciu o tak ustalony stan faktyczny Sąd Rejonowy uznał, że powództwo było niezasadne i podlegało oddaleniu w całości. W sprawie niesporne było, że strony wiązała umowa nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zawarta na okres od dnia 1 marca 2011 roku do dnia 30 czerwca 2013 roku. Poza sporem pozostawało ponadto, że na kilka dni przed zakończeniem obowiązywania przedmiotowej umowy, powód zwrócił się do pozwanego z zapytaniem odnośnie oznaczenia daty końcowej świadczenia przez niego usług, tj. czy jest to dzień 30 czerwca 2013 roku, godz. 0:00, czy też dzień 1 lipca 2013 roku, godz. 8:00. Bezsporna między stronami była również treść korespondencji, zainicjowanej zapytaniem, o którym mowa wyżej, w tym stanowisko powoda wyrażone w piśmie z dnia 28 czerwca 2013 roku, że, jeżeli wolą pozwanego jest udzielanie przez dotychczasowego świadczeniodawcę świadczeń w dniu 1 lipca 2013 roku w godzinach 0:01-8:00, oczekuje on (tzn. powód) niezwłocznego przygotowania stosownego aneksu i zapłaty za dodatkowe 8 godzin pracy albo rozpoczęcia udzielania świadczeń przez nowego świadczeniodawcę. Wątpliwości nie budziła nadto okoliczność zapewnienia przez pozwanego opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej, w dniu 1 lipca 2013 roku, w godzinach 0:01-8:00. Oś sporu w niniejszej sprawie ogniskowała się wokół ustalenia końca czasu obowiązywania przedmiotowej umowy, a także ustalenia, czy powód może zasadnie domagać się od pozwanego zapłaty kwoty 5.000 zł z tytułu zabezpieczenia medycznego obszaru Ł. w dniu 01 lipca 2013 roku, w godzinach 0:01-8:00.

Rozważania w sprawie Sąd Rejonowy rozpoczął od oceny pierwszej z podniesionych wyżej kwestii. Uznanie, iż powód w ramach zawartej z pozwanym umowy zobowiązany był udzielać pomocy medycznej do dnia 1 lipca 2013 roku, do godziny 8:00, niweczyłoby w całości żądanie powoda. W ocenie Sądu Rejonowego brak było jednak podstaw do takiej wykładni postanowień umowy stron w zakresie czasu jej obowiązywania. Umowa ta, co jednoznacznie wynika z jej treści, została zawarta na okres od dnia 1 marca 2011 roku do dnia 30 czerwca 2013 roku (§ 7 ust. 1). Omawiany zapis jest jednoznaczny i nie może budzić wątpliwości, iż wolą stron było obowiązywanie umowy do dnia 30 czerwca 2013 roku. W konsekwencji uznać należy, że umowa ta ulegała rozwiązaniu w dniu 30 czerwca 2013 roku, o północy, zgodnie bowiem z treścią art. 111 § 1 k.c. termin oznaczony w dniach kończy się z upływem ostatniego dnia. W ocenie Sądu irrelevantne znaczenie ma przy tym okoliczność, że w myśl załącznika nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są realizowane przez lekarzy lub pielęgniarki od poniedziałku do piątku, w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8:00 dnia danego do godziny 8:00 dnia następnego, zapis ten nie wyznacza bowiem granic czasowych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a służy wyłącznie ustaleniu definicji i charakteru świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Nic nie stoi bowiem na przeszkodzie, aby NFZ zawierał umowy w taki sposób, aby ciągłość udzielania świadczeń była zachowana, przy jednoczesnej zmianie podmiotu, który świadczeń tych udziela. Nie było również przeszkód, aby w treści umowy inaczej oznaczyć koniec jej obowiązywania, czy to poprzez wskazanie konkretnej daty i godziny, czy też przez odwołanie się do przepisów prawa, w tym cytowanego wyżej załącznika nr 5. Brak takiego działania po stronie pozwanego, przy jednoczesnym jednoznacznie brzmiącym § 7 ust. 1 umowy, musi prowadzić do wniosku, że począwszy od dnia 1 lipca 2013 roku, od godziny 0:01, powód przestał być zobowiązany do udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. W świetle powyższej konstatacji koniecznym było rozważenie drugiej z podniesionych na wstępie kwestii. Powód wskazał, że podstawą prawną żądania pozwu jest przepis art. 752 k.c., powód dochodzi bowiem zwrotu wydatków poniesionych w związku z prowadzeniem cudzych spraw bez zlecenia. Zgodnie z treścią powołanego przepisu, kto bez zlecenia prowadzi cudzą sprawę, powinien działać z korzyścią osoby, której sprawę prowadzi, i zgodnie z jej prawdopodobną wolą, a przy prowadzeniu sprawy obowiązany jest zachowywać należyta staranność. Prowadzący cudzą sprawę bez zlecenia powinien w miarę możliwości zawiadomić o tym osobę, której sprawę prowadzi, i stosownie do okoliczności albo oczekiwać jej zleceń, albo prowadzić sprawę dopóty, dopóki osoba ta nie będzie mogła sama się nią zająć (art. 753 § 1 k.c.). W myśl przepisu art. 753 § 2 k.c., z czynności swych prowadzący cudzą sprawę powinien złożyć rachunek oraz wydać wszystko, co przy prowadzeniu sprawy uzyskał dla osoby, której sprawę prowadził. Jeżeli działał zgodnie ze swoimi obowiązkami, może żądać zwrotu uzasadnionych wydatków i nakładów

wraz z ustawowymi odsetkami oraz zwolnienia od zobowiązań, które zaciągnął przy prowadzeniu sprawy. Jak wynika z treści powyższych przepisów, prowadzący cudzą sprawę bez zlecenia może żądać zwrotu jedynie uzasadnionych wydatków i nakładów wraz z ustawowymi odsetkami oraz zwolnienia od zobowiązań zaciągniętych przy prowadzeniu sprawy, ale tylko wtedy, gdy działał zgodnie ze swoimi obowiązkami (art. 753 § 2 zd. 2 k.c.), gdy działał z korzyścią osoby, której sprawę prowadził, zgodnie z jej prawdopodobną wolą, a przy prowadzeniu sprawy zachowywał należytą staranność (art. 752 k.c.). Nadto powinien złożyć rachunek ze swych czynności i wydać wszystko, co przy prowadzeniu sprawy uzyskał dla osoby, której sprawę prowadził (art. 753 § 2 zd. 1 k.c.). W ocenie Sądu powód nie udowodnił jednak spełnienia przesłanek, od których ustawa uzależnia możliwość dochodzenia przez podmiot prowadzący cudzą sprawę bez zlecenia, zwrotu kosztów poniesionych z tego tytułu. W szczególności w sprawie nie zostało w ogóle wykazane, iż powód ustalił w sposób choćby hipotetyczny wolę zainteresowanego i kierował się nią przy podejmowaniu swoich działań. Ze zgromadzonego materiału dowodowego wynika wręcz, że wola taka po stronie pozwanego nie istniała. Od samego początku prowadzenia korespondencji związanej z ustaleniem końca obowiązywania umowy stron, pozwany stał na stanowisku, iż umowa ta obowiązuje do dnia 1 lipca 2013 roku, do godziny 08:00, w związku z tym, powód nie może żądać dodatkowego wynagrodzenia tytułem udzielania świadczeń w w/w okresie. W ten sposób pozwany jednoznacznie zmanifestował, że wszelkie działania powoda związane z realizacją obowiązków umownych muszą mieć charakter nieodpłatny, w tym znaczeniu, że pozwany z powyższego tytułu nie przyzna powodowi dodatkowego wynagrodzenia. Co przy tym istotne, powód w odpowiedzi na tak wyrażone stanowisko pozwanego w sposób jasny wskazał, że będzie świadczył pomoc medyczną przez dodatkowe 8 godzin wyłącznie w przypadku niezwłocznego przygotowania stosownego aneksu i zapłaty za ten okres czasu albo też oczekuje rozpoczęcia udzielania świadczeń przez nowego świadczeniodawcę. Postawione przez powoda warunki nie tylko nie zostały przez pozwanego spełnione, ale nadto w ocenie Sądu, w świetle prowadzonej przez strony korespondencji, brak było w ogóle podstaw do przyjęcia choćby supozycji, iż pozwany rozważa ich spełnienie. Jednocześnie powód w żaden sposób nie zasygnalizował, że rozważa świadczenie usług pomimo braku sporządzenia aneksu. W toku niniejszego procesu powód, uzasadniając świadczenie pomocy w spornym okresie, powołuje się wprawdzie na działania z pobudek altruistycznych, jednak w trakcie korespondencji z pozwanym nic nie wskazywało na to, że powód w ogóle zamierza kierować się interesem pacjentów. Wręcz przeciwnie, powód uzależniał udzielanie świadczeń od czynników stricte finansowych, tj. od niezwłocznego podpisania aneksu i wypłaty dodatkowego wynagrodzenia. Nie można przy tym tracić z pola widzenia okoliczności, że w sprawie doszło do spełnienia przez pozwanego drugiego z przedstawionych przez powoda w alternatywie rozłącznej warunków, pozwany zapewnił bowiem w spornym okresie udzielanie świadczeń przez nowego świadczeniodawcę. Chybione jest przy tym stanowisko powoda, którego zdaniem pozwany był w tej sytuacji zobowiązany poinformować powoda o tym, że na terenie dzielnicy G. udzielanie świadczeń medycznych zostało zabezpieczone. Widoczny jest tu bowiem wyraźny dysonans w zachowaniu powoda, który z jednej strony wymaga od pozwanego realizacji obowiązku informacyjnego, choć formalnie nie czuje się już związany umową, a obowiązek ten nie wynika z żadnych regulacji czy to prawnych, czy to umownych, z drugiej zaś strony, pomimo treści art. 753 § 1 k.c., sam obowiązkowi takiego nie dopełnia i nie powiadamia pozwanego, że jednak będzie udzielał świadczeń w spornym okresie. Przypomnienia wymaga w tym miejscu, że powód jednoznacznie uzależnił udzielanie świadczeń od zawarcia aneksu, a zatem pozwany mógł działać w uzasadnionych okolicznościach przekonaniu, że jeśli ten nie zostanie powodowi przedstawiony, powód nie będzie udzielał świadczeń, zwłaszcza, że jak podkreślono wyżej, w toku korespondencji z pozwanym powód nie powoływał się na interes pacjentów. W takiej sytuacji, informowanie powoda o zabezpieczeniu udzielenia świadczeń na terenie dzielnicy górna przez innego świadczeniodawcę jawiło się jako działanie zbyteczne. Sąd nie podzielił jednocześnie argumentacji powoda, że nie mógł on przewidywać, iż pozwany zabezpieczy pomoc medyczną, albowiem na stronie internetowej pozwanego nowy świadczeniodawca został wskazany jako podmiot udzielający świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej dopiero od dnia 1 lipca 2013 roku, od godziny 18:00. Powód zdaje się w ogóle nie zauważać, że komunikat, na który się powołuje został opublikowany w dniu 25 czerwca 2013 roku, a więc jeszcze przed tym, jak powód uzależnił udzielanie świadczeń w spornym okresie od podpisania aneksu i wypłaty dodatkowego wynagrodzenia. Publikując przedmiotowy komunikat pozwany pozostawał zatem w usprawiedliwionym przekonaniu, że powód w ramach zawartej z nim umowy, będzie świadczył opiekę zdrowotną do dnia 1 lipca 2013 roku, do godziny 8:00.

W dalszej kolejności uznać należy, że udzielanie przez powoda świadczeń w spornym okresie, mające w jego mniemaniu charakter odpłatny, na pewno nie można uznać za działanie ekonomicznie korzystne dla pozwanego, w sytuacji, gdy pozwany zapewnił tożsamą opiekę medyczną świadczoną przez inny podmiot. W ocenie Sądu wątpliwości budzi nadto okoliczność, czy przy prowadzeniu sprawy powód zachowywał należytą staranność. Niewątpliwie staranność ta oznaczała, że powód winien po pierwsze powiadomić pozwanego o kontynuowaniu udzielania świadczeń w dniu 1 lipca 2013 roku, od godziny 0:01, po drugie udzielać tychże w sposób oznaczony w umowie, w tym przy udziale pełnego personelu medycznego. Strona powodowa nie zawiadomiła pozwanego, iż pomimo rozwiązania w jej mniemaniu umowy, zamierza nadal udzielać świadczeń nocnej i świątecznej pomocy medycznej, czym naruszyła przepis art. 753 § 1 k.c. Wprawdzie obowiązek wyrażony w przytoczonym przepisie nie ma charakteru bezwzględnie, to jak podnosi się w judykaturze, powstaje on wtedy, gdy prowadzący cudzą sprawę bez zlecenia zna osobę zainteresowaną albo wie, kim ona jest, ma możliwość kontaktu z nią, zna jej miejsce pobytu (por. m.in. wyrok SA w Łodzi z dnia 12 sierpnia 2015 roku, I ACa 218/15, LEX nr 1927612). Podkreślenia wymaga przy tym, że naruszenie obowiązku zawiadomienia, gdy było to możliwe, nie wpływa na uprawnienia prowadzącego sprawę bez zlecenia do zwrotu wydatków, nakładów, zwolnienia z zobowiązań, wyłącznie wówczas, jeżeli prowadził on sprawę zgodnie ze swymi obowiązkami, a prawdopodobna wola osoby zainteresowanej, którą się kierował, okaże się zbieżna z jej wolą rzeczywistą (por. m.in. wyrok SA w Lublinie z dnia 11 września 2013 roku, I ACa 319/13, LEX nr 1378758). Przenosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy uznać należy, że po pierwsze powód miał realną możliwość spełnienia omawianego obowiązku informacyjnego, po drugie wola powoda udzielającego świadczeń medycznych poza umową nie okazała się zbieżna z wolą pozwanego, który zabezpieczył udzielanie tychże świadczeń przez innego świadczeniodawcę, a jednocześnie wyraźnie zmanifestował, że nie godzi się na odpłatne udzielanie świadczeń przez powoda w spornym okresie. Dokonując oceny zachowania stron należy mieć także na uwadze przepis art. 754 k.c., w myśl którego, kto prowadzi cudzą sprawę wbrew wiadomej mu woli osoby, której sprawę prowadzi, nie może żądać zwrotu poniesionych wydatków i odpowiedzialny jest za szkodę, chyba że wola tej osoby sprzeciwia się ustawie lub zasadom współżycia społecznego. Prowadzenie cudzej sprawy sprzecznie z prawdopodobną wolą osoby zainteresowanej oznacza naruszenie jednego z podstawowych obowiązków prowadzącego cudzą sprawę bez zlecenia, wynikającego wprost z art. 752 k.c. Powoduje to, że negotiorum gestor, w świetle art. 753 § 2 zdanie drugie k.c., nie może żądać zwrotu wydatków oraz nakładów, a także zwolnienia od zobowiązań, które zaciągnął w związku z prowadzeniem sprawy. Uprawnienie do żądania zwrotu wydatków i nakładów, a także zwolnienia z zobowiązań uzależnione jest bowiem od tego, że prowadzący cudzą sprawę bez zlecenia działa zgodnie ze swoimi obowiązkami. W niniejszej sprawie zaś, w ocenie Sądu, poza sporem pozostawało, iż wolą pozwanego nie było, aby powód świadczył pomoc medyczną odpłatnie, co też pozwany manifestował w korespondencji prowadzonej z powodem. Pozwany nie przedłożył również powodowi żądanego przez niego aneksu do umowy. O czym była już mowa, w świetle powyższych okoliczności powód musiał mieć świadomość, że pozwany nie wyraża zgody na odpłatne jego działanie, podjęcie takiego działania należy zatem uznać za sprzeniewierzenie się woli pozwanego. Jednocześnie, wobec zabezpieczenia przez pozwanego udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze dzielnicy G., brak jest podstaw do kwalifikowania woli pozwanego jako sprzecznej z ustawą lub zasadami współżycia społecznego. W konsekwencji powód utracił prawo do żądania zwrotu wydatków oraz poniesionych nakładów. Sąd Rejonowy uznał ponadto, że w sprawie nie ziściły się przesłanki z art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, strona powodowa nie wykazała bowiem, aby udzieliła jakichkolwiek świadczeń w stanie nagłym, co uprawniałoby ją, pomimo braku związania umową, do żądania wynagrodzenia z tytułu tychże. Zdaniem Sądu Rejonowego powód nie udowodnił żądania pozwu. W myśl zaś treści przepisu art. 6 k.c., ciężar udowodnienia twierdzenia faktycznego spoczywa na tej stronie, która z tego twierdzenia wywodzi skutki prawne. Reguła ta znajduje również swój procesowy odpowiednik w treści art. 232 k.p.c., w świetle którego to strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. Oznacza to, że obecnie Sąd nie jest odpowiedzialny za wynik postępowania dowodowego, a ryzyko nieudowodnienia podstawy faktycznej żądania ponosi powód. Podkreślenia w tym miejscu wymaga, że powód, jako strona inicjująca proces, jest obowiązany do udowodnienia wszystkich twierdzeń pozwu, w oparciu o które sformułował swe roszczenie. Podkreślić jednak należy, że dowodzenie własnych twierdzeń nie jest obowiązkiem strony ani materialnoprawnym, ani procesowym, a tylko spoczywającym na niej ciężarem procesowym i w konsekwencji sąd nie może nakazać, czy zobowiązać do

przeprowadzenia dowodu i tylko od woli strony zależy, jakie dowody sąd będzie prowadził. Jeżeli strona uważa, że do udowodnienia jej twierdzeń wystarczy określony dowód i dlatego nie przytacza innych dowodów, to jej błąd nie jest usprawiedliwiony, sama ponosi winę niezgłoszenia dalszych dowodów i nie może zarzucać nieuzasadnionego uniemożliwienia wykazania jej praw. W niniejszej sprawie powód dochodził zapłaty z tytułu poniesionych kosztów związanych z zabezpieczeniem udzielania świadczeń z zakresu nocnej i świątecznej opieki medycznej. Uzasadniając dochodzone roszczenie powód przedłożył wystawiony rachunek opiewający na kwotę 5.000 zł, zaświadczenie z wykazem kosztów dyżuru, pisemny raport z dnia 30.06/01.07.2013 oraz fragmenty książki głównej przychodni oraz książki gabinetu zabiegowego. Z przedłożonych dokumentów nie wynika jednak, że osoby wymienione w w/w zaświadczeniu faktycznie pełniły dyżur w spornym okresie, a nadto, że w związku z ich czynnościami powód poniósł koszty wykazane w rachunku. Rozważania w powyższym zakresie rozpocząć należy od przypomnienia, że sam rachunek nie stanowi dowodu na istnienie zadłużenia. W przeciwnym razie powód mógłby wystawiać rachunki/faktury na dowolne kwoty i w oparciu o nie dochodzić ich zapłaty w drodze powództwa cywilnego. Podobnie, w przypadku zaistnienia omyłki pisarskiej w treści rachunku, powodowa spółka mogłaby skutecznie dochodzić zapłaty omyłkowo wpisanej kwoty. Tak jednak nie jest, albowiem rachunek/faktura, tak jak każdy dokument prywatny, stanowi jedynie dowód tego, że określona osoba złożyła oświadczenie zawarte w tym dokumencie. Dlatego też rachunek, o ile nie został podpisany przez dłużnika, należy uznawać za dokument obejmujący wyłącznie oświadczenie wierzyciela. Tylko w takim zakresie dokument ten nie budzi wątpliwości Sądu. Natomiast materialna moc dowodowa tego dokumentu bez poparcia go odpowiednimi dokumentami źródłowymi, jest nikła. Sąd Rejonowy podziela przy tym w pełni pogląd wyrażony przez Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 7 listopada 2007 roku (II CNP 129/07, LEX nr 621237), iż nie sposób, w świetle art. 245 k.p.c. uznać, aby faktura VAT miała inną moc dowodową, niż inne dokumenty prywatne. Wyłącznie na podstawie faktury VAT nie sposób ustalić, że strony łączyła umowa określonej treści, jak i tego, czy i w jakim zakresie umowa ta została zrealizowana. Co oczywiste, pogląd ten znajduje również zastosowanie w przypadku rachunków. Wysokości żądania powoda nie dowodzi także przedmiotowe zaświadczenie z wykazem kosztów dyżuru, mające walor wyłącznie dokumentu prywatnego. W tym miejscu zaznaczenia wymaga, że w zaświadczeniu tym wskazano, że dyżur w spornym okresie pełniło 4 lekarzy, 6 pielęgniarek, 2 ratowników, 4 kierowców, do dyspozycji powoda były ponadto oddane 2 karetki. Jednocześnie z załączonych przez powoda dokumentów związanych z funkcjonowaniem poradni (tj. pisemnego raportu) wynika wyłącznie, że w spornym okresie dyżur pełniły 2 pielęgniarki: A. M. oraz A. Kurzysz oraz prawdopodobnie 2 lekarzy: dr K. i dr Z.. W zakresie „obstawy” lekarskiej Sąd może jedynie domniemywać pełnienia dyżuru przez dr K. i dr Z., jako, że w ich przypadku w raporcie z dnia 30.06/01.07.2013 nie wskazano zakresu godzinowego. Przedmiotowy raport, nieopatrzony podpisem osoby go sporządzającej, jest przy tym jedynym dokumentem, który wskazuje na personel medyczny pełniący dyżur w spornym okresie. Liczebności tego personelu nie dowodzi w szczególności fragment książki głównej przychodni oraz fragment książki gabinetu zabiegowego, albowiem zawarte w ich treści wpisy dotyczą li tylko pomocy świadczonej w dniu 30 czerwca 2013 roku. W ocenie Sądu chybione jest przy tym stanowisko powoda, że skoro w czasie obowiązywania umowy stron przeprowadzone przez NFZ kontrole nie wykazały żadnych nieprawidłowości w zakresie obsady poszczególnych dyżurów, należy domniemywać, iż także w spornym okresie ich obsada była prawidłowa. Powód zdaje się zapominać, że w omawianym okresie nie obowiązywała już umowa zawarta z pozwanym, a sam powód nie czuł się nią związany. Skoro pozwany kwestionował obsadę dyżuru w dniu 1 lipca 2013 roku powinnością powoda było wykazanie, że ten pełniły określone osoby. Obowiązkowi temu powód jednak nie sprostał. Zdaniem Sądu powód nie tylko nie wykazał liczebności personelu medycznego pełniącego dyżur, ale również przyjętych w zaświadczeniu stawek wynagrodzenia dla poszczególnych grup zawodowych. Przypomnienia wymaga, że wynagrodzenie powoda miało charakter zryczałtowany - z tytułu udzielania świadczeń nocnej i świątecznej pomocy otrzymywał kwotę 180.000 zł miesięcznie. To zatem w gestii powoda było ustalenie, w jaki sposób środki te będą wydatkowane, nie tylko jeśli chodzi o wynagrodzenie personelu medycznego, ale także utrzymanie placówki, koszty związane z zakupem paliwa do karetek itp. Do niniejszej sprawy powód nie załączył jednak żadnej dokumentacji, która by wskazywała na przyjęty przez niego sposób wydatkowania. Powoływanie się przy tym przez powoda na rozliczenie dyżuru w dotychczasowy sposób jest całkowicie niewystarczające, w okresie obowiązywania umowy pozwanego nie interesowało bowiem, w jaki sposób powód gospodaruje przyznanymi mu środkami pieniężnymi. Za sporny okres powód wystawił jednak osobny dokument księgowy i dochodził z tego tytułu dodatkowego wynagrodzenia, nieobjętego ryczałtem, co implikuje konstatację, że prawidłowość kwoty objętej rachunkiem winna być wykazana stosownymi dowodami, w szczególności

dokumentacją księgową, która wskazywałaby na rozliczanie się powoda ze swoim personelem we wcześniejszym okresie, czy też umowami zawieranymi z tym personelem, które wskazywałyby na sposób jego wynagradzania. Dokumentacja taka nie została jednak przez powoda załączona, powód nie wnosił również o przesłuchanie w charakterze świadków osób rzekomo pełniących dyżur w dniu 1 lipca 2013 roku, poprzestając wyłącznie na złożeniu zaświadczenia z wykazem poniesionych kosztów dyżuru, które, o czym była już mowa, ma jednak walor wyłącznie dokumentu prywatnego, a nadto zostało sporządzone ponad półtora roku po dacie wystawienia rachunku.

Reasumując, Sąd Rejonowy uznał, że powód nie wykazał poniesionych kosztów pełnienia dyżuru w spornym okresie, nie przedstawił bowiem żadnych dowodów na poparcie swoich twierdzeń. W niniejszej sprawie nie ulega wątpliwości, że powołanie dowodów na wykazanie zasadności roszczenia, zarówno w aspekcie „czy się należy”, jak i aspekcie „ile się należy”, obciążało powoda już w pozwie, a najpóźniej w odpowiedzi na sprzeciw. Powód powinien był w pozwie nie tylko jasno wykazać czego się domaga, ale też powołać dowody na wykazanie zasadności swojego żądania. Poza sporem bowiem pozostaje, że zawsze zachodzi obiektywna potrzeba powołania w pozwie dowodów na wykazanie zasadności swoich roszczeń w zakresie żądanej ochrony prawnej. W przedmiotowej sprawie powód nie udowodnił zasadności i wysokości swojego roszczenia nawet wraz z dalszymi pismami procesowymi, w tym sensie, że nie powołał wszystkich niezbędnych dowodów do wykazania swoich roszczeń w żadnym ze złożonych pism procesowych. W tej sytuacji ewentualne zgłoszenie nowych wniosków dowodowych na etapie postępowania apelacyjnego winno być uznane za spóźnione. W razie zaś uznania, że dowody i twierdzenia są spóźnione, Mając na uwadze przeprowadzone wyżej rozważania Sąd Rejonowy oddalił powództwo w całości, jako nieudowodnione tak co do zasady, jak i wysokości.

Apelację od powyższego wyroku złożyła strona powodowa, zaskarżając go w całości. Rozstrzygnięciu Sądu Rejonowego skarżący zarzucił naruszenie:

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez błędną wykładnię i przyjęcie za nieustalony fakt, jaki personel medyczny powoda udzielał nocnej pomocy w dniu 1 lipca 2013 roku w godzinach 0:01-8:00, mimo istnienia ku temu dostatecznej podstawy w zebranych materiale dowodowym.

- art. 217 § 1 i 3 k.p.c. poprzez pominięcie wniosku dowodowego powoda o zobowiązanie pozwanego do przedstawienia umowy z Wojewódzką (...) w Ł. oraz z Centrum Medycznym (...) sp. z o.o. z siedzibą w Ł. obejmującej sporne 8 godzin pracy w dniu 1 lipca 2013 r. w zakresie świadczenia nocnej i świątecznej pomocy medycznej wraz z potwierdzeniem przelewu wynagrodzenia za ich pracę, złożonego przez powoda w replice, chociaż wniosek ten nie był spóźniony a okoliczności sporne nie zostały dostatecznie wyjaśnione,

- art. 233 § 2 k.p.c. w zw. z art. 155. ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez jego niezastosowanie i nie uwzględnienie okoliczności, iż pozwany nie przedstawił dowodu zawarcia umowy w formie pisemnej z (...) w Ł. oraz Centrum Medyczne (...) ani zapłaty wynagrodzenia za świadczenie usług z zakresu nocnej pomocy medycznej w dniu 1 lipca 2013 r. od godz. 0:01 do 8:00, podczas gdy umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności,

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez błędną wykładnię w zw. z art. 156 ust. 1 a) ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez niezastosowanie i ustalenie, iż na podstawie zeznań świadka M. N. oraz M. K. można stwierdzić, iż pozwany zapewnił świadczenie z zakresu nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej w dniu 1 lipca 2013 r. od godz. 0:01 do 8:00, podczas gdy świadek zeznał, iż nie została zawarta żadna umowa w formie pisemnej między Centrum Medycznym (...) sp. z o.o. w tym zakresie, ani w/w podmiot nie otrzymał żadnego wynagrodzenia z tego tytułu, a pozwany mógł w razie ryzyka braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, przedłużyć okres obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez błędną wykładnię w zw. z art. 156 ust. 1 b) ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez niezastosowanie i ustalenie, iż na podstawie zeznań świadka M. K. można stwierdzić, iż pozwany zapewnił świadczenie z zakresu nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej w dniu 1 lipca 2013 r. od godz. 0:01 do 8:00, podczas gdy świadek zeznał, iż nie została zawarta żadna umowa w formie pisemnej między (...) w Ł. w tym zakresie, ani w/w podmiot nie otrzymał żadnego wynagrodzenia z tego tytułu,

a pozwany mógł w razie ryzyka braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na danym obszarze dokonać zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej ze świadczeniodawcą w tym zakresie na obszarze sąsiadującym z tym obszarem.

- art. 233 § 1 w zw. z art. 227 k.p.c. poprzez błędną wykładnię a w zw. z art. 159 ust. 4 oraz w zw. z art. 55 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez niezastosowanie i ustalenie, iż dowód z dokumentu w postaci komunikatu dla pacjentów „Nocna pomoc w Ł. od 1 lipca 2013 r.” - wydruk ze strony internetowej pozwanego nie ma istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy, podczas gdy prócz tego dokumentu pozwany nie zamieścił żadnej informacji dotyczącej świadczenia nocnej i świątecznej pomocy medycznej od godz. 0:01 do 8:00 w dniu 1 lipca 2013 r. choć był do tego zobowiązany, co ma istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia niniejszego postępowania, ponieważ uprawniało powoda do udzielania świadczeń w przedmiotowym okresie,

- art. 753 § 1 k.c. poprzez błędną wykładnię i ustalenie, iż powód nie prowadził spraw pozwanego bez zlecenia, podczas gdy powód udzielał świadczeń medycznych dopóty, dopóki pozwany nie mógł zapewnić tych świadczeń, choć przez ustawę jest do tego zobligowany,

- art. 753 § 2 k.c. poprzez błędną wykładnię i nieustalenie, iż przedstawiając rachunek z dnia 2 lipca 2013 r. o nr 000002/07/2013/ (...) oraz zaświadczenie V. E. B. o kosztach z dnia 17.02.2015 r. spełnił przesłankę uprawniającą go do żądania od pozwanego zwrotu uzasadnionych wydatków i nakładów związanych z pełnieniem obowiązków w dniu 1 lipca 2013 r. w godz. od 0:01 do 8:00,

- art. 97 ust. 2 i ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez jego niezastosowanie i nieustalenie, iż rzeczywistą wolą pozwanego, było zapewnienie świadczeń z zakresu nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej w dniu 1 lipca 2013 roku od godz. 0:01 do godz. 8:00 wszelkimi środkami, ponieważ do jego obowiązków należy zapewnienie tych świadczeń, tj. zawarcie umowy na rzecz świadczeniobiorców.

- art. 155. ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez niezastosowanie i nieustalenie, iż pozwany żeby zapewnić udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej winien zawrzeć umowę w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

Wskazując na powyższe zarzuty skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie powództwa w całości oraz o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego za obie instancje, według norm przepisanych.

W odpowiedzi na apelację pozwany wniósł o oddalenie apelacji jako bezzasadnej, zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

apelacja jest niezasadna.

Zaskarżone rozstrzygnięcie zostało wydane na podstawie prawidłowo ustalonego stanu faktycznego, które to ustalenia Sąd Okręgowy podziela i przyjmuje za własne.

Jako bezzasadne należało ocenić zarzuty naruszenia art. 233 § 1 k. p. c, art. 233 § 2 k.p.c. w zw. z art. 155. ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 156 ust. 1 a, 1b, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 233 § 1 w zw. z art. 227 k. p. c w zw. z art. 159 ust. 4 oraz w zw. z art. 55 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 217 § 1 i 3 k.p.c. które w istocie ograniczały się do kwestionowania ustalonego przez Sąd Rejonowy stanu faktycznego.

W doktrynie i judykaturze panuje zgoda co do tego, że z uwagi na przyznaną sądowi swobodę w ocenie zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, zarzut naruszenia art. 233 § 1 i § 2 k.p.c. może być uznany za zasadny jedynie wtedy, gdy podstawą rozstrzygnięcia uczyniono rozumowanie sprzeczne z zasadami logiki bądź wskazaniem doświadczenia życiowego. Dlatego w sytuacji, gdy na podstawie zgromadzonych dowodów możliwe jest wyprowadzenie konkurencyjnych wniosków co do przebiegu badanych zdarzeń, dla podważenia stanowiska orzekającego sądu nie wystarcza twierdzenie skarżącego o wadliwości poczynionych ustaleń odwołujące się do stanu faktycznego, który w przekonaniu skarżącego odpowiada rzeczywistości. Konieczne jest wskazanie jakich to konkretnie uchybień w ocenie dowodów dopuścił się orzekający sąd naruszając w ten sposób opisane wyżej kryteria, wiążące w ramach swobodnej oceny dowodów (tak np. K. F. - G. w: Kodeks postępowania cywilnego, pod red. A. Z., W. 2006, tom I, s. 794, 795, por. także wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 9 kwietnia 2008r., I ACa 205/08, L., w którym stwierdzono: „Fakt, że określony dowód został oceniony niezgodnie z intencją skarżącego, nie oznacza naruszenia art. 233 § 1 KPC. Ocena dowodów należy bowiem do sądu orzekającego i nawet w sytuacji, w której z dowodu można było wywieść wnioski inne niż przyjęte przez sąd, nie dochodzi do naruszenia art. 233 § 1 KPC”; Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 grudnia 2005r., III CK 314/05, Orzecznictwo w Sprawach (...)/, w którego tezie stwierdzono, że: „Do naruszenia przepisu art. 233 § 1 KPC mogłoby dojść tylko wówczas, gdyby skarżący wykazał uchybienie podstawowym regułom służącym ocenie wiarygodności i mocy poszczególnych dowodów, tj. regułom logicznego myślenia, zasadzie doświadczenia życiowego i właściwego kojarzenia faktów”.

Odnosząc powyższe do stanowiska skarżącego uznać trzeba, iż nie sprostał on opisanym wymogom formułowania analizowanego zarzutu, a jego stanowisko jest wyrazem polemiki ze stwierdzeniem Sądu Rejonowego przyjętym u podstaw zaskarżonego wyroku, iż pozwany zapewnił świadczenie z zakresu nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej w dniu 1 lipca 2013 roku od godz. 0:01 do 8:00 przez inne podmioty tj. Wojewódzką (...) w Ł. oraz Centrum Medyczne (...) spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością. W świetle przedstawionych uwag nie jest to jednak wystarczające dla podważenia stanowiska prezentowanego w zaskarżonym orzeczeniu. Z zeznań świadka M. N. prezesa zarządu Centrum Medycznego (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością wyraźnie wynikało, że w związku z tym, że był problem od północy 1 lipca 2013 roku ze świadczeniem pomocy doraźnej, spółka na prośbę pozwanego przygotowała zespół gotowy do pracy od godziny 00:01 (k. 299). Natomiast świadek M. K. zeznała, że w wyniku zachodzącej obawy, że te świadczenia nie będą realizowane, podjęto następujące działania: zabezpieczono obszar przez dwa inne podmioty, które miały udzielać świadczeń w wyniku przeprowadzonej rozmowy telefonicznej. Dyrektor Wojewódzkiej (...) wyraził zgodę na objęcie opieką tego obszaru, jak również nowy podmiot leczniczy, który wygrał postępowanie zadeklarował rozpoczęcie udzielania świadczeń od godziny 0:00 dnia 1 lipca 2013 roku. Nowy podmiot to Dobry Doktor (k. 283).

W realiach przedmiotowej sprawy skarżący nie wykazał by Sąd Rejonowy wadliwie przeprowadził dowód na okoliczności niemające istotnego znaczenia w sprawie i ta wadliwość postępowania dowodowego mogła mieć wpływ na wynik sprawy, bądź też by Sąd odmówił przeprowadzenia dowodu na fakty mające istotne znaczenie w sprawie, wadliwie oceniając, iż nie mają one takiego charakteru (wyroki SN: z dnia 4 listopada 2008 r., II PK 47/08, Lex nr 500202, z dnia 11 lipca 2012 r., II CSK 677/11, Lex nr 1228438, z dnia 4 października 2012 r., I CSK 124/12, Lex nr 1250552; postanowienia: SN z dnia 11 maja 2005 r., III CK 548/04, Lex nr 151666; z dnia 23 stycznia 2001 r., IV CKN 970/00, Lex nr 52753). Wskazać należy, że przepis art. 227 k.p.c. ma zastosowanie przed podjęciem rozstrzygnięć dowodowych i przewiduje uprawnienie Sądu do selekcji zgłaszanych dowodów, jako skutku dokonanej oceny istotności okoliczności faktycznych, których wykazaniu dowody te mają służyć. Dowody, które nie odpowiadają tym kryteriom Sąd jest uprawniony pominąć (art. 217 § 2 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c.). W przedmiotowej sprawie dostatecznie wyjaśniona została kwestia gotowości i przyjęcia polecenia pozwanego do sprawowania świadczenia nocnej i świątecznej pomocy w spornym okresie przez inne podmioty niż powód. Sąd Rejonowy zatem słusznie pominął wniosek dowodowy powoda o zobowiązanie pozwanego do przedstawienia umów z tymi podmiotami. Prawidłowo Sąd Rejonowy przyjął, za nieudowodnioną okoliczność jaki personel medyczny powoda miał udzielać nocnej pomocy w spornym okresie. Co szczegółowo zostanie wyjaśnione poniżej.

Nie zasadne są również zarzuty naruszenia art. 753 k.c., art. 97 ust. 2 i ust. 3 pkt 2, art. 155 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, które w istocie sprowadzają się do zarzucenia Sądowi Rejonowemu błędnej oceny prawnej ustalonych faktów.

Należy uznać, że powód udzielając świadczenia z zakresu nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej w dniu 1 lipca 2013 roku od godz. 0:01 do 8:00 nie działał w ramach umowy lecz faktycznie prowadził cudze sprawy bez zlecenia. Kto bez zlecenia prowadzi cudzą sprawę, powinien działać z korzyścią osoby, której sprawę prowadzi, i zgodnie z jej prawdopodobną wolą, a przy prowadzeniu sprawy obowiązany jest zachowywać należytą staranność (art. 752 k.c.). Prowadzący cudzą sprawę bez zlecenia powinien w miarę możliwości zawiadomić o tym osobę, której sprawę prowadzi, i stosownie do okoliczności albo oczekiwać jej zleceń, albo prowadzić sprawę dopóty, dopóki osoba ta nie będzie mogła sama się nią zająć (§ 1). Z czynności swych prowadzący cudzą sprawę powinien złożyć rachunek oraz wydać wszystko, co przy prowadzeniu sprawy uzyskał dla osoby, której sprawę prowadzi. Jeżeli działał zgodnie ze swoimi obowiązkami, może żądać zwrotu uzasadnionych wydatków i nakładów wraz z ustawowymi odsetkami oraz zwolnienia od zobowiązań, które zaciągnął przy prowadzeniu sprawy (§2) (art. 753 k.c.).

Pozostaje kwestią sporną czy powodowi przysługuje wynagrodzenie, a jeżeli to czy powód udowodnił wysokość należnego mu wynagrodzenia. Po pierwsze powód nie udowodnił, że zawiadomił pozwanego, że będzie udzielał świadczeń w spornym okresie. Świadczy o tym okoliczność, że powód jednoznacznie uzależnił udzielanie świadczeń od zawarcia aneksu do umowy. Aneks taki nie został zawarty, nie były również negocjowane przez strony jego warunki. Pozwany działał zatem w uzasadnionym okolicznościami przekonaniu, że jeśli aneks do umowy nie zostanie powodowi przedstawiony, powód nie będzie udzielał świadczeń. Tym bardziej, że powód w toku prowadzonej korespondencji nie powoływał się na interes pacjentów. Po drugie powód nie udowodnił również, że działał zgodnie z wolą pozwanego i kierował się nią przy podejmowaniu swoich działań. Słusznie przyjął Sąd Rejonowy, że ze zgromadzonego materiału dowodowego w sprawie, wynikało, że wola taka po stronie pozwanego nie istniała. Pozwany bowiem stał na stanowisku, iż umowa obowiązuje do dnia 1 lipca 2013 roku, do godziny 08:00, w związku z tym, powód nie może żądać dodatkowego wynagrodzenia tytułem udzielania świadczeń w w/w okresie. Należy tu przytoczyć pogląd wyrażony w wyroku Sądu A. w (...)9.2013 r., I ACA 319/13, L.), który to pogląd Sąd Okręgowy podziela, że „jeżeli jednak prowadzący cudzą sprawę nie zawiadomi osoby zainteresowanej mimo istnienia takiej możliwości i na skutek tego nie dowie się o odmiennej woli takiej osoby, należy przyjąć, że nie może wówczas żądać zwrotu poniesionych wydatków oraz ponosi odpowiedzialność za szkodę zgodnie z art. 754 KC. Skutek taki należy odnieść do naruszenia obowiązku zawiadomienia spowodowanego okolicznościami, za które negotiorum gestor ponosi odpowiedzialność”. W świetle powyższych uwag należy uznać, że powodowi stosownie do art. 754 k.c. nie przysługuje zwrot poniesionych przez niego wydatków.

Istotne jest również, że powód nie udowodnił w jakim zakresie świadczył pomoc medyczną w spornym okresie, jak i nie udowodnił wysokości wynagrodzenia, które ewentualnie należałoby mu się za ten okres. Należy podnieść, że pozwany kwestionował również wysokość dochodzonego roszczenia przez powoda czemu dał wyraz w pismach procesowych. Miarodajnymi dowodami na te okoliczności nie może być rachunek (k. 16), zaświadczenie przedstawione przez powoda (k. 17) wskazujące obstawę dyżuru: 4 lekarzy, 6 pielęgniarek i jego koszty, czy raport z dnia 30.06./01.07.2013 r wskazujący na obsadę 3 pielęgniarek, z czego dwie do 8:00, 2 lekarzy. Informację zawarte w tych dokumentach prywatnych są sprzeczne np., w zakresie ilości personelu. W oparciu o te dokumenty trudno ustalić również, w jakim zakresie powód świadczył pomoc medyczną w spornym okresie, jaki był jej rozmiar. Raport wskazuje ilość wizyt w poradni ale nie określa, ile wizyt odbyło się w godzinach od 00:01 do 8.00. Biorąc pod uwagę wskazane okoliczności nie jest wiarygodna wysokość wynagrodzenia określona w rachunku, czy zaświadczeniu (k. 17) a dochodzona w postępowaniu.

Ponadto dla dokonywanej oceny prawnej działań pozwanego związanej ze świadczeniem pomocy zdrowotnej w spornym okresie, nie ma znaczenia, czy Wojewódzka (...) w Ł., oraz Centrum Medyczne (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością zadeklarowaną pomoc medyczną w spornym okresie świadczyły odpłatnie czy nie, jak również czy umowa zawarta przez pozwanego z tymi podmiotami, a dotycząca spornego okresu była ważna w świetle ustawy

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zwłaszcza, że art. 19 cytowanej ustawy przewiduje możliwość udzielania opieki zdrowotnej w stanach nagłych bez umowy. W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. 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 razie braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej określonych w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy lub w związku z wystąpieniem siły wyższej, świadczeniodawca zapewnia, w przypadku, o którym mowa w ust. 1, udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez innego świadczeniodawcę. Świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej.

W sprawie istotne jest, że wobec postawy powoda, który bez aneksu odmawiał świadczeń medycznych a jednocześnie nie powiadomił pozwanego o zmianie decyzji i ewentualnym przystąpieniu do wykonywania świadczeń, istniała konieczność zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych wobec pacjentów. Podjęte przez pozwanego działania wobec innych podmiotów, by te świadczyły pomoc medyczną, były jak najbardziej słuszne i zrozumiałe a także zgodne z prawem. A treść zamieszczonego w internecie w dniu 25 czerwca 2013 roku komunikatu co do nocnej pomocy od dnia 1 lipca 2013 roku od godziny 18:00 świadczonej przez Centrum Medyczne (...) czy (...) nie obejmującego spornego okresu nie podważa skuteczności działań pozwanego w zakresie zapewnienia świadczeń w tym okresie przez te podmioty. Zwłaszcza, że z materiału dowodowego sprawy wynika, że podmioty te zobowiązały się taką pomoc świadczyć od dnia 1 lipca 2013 roku od godziny 00:01 do 08:00, w dacie po publikacji komunikatu.

Podsumowując - zarzuty skarżącego mają charakter polemiczny z prawidłowymi ustaleniami Sądu I instancji i trafną oceną prawną dochodzonego przez niego roszczenia. Nie mogło odnieść zamierzonego skutku procesowego forsowanie przez powoda alternatywnego stanu faktycznego, korzystnego dla niego, nawet jeśli był on mocno osadzony w jego subiektywnym przekonaniu. Powództwo nie zostało udowodnione, dlatego rozstrzygnięcie Sądu Rejonowego było prawidłowe.

Mając na uwadze powyższe, apelacja jako bezzasadna podlegała oddaleniu na podstawie przepisu art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 98 § 1 i § 3 k.p.c., art. 99 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. zasądając od powoda na rzecz pozwanego kwotę 450 złotych stanowiącą wynagrodzenie pełnomocnika, stosownie do treści § 10.1 pkt 1 w zw. z § 2 pkt 3 oraz Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności radców prawnych z dnia 22 października 2015 r. (Dz.U. 2015.1804 w brzmieniu obowiązującym od dnia 27.10.2016 r.).