

Sygnatura akt I C 477/16

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Poznań , dnia 29 czerwca 2016 r.

Sąd Okręgowy w Poznaniu I Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodniczący: **SSO Sławomira Hańczewska**

Protokolant: **st. sekr. sąd. Monika Szulc**

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 1 czerwca 2016 r. w Poznaniu sprawy z powództwa

(...) sp. z o.o. w P.

przeciwko

N. (...), (...) Oddział Wojewódzki w P.

o zapłatę

1. Zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 183.948,34 zł (sto osiemdziesiąt trzy tysiące dziewięćset czterdzieści osiem złotych trzydzieści cztery grosze) wraz z:

a) odsetkami ustawowymi od kwot:

- 3.658,41 zł od dnia 23 października 2014r. do dnia 31 grudnia 2015r.,

- 53.102,62 zł od dnia 23 listopada 2014r. do dnia 31 grudnia 2015r.,

- 49.649,85 zł od dnia 2 grudnia 2014r. do 31 grudnia 2015r.,

- 70.659,58 zł od dnia 2 stycznia 2015r. do dnia 31 grudnia 2015r.

b) odsetkami ustawowymi za opóźnienie od kwoty 183.948,34 zł od dnia 1 stycznia 2016r. do dnia zapłaty.

1. Kosztami postępowania obciąża pozwanego i z tego tytułu zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 16.415 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania.

SSO Sławomira Hańczewska

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 29 stycznia 2016 r. powódka (...) Sp. z o.o. z siedzibą w P., reprezentowana przez profesjonalnego pełnomocnika domagała się zasądzenia od pozwanego N. (...) (...) Oddziału Wojewódzkiego w P. zapłaty kwoty 183.948,34 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od kwoty:

- 3.658,41 zł z faktury (...)/fvs/n z dnia 30 września 2014 r. – od dnia 23 października 2014 r. do dnia zapłaty;

- 47.702,11 zł z faktury (...)/fvs/n z dnia 31 października 2014 r. – od dnia 23 listopada 2014 r. do dnia zapłaty;

- 5.400,51 zł z faktury (...)/fvs/n z dnia 31 października 2014 r. – od dnia 23 listopada 2014 r. do dnia zapłaty;

- 47.907,75 zł z faktury (...)/fvs/n z dnia 30 listopada 2014 r. – od dnia 2 grudnia 2014 r. do dnia zapłaty;
- 1.742,10 zł z faktury (...)/fvs/n z dnia 30 listopada 2014 r. – od dnia 2 grudnia 2014 r. do dnia zapłaty;
- 70.659,58 zł z faktury (...)/fvs/n z dnia 31 grudnia 2014 r. – od dnia 2 stycznia 2015 r. do dnia zapłaty;

Ponadto domagała się zasądzenia od pozwanego na swoją rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego w kwocie 14.400 zł (szczególnie skomplikowany stan prawny i faktyczny) wraz z opłatą skarbową od pełnomocnictwa w wysokości 17 zł.

W uzasadnieniu pozwu powódka wskazała, że zawarła z pozwanym w dniu 27 stycznia 2012 r. umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, wraz z aneksem nr (...) z 7 stycznia 2014 r., wiążącej strony od dnia 1 stycznia 2012 r. do dnia 31 grudnia 2016 r. Przedmiotem umowy jest świadczenie kompleksowe i całodobowe organizowanie i udzielanie przez powódkę jako świadczeniodawcę, świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych lub domowych. Powódka podniosła, iż kwota zobowiązania pomiędzy stronami, na podstawie aneksu do umowy w okresie od 1 stycznia 2014 r. do 31 grudnia 2014 r. wyniosła 6.496.639,32 zł. Świadczenia, które nie zostały zapłacone przez pozwanego za 2014 r. stanowią kwotę 183.948,34 zł. Powódka stwierdziła, że dochodzona należność stanowi wykonane przez nią na rzecz pozwanego w 2014 r. „świadczenia nadlimitowe – tj. kwotę limitu umowy, w zakresie świadczenia zdrowotnego osobom, które wymagały udzielenia natychmiastowego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Powódka nadto wskazała, że strony prowadziły korespondencję, mającą na celu rozszerzenie umowy o dodatkowe osobodni i spłatę świadczeń wykonanych ponad limit z umowy stron, ale ostatecznie nie doszły do porozumienia. Strona powodowa na poparcie swojego stanowiska przytoczyła liczne orzecznictwo sądowe. Nadto wskazano, iż świadczenia przez nią wykonane miały charakter ratujących życie oraz zostały wykonane w warunkach nagłych. Powódka podkreśliła, że nie mogła zaprzestać kontynuowania świadczeń wentylacji mechanicznej płuc. Jako podstawę prawną roszczenia wskazano na art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Powódka wyjaśniła także, że w jej ocenie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej nie znajduje zastosowania, gdyż świadczenia przez nią wykonane zostały wykonane w warunkach nie cierpiących zwłoki, gdy zaszła potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń, a nie w warunkach nagłych (k. 2-16).

Sąd Okręgowy w Poznaniu nakazem zapłaty wydanym w postępowaniu upominawczym z dnia 18 lutego 2016 r., w sprawie o sygn. akt I Nc 29/16, orzekł zgodnie z żądaniem powódki (k. 896).

Od powyżej wymienionego nakazu zapłaty pozwany wniósł w ustawowym terminie sprzeciw, w którym wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powódki na jego rzecz kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu sprzeciwu pozwany przyznał, iż strony łączy umowa oraz aneks do niej ustalający kwotę zobowiązania Funduszu na rok 2014. Pozwany również nie zakwestionował zwiększenia limitu o (...)9 osobodni i rozważał istnienie podstaw do zapłaty w tym zakresie. Pozwany podniósł, iż spośród świadczeń objętych pozwem, świadczenia wykonane w ilości 62 osobodni sama powódka nie uznała za świadczenia wykonane w warunkach przymusu ustawowego, gdyż nie oznaczyła ich jako „ratujące życie” i nie wskazała ich jako świadczenia podlegające bezwzględnej zapłacie (dotyczące pacjentów: K. M. – 31 osobodni oraz G. S. – 31 osobodni). Pozwany nie zaprzeczył wykonaniu przez powódkę świadczeń ponad wartość określoną kontraktem, ale wyraźnie podkreślił brak zamiaru zapłaty za tzw. „nadlimity” według cen ustalonych umową, o czym ma świadczyć złożona przez niego propozycja ugodowa zapłaty kwoty stanowiącej równowartość ok. 38% ceny umownej świadczenia, której to propozycji powódka nie przyjęła. Powołując się na orzecznictwo sądowe, pozwany uznał, iż nie jest zobowiązany opłacać świadczenia wykonane ponad limit określony umową według stawek umownych. Pozwany uznał, że powódka nie wykazała, że wykonała świadczenia w stanie nagłym w wysokości uzasadnionych kosztów ich udzielenia, zgodnie z art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. W ocenie pozwanego, powódka nie przedstawiła w sposób wiarygodny uzasadnionych kosztów udzielenia niezbędnych świadczeń 34 pacjentom, a z reguły niezbędne koszty nie odpowiadają stawkom umownym, przy kalkulowaniu których uwzględnia się różne czynniki, jak koszt działania świadczeniodawcy czy marża (k. 904-910).

Pismem z dnia 21 kwietnia 2016 r. powódka zaprzeczyła jakoby podstawą roszczenia był art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Nadto wskazała, że nie jest zobowiązana do wykazania wysokości kosztów udzielonych świadczeń, gdyż roszczenie winno zostać zasądzone według stawek określonych w umowie stron oraz wszystkie świadczenia przez nią wykonane zostały w warunkach niecierpiących zwłoki. Powódka odniosła się do dwóch pacjentów, o których pozwany wspomniał w sprzeciwie od nakazu zapłaty, podnosząc iż, świadczenia na rzecz tych pacjentów omyłkowo nie zostały oznaczone w systemie jako „ratujące życie”. Świadczenia na rzecz tych pacjentów były świadczone w sposób ciągły, a żaden z dokumentów medycznych nie wskazuje na okresową poprawę stanu zdrowia (k. 929-934).

Na rozprawie w dniu 1 czerwca 2016 r. pełnomocnik pozwanego wskazał, że pozwany nie kwestionuje faktu, iż świadczenia musiały być przeprowadzone. Nadto cofnięto zastrzeżenia co do wymienionych w treści sprzeciwu osób, uznając, że mógł to być błąd pracownika. Strona pozwana podkreśliła, że kwestionuje koszt niezrealizowanych świadczeń (k. 954v).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Powódka powstała w wyniku przekształcenia w trybie art. 551 kodeksu spółek handlowych spółki (...) Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółki komandytowej z siedzibą w P. w Spółkę (...) Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w P.. Przekształcenie dokonane zostało na podstawie uchwały wszystkich wspólników przekształcanej spółki dnia 31 lipca 2012 r. Powódka w dniu 31 sierpnia 2012 r. została wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy Poznań Nowe Miasto i Wilda w P., VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem (...). Przedmiotem działalności gospodarczej spółki jest między innymi, działalność szpitali, działalność paramedyczna, pozostała działalność w zakresie opieki zdrowotnej, gdzie indziej niesklasyfikowana, sprzedaż hurtowa wyrobów farmaceutycznych i medycznych, sprzedaż detaliczna wyrobów farmaceutycznych prowadzona w wyspecjalizowanych sklepach.

W ramach tej działalności powódka, zawarła z pozwanym N. (...) (...) Oddziałem Wojewódzkim jako (...) umowę nr (...) z dnia 27 stycznia 2012 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Powódka obowiązana jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w jej dyspozycji, służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt (§ 2 ust. 8 umowy). Kwota zobowiązania pozwanego Funduszu z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 1 stycznia 2014 r. do dnia 31 grudnia 2014 r. wyniosła maksymalnie 6.496.639,32 zł (§ 4 ust. 1 umowy). Umowa została zawarta na okres od dnia 1 stycznia 2012 r. do dnia 31 grudnia 2016 r. (§ 8 ust. 1 umowy). Załącznik nr 1 do umowy określał plan rzeczowo-finansowy w okresie rozliczeniowym od 1 stycznia 2014 r. do 31 grudnia 2014 r., w zakresie świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie oraz świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie.

W dniu 7 stycznia 2014 r. strony zawarły aneks nr (...) do w/w umowy z dnia 27 stycznia 2012 r., w związku z ustaleniem kwoty zobowiązania z tytułu realizacji umowy na nowy okres rozliczeniowy, tj. od dnia 1 stycznia 2014 r. do dnia 31 grudnia 2014 r.

Bezsporne, nadto dowód: aneks nr (...) z dnia 7 stycznia 2014 r. – k. 35, umowa nr (...) z dnia 27 stycznia 2012 r. wraz z planem rzeczowo-finansowym – k. 32, 36-40, odpis z KRS powódki – k. 41-47, wydruk z sytemu (...) k. 923-924.

Powódka przyjmuje pod opiekę pacjentów najczęściej zmagających się z chorobami płuc. Wszystkich pacjentów przyjmowano zgodnie z przepisami. Lekarz anestezjolog kwalifikował pacjentów do wentylacji mechanicznej i to było podstawą do przyjęcia pacjenta pod opiekę powódki. Pacjent taki wymaga ciągłej wentylacji – 24 godziny na dobę, czasami tylko okresowej. Każdy pacjent miał rozpoznaną niewydolność oddechową. U powódki zdarzają się sytuacje, że dany pacjent może być wentylowany przez kilka lat. U powódki są pacjenci, przy których personel musi częściej chodzić. Każdy pacjent miał takie samo rozpoznanie, opiekę medyczną i sprzęt. Wszystkie świadczenia wykonane

przez powódkę były oznaczone w systemie jako ratujące życie. Koszty leczenia szpitalnego są 6-7 – krotnie droższe niż leczenia w warunkach domowych.

Inicjatorka procesu ma świadomość, iż w momencie podpisywania planu rzeczowo-finansowego na dany rok, że środki mogą nie wystarczyć na pokrycie świadczeń dotyczących pacjentów już przyjętych, nie biorąc przy tym pod uwagę nowych i w związku z tym informuje o tym pozwanego. Świadczenia zapisane w planie rzeczowo-finansowym są świadczeniami gwarantowanymi, tzw. koszykowymi. W skład kosztów związanych z świadczeniami gwarantowanymi wchodzi: zakup sprzętu, respirator, ssak dla każdego pacjenta, koncentrator tlenu, leki, obsługa personelu lekarskiego i medycznego, wizyty pielęgniarskie, rehabilitanta oraz koszty administracyjne. Stawka za osobodzień jest ustalana w momencie podpisywania kontraktu z N. (...). Stawka jest jedna i jest przeliczana na ilość dni – stawka umowna z N. (...), jest negocjowana przy kontrakcie.

Powódka dany miesiąc rozlicza do 10 każdego następnego miesiąca, poprzez przesłanie pozwanemu sprawozdania z wszystkich pacjentów, będących pod ich opieką. Rok rozliczeniowy jest rokiem kalendarzowym. Pozwany ma wgląd do raportów statystycznych – widzi usługę, która nazywa się osobodniem dla pacjentów. System informatyczny nie bierze pod uwagę nr PESEL czy danych osobowych, tylko dane statystyczne. Kolejność opłacania pacjentów wynika z kolejności ich wprowadzenia do raportu.

Powódka na bieżąco pozyskuje informacje, za które świadczenia pozwany nie zapłacił. Dopiero po wykonaniu świadczenia, powódka dowiadyuje się, że nie zostanie za nie zapłacone. Nie otrzymuje też informacji, że powinna wstrzymać przyjęcia pacjentów, gdyż przekroczono limit. W takich sytuacjach powódka wysła wnioski z prośbą o rozliczenie nad wykonanych świadczeń. Powódka nie ma możliwości przekazania pacjenta do innej jednostki. Kilka lat temu nad wykonania były rozliczane przez pozwanego do połowy następnego roku kalendarzowego.

Dowód: zeznania świadka K. Z. – k. 952v-953, zeznania świadka R. M. – k. 953v, zeznania strony powodowej – A. P. – k. 954.

W wykonaniu umowy powódka w okresie od 1 stycznia 2014 r. do 31 grudnia 2014 r. świadczyła wentylację mechaniczną płuc na rzecz pacjentów w ramach N. (...). Kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda w tym okresie wyniosła 6.496.639,32 zł.

Powódka w 2014 roku świadczyła wentylację mechaniczną płuc ponad limit umowy. Powódka przekroczyła limit wobec 34 pacjentów, co jednocześnie stanowiło łącznie osobodni w ilości (...),9, o wartości osobodniowej 174,21. Jednocześnie wartość świadczenia ponad limit wyniosła 183.948,34 zł.

Powódka wobec świadczenia ponad limit usługi medycznej w postaci wentylacji, wystawiła na rzecz pozwanego N. (...) (...) Oddziału Wojewódzkiego w P. faktury na łączną kwotę 183.948,34 zł:

- faktura VAT nr (...) z dnia 30 września 2014 r. w wysokości 3.658,41 zł,
- faktura VAT nr (...)/n z dnia 31 października 2014 r. w wysokości 49.702,11 zł,
- faktura VAT nr (...)/n z dnia 31 października 2014 r. w wysokości 5.400,51 zł,
- faktura VAT nr (...) z dnia 30 listopada 2014 r. w wysokości 47.907,75 zł,
- faktura VAT nr (...) z dnia 30 listopada 2014 r. w wysokości 1.742,10 zł,
- faktura VAT nr (...) z dnia 31 grudnia 2014 r. w wysokości 70.659,58 zł,
- faktura VAT nr (...) z dnia 9 stycznia 2015 r. w wysokości 5.052,09 zł,
- (...) - (...)/N z dnia 31 grudnia 2014 r. w kwocie zwrotu na rzecz pozwanego w wysokości 174,21 zł.

Dowód: zestawienie ilości osobodni wykonanych ponad limit w 2014 r. – k. 18, zestawienie rozliczenia faktur – k. 19, faktura VAT nr (...) z dnia 30 września 2014 r. – k. 20, faktura VAT nr (...)/n z dnia 31 października 2014 r. – k. 21, faktura VAT nr (...)/n z dnia 31 października 2014 r. – k. 22, faktura VAT nr (...) z dnia 30 listopada 2014 r. – k. 23, faktura VAT nr (...) z dnia 30 listopada 2014 r. – k. 24, faktura VAT nr (...) z dnia 31 grudnia 2014 r. – k. 25, faktura VAT nr (...) z dnia 9 stycznia 2015 r. - k. 26, (...) - (...)/N z dnia 31 grudnia 2014 r. – k. 27, dokumentacja medyczna 34 pacjentów – k. 50-893.

Powódka w piśmie z dnia 17 grudnia 2014 r. poinformowała pozwanego, że umowa stron nie pokrywa wszystkich realizowanych świadczeń. Ponadto wniosła o rozszerzenie umowy o dodatkowe osobodni, które pozwoliłyby na realizowanie świadczeń u pacjentów co do których były wówczas realizowane świadczenia medyczne, jak i co do kolejnych pacjentów. W odpowiedzi na powyższe, pozwany pismem z dnia 11 lutego 2015 r. zwiększył limit z umowy stron o 69.858,21 zł (401 osobodni).

Powódka w piśmie z dnia 12 lutego 2015 r. wniosła ponownie o zwiększenie limitu z umowy stron o (...),90 osobodni ponad limit. Pozwany wówczas przedstawił powódce do zaakceptowania aneksu nr (...)_ (...) z dnia 10 lutego 2015 r. do umowy nr (...) z dnia 27 stycznia 2012 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Zmianie uległa liczba punktów rozliczeniowych oraz kwot zobowiązań ustalonych dla poszczególnych zakresów świadczeń objętych umową zgodnie z treścią załącznika nr 1 do umowy „Plan rzeczowo-finansowy”. Wprowadzone zmiany nie miały spowodować zmian cen jednostek rozliczeniowych, określonych w załączniku nr 1 do umowy „Plan rzeczowo-finansowy” (§ 1 ust. 1 i 2 aneksu). Aneks ten zakładał propozycje spłaty w wysokości około 38% kwoty należnej z tytułu świadczeń wykonanych ponad limit z umowy stron.

Pismem z dnia 17 lutego 2015 r. powódka nie zaakceptowała warunków zaproponowanych przez pozwanego w aneksie nr (...)_ (...), wyjaśniając jednocześnie, że pod jej opieką pozostaje 127 pacjentów (dorosłych i dzieci), z których zaledwie 11 dorosłych objętych jest współczynnikiem 0,7, czyli korzysta z wentylacji w ograniczonym wymiarze czasowym. Większość jej pacjentów wymaga pełnej opieki, co niesie określone koszty. Następnie pozwany w piśmie z dnia 19 lutego 2015 r. odmówił zapłaty ponad kwotę zaproponowaną w aneksie.

Bezsporne, nadto dowód: pismo pozwanego z dnia 11 lutego 2015 r. – k. 28, pismo powódki z dnia 17 lutego 2015 r. – k. 29, pismo powódki z dnia 12 lutego 2015 r. – k. 30, aneks nr (...)_ (...) z dnia 10 lutego 2015 r. – k. 31, pismo pozwanego z dnia 19 lutego 2015 r. – k. 33, pismo powódki z dnia 17 grudnia 2014 r. – k. 34.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o: zeznania świadków: K. Z. (k. 952v-953), R. M. (k. 953v), zeznania za stronę powodową Prezesa zarządu A. P. (k. 954) oraz zebrany w toku sprawy materiał dowodowy w postaci wyżej powołanych dowodów z dokumentów.

Sąd dał wiarę przedłożonym przez strony dowodom z dokumentów. Zostały one sporządzone w odpowiedniej formie, przez uprawnione do tego podmioty. Żadna ze stron w toku postępowania nie kwestionowała wiarygodności dowodów z dokumentów, a Sąd natomiast nie dopatrzył się podstaw do kwestionowania ich wiarygodności z urzędu. Nie zmieniał oceny sądu fakt, że część dokumentów została przedstawiona Sądowi jedynie w postaci kserokopii: strony nie kwestionowały wzajemnie zgodności przedłożonych kserokopii z oryginałami dokumentów, wobec czego Sąd uznał kserokopie za wiarygodne dowody pośrednie, wskazujące na istnienie i treść dowodów właściwych.

Zeznaniom świadków K. Z. oraz R. M. Sąd dał wiarę, gdyż ich zeznania były logiczne, szczerze, a ponadto nie były podważane przez strony.

Zeznaniom A. P. (Prezesa zarządu spółki) Sąd nadał przymiot wiarygodności. Jego zeznania okazały się spójne wewnętrznie i znalazły potwierdzenie w pozostałym zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym.

Na rozprawie w dniu 1 czerwca 2016 r. Sąd oddalił wnioski powódki o przesłuchanie Prezesa N. (...) oraz pozostałe nierozpoznane wnioski wymienione w pozwie z dnia 29 stycznia 2016 r., w tym o zobowiązanie do

złożenia dokumentów określonych w pkt. 12 i 13. W ocenie Sądu bezzasadnym byłoby przeprowadzanie dowodu z zeznań Prezesa N. (...), albowiem nie budziło wątpliwości, że powódka wykonała świadczenia ponad limit, czego nie kwestionował pozwany, a ponadto z korespondencji pomiędzy stronami prowadzonej przed niniejszym postępowaniem wynika, że pozwany odmówił wypłaty ponad limit umowy, z uwagi na brak środków. Poza tym jako osoba reprezentująca stronę pozwaną zająłby takie samo stanowisko jak w sprzeciwie od nakazu zapłaty. Jego zeznania nie wniosłyby nic nowego do sprawy. Podobnie sytuacja się kształtuje w przypadku odmowy przeprowadzenia dowodu z przesłuchania za pozwanego Dyrektora (...) Oddziału Wojewódzkiego (...). Wnioski zawarte w pkt 12 i 13 pozwu nie zasługiwały na uwzględnienie, gdyż dokumenty przedłożone do pozwu w pełni były wystarczające do ustalenia stanu faktycznego w niniejszej sprawie. Ponadto przeprowadzenie dowodów z tych dokumentów nie miało znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy, albowiem pozwany nie kwestionował wykonanego świadczenia medycznego przez powódkę, tylko wysokość oraz kwestionował to, czy były to świadczenia ratujące życie. Zatem spór dotyczył zastosowania przepisów prawnych. Z podobnych przyczyn niecelowym było przeprowadzanie dowodu z opinii biegłego anestezjologa oraz biegłego z dziedziny finansów i rachunkowości sektora finansów publicznych. Wszystkie okoliczności sprawy zostały wyjaśnione, a przeprowadzenie kolejnych dowodów spowodowałoby niepotrzebne przedłużenie postępowania.

Sąd zważył co następuje:

Zgodnie z treścią art. 503 § 1 k.p.c., pismo zawierające sprzeciw wnosi się do sądu, który wydał nakaz zapłaty, a w przypadku nakazu wydanego przez referendarza sądowego - do sądu, przed którym wytoczono powództwo. W piśmie pozwany powinien wskazać, czy zaskarża nakaz w całości, czy w części, przedstawić zarzuty, które pod rygorem ich utraty należy zgłosić przed wdaniem się w spór co do istoty sprawy, oraz okoliczności faktyczne i dowody. Sąd pomija spóźnione twierdzenia i dowody, chyba że strona uprawdopodobni, że nie zgłosiła ich w sprzeciwie bez swojej winy lub że uwzględnienie spóźnionych twierdzeń i dowodów nie spowoduje zwłoki w rozpoznaniu sprawy albo że występują inne wyjątkowe okoliczności. Stosowanie zaś do art. 505 § 1 k.p.c. w razie prawidłowego wniesienia sprzeciwu nakaz zapłaty traci moc, a przewodniczący wyznacza rozprawę i zarządza doręczenie powodowi sprzeciwu razem z wezwaniem na rozprawę.

Zatem na wstępie rozważań należy zauważyć, że wskutek prawidłowego wniesienia przez pozwanego sprzeciwu od nakazu zapłaty, nakaz zapłaty wydany w postępowaniu upominawczym utracił moc w całości (art. 505 § 1 k.p.c.).

Powódka dochodziła roszczenia z tytułu wykonania na rzecz pozwanego w 2014 r. świadczeń medycznych w postaci wentylacji mechanicznej płuc ponad kwotę wynikającą z umowy, podnosząc, że były to świadczenia które wymagały udzielenia natychmiastowego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia i życia. Jako podstawę prawną roszczenia wskazano na art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry.

Zgodnie z art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r., poz. 464, dalej jako „u.z.l.”), lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

Orzecznictwo sądowe potwierdza, że obowiązki z art. 15 ustawy o działalności leczniczej (u.dz.l.) oraz komentowanego art. 30 u.z.l. mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (wyrok SN z dnia 3 listopada 2004 r., III CK 546/03, LEX nr 182096). W związku z tym np. zastrzeżenia określające ilościowy limit świadczeń dotknięte są nieważnością w zakresie świadczeń niecierpiących zwłoki (zob. wyrok SN z dnia 13 lipca 2005 r., I CK 18/05, OSP 2006, z. 6, poz. 70; glosa aprobująca: M. N., (...) 2006, nr 2, s. 146; glosa krytyczna: J. J., OSP 2006, z. 6, s. 70), a świadczeniodawca, który udzielił ponadlimitowych świadczeń zdrowotnych, może dochodzić zapłaty za te świadczenia od N. (...), powołując się na art. 30 ustawy jako przepis ustalający zakres zobowiązania w stosunku prawnym powstałym z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (wyrok SN z dnia 18 stycznia 2006 r., V CSK 60/05, LEX nr 258665; wyrok SN z dnia 10 maja 2006 r., III CSK 53/05, LEX nr 258669; wyrok SN z dnia 25 maja 2006 r., II CK 343/05, LEX nr 200917).

Co więcej, nie ma podstaw do przyjęcia, że kasa chorych (obecnie N. (...)) ma obowiązek pokryć ponadlimitowe świadczenia medyczne udzielone tylko w nagłych wypadkach zagrożenia utratą życia, a nie ma takiego obowiązku co do świadczeń udzielonych w nagłych wypadkach zagrożenia utratą zdrowia (wyrok SN z dnia 13 października 2006 r., III CSK 123/06, LEX nr 258671). Podkreśla się przy tym, że osoba dochodząca zapłaty jest obciążona ciężarem dowodu nie tylko faktu wykonania świadczeń zdrowotnych, lecz także szczególnego, przymusowego charakteru udzielenia pomocy medycznej. Obowiązek zapłaty za interwencję medyczną podjętą poza limitem zakontraktowanych zabiegów również w tej sytuacji powstaje tylko w razie spełnienia przesłanek stosowania art. 15 u.d.z.l. i art. 30 ustawy, tzn. w przypadku natychmiastowej potrzeby udzielania pomocy medycznej w razie zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta lub w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

Na podstawie tego przepisu lekarz ma obowiązek udzielenia pomocy w 3 sytuacjach:

- 1) gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia;
- 2) gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia;
- 3) w "innych przypadkach niecierpiących zwłoki".

Dwie pierwsze sytuacje odnoszą się wyraźnie do ewentualnych zagrożeń dla życia i zdrowia pacjenta wynikających z zaniechania przez lekarza udzielenia pomocy i można przy ich interpretacji posiłkować się definicją stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego zawartą w ustawie o ratownictwie medycznym. Natomiast trzecia sytuacja nie zawiera takiego odniesienia. Jak już wspomniano, zakres lekarskiego obowiązku niesienia pomocy jest szerszy niż zakres obowiązku powszechnego z dwóch powodów. Po pierwsze, zakres ten nie ogranicza się tylko do wypadku, w którym człowiek już znajduje się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (jak w art. 162 k.k.), lecz dotyczy również innego, mniej poważnego przypadku wymagającego interwencji medycznej, w którym dopiero zwłoka w udzieleniu pomocy lekarskiej mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała albo ciężkiego rozstroju zdrowia. Po drugie, obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej przewidziany w komentowanym przepisie odnosi się także do innych niż wymienione przypadków niecierpiących zwłoki. Ustawa nie określa jednak bliżej, o jakie przypadki chodzi. Można to rozumieć jako wymóg, by lekarz udzielał pomocy lekarskiej zawsze wtedy, gdy opóźnienie tej pomocy może pacjentowi zaszkodzić (zob. P. Konieczniak, Udział w proteście zbiorowym jako przewinienie zawodowe lekarza, PiM 1999, nr 2, s. 88), albo - co wydaje się słuszne - wyłącznie wtedy, gdy opóźnienie to może zaszkodzić zdrowiu pacjenta (zob. L. Kubicki, Obowiązek udzielenia pomocy..., s. 5; J. Kulesza, Brak zgody pacjenta..., s. 70 i n.). Z pewnością dotyczy to sytuacji, w których nieudzielenie pomocy spowoduje niebezpieczeństwo wystąpienia negatywnych skutków dla zdrowia, ale nie na tyle poważnych, żeby można je było zakwalifikować jako ciężkie uszkodzenie ciała lub ciężki rozstrój zdrowia. Chodzi o sprawy pilne, wymagające natychmiastowego załatwienia ze względu na niebezpieczeństwo pogorszenia stanu zdrowia, utrudnienia procesu diagnozowania lub skomplikowania procesu terapeutycznego (zob. T. Dukiet-Nagórska, O potrzebie nowelizacji prawa medycznego, PiM 2002, nr 1, s. 11).

Stosowanie zaś do treści art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89, dalej jako „u.z.o.z.”), Zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

Zgodnie z art. 7 u.z.o.z. nie można odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Z art. 30 ustawy z 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry wynika, że lekarz ma obowiązek udzielać pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Natomiast według art. 19 ust. 1 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w sytuacjach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Z regulacji tych wynika ustawowy

obowiązek udzielenia świadczenia pacjentowi, w sposób bezzwłoczny (natychmiastowy), jeżeli wymaga tego stan pacjenta (zagrożenie życia i zdrowia). Wskazane formuły ustawowe mają charakter ogólny i powinny być uściślane m.in. w zależności od rodzaju i stanu chorobowego zagrożenia życia i zdrowia pacjenta, a te z kolei mogą determinować rodzaj i zasięg zastosowanej terapii medycznej. Rzecz jasna, decydujące oceny w tym zakresie mogą być formułowane przy wykorzystaniu wiedzy medycznej i doświadczenia diagnostyczno-terapeutycznego. Na świadczeniodawcy ciąży obowiązek udowodnienia, że dochodzone przez niego od N. (...) wynagrodzenie za świadczenie ponadlimitowe obejmuje wynagrodzenie za świadczenie dokonane w ramach określonych w art. 7 u.z.o.z. (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 marca 2016 r., II CSK 275/15, LEX nr 2041114).

Bezsporne w niniejszym postępowaniu jest, że pozwany zawarł z powódką umowę nr (...) oraz, że strony podpisały w dniu 7 stycznia 2014 r. aneks do umowy ustalający kwotę zobowiązania Funduszu na rok 2014. Poza sporem było także, że powódka wykonała świadczenia w ilości (...),9 osobodni ponad ilość określoną umową. Bezsporne było także, że strony prowadziły korespondencję mającą na celu rozszerzenie umowy o dodatkowe osobodni. Ostatecznie bezsporne było, że powódka świadczyła wentylacje mechaniczną płuc na rzecz 34 pacjentów – ponad wartość określoną kontraktem, tj. ponad limit”.

Pozwany zatem nie kwestionował faktu wykonania świadczeń wentylacji mechanicznej płuc, ani ich ilości, ani okoliczności, że wykonano je ponad limit określony w umowie.

Sporne zaś pozostawało pomiędzy stronami czy świadczenia wentylacji mechanicznej płuc są świadczeniami ratującymi życie, czy też świadczeniami nagłymi. Spór stron dotyczył również kwoty dochodzonej pozwem w wysokości 183.948,34 zł, z uwagi na uznanie przez stronę pozwaną, że powódka nie wykazała kosztów niezrealizowanych świadczeń z uwagi na treść art. 19 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Pozwany stał na stanowisku, że świadczenia wskazane przez powódkę, nie są świadczeniami udzielonymi w stanach nagłych.

To, że świadczenia ponadlimitowe udzielone zostały w warunkach określonych w art. 7 ustawy o z.o.z. i art. 30 ustawy o z.l. winien wykazać świadczeniodawca dochodzący od N. (...) wynagrodzenia za świadczenia ponadlimitowe. Jest to oczywiste w świetle zasady z art. 6 k.c., zgodnie z którą, ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne i nie budziło też nigdy żadnych wątpliwości w orzecznictwie, w którym jednolicie przyjęto, że to na świadczeniodawcy spoczywa ciężar udowodnienia, iż dochodzone przez niego od N. (...) wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe obejmuje wynagrodzenie za świadczenia wykonane w warunkach określonych w art. 7 ustawy o z.o.z. oraz w art. 30 ustawy o z.l. (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 10 maja 2006 r., III CSK 53/05; LEX nr 258669; z dnia 18 stycznia 2006 r., V CSK 60/05, LEX nr 258665; z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK 365/03, LEX nr 276211; z dnia 5 listopada 2003 r., IV CK 189/02, LEX nr 164009).

W niniejszym postępowaniu powódka sprostowała temu obowiązkowi. Wykazała, że świadczenia przez nią wykonane mają charakter ratujących życie oraz zostały wykonane w warunkach nagłych, a także udzielone zostały ponad limit określony w umowie łączącej strony. Na podstawie dowodów z dokumentów przedstawionych przez stronę powodową, a nie kwestionowanych przez pozwanego oraz zeznań świadków i strony powodowej, Sąd ustalił okoliczności dotyczące łączącej strony umowy, faktu wykonywania świadczenia wentylacji mechanicznej płuc u 34 pacjentów oraz wartości niezapłaconych faktur.

Definiując stan nagły należy powołać art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jedn. Dz.U z 2013 r., poz. 757 ze zm.) – zgodnie z treścią art. 5 pkt 33 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który wprost odsyła do ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Art. 3 pkt 8 tej ustawy stanowi, że 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.

W ocenie Sądu wentylacja mechaniczna płuc wypełnia przesłanki określone w art. 7 u.z.o.z. oraz 30 u.z.l. Powódka nie mogła zaprzestać kontynuowania świadczeń wentylacji mechanicznej płuc. Wykonywała bowiem świadczenia w przypadkach niecierpiących zwłoki oraz gdy zaszła potrzeba natychmiastowego ich udzielenia. Wentylacja mechaniczna płuc zdaniem Sądu należy do świadczeń ratujących życie i zdrowie. Zwłoka w świadczeniu wentylacji mechanicznej płuc dla pacjentów, którzy sami nie mają pełnej wydolności oddechowej, stanowi dla nich realne i bezpośrednie zagrożenie życia i zdrowia.

Sąd podziela stanowisko powódki, iż świadczenie wentylacji mechanicznej płuc jest świadczeniem nagłym i ratującym życie w tym znaczeniu, że jako świadczenie niecierpiące zwłoki nie może zostać odłożone w czasie oraz jego niezastosowanie spowoduje narażenie życia lub zdrowia pacjenta. Brak własnego oddechu to stan permanentnego zagrożenia życia, nie ma możliwości zaprzestania terapii zastępczej, jaką niewątpliwie pozostaje wentylacja mechaniczna płuc.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego dominuje stanowisko, iż świadczeniodawca usług medycznych, który zawarł z N. (...) umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może żądać zapłaty za udzielone świadczenia ponadlimitowe tylko wtedy, gdy do wykonania tych świadczeń doszło w sytuacjach określonych w art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (j.t. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.; dalej: ustawa o z.o.z.) i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (j. t. Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 z późn. zm.; dalej ustawa o z.l.). Przepisy te są źródłem bezwzględного obowiązku lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej podjęcia interwencji medycznych w opisanych tam sytuacjach. Ustawowy obowiązek natychmiastowego udzielenia świadczeń nie może więc być limitowany umową. Koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy, zgodnie z art. 56 k.c., włączyć do skutków jakie wywołuje umowa zawarta między N. (...) a świadczeniodawcą i obciążyć nimi Narodowy Fundusz Zdrowia, jako zarządzający środkami publicznymi, z których powinny być one pokryte (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 8 października 2008 r., V CSK 139/08, LEX nr 602330; z dnia 16 kwietnia 2008 r., V CSK 533/07, LEX nr 515717; z dnia 28 czerwca 2005 r., I CK 821/04, LEX nr 603868; z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK 365/03, LEX nr 276211; z dnia 5 listopada 2003 r., IV CK 189/02, LEX nr 164009). Sąd meriti podziela i przyjmuje za własne to stanowisko.

Świadczeniami zdrowotnymi, o których mowa w art. 7 ustawy o z.o.z. i art. 30 ustawy o z.l. objęte zostały w zasadzie stany nagłe i niespodziewane, których nie można przewidzieć (np. pacjenci z udarem mózgu, zawałem serca, poszkodowani w wypadkach). Nie wystarczy ustalenie, że określony zabieg jest zabiegiem ratującym zdrowie lub życie, konieczne jest ponadto ustalenie, że pacjent potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia lub że jest to przypadek niecierpiący zwłoki. W przepisach tych chodzi zatem o taki stan, w którym odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia. Jakkolwiek każde świadczenie medyczne jest udzielane w sytuacji zagrożenia zdrowia ludzkiego, to jednak ustawodawca wyraźnie odróżnił świadczenia medyczne udzielane w normalnych warunkach, gdy udzielenie pomocy nie wymaga natychmiastowego działania i może być odłożone w czasie, od sytuacji, gdy pomoc ta musi być udzielona natychmiast, albowiem jej odroczenie w czasie może skutkować utratą zdrowia lub życia. Każde świadczenie medyczne jest udzielane w sytuacji zagrożenia zdrowia, ale nie każde jest świadczeniem udzielanym w sytuacji wymagającej natychmiastowej pomocy medycznej, której odroczenie w czasie może skutkować utratą zdrowia lub życia (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 13 października 2007 r., III CSK 123/06, LEX nr 258671 oraz z dnia 4 stycznia 2007 r., V CSK 396/06, LEX nr 244455).

Podsumowując tę część wywodów, Sąd uznał roszczenie powódki za zasadne. Świadczenia wykonane przez powódkę (ponad limit) zostały wykonane w warunkach niecierpiących zwłoki, bowiem zwłoka w świadczeniu mogła doprowadzić pacjentów do zagrożenia życia bądź pogorszenia stanu zdrowia.

W tym miejscu należy także odnieść się do twierdzeń pozwanego, iż powódka powinna wykazać konkretny rzeczywisty koszt udzielenia każdego świadczenia objętego pozwem - świadczenia opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, gdyż pozwany uważa, że brak jest podstaw

do żądania zapłaty ceny umownej, w której w kalkulowanej jest marża i koszty stałe, które w ocenie pozwanego nie są elementem składowym uzasadnionych kosztów.

W art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j. t. Dz.U. z 2015 r., poz. 581) wskazano, że 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 (19 ust. 2). 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 (art. 19 ust.3).

W ust. 4 w/w artykułu stwierdzono, że 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. Zaś w ust. 5 podano, iż w celu uzyskania wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa wnioski 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.

Sąd nie podziela stanowiska zaprezentowanego przez pozwanego w tym zakresie, tj. że powódka powinna wykazać konkretny rzeczywisty koszt udzielenia każdego świadczenia objętego pozwem. Sąd także nie podziela poglądu zaprezentowanego w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 27 sierpnia 2015 r., III CSK 455/14, na który powołuje się strona pozwana.

W orzecznictwie wskazuje się, iż przepisy art. 7 u.z.o.z. i art. 30 ustawy z 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry są adresowane bezpośrednio do zakładów opieki zdrowotnej i lekarzy. Wynika z nich, że udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia albo zdrowia jest własnym ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy będącego zakładem opieki zdrowotnej czy lekarzem. Należy jednak podkreślić, że nie wyłączają one obowiązków N. (...) (dawniej: właściwych kas chorych) wynikających z innych ustaw. Obowiązki wynikające z powołanych przepisów art. 7 u.z.o.z. i art. 30 ustawy z 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy zatem, zgodnie z art. 56 k.c., włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między N. (...) (dawniej: właściwą kasą chorych) a świadczeniodawcą i obciążyć nimi Fundusz zarządzający środkami publicznymi, z których powinny one być pokryte (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2014 r., I CSK 161/13, LEX nr 1438639).

Sąd orzekający w niniejszej sprawie opowiedział się za poglądem zgodnie z którym przepisy art. 7 ustawy o z.o.z. i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza (...) adresowane bezpośrednio do zakładów opieki zdrowotnej i lekarzy dają podstawę do stwierdzenia, że udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia albo zdrowia jest własnym ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy będącego zakładem opieki zdrowotnej czy lekarzem. Nie wyłączają one obowiązków N. (...) wynikających z innych ustaw. Obowiązki wynikające z powołanych przepisów art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l. mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy zatem, zgodnie z art. 56 k.c., włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między N. (...) (...) a świadczeniodawcą i obciążyć nimi Fundusz zarządzający środkami publicznymi, z których powinny one być pokryte (wyrok Sądu Najwyższego z dnia z dnia 12 marca 2009 r. V CSK 272/08). Taka ocena jest w pełni akceptowana przez Sąd i daje podstawę do stwierdzenia, że w sytuacji gdy istnieje ustawowy obowiązek udzielania świadczeń, a obowiązek ich finansowania spoczywa na Narodowym Funduszu Zdrowia to powodowi przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenia o ile mieszczą się one w kategorii

określonej w art. 7 ustawy o z.o.z. i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza (...). Sens art. 56 k.c. jest taki, że skutki wynikające z ustawy, zasad współżycia społecznego lub z ustalonych zwyczajów powstają na zasadzie przypisania normatywnego, a więc nie ze względu, lecz bez względu na wolę stron. Ta ostatnia obejmuje bezpośrednio tylko zawarcie umowy. Zachodzi zatem pewna różnica pomiędzy dokonywaniem wykładni oświadczeń woli kontrahentów w oparciu o art. 65 § 2 k.c. a uzupełnieniem treści stosunku prawnego na podstawie art. 56 k.c. W pierwszym przypadku sąd musi respektować rzeczywistą wolę stron, podczas gdy w drugim przypadku ustala treść zobowiązania (czy też innego rodzaju stosunku prawnego wynikającego z czynności prawnej) niezależnie od czynnika woli, a zgodnie z treścią odnośnych przepisów prawa lub norm i standardów powinnego zachowania, powszechnie akceptowanych w społeczeństwie (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 lutego 2008 r. II CSK 532/07).

Zdaniem Sądu art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie na zastosowania w okolicznościach niniejszej sprawy. Przepis ten dotyczy podmiotów, którzy nie mieli zawartej z N. (...) umowy, a wykonywali świadczenia nagłe. W toku postępowania ustalono, że świadczenia wykonane przez powódkę miały charakter świadczeń ratujących życie oraz świadczeń nagłych, a także, że strony łączyła umowa. Sąd opierając się na orzeczeniach powyżej wskazanych uznał, że świadczenia wykonane przez powódkę zostały na warunkach umownych, zatem za ich wykonanie przysługuje powódce wynagrodzenie na warunkach umowy. Ustalona kwota w umowie i planie rzeczowo-finansowym w przeliczeniu na liczbę osobodni odnosi się również do świadczeń wykonanych ponad limit z umowy stron. Poza sporem w niniejszej sprawie było, że powódka udzielała świadczeń na podstawie zawartej umowy, z czego wynikały dla niej określone obowiązki w zakresie sprawozdawczości. Takiej sytuacji nie można porównywać ze stanem faktycznym objętym dyspozycją art. 19 analizowanego przepisu, w którym N. (...) nie ma jakiegokolwiek informacji o działalności leczniczej jednostki ubiegającej się o zapłatę za świadczenia wykonane tylko w ramach obowiązku ustawowego. Tymczasem w okolicznościach niniejszej sprawy pozwany dysponował sprawozdaniami powódki, i wiedzą o zakresie świadczeń udzielanych przez powódkę.

W wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 6 maja 2015 r., I ACa 435/15, LEX nr 1746832, wskazano, że zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za świadczenie zdrowotne udzielone w warunkach określonych w poprzednio obowiązującym art. 7 u.z.o.z., a obecnie art. 15 u.d.l. i to niezależnie od tego czy zostały one udzielone w ramach umowy zawartej z N. (...) oraz ustalonych w tej umowie limitów świadczeń, czy też stanowiły tzw. świadczenia ponadlimitowe. W treści uzasadnienia tego orzeczenia podniesiono, iż „skoro w umowie strony wypracowały pewne kryteria, na podstawie których ustalona została kwota za wykonane świadczenia w ramach limitu, brak jest podstaw do kwestionowania tego wyliczenia. Obie strony są profesjonalistami w zakresie usług medycznych, ponadto skarżąca ma bardzo duże doświadczenie w rozliczaniu nadwykonań, bo dokonuje tego corocznie od wielu lat. Każda ze stron dysponuje również wyspecjalizowaną obsługą prawną - finansową, ma zatem możliwość przeprowadzenia stosownych badań, ocen i analiz dotyczących kosztów obciążeń szpitala kosztami wykonanych świadczeń medycznych (terapii) w przeliczeniu na danego pacjenta. W tym przypadku kiedy strony łączyła umowa i istniały podstawy wyliczenia wynagrodzenia za wykonane świadczenia, nie można nakładać na stronę powodową obowiązku wyliczenia udzielanych świadczeń medycznych, z uwzględnieniem poszczególnych kosztów związanych z przypadkiem pozalimitowym. Dostrzec należy, że same umowy przyjmują hipotetyczne założenia w zakresie wyliczeń kosztów leczenia, skoro przewidują wynagrodzenia za świadczenia wykonywane w przyszłości. Wręcz niemożliwym jest aby strona powodowa była w stanie przedłożyć kosztorys uwzględniający absolutnie wszystkie koszty związane z konkretnym przypadkiem, tak aby mogłyby zostać one następnie zweryfikowane. Ponadto należy mieć na względzie, że nie było żadnych przeszkód aby postanowienia w przedmiocie wynagrodzenia pozalimitowego wpisać w umowę łączącą strony, tym bardziej, że problem wykonywania prac poza przyjętym limitem i związanego z nim wynagrodzenia pojawia się w praktyce od wielu lat”.

Sąd orzekający w niniejszej sprawie w pełni podziela pogląd zaprezentowany przez Sąd Apelacyjny w Łodzi w w/w wyroku i przyjmuje jako własny. Nadto należy wskazać, iż z treści jego uzasadnienia można wysnuć wnioski, że z podobną sytuacją mamy do czynienia w niniejszej sprawie. Strony od kilku lat współpracują ze sobą i świadczenia ponad limit zdarzały już się wcześniej, tyle, że przedtem strony dochodziły do porozumienia i w miarę możliwości było to rozliczane.

Mając na uwadze powyższe, Sąd orzekł zgodnie z żądaniem pozwu i zasądził od pozwanego N. (...) na rzecz powódki (...) Sp. z o.o. z siedzibą w P. kwotę 183.948,34 zł (pkt 1 sentencji wyroku).

Podstawę zasądzenia odsetek stanowił przepis art. 481 § 1 k.c., zgodnie z którym jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi.

Powódka domagała się ustawowych odsetek za opóźnienie od kwot wskazanych w fakturach i terminach wynikających z upływu terminu wymagalności oznaczonego w fakturach. Sąd nie dopatrył się żadnej nieprawidłowości w tym żądaniu. Ponadto strona pozwana nie kwestionowała terminów naliczenia odsetek. Zatem odsetki od kwot wynikających z faktur wystawionych przez powódkę należne są na podstawie przepisów art. 481 k.c. Tym samym Sąd przychylił się do żądania strony powodowej i zasądził odsetki ustawowe od kwot:

- 3.658,41 zł od dnia 23 października 2014r. do dnia 31 grudnia 2015r.,

- 53.102,62 zł od dnia 23 listopada 2014r. do dnia 31 grudnia 2015r.,

- 49.649,85 zł od dnia 2 grudnia 2014r. do 31 grudnia 2015r.,

- 70.659,58 zł od dnia 2 stycznia 2015r. do dnia 31 grudnia 2015r. oraz odsetki za opóźnienie od kwoty 183.948,34 zł od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty (pkt 1 a oraz b sentencji wyroku).

O kosztach postępowania Sąd orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. w zw. z § 2 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (tekst jednolity Dz.U. z 2015 r. poz. 1804). W związku z tym zasadne było obciążenie całością kosztów postępowania pozwanego. Na koszty te składają się: opłata od pozwu w wysokości 9.198 zł, wynagrodzenie pełnomocnika powódki w wysokości 7.200 zł oraz opłata skarbową od pełnomocnictwa – 17 zł, łącznie 16.415 zł. Taką też kwotę Sąd w punkcie 2 wyroku zasądził od pozwanego na rzecz powódki.

W ocenie Sądu brak było podstaw do uwzględnienia wniosku powódki o zasądzenie na jej rzecz kosztów zastępstwa procesowego w kwocie 14.400 zł z uwagi na szczególnie skomplikowany stan prawny i faktyczny. Pełnomocnik powódki już w pozwie powołał wszystkie wnioski i dowody na poparcie żądania, które zostało uwzględnione w całości. Ponadto w toku postępowania sądowego sporządził jedno pismo procesowe oraz wziął udział w 4 rozprawach, z czego w 2 terminach publikacyjnych. Nadto sprawa została szybko zakończona, biorąc pod uwagę, iż pozew został złożony w dniu 1 lutego 2016 r. Sprawa nie była zbyt skomplikowana, aby wymagała szczególnego nakładu pracy przez pełnomocnika powódki.

SSO Sławomira Hańczewska