

**Sygn. akt IC 149/15**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 października 2016 roku

Sąd Okręgowy w Białymstoku I Wydział Cywilny

w następującym składzie:

Przewodniczący:	SSO Joanna Dorota Toczyłowska
Protokolant:	Katarzyna Waśko

po rozpoznaniu w dniu 4 października 2016 roku

na rozprawie

sprawy z powództwa (...) sp. z o.o. z siedzibą w P.

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

o zapłatę

I. zasądza od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego w B. na rzecz powoda (...) sp. z o.o. z siedzibą w P. kwotę 319.430,00 (trzysta dziewiętnaście tysięcy czterysta trzydzieści) złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 15 stycznia 2014 roku do dnia zapłaty

II. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 24.689 (dwadzieścia cztery tysiące sześćset osiemdziesiąt dziewięć) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym 7217 złotych kosztów zastępstwa procesowego

III. oddala powództwo w pozostałym zakresie

IV. nakazuje pobrać na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Białymstoku od pozwanego kwotę 226, 90 (dwieście dwadzieścia sześć 90/100) złotych tytułem brakujących kosztów sądowych

**Sygn. akt IC 149/15**

## UZASADNIENIE

Powód (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w P. w pozwie przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w B. wniósł o zasądzenie od pozwanego kwoty 319.430,00 złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 stycznia 2014 roku do dnia zapłaty. Nadto wniósł o zasądzenia kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego w kwocie 21.600 zł powiększonych o opłatę skarbową od pełnomocnictwa z uwagi na szczególnie skomplikowany stan sprawy.

W uzasadnieniu żądania wskazał, że strony łączy umowa z dnia 30 grudnia 2011 roku, której przedmiotem jest całodobowe i kompleksowe udzielanie świadczeń długoterminowej opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych lub domowych – wentylacji mechanicznej płuc pacjentów. Według powoda dochodzona kwota stanowi równowartość

wykonania w roku 2013 roku ponadlimitowanych świadczeń medycznych wynikających z umowy dla osób, które wymagały natychmiastowej pomocy ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Informował kontrahenta, że umowa nie pokrywa wszystkich realizowanych świadczeń, domagał się zawarcia stosownego aneksu, ale spotkał się z odmową. Pismem z dnia 15 stycznia 2014 roku wezwał Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki w B. do zapłaty wystawionej faktury VAT opiewającej na kwotę pozwu, ale pozostała ona nieuregulowana. (pozew- k. 2-15).

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o jego oddalenie w całości i zasądzenie na swoją rzecz kosztów procesu. Zajmując stanowisko podniósł, że postanowienia umowne szczegółowo określiły zakres świadczeń udzielanych ubezpieczonym i finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki w B. pod względem rodzajowym, ilościowym i cenowym. Argumentował, że uregulował całą należność za rok 2013 w kwocie 1.955,340,00 zł i brak podstaw do żądania zapłaty za świadczenia wykonane ponad limit określony w treści umowy. Powołał się przy tym na dyscyplinę i zasady prowadzenia gospodarki budżetowej, które uniemożliwiają mu zaciąganie zobowiązań ponad wysokość kosztów przewidzianych w planie finansowym. Zaprzeczył, aby realizowane świadczenia medyczne miały charakter nagłych, pilnych przypadków i wykluczały możliwość oczekiwania pacjentów w kolejce na świadczenia medyczne bez uszczerbku na zdrowiu. Zarzucił, że udzielone przez (...) spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością w P. świadczenia mogły być realizowane przez inny podmiot, który miał tzw. niewykonanie kontraktu. Wskazał, że pacjenci mogli mieć zapewnioną opiekę medyczną na oddziałach szpitalnych bez konieczności kierowania ich i wentylowania mechanicznie w warunkach domowych przy użyciu sprzętu powoda. Dodał, że kontrahent zaniechał zgłaszania sprzętu udostępnianego dla kolejnych pacjentów, co powodowało, że wnioski powoda o zwiększenie wartości umowy nie były rozpatrywane pozytywnie. Taka sytuacja sprawiła, że sprawozdawana ilość świadczeń medycznych nie była kompatybilna z ilością sprzętu wymaganego w umowie i wprowadzała pozwanego w błąd co do faktycznych potrzeb finansowania tego rodzaju świadczeń (k. 899- 908).

#### **Sąd Okręgowy ustalił, co następuje:**

Bezsporne pozostawało, że strony procesu współpracowały ze sobą od roku 2006, powód udzielał świadczeń zdrowotnych w ramach publicznej służby zdrowia. Podstawą usług finansowanych ze środków publicznych była umowa nr (...) z dnia 30 grudnia 2011 roku o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej zawarta na lata 2012-2014. Jej przedmiotem było kompleksowe i całodobowe organizowanie i udzielanie przez (...) spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością w P. świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych lub domowych w rodzaju świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w zakresach określonych w załączniku do umowy (dowód – k. 22-27).

Kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umowy za okres 1 stycznia 2013 roku – 31 grudnia 2013 roku była kilkakrotnie podwyższana aneksami, tak w zakresie rodzaju i wartości świadczeń, w związku z zapotrzebowaniem na udzielenie świadczeń dla większej liczby pacjentów, ostatecznie wyniosła 1.955.340,00 zł. (...) Związek (...) w listopadzie 2013 roku zwracał uwagę na problem niedofinansowania tego rodzaju świadczeń w stosunku do liczby pacjentów w skali całego kraju (dowód – aneks nr (...) – k. 28-36, 927-1086, 1128).

(...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w P. w roku 2013 w styczniu, lutym, sierpniu i grudniu wykonała świadczenia zdrowotne z zakresu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie ponad wskazany w umowie limit. Świadczenia dotyczyły łącznie 1879 osobodni, a ich wartość opiewała na kwotę 319.430,00 zł. W związku z zaistniałą sytuacją powód zwracał się kilkakrotnie do pozwanego o zwiększenie planu rzeczowo- finansowego na kolejne miesiące roku 2013. Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki w B. rozpatrywał prośby negatywnie z uwagi na brak środków finansowych przeznaczonych na świadczenia we wnioskowanych zakresach (dowód – k. 38-45).

Powód przedstawił pozwanemu w dniu 18 grudnia 2014 roku do zapłaty fakturę VAT nr (...) na kwotę 319.430,00 zł z terminem płatności 14 stycznia 2014 roku. Została ona odesłana bez uregulowania w dniu 20 stycznia 2014 roku, a podejmowane próby ugodowego załatwienia sporu nie przyniosły żadnego rezultatu. Pozwany wskazywał, że nie jest zobowiązany do finansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym ponad kwotę określoną w wiążącej

strony umowie. Nie było sporu między stronami, że wnioski o zwiększenie limitów świadczeń i wartości umowy były przesyłane przez (...) spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością w P. z opóźnieniem. Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki w B. nie informował powoda o konieczności odsyłania pacjentów do innych świadczeniodawców w związku z nadwykonaniami, nie kwestionował pisemnie rozbieżności wynikającej z ilości sprzętu i pacjentów, którym jest udostępniany sprzęt do wentylacji. Nie podważał również celowości udzielania świadczeń medycznych, wystawianych przez lekarzy skierowań jak i konieczności ich tzw. „kolejkowania”. Nie dokonywał też kontroli świadczeniodawcy (dowód – faktura k. 37, odpowiedź – k. 46, 914-924, zeznania K. Z. – k. 1130v-1131v, W. K. (1) – k. 1132- 1133, P. K. – k. 1133- 1134, A. H. – k. 1134-1135, S. Ł. –k. 1135v-1136, T. S. – k. 1136, zgłoszenie zmiany umowy – k. 1172-1334).

Świadczenia, za które powód domaga się zapłaty zostały wykonane w stanach bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia pacjentów. Polegały na mechanicznym wentylowaniu w warunkach domowych, co stanowiło kontynuację leczenia szpitalnego prowadzonego przez podmiot realizujący świadczenie w trybie pilnym. Chorzy obciążeni przewlekłą niewydolnością oddechową wymagali respiroterapii (stosowania oddechu mechanicznego respiratorem) bez której to procedury doszło by w krótkim czasie do niewydolności oddechowej i zgonu. (dowód – opinia biegłego zasadnicza i uzupełniająca- k. 1842-1875, 2023-2025).

Ustalając powyższy stan faktyczny Sąd oparł się na dowodach z dokumentów prywatnych załączonych przez strony oraz zeznaniach świadków – pracowników strony powodowej jak i pozwanej w zakresie w jakim były ze sobą zgodne i znajdowały potwierdzenie w pozostałym materiale dowodowym, w szczególności wymienianej, pisemnej korespondencji. W szczególności dotyczy to stanowiska pozwanego co do zasadności roszczenia i przyczyn odmowy zapłaty dochodzonej pozwem kwoty. Nie sposób zarzucić niespójności czy braku obiektywizmu relacjom świadków, którzy przedstawiali zapamiętane przez siebie zdarzenia związane z wykonywaniem obowiązków zawodowych.

Sąd ocenił jako rzetelną i przekonującą sporządzoną w sprawie przez biegłego z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii i medycyny ratunkowej, opinię. Biegły uwzględnił i przeanalizował całokształt dokumentacji medycznej pacjentów poddanych wentylacji mechanicznej w ramach świadczeń udzielanych przez powoda. W sposób przejrzysty przedstawił tok swojego rozumowania, rzeczowo odpowiedział na wszystkie postawione przez Sąd pytania. Szczegółowo i przekonująco ustosunkował się do zastrzeżeń i uwag obu stron procesu. Wyciągnięte przez niego wnioski końcowe odznaczają się stanowczością, stąd Sąd oparł się na nich przy rozstrzygnięciu sprawy. Zaakcentowania wymaga, że dowód z opinii biegłych (biegłego) podlega szczególnej ocenie, bowiem sąd nie mając wiadomości specjalnych jedynie może oceniać logiczność wypowiedzi biegłego. Ocena dowodu z opinii biegłego nie jest dokonywana według kryterium wiarygodności w tym znaczeniu, że nie można "nie dać wiary biegłemu", odwołując się do wewnętrznego przekonania sędziego, czy też zasad doświadczenia życiowego. Opinia biegłego podlega, tak jak inne dowody, ocenie według art. 233 § 1 k.p.c., jednakże co odróżnia ją pod tym względem, to szczególne dla tego dowodu kryteria oceny, które stanowią: wiedza biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej. Sporządzona w niniejszej sprawie opinia cechuje się wszystkimi tymi elementami, które ocenić należy na wysokim poziomie, dlatego Sąd uznał ją za rzetelny środek dowodowy.

***Sąd Okręgowy zważył, co następuje:***

***Powództwo zasługiwało na uwzględnienie.***

W niniejszej sprawie bezsporny pozostawał fakt zawarcia przez powoda i pozwanego umowy o realizację świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki długoterminowej polegającej na wentylacji mechanicznej płuc pacjentów w warunkach stacjonarnych lub domowych oraz wypłacenia przez stronę pozwaną wynagrodzenia za świadczenia udzielone na podstawie tejże umowy do wysokości uzgodnionych, maksymalnych kwot zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego w B.. Strony nie kwestionowały faktu udzielenia przez stronę powodową świadczeń opieki zdrowotnej objętych pozwem, wartości tych świadczeń i tego, że świadczenia przekraczają limity umowne. Spór między stronami ogniskował się wokół tego, czy świadczenia, za które żąda zapłaty powód są

świadczeniami ratującymi zdrowie i życie, a ich finansowanie obciąża stronę pozwaną mimo wysokości ustalonych limitów świadczeń, które obejmowały w roku 2013 łącznie 1879 osobodni.

W judykaturze wykształciły się dwa poglądy na materię finansowania udzielonych świadczeń medycznych ponad umownie uzgodnioną ilość i wartość. Według jednego świadczeniodawcy nie przysługuje wobec Narodowego Funduszu Zdrowia (dawniej: właściwej kasy chorych) roszczenie o wynagrodzenie za świadczenia niemieszczące się w limicie ustalonym w umowie. Dawne brzmienie przepisów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, umowy o udzielanie świadczeń zawierane przez świadczeniodawców z kasą chorych stanowiły zasadniczy instrument realizacji konstytucyjnego obowiązku władzy publicznej zapewnienia obywatelom dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pozostawiający w zasadzie woli stron określenie rodzaju i zakresu świadczeń udzielanych przez świadczeniodawców, warunków udzielania tych świadczeń i zasad rozliczania się z ich wykonania. Przyznanie świadczeniodawcom wobec kasy chorych roszczenia o zapłatę wynagrodzenia za świadczenia wykraczające poza limit ustalony w umowie, w tym także za świadczenia ponadlimitowe spełnione w sytuacjach objętych obowiązkiem przewidzianym w art. 7 ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (nieobowiązującej już i zastąpionej art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej) i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza i lekarza dentysty oznaczałoby w istocie odmowę uznania doniosłości prawnej wskazanych umów (zob. wyroki z dnia 7 sierpnia 2003 r., IV CKN 393/01, z dnia 28 stycznia 2004 r., IV CK 434/02, z dnia 25 marca 2004 r., II CK 207/03, z dnia 17 września 2004 r., V CK 58/04, z dnia 15 października 2004 r., II CK 54/04., z dnia 20 października 2004 r., I CK 218/04, z dnia 10 marca 2005 r., I CK 578/04 oraz z dnia 14 września 2005 r., III CK 83/05).

Według natomiast innych orzeczeń Sądu Najwyższego, świadczeniodawcy przysługuje wobec Narodowego Funduszu Zdrowia (dawniej: właściwej kasy chorych) roszczenie o wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe spełnione na rzecz osób ubezpieczonych w okolicznościach, w których było zagrożone zdrowie lub życie tych osób (por. wyroki z dnia 5 listopada 2003 r., IV CK 189/02, z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK 365/03, z dnia 15 grudnia 2005 r., II CSK 21/05, OSNC 2006, nr 9, poz. 157, z dnia 13 lipca 2005 r., I CK 18/05, OSP 2006, nr 6, poz. 70, z dnia 14 lipca 2006 r., II CSK 68/06, z dnia 25 maja 2006 r., II CSK 93/05, i z dnia 8 sierpnia 2007 r., I CSK 125/07, OSP 2008, nr 7-8, poz. 72).

Sąd Okręgowy w niniejszym składzie podziela to drugie stanowisko, obecnie dominujące.

W myśl art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie (Dz. U. z 2016 r., poz.1793). Stan nagły definiuje z kolei art. 5 pkt 33 ww aktu prawnego, stanowiąc, że jest nim stan o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r., poz. 757). Według dyspozycji tego przepisu stan nagły zagrożenia zdrowotnego to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

Zgodnie z treścią art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia (Dz. U. z 2016 r., poz.1638). Jednocześnie przepisy Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej w art. 68 ust. 1 i 2 przewidują, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom niezależnie od ich sytuacji materialnej władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

Podkreślenia wymaga, że obowiązki wynikające z art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne, w tym limity wynagrodzeń w nich ustalone. Jeśli zatem podmiot leczniczy, który zawarł umowę o świadczenie usług medycznych, udzielił świadczenia w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego ma roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenia względem Narodowego Funduszu Zdrowia. W orzecznictwie wypracowanym wprowadzie na kanwie

ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ale zachowującym aktualność w obecnym stanie prawnym z uwagi na tożsamość brzmienia przepisu zgodnie wskazuje się, że określone w umowach ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą przypadków gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielania świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia bądź zdrowia. Jeśli bowiem zachodzi ustawowy obowiązek natychmiastowego udzielania świadczeń, to nie mogą być one limitowane umową.

Odwołać się należy także do art. 56 kc, zgodnie z którym czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy, z zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów. Stosunek zobowiązaniowy dookreślają przepisy Kodeksu cywilnego i innych ustaw, które o ile nie mają charakteru norm dyspozytywnych nie mogą zostać wyłączone w drodze zgodnych oświadczeń zostać wyłączone. Umowy pomiędzy NFZ a świadczeniodawcami wykazują bez wątpienia charakter cywilnoprawny. Jednakże immanentną cechą ustawowej regulacji ubezpieczeń zdrowotnych jest zdecydowana nadrzędność interesu publicznego nad interesem jednostek, co przemawia za przypisaniem normom wynikającym z przepisów regulujących prawa i obowiązki stron tych umów - w tym art. 15 ustawy o działalności leczniczej - charakteru norm imperatywnych, od których stosowania w ramach konkretnego stosunku prawnego stronom nie wolno odstąpić ani ich modyfikować zgodnie wyrażoną wolą.

Powyższe oznacza, że do skutków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej należy włączyć koszty świadczeń udzielonych w warunkach przymusu ustawowego, nawet gdy nie zostały określone w umowie i objęte uzgodnionym wynagrodzeniem. Koszty te obciążają pozwany Fundusz, który jest jednostką utworzoną do finansowania świadczeń opłacanych ze środków publicznych. Skoro bowiem świadczeniodawca nie może odmówić udzielenia świadczenia, a obowiązek ten nałożył na niego ustawodawca, to nie można wymagać, aby samodzielnie świadczenia finansował, tym bardziej, że obowiązek zapewnienia ochrony życia i zdrowia obywateli spoczywa na państwie z mocy przepisów ustawy zasadniczej. Koszty tych świadczeń winien więc pokryć Skarb Państwa, który realizuje swój obowiązek za pośrednictwem Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie można w ramach swobody kontraktowej zawartej w art. 353<sup>1</sup> k.c. zobowiązać zakłady opieki zdrowotnej do ponoszenia kosztów świadczeń ponadlimitowych. Oznaczałoby to bowiem nałożenie na nich daniny publicznej w drodze pozaustawowej z naruszeniem art. 217 Konstytucji RP, według którego nakładanie między innymi danin publicznych następuje w drodze ustawy. Jednocześnie nie można zapominać, że brak wywiązania się z ustanowionych w art. 15 ustawy o działalności leczniczej obowiązków może rodzić dla podmiotów leczniczych odpowiedzialność cywilną jak i karną.

Pomimo to, na zakładzie opieki zdrowotnej, który dochodzi roszczenia o zapłatę za świadczenia medyczne udzielone pacjentom w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia ciąży obowiązek wykazania, że z uwagi na okoliczności poszczególnych przypadków zachodziła potrzeba natychmiastowego udzielenia tych świadczeń (art. 6 kc) (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 grudnia 2006 r., sygn. akt II CSK 279/06; wyrok z dnia 10 maja 2006 r., sygn. akt III CSK 53/05; wyrok z dnia 29 marca 2006 r. sygn. akt IV CSK 158/05; wyrok z dnia 3 listopada 2004 r., sygn. akt III CSK 546/03, wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 15 stycznia 2014 roku, I ACa 1363/14, LEX nr 1540865).

W ocenie Sądu powód sprostował powyższemu ciężarowi. Nie mogły zostać uznane za słuszne zarzuty pozwanego, że świadczenia wentylacji mechanicznej nie były świadczeniami podjętymi ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów w rozumieniu art. 15 ustawy o działalności leczniczej, a chorzy mogli oczekiwać w kolejce na ich udzielenie bez żadnych negatywnych następstw. Na okoliczność czy świadczenia medyczne zrealizowane przez powoda ponad limit z umowy stron na rzecz pacjentów wskazanych w piśmie powoda z dnia 7 stycznia 2016 roku, za które powód nie zapłacił w styczniu 2013 roku, lutym 2013 roku, w marcu 2013 roku, sierpniu 2013 roku i grudniu 2013 roku zostały wykonane ze względu na stan zagrożenia zdrowotnego pacjenta a także czy wykonanie ich było niezbędną czynnością wobec braku uregulowanych procedur prawnych odbioru pacjenta po wyczerpaniu limitu z umowy stron, a opóźnienie mogłoby skutkować zagrożeniem życia lub zdrowia pacjentów Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego anestezjologa prof. dr hab. n. med. W. K. (2). Po przeanalizowaniu stanu zdrowia wszystkich pacjentów, którym udzielono wentylacji mechanicznej w ramach nadwykonania świadczeń z umowy łączącej strony procesu na rok 2013 biegły doszedł do kategorycznego wniosku, że ich realizacja nastąpiła ze względu na stan zagrożenia chorych i była konieczna, gdyż opóźnienie w ich wykonaniu groziło bezpośrednim zagrożeniem życia. Brak

przejęcia opieki hospicyjnej nad pacjentami wymagającymi mechanicznego oddechu doprowadziłoby do konieczności hospitalizacji na oddziałach intensywnej terapii. Zaprzestanie opieki domowej przez instytucję wyspecjalizowaną w domowej wentylacji mogłoby zagrozić życiu i zdrowiu chorego. Postępowanie te byłoby niekorzystne ze względu na dobro pacjenta, dla którego warunki domowe są najkorzystniejsze, naraziłoby go na ryzyko infekcji szpitalnej, a także obciążałoby budżet państwa z wielokrotnionymi kosztami leczenia. Według biegłego definicja stanu nagłego ustalonego na gruncie art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej nie odpowiada specyficznie sytuacji chorych objętych, jak w przedmiotowej sprawie, opieką paliatywną wymagających przewlekłej wentylacji mechanicznej, gdyż zaprzestanie tego świadczenia w krótkim czasie lub natychmiast doprowadziłoby do zagrożenia życia lub zgonu.

(...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w P. nie mogła więc odmówić udzielenia świadczenia dla pacjentów w związku z wyczerpaniem limitu przewidzianego w umowie, albowiem taka sytuacja spowodowałaby nieodwracalne negatywne dla nich skutki. Biegły jednoznacznie wskazał, że zaprzestanie opieki domowej przez wyspecjalizowaną instytucję w domowej wentylacji mogłoby bezpośrednio zagrozić zdrowiu i życiu chorych.

Świadczeniami zdrowotnymi, o których mowa w art. 15 ustawy o działalności leczniczej (dawniej 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). Pod pojęciem stanu zagrożenia zdrowia lub życia można rozumieć wszelkiego rodzaju przypadki niecierpiące zwłoki, do których przede wszystkim należy zaliczyć sytuacje, w których zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, przy czym niebezpieczeństwo grożące życiu lub zdrowiu nie musi być bezpośrednie. Żaden bowiem z analizowanych przepisów nie wprowadza ograniczeń co do obowiązku udzielenia natychmiastowej pomocy jedynie do sytuacji bezpośredniego zagrożenia dla życia lub zdrowia.

Termin „natychmiastowości” w rozumieniu art. 15 ustawy o działalności leczniczej ustawodawca odnosi zatem nie do możliwości ziszczenia się zagrożenia wobec pacjenta, ale do czasu, w jakim świadczenia zdrowotne winny być udzielone osobie znajdującej się w określonym stanie zdrowotnym. Z powyższego wynika, że ustawa nie wprowadza wymogu udzielenia pomocy osobie w stanie natychmiastowego - odczytywanego jako nagłego - zagrożenia życia lub zdrowia, ale obowiązek udzielenia natychmiastowej pomocy osobie znajdującej się w stanie zagrożenia życia lub zdrowia, bez względu na to, czy owo zagrożenie jest natychmiastowe, czy też nagłe.

W świetle powyższego, nie znajduje oparcia w treści wskazanych wyżej przepisów teza, że obowiązek udzielenia świadczeń dotyczy wyłącznie stanów nagłych i niespodziewanych, których nie można przewidzieć. Żaden bowiem z przywołanych wyżej przepisów nie określa czasu powstania stanu chorobowego, który aktualizuje obowiązek natychmiastowego udzielenia pomocy, w szczególności ograniczając zaistnienie owego stanu jedynie do sytuacji nagłych i niespodziewanych. Przepisy te łącznie określają jedynie cechy charakterystyczne dla już zaistniałego stanu zdrowia pacjenta, jednak bez precyzowania, kiedy i w jakich okolicznościach ów stan zaistniał, uprawniając do otrzymania niezwłocznie świadczenia zdrowotnego. Dlatego w ocenie Sądu zastosowania art. 15 cytowanej wyżej ustawy nie można rozumieć wąsko i ograniczać tylko do wypadków komunikacyjnych czy innych niespodziewanych, nagłych przypadków, gdy ktoś wzywa Pogotowie Ratunkowe czy zgłasza się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

Takie mogą równie dobrze skutkować mniej poważnymi obrażeniami, co do których pewne sposoby leczenia, a co za tym idzie pewne świadczenia mogą być odroczone w czasie na krócej bądź dłużej. Nie można odwrotnie, z góry wykluczyć sytuacji, że w przypadku pacjenta leczonego przewlekle, jak w rozpoznawanej sprawie, występuje konieczność natychmiastowego wykonania świadczenia. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 10 stycznia 2014 roku wyraził trafne zapatrywanie, że jeśli przystąpienie do każdego kolejnego zabiegu decyduje czy zdrowie i życie osoby będzie zagrożone czy też nie, to zabieg ten uznać należy za nagły, natychmiastowy (vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2014 roku, sygn. akt I CSK 161/13, LEX nr 1438639).

Zdaniem Sądu w przypadku pacjentów objętych opieką paliatywną cierpiących na niewydolność oddechową można mówić o wystąpieniu nagłego zagrożenia dla ich życia i zdrowia, gdy nie zostanie im zapewniona wentylacja mechaniczna. Świadczenie to musi być nieustannie udzielane, gdyż dzięki temu pacjent jest utrzymywany przy życiu. Z tego względu nie może dojść do sytuacji, że respiroterapia nie zostanie wykonana, gdyż w istocie ratuje ona życie pacjenta, bez niej jego funkcje życiowe przestałyby działać. Skoro więc powód zgłaszał stronie pozwanej problem z niezakontrowanymi pacjentami wymagającymi wentylacji mechanicznej, to pozwany jako organizator opieki zdrowotnej powinien był wskazać placówkę medyczną czy innego świadczeniodawcę, który zapewni chorym udzielenie tego świadczenia. Brak inicjatywy Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego w B. skutkowało tym, że zagwarantowanie wentylacji oddechowej takiej przewlekle chorej osoby, gdy zwracała się ona do powoda, stało się świadczeniem opieki zdrowotnej udzielonym w warunkach konieczności natychmiastowego wykonania, czyli w tzw. trybie nagłym, którego nie można było przesunąć w czasie.

Z tych przyczyn podnoszone przez pozwanego argumenty dotyczące konieczności dostosowywania udzielanych przez (...) spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością w P. świadczeń zdrowotnych do możliwości finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia nie mogły odnieść zamierzonego skutku. Oczywiście jest przy tym, że sporne świadczenie z uwagi na swoją specyfikę nie mogło mieć charakteru jednorazowego, a ciągły. Prawo do ochrony życia i zdrowia człowieka stanowi istotniejszą wartość niż planowane wykonanie budżetu instytucji państwowych. Powyższe nakładało obowiązek udzielenia przez powoda świadczeń zdrowotnych bez względu na ustalone umownie limity, a w rezultacie pozwany jest zobowiązany do ich sfinansowania.

W tym stanie rzeczy Sąd na mocy art. 15 ustawy o działalności leczniczej zasądził żadaną w powództwie kwotę wynikającą z faktury VAT. O odsetkach orzeczono zgodnie z art. 481 kc wyznaczając początek biegu ich terminu pierwszego dnia po upływie określonego pozwanemu terminu na uiszczenie należności.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 100 zdanie 2 kpc zasądzając od pozwanego na rzecz powoda, który uległ tylko co do nieznacznej części swojego żądania, kwotę 24.689 zł tytułem zwrotu kosztów sądowych. Składały się na nie: opłata od pozwu w wysokości 15.972 zł, koszty zastępstwa procesowego radcy prawnego w stawce minimalnej w kwocie 7.200 zł ustalone w myśl § 6 pkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu, opłata skarbową w kwocie 17 złotych od udzielonego pełnomocnictwa oraz kwota 1.500 złotych wyłożona tytułem zaliczki na wynagrodzenie dla biegłego sądowego (k. 1837).

Odnosząc się do żądania powoda podwyższenia wynagrodzenia za udzieloną pomoc prawną należy wskazać, że zasadą jest, że Sąd zasądza opłatę za czynności radców prawnych według stawki minimalnej, natomiast tylko jeżeli przemawia za tym niezbędny nakład pracy pełnomocnika, charakter sprawy oraz jego wkład w przyczynienie się do jej wyjaśnienia i rozstrzygnięcia może zasądzić opłatę wyższą, która nie może jednak przewyższyć sześciokrotnej stawki minimalnej ani wartości przedmiotu sprawy. Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem jednokrotność stawki minimalnej jest punktem wyjścia dla rozstrzygnięcia w tym przedmiocie i wnioszek o przyznanie wynagrodzenia wyższego uznany musi zostać za warunek konieczny takiego orzeczenia (por. postanowienie SN z dnia 5 września 2012 r. IV CZ 47/12, niepubl.). Ustawodawca określając wysokość stawek minimalnych wynagrodzenia profesjonalnych pełnomocników za poszczególne czynności lub za udział w postępowaniach rozważył i uwzględnił wszelkie okoliczności charakterystyczne dla danego typu spraw.

Po wtóre, wniosek taki musi również zostać uzasadniony, a pełnomocnik żądający przyznania mu wynagrodzenia w wysokości przewyższającej stawkę minimalną powinien przytoczyć argumenty przemawiające w jego ocenie za taką potrzebą. Jeśli żadne nadzwyczajne okoliczności nie wystąpiły, a skala aktywności pełnomocnika pozostała na przeciętnym poziomie, to nie istnieją przesłanki do zasądzenia w sprawie wynagrodzenia wyższego od stawek minimalnych (vide postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 24 października 2012 roku, III CZ 57/12, LEX nr 1288673; wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 25 czerwca 2014 roku, V ACa 60/14, LEX nr 1496420).

W realiach niniejszej sprawy Sąd uznał, że podwyższenie wynagrodzenia radcy prawnego reprezentującego interesy powoda do trzykrotności stawki nie ma uzasadnienia ani w stopniu skomplikowania sprawy ani w nakładzie pracy pełnomocnika. Rozpoznanie sprawy odbyło się na czterech terminach rozprawy, obejmowało przesłuchiwanie świadków i stron oraz biegłego. Spór między stronami w znacznej mierze miał charakter prawny, ale jego złożoność ani inicjatywa pełnomocnika (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w P. w wyjaśnieniu sprawy nie wykraczała ponad obowiązki prowadzenia sprawy przez profesjonalistę, ograniczyła się do sporządzenia kilku pism procesowych. Ponadto pełnomocnik powoda nie przytoczył powodów jakie legły u podstaw tak sformułowanego żądania. W rezultacie Sąd oddalił powództwo w tym zakresie (pkt III wyroku).

W oparciu o art. 113 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych Sąd nakazał pobrać od pozwanego, jako strony przegrywającej proces, na rzecz Skarbu Państwa kwotę 226,90 zł tytułem brakujących kosztów sądowych w sprawie – wydatków na wynagrodzenie biegłego, które tymczasowo poniósł Skarb Państwa (k. 1885, 2028).