

Sygnatura akt XII C 359/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Poznań, dnia 20 grudnia 2016 r.

Sąd Okręgowy w Poznaniu XII Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodniczący:SSO Zofia Lehmann

Protokolant:Starszy sekretarz sądowy Elżbieta Witaszczyk

po rozpoznaniu w dniu 22 listopada 2016 r. w Poznaniu

na rozprawie sprawy z powództwa (...) Sp. z o.o., zam. ul. (...), (...)-(...) B.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia - (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w P., ul. ul. (...)/, (...)-(...) P.

- inne bez symbolu i o symbolu wyżej niewymienionym

I. Zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 336.225,30,-zł z ustawowymi odsetkami płatnymi od 19 stycznia 2015 roku do dnia zapłaty, przy czym od dnia 1 stycznia 2016 roku – za opóźnienie.

II. Kosztami niniejszego postępowania obciąża pozwanego i w związku z tym:

a. zasądza od niego na rzecz powoda kwotę 1.534,84,-zł z tytułu zwrotu wydatków poniesionych na przeprowadzony w niniejszej sprawie dowód z opinii biegłego, kwotę 16.812,-zł z tytułu zwrotu uiszczonej przez niego opłaty sądowej oraz kwotę 7.217,-zł z tytułu zwrotu poniesionego przez niego kosztu jego procesowego zastępstwa;

b. kosztem procesowego zastępstwa pozwanego obciąża go we własnym zakresie.

SSO Zofia Lehmann

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 8 stycznia 2015 r., skutecznie wniesionym do tutejszego Sądu w dniu 19 stycznia 2015 r., **powód (...) Sp. z o.o. z siedzibą w B.**, wniósł o zasądzenie od **pozwanego- Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego w P.**, kwoty 336.225,30 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty oraz zażądał zasądzenia od pozwanego na swoją rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych (k. 1).

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że w 2013 r. uzyskiwał środki finansowe od pozwanego w trybie przewidzianym ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych (dalej jako "u.ś.o.z."), na podstawie której pozwany w celu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym zarządza środkami finansowymi przekazywanymi na podstawie ustawy, zawiera umowy ze świadczeniodawcami (w tym powodem) oraz finansuje te świadczenia zdrowotne. W myśl § 7 umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, łączącej powoda z pozwanym, umowa ta została zawarta na okres od dnia 1 stycznia 2013 r. do dnia 31 grudnia 2013 r. Zgodnie z brzmieniem aneksu nr (...) z dnia 22 maja 2013 r. do ww. umowy, kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umowy w ww. okresie wyniosła maksymalnie 1.609.700,40 zł. W przywołanym planie rzeczowo-finansowym określona została liczba i cena jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania (limit umowy) w zakresie określonym w tej umowie. W dalszej kolejności powód podniósł, iż pozwany nie zapłacił mu za wykonane świadczenia zdrowotne z zakresu objętego umową na kwotę 336.225,30 zł, tj. na kwotę dochodzoną pozwem. Powód prowadził z pozwanym korespondencję w sprawie braku zapłaty za

udzielenie świadczeń zdrowotnych z zakresu objętego umową, wymienionych w załączniku nr 2, w toku której pozwany nie kwestionował zasadności roszczeń co do zasady, uzasadniając odmowę zapłaty jedynie brakiem środków pieniężnych. Następnie powód podał, że pismem z dnia 4 listopada 2014 r. zwrócił się do pozwanego o zapłatę kwoty tytułem świadczeń zdrowotnych wykonanych ponad limit umowy, a pozwany odmówił zapłaty żądanej kwoty. Powód, powołując się na przepis art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, wyjaśnił, że podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Natomiast we wszystkich przypadkach świadczeń zdrowotnych wymienionych w załączniku nr 2 do pozwu, udzielenie ich było niezbędne i konieczne w trybie natychmiastowym, w danej chwili. Nieudzielenie świadczeń tym pacjentom w danej chwili niewątpliwie spowodowałoby utratę przez nich życia lub zdrowia, zaś lekarzy odmawiających udzielenia świadczenia naraziłoby na odpowiedzialność karną, a powodowy podmiot - na odpowiedzialność cywilną i karną. Dodatkowo powód wyjaśnił, że pozwany zawarł z nim umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, która była rażąco niewystarczająca w stosunku do potrzeb pacjentów (ubezpieczonych świadczeniobiorców) z regionu (...). W ocenie powoda ustalenie przez pozwanego sztywnych limitów ilości świadczeń zdrowotnych do jakich udzielenia został uprawniony powód w ramach przedmiotowej umowy, nie mogło skutkować odmową udzielenia przez powoda świadczeń zdrowotnych w stanie zagrożenia życia lub zdrowia, objętych dyspozycją art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dalej jako "u.z.l."). W konsekwencji zdaniem powoda przyjąć należy, iż w przypadku udzielenia przez powoda świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, obowiązek poniesienia kosztów tego świadczenia na rzecz pacjenta uprawnionego z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego winien obciążać pozwanego. Nadto w takim przypadku nie jest prawnie dopuszczalne ograniczenie dostępności do świadczeń zdrowotnych z tej przyczyny, że obowiązuje kolejność udzielania świadczeń zdrowotnych ani też z tego względu, iż wyczerpany został tzw. limit świadczeń zdrowotnych wynikający z umów zawartych z pozwanym. Powołując się na stanowisko doktryny i judykatury, powód podniósł, że poza sporem powinno pozostawać, iż brak jest podstaw do uznania obowiązku powoda udzielenia tego typu świadczeń bezpłatnie bądź obciążania powstałymi z tego tytułu kosztami pacjentów. Nadto według wiedzy powoda aktualna linia orzecznicza sądów powszechnych i Sądu Najwyższego w sposób jednoznaczny opowiada się za obowiązkiem finansowania tego rodzaju świadczeń zdrowotnych przez płatnika publicznego - pozwanego. Konkludując powód zarzucił pozwanemu, iż nigdy nie powstał u niego katalog świadczeń ratujących życie, chociaż na gruncie różnych przepisów niejednolicie rozumiany jest stan nagły uzasadniający udzielenie takiego świadczenia. W ocenie powoda takie zachowanie pozwanego jest niedopuszczalne, bowiem nie może on wymagać od drugiej strony umowy dokonywania w ramach jej realizacji, klasyfikacji przypadków, bez podania jasnych kryteriów jej przeprowadzenia. Tym bardziej, że to na powodzie ciąży ustawowy obowiązek udzielania świadczeń ratujących życie - powód obowiązany jest udzielić pomocy osobie, która potrzebuje natychmiastowego świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie życia, nawet z przekroczeniem nie tylko limitu przewidzianego dla danego rodzaju świadczeń, ale także maksymalnej jego kwoty (k. 2-12).

Nakazem zapłaty z dnia 20 stycznia 2015 r. wydanym w postępowaniu upominawczym na posiedzeniu niejawnym Sąd orzekł zgodnie z żądaniem pozwu (k. 112).

W prawem przewidzianym trybie i terminie, pozwany wniósł **sprzeciw** od ww. nakazu zapłaty, zaskarżając go w całości i wnosząc o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu według norm przepisanych (k. 116).

Uzasadniając powyższe pozwany wskazał, że kwota podana w pozwie w wysokości 336.225,30 zł jest wartością nadwykonań kontraktu zawartego na rok 2013 r., tj. świadczeń w zakresie zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie - zespół domowego leczenia respiratorem dla dorosłych. Pozwany podał jakie w ciągu 2013 r. nastąpiły zmiany wartości łączącej strony umowy, która po I kwartale 2013 r. (w maju) uległa zwiększeniu aneksem na (...)_ (...) o kwotę 447.371,28 zł. Dalej pozwany wyjaśnił, że w ramach ww. zwiększenia umowy w opisanym zakresie następowały przesunięcia niewykorzystanych środków z zakresu zespołu domowego leczenia respiratorem dla dorosłych na zakres zespołu domowego leczenia respiratorem dla dzieci i młodzieży. W konsekwencji zmniejszono wartość świadczeń zespołu domowego leczenia respiratorem dla dorosłych o kwotę

14.110,79 zł, a wartość świadczeń zespołu domowego leczenia respiratorem dla dzieci i młodzieży zwiększono o kwotę 461.482,29 zł. Nadto pozwany przyznał, iż dla publicznych zakładów opieki zdrowotnej jest jedynym źródłem finansowania zgodnie z postanowieniami u.ś.o.z., zaprzeczając przy tym, by jednym z takich podmiotów był powód, tj. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Dom S. R. (1) prowadzony przez (...) Sp. z o.o. w B.. Zatem pozwany nie musi być jedynym źródłem środków finansowych dla powoda. W dalszej kolejności pozwany podkreślił, że strony wszystkich umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej związane są limitami ilości i wartości, które zostały w nich ustalone, a jedyną przyczyną konieczności zapłaty za ponadlimitowe wykonania jest stwierdzenie, że były one wykonywane w sytuacji tzw. przymusu ustawowego, tj. w warunkach określonych w art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (dalej jako "u.z.o.z.") oraz art. 30 u.z.l. Wobec powyższego pozwany zarzucił powodowi niewykazanie, by wykonane przez niego świadczenia (i to te wykonane ponad wartość umowy) miały charakter świadczeń nagłych, niespodziewanych, gdzie pacjent nieoczekiwanie zgłasza się na wykonanie świadczenia, i to ratującego życie lub zdrowie. Zdaniem pozwanego wykonane przez powoda świadczenia w ramach opieki długoterminowej nie były świadczeniami ratującymi zdrowie lub życie, a jedynie ułatwiającymi komfort życia, co nadal nie przesądza o obowiązku zapłaty przez pozwanego. Podsumowując pozwany podniósł, że na podstawie przeprowadzonej weryfikacji świadczeń ratujących życie za 2012 i 2013 r., stwierdził, iż nie występują nierozliczone w roku 2013 świadczenia oznaczone w raportach statystycznych przez powoda jako "ratujące życie" (k. 116- 122).

Do chwili wydania wyroku strony podtrzymały swoje dotychczasowe stanowiska w sprawie i nie zawarły ugody.

Sąd Okręgowy ustalił, co następuje:

Powoda - (...) Sp. z o.o. z siedzibą w B., reprezentowanego przez A. S., łączyła z pozwanym - Narodowym Funduszem Zdrowia - (...) Oddziałem Wojewódzkim w P., umowa nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

W dniu 21 grudnia 2012 r. strony zawarły aneks nr AP do ww. umowy, w treści którego ustalono, że kwota zobowiązania Oddziału pozwanego wobec świadczeniodawcy (powoda) z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 1 stycznia 2013 r. do dnia 31 grudnia 2013 r. wynosi maksymalnie 1.162.329,12 zł. W związku z ww. zmianami, zmianie uległy także załączniki do Umowy, tj. załącznik nr 1 - "Plan rzeczowo-finansowy", załącznik nr 2 - "Harmonogram-zasoby", załącznik nr 3 - "Wykaz podwykonawców", załącznik nr 4 - "Wzór wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego", które uzyskały brzmienie jak w załączeniu do ww. aneksu.

Zgodnie z treścią § 1 ust. 2 aneksu nr AP z dnia 21 grudnia 2012 r. do przedmiotowej umowy, świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności w warunkach zawierania i realizacji umów ustalonych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, zmienionym zarządzeniem nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2012 r. oraz zarządzeniem nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2012 r., wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484) oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147 z późn. zm.).

Aneks wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2013 r.

Bezsporne, a nadto dowód: odpis KRS powoda (k. 15-21), aneks nr AP z dnia 21 grudnia 2012 r. do umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wraz z załącznikami (k. 36-58)

W dniu 8 lutego 2013 r. w związku ze złożonym przez powoda wnioskiem, strony podpisały kolejny aneks nr (...) do umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie którego zmianie uległ wykaz personelu medycznego, realizującego świadczenia w ramach przedmiotowej umowy, wykaz sprzętu medycznego wykorzystywanego do realizacji tych świadczeń oraz wykaz podwykonawców realizujących świadczenia opieki zdrowotnej u powoda. Wobec powyższego zmianie uległy także załączniki do umowy nr (...) ("Harmonogram-zasoby") i nr 3 ("Wykaz podwykonawców").

Bezsporne, a nadto dowód: aneks nr (...) z dnia 8 lutego 2013 r. do umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wraz z załącznikami (k. 59-69)

Aneksem nr (...) z dnia 14 lutego 2013 r. zmianie uległa liczba punktów rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązań w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową zgodnie z treścią załącznika nr 1 do umowy „Plan rzeczowo-rozliczeniowy”, który otrzymał brzmienie ustalone w załączeniu do tego aneksu. Wskutek ww. zmiany kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze- w ramach opieki długoterminowej zwiększono o kwotę 516.532,65 zł, w związku z czym § 4 ust. 1 przedmiotowej umowy otrzymał brzmienie: „Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy, w okresie od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2012 r. wynosi maksymalnie 1.291.767,75 zł”. Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2012 r.

Na mocy aneksu nr (...) z dnia 11 marca 2013 r., w związku z dokonaniem zmiany harmonogramu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem umowy nr (...), załącznik nr 2 "Harmonogram-zasoby" otrzymał brzmienie ustalone w załączeniu do tego aneksu. Zmian w ww. załączniku dokonywano następnie na podstawie aneksów: nr (...) z dnia 18 kwietnia 2013 r., nr H3 z dnia 8 maja 2013 r., nr H5 z dnia 29 sierpnia 2013 r.

Bezsporne, a nadto dowód: aneksy wraz z załącznikami do umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr: KR1 z dnia 14 lutego 2013 r. (k. 70, 82), H1 z dnia 11 marca 2013 r. (k. 71-81), nr (...) z dnia 18 kwietnia 2013 r. (k. 83-85), H3 z dnia 8 maja 2013 r. (k. 86-95), H5 z dnia 29 sierpnia 2013 r. (k. 100-103)

Aneksem nr (...) z dnia 22 maja 2013 r. zmianie uległa liczba punktów rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązań w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową zgodnie z treścią załącznika nr 1 do umowy „Plan rzeczowo-rozliczeniowy”, który otrzymał brzmienie ustalone w załączeniu do tego aneksu. Wskutek ww. zmiany kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze- w ramach opieki długoterminowej zwiększono o kwotę 447.371,28 zł, w związku z czym § 4 ust. 1 przedmiotowej umowy otrzymał brzmienie: „Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy, w okresie od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2013 r. wynosi maksymalnie 1.609.700,40 zł”. Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 1 czerwca 2013 r.

Bezsporne, a nadto dowód: aneks wraz z załącznikami do umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr 43_ (...) z dnia 22 maja 2013 r. (k. 96-99 verte)

W roku 2013 powód (świadczeniodawca) wykonał świadczenia w zakresie długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, przekraczając przewidziany limit o kwotę 336.225,30 zł.

Świadczenia ponad limit wykonane zostały na rzecz następujących pacjentów:

1) J. B. (1):

(a) liczba osobodni: 50, wartość świadczenia: 8.710,50 zł,

(b) liczba osobodni: 8, wartość świadczenia: 1.393,68 zł,

2) Z. F.:

(a) liczba osobodni: 50, wartość świadczenia: 8.710,50 zł,

(b) liczba osobodni: 8, wartość świadczenia: 1.393,68 zł,

3) K. L.:

(a) liczba osobodni: 65, wartość świadczenia: 11.323,65 zł,

(b) liczba osobodni: 8, wartość świadczenia: 1.393,68 zł,

4) Z. D. – liczba osobodni: 15, wartość świadczenia: 2.613,15 zł,

5) A. P.:

(a) liczba osobodni: 74, wartość świadczenia: 12.891,54 zł,

(b) liczba osobodni: 8, wartość świadczenia: 1.393,68 zł,

6) A. N.:

(a) liczba osobodni: 35, wartość świadczenia: 6.097,35 zł,

(b) liczba osobodni: 38, wartość świadczenia: 17.072,58 zł,

7) B. K.:

(a) liczba osobodni: 31, wartość świadczenia: 5.400,51 zł,

(b) liczba osobodni: 38, wartość świadczenia: 17.072,58 zł,

8) T. G.:

(a) liczba osobodni: 65, wartość świadczenia: 11.323,65 zł,

(b) liczba osobodni: 8, wartość świadczenia: 1.393,68 zł,

9) I. S.:

(a) liczba osobodni: 30, wartość świadczenia: 5.226,30 zł,

(b) liczba osobodni: 8, wartość świadczenia: 1.393,68 zł,

10) S. M.:

(a) liczba osobodni: 50, wartość świadczenia: 8.710,50 zł,

(b) liczba osobodni: 8, wartość świadczenia: 1.393,68 zł,

11) H. B. – liczba osobodni: 64, wartość świadczenia: 11.149,44 zł,

12) J. J.:

(a) liczba osobodni: 20, wartość świadczenia: 3.484,20 zł,

(b) liczba osobodni: 8, wartość świadczenia: 1.393,68 zł,

13) W. S. (1):

- (a) liczba osobodni: 72, wartość świadczenia: 12.368,91 zł,
- (b) liczba osobodni: 8, wartość świadczenia: 1.393,68 zł,
- 14) J. B. (2) – liczba osobodni: 15, wartość świadczenia: 2.613,15 zł,
- 15) R. W.:
- (a) liczba osobodni: 41, wartość świadczenia: 7.142,61 zł,
- (b) liczba osobodni: 9, wartość świadczenia: 1.567,89 zł,
- (c) liczba osobodni: 20, wartość świadczenia: 3.484,20 zł,
- (d) liczba osobodni: 8, wartość świadczenia: 1.393,68 zł,
- 16) K. S.:
- (a) liczba osobodni: 73, wartość świadczenia: 12.717,33 zł,
- (b) liczba osobodni: 8, wartość świadczenia: 1.393,68 zł,
- 17) R. C. – liczba osobodni: 15, wartość świadczenia: 2.615,15 zł,
- 18) Z. K.:
- (a) liczba osobodni: 49, wartość świadczenia: 8.536,29 zł,
- (b) liczba osobodni: 8, wartość świadczenia: 1.393,68 zł,
- 19) W. S. (2):
- (a) liczba osobodni: 44, wartość świadczenia: 7.665,44 zł,
- (b) liczba osobodni: 30, wartość świadczenia: 5.226,30 zł,
- 20) J. S.:
- (a) liczba osobodni: 39, wartość świadczenia: 6.794,19 zł,
- (b) liczba osobodni: 8, wartość świadczenia: 1.393,68 zł,
- 21) S. S.:
- (a) liczba osobodni: 44, wartość świadczenia: 7.665,44 zł,
- (b) liczba osobodni: 30, wartość świadczenia: 5.226,30 zł,
- (c) liczba osobodni: 8, wartość świadczenia: 1.393,68 zł,
- 22) L. S.:
- (a) liczba osobodni: 44, wartość świadczenia: 7.665,44 zł,
- (b) liczba osobodni: 30, wartość świadczenia: 5.226,30 zł,
- (c) liczba osobodni: 8, wartość świadczenia: 1.393,68 zł,

23) P. R.:

(a) liczba osobodni: 50, wartość świadczenia: 8.710,50 zł,

(b) liczba osobodni: 8, wartość świadczenia: 1.393,68 zł,

24) Z. Ś. – liczba osobodni: 27, wartość świadczenia: 4.703,67 zł,

25) J. B. (3):

(a) liczba osobodni: 65, wartość świadczenia: 11.323,65 zł,

(b) liczba osobodni: 8, wartość świadczenia: 1.393,68 zł,

26) B. P.:

(a) liczba osobodni: 44, wartość świadczenia: 7.665,44 zł,

(b) liczba osobodni: 30, wartość świadczenia: 5.226,30 zł,

(c) liczba osobodni: 8, wartość świadczenia: 1.393,68 zł,

27) A. W.:

(a) liczba osobodni: 44, wartość świadczenia: 7.665,44 zł,

(b) liczba osobodni: 20, wartość świadczenia: 3.484,20 zł,

28) Ł. P.:

(a) liczba osobodni: 65, wartość świadczenia: 11.323,65 zł,

(b) liczba osobodni: 8, wartość świadczenia: 1.393,68 zł,

29) T. N.:

(a) liczba osobodni: 35, wartość świadczenia: 6.097,35 zł,

(b) liczba osobodni: 8, wartość świadczenia: 1.393,68 zł,

(c) liczba osobodni: 30, wartość świadczenia: 5.226,30 zł,

30) T. P.:

(a) liczba osobodni: 44, wartość świadczenia: 7.665,44 zł,

(b) liczba osobodni: 8, wartość świadczenia: 1.393,68 zł,

31) P. B.:

(a) liczba osobodni: 43, wartość świadczenia: 7.491,03 zł,

(b) liczba osobodni: 30, wartość świadczenia: 5.226,30 zł,

Łączna ilość osobodni: 1930; łączna wartość świadczenia: 336.225,30 zł.

Dowód: wykaz świadczeń wykonanych przez powoda z podaniem danych pacjenta, kodu zakresu, daty realizacji produktu oraz kwoty refundacji niezapłaconej przez pozwanego (k. 22-35, 38-69),

Wszystkie świadczenia zdrowotne wykonywane przez powoda i będące przedmiotem sporu zakwalifikowano do grupy stanów nagłych, ratujących życie i zdrowie. Spośród ww. pacjentów wobec 22 z nich zastosowano nieinwazyjną metodę wentylacji, a kwalifikacja następowała na różnych oddziałach szpitalnych. Stawiano różne rozpoznania. W przypadku stwierdzenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc grupy D (dalej jako (...)) podejmowano próby opanowania niewydolności oddechowej przy pomocy środków farmakologicznych, a w sytuacji jej nieskuteczności próbnie wdrażano wentylację nieinwazyjną i zawsze z dobrym skutkiem. Następnie pacjenci byli wypisywani ze szpitala do domu z zaleceniem rozpoczęcia leczenia respiratorem. Każdy z nich - w momencie rozpoczęcia terapii respiratorem - miał cechy niewystarczającej wentylacji w stopniu umiarkowanym lub dużym. N. wentylacji naraziłoby tych pacjentów na poważny rozstrój zdrowia (np. zapalenie płuc, trudne do leczenia skurcze oskrzeli). Rozpoczęcie respiratoterapii domowej było związane ze stanem ratowania ich zdrowia. Dotyczy to także pacjentów z chorobami neurologicznymi z tą różnicą, że te jednostki chorobowe zawsze prowadzą do niewydolności oddechowej, a więc podłączenie tych chorych do respiratora ratuje im życie.

Wobec dziewięciu spośród ww. pacjentów, tj. I. S., Z. D., P. B., K. S., R. W., B. P., A. W., A. N., Z. F., wdrożono leczenie metodą inwazyjną. Byli to głównie chorzy z chorobami neurologicznymi, z uszkodzeniem rdzenia kręgowego czy po zatrzymaniu krążenia i skutecznej reanimacji. Ośmiu z tej grupy trafiło pod opiekę Zespołu (...) z oddziału intensywnej terapii. Byli to chorzy przytomni, jednakże zgodnie z dokumentem pt. "Kwalifikacja i kryteria przyjęcia chorych do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii", pacjenci z niewydolnością oddechową wymagający różnych technik prowadzenia wentylacji mechanicznej muszą przebywać na oddziale intensywnej terapii. Taki stan rzeczy miał miejsce, choć byli to pacjenci przytomni, świadomi swego stanu.

Po rozpoznaniu stanu przewlekłej niewydolności oddechowej chorzy są kwalifikowani do opieki domowej i powinni takiej podlegać bez względu na to czy zostały stworzone warunki do finansowania ich leczenia czy też nie.

Wszyscy pacjenci, którym powód udzielił ponadlimitowych świadczeń, przeszli próbę stosowania wentylacji nieinwazyjnej, zawsze z dobrym skutkiem, a zatem niezastosowanie tej metody, gdy leki okazały się nieskuteczne, stanowiłoby narażenie ich na ciężki rozstrój zdrowia.

K. S. skierowana została do Zespołu (...) w dniu 5 lutego 2010 r. z rozpoznaniem: stwardnienie rozsiane w stadium respiratoterapii. Pacjentka jest uzależniona od respiratora, wentylowana w trybie inwazyjnym. Pacjentka ma wykonaną tracheostomię, jest przyłączona do respiratora na stałe, bez respiratora nie jest w stanie żyć. Świadczenie, które konstruuje pozwany nie jest pełne, bo pacjenci powoda mają np. problemy z odkrztuszeniem wydzieliny zalegającej i wówczas powód, poza respiratoterapią, proponuje narzędzia, które są tak samo wartościowe jak respirator w znaczeniu materialnym, ale dodatkowo pomagają pacjentom odkrztusić zalegającą wydzielinę. Powód przekazuje również pacjentom skierowanym do zespołu leczenia domowego koncentrator tlenu.

Na początku 2013 r., kiedy limity świadczeń na rok 2013 r. związanych z respiratoterapią były już ustalone, pod opieką powoda znajdowało się wówczas 24 pacjentów z lat poprzednich, a dopuszczalny limit na okres od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia 2013 r. obejmował leczenie jedynie 15 pacjentów. W konsekwencji powód liczył się z koniecznością udzielania świadczeń ponadlimitowych.

Dowód: zeznania świadka M. W. (k. 136-137), opinia biegłego sądowego S. R. (2) z dnia 8 września 2016 r. (k. 197-202), zeznania A. S. - za powoda (adnotacja 00:02:32 e-protokołu z dnia 22 listopada 2016 r. k. 222)

Pismem z dnia 4 listopada 2014 r. powód wezwał pozwanego do zapłaty na jego rzecz kwoty 336.225,30 zł tytułem wykonanych świadczeń ponadlimitowych ratujących życie, zrealizowanych w 2013 r. w ramach umowy (...) z dnia 31 stycznia 2012 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach

opieki długoterminowej, w terminie 7 dni od dnia doręczenia wezwania, pod rygorem skierowania sprawy na drogę postępowania sądowego.

W odpowiedzi z dnia 20 listopada 2014 r. na ww. wezwanie pozwany odmówił zapłaty żądanej kwoty, wskazując, że świadczenia wykonane przez powoda ponad limit łączącej strony umowy nr (...) nie podlegają uznaniu do zapłaty przez pozwanego.

Dowód: przedsądowe wezwanie do zapłaty z dnia 4 listopada 2014 r. (k. 104-107), odpowiedź pozwanego z dnia 20 listopada 2014 r. na wezwanie powoda (k. 108-109)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dokumentów zgromadzonych w aktach niniejszej sprawy, których wiarygodności i autentyczności nie kwestionowała żadna ze stron procesu, a i Sąd nie znalazł podstaw, by czynić to z urzędu.

W zakresie materiału osobowego Sąd przeprowadził dowód z zeznań świadka M. W. i z przesłuchania stron, ograniczone do przesłuchania powoda, za którego Sąd przesłuchał Prezesa Zarządu powodowej spółki - (...).

Zeznaniom **świadka M. W.** Sąd przyznał przymiot wiarygodności w całej ich rozciągłości. W ocenie Sądu, złożone zeznania były spójne, logiczne i konsekwentne. Świadek, pracujący u powoda, w sposób rzetelny i konsekwentny przedstawił procedurę przyjmowania i diagnozowania pacjentów, którym udziela się świadczeń finansowanych przez pozwanego w związku ze skierowaniem ich do Zespołu (...). Świadek wyjaśnił także w jaki sposób dokonuje się „selekcji” pacjentów na tych, których stan zdrowia wymaga natychmiastowej interwencji ze strony powoda oraz opisał konsekwencje nieudzielenia takim pacjentom niezbędnej pomocy. Na podstawie zeznań świadka Sąd mógł dokonać ustaleń faktycznych w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów leczonych metodą nieinwazyjną oraz inwazyjną (uzależnionych od respiratora).

T. Sąd ocenił **zeznania powoda**, za którego przesłuchał Prezesa powodowej spółki (...). Zdaniem Sądu A. S. zeznawał w sposób spójny i konsekwentny – jako lekarz, świadczący usługi medyczne u powoda, miał szeroką wiedzę na temat procedur medycznych obowiązujących u powoda, a także ilości i stanu pacjentów przyjmowanych w prowadzonym przez powoda ośrodku. Nadto jako organ reprezentujący powoda przy zawieraniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z pozwanym znał również treść zawartych w nich postanowień. Zeznania powoda korelowały z pozostałym zgromadzonym w sprawie materiałem dowodowym, w szczególności dowodem z dokumentów, jak również z zeznaniami świadka M. W.. W konsekwencji Sąd nie znalazł podstaw, by odmówić im przymiotu wiarygodności.

Ponieważ rozstrzygnięcie w przedmiocie sporu wymagało wiadomości specjalnych, Sąd postanowieniem wydanym na rozprawie w dniu 13 maja 2015 r. w oparciu o treść przepisów art. 232 k.p.c. w zw. z art. 278 § 1 k.p.c., przeprowadził dowód z opinii biegłego sądowego z dziedziny medycyny paliatywnej (k. 137). Opinię zgodnie z zaleceniem Sądu w dniu 8 września 2016 r. przedłożył specjalista medycyny pracy, lekarz anestezjologii i reanimacji S. R. (2). Dowód w opinii został przeprowadzony celem ustalenia czy objęte niniejszym sporem świadczenia, wykonane przez powoda w 2013 r., dotyczyły stanów nagłych, ratujących życie i zdrowie pacjentów, którym udzielono tych świadczeń.

Przystępując do oceny opisanej opinii biegłego zaznaczyć należy, iż zdaniem Sądu Najwyższego, wyrażonym w postanowieniu z dnia 7 listopada 2000 r. (I CKN 1170/98, OSNC 2001/4/64) opinia biegłego podlega ocenie – przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c. – na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków. Opinia biegłego podlega zatem, jak i inne dowody, ocenie według cytowanego powyżej artykułu, lecz odróżniają ją szczególne kryteria oceny. Przedmiotem opinii biegłego nie jest bowiem przedstawienie faktów, ale wyłącznie ich ocena na podstawie fachowej wiedzy i specjalnych wiadomości. Nie podlega ona, jak dowód na stwierdzenie faktów weryfikacji na podstawie kryterium prawdy i fałszu, lecz chodzi

o pozytywne lub negatywne uznanie wartości rozumowania zawartego w opinii. Może być ona nadto kwestionowana przez strony.

W niniejszym procesie żadnej ze stron nie udało się skutecznie podważyć sporządzonej przez biegłego S. R. (2) opinii, tym bardziej, że nota bene ani powód, ani pozwany nie wnieśli zarzutów do jej treści. Pozwany w piśmie procesowym z dnia 23 września 2016 r. (k. 209-211) ustosunkował się wprawdzie do wydanej opinii, jednakże stanowiło to wyłącznie polemikę z rozważaniami biegłego, której konsekwencją nie były żadne wnioski dowodowe – ani o sporządzenie opinii uzupełniającej, ani o przesłuchanie biegłego na rozprawie. Natomiast ocena przydatności wykonanej opinii dla podjęcia rozstrzygnięcia w niniejszym postępowaniu niewątpliwie należała do Sądu, nie zaś do pozwanego. Jeśli chodzi o ustosunkowanie się do ww. opinii przez powoda, to w piśmie z dnia 5 października 2016 r. wskazał on, iż nie kwestionuje wydanej przez biegłego opinii (k. 217), a jednocześnie wniósł o wezwanie biegłego na rozprawę. Sąd nie znalazł jednak podstaw, by wniosek ten uwzględnić, bowiem był on bezprzedmiotowy. W ocenie Sądu brak jakichkolwiek przyczyn, by wzywać biegłego na rozprawę skoro żadna ze stron niniejszego postępowania nie zakwestionowała treści jego opinii.

Mając na uwadze przedstawione wyżej kryteria oceny opinii biegłego, Sąd ocenił wskazaną opinię jako sporządzoną w rzetelny i jasny sposób, w oparciu o zebraną w sprawie dokumentację medyczną, dokonane analizy oraz na podstawie osobistych spostrzeżeń poczynionych przez biegłego w toku wykonywania opinii.

Sąd uznał, iż sporządzona na potrzeby niniejszego postępowania opinia nie zawierała niejasności, sprzeczności i luk, a nadto była w pełni przydatna i wystarczająca do rozstrzygnięcia przedmiotu sporu i z powyższych względów sąd nie znalazł podstaw do przeprowadzania dalszych dowodów w sprawie. W orzecznictwie podkreśla się, iż Sąd nie ma obowiązku przeprowadzania dowodu z opinii dalszych biegłych czy z opinii instytutu naukowego lub naukowo-badawczego tylko dlatego, że złożona przez biegłego opinia jest dla strony niekorzystna (np. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 28 listopada 2000 r., I CKN 962/98, LEX nr 50823). Jednocześnie należy zauważyć, iż dowód z opinii biegłego jak i instytutu ma szczególny charakter, a mianowicie korzysta się z niego w wypadkach wymagających wiadomości specjalnych (...). W konsekwencji nie można przyjąć, że Sąd obowiązany jest dopuścić dowód z kolejnych biegłych czy też z opinii instytutu w każdym wypadku, gdy opinia złożona jest niekorzystna dla strony.

Przedmiotowa opinia sporządzona została przez powołaną do tego osobę w zakresie przysługujących jej kompetencji. Nie budzi ona wątpliwości pod względem merytorycznym i jako taka jest całkowicie przydatna dla poczynienia ustaleń faktycznych w sprawie.

Biegły udzielił wyczerpujących odpowiedzi stosownie do wymagań zawartych w postanowieniu Sądu z dnia 13 maja 2015 r. o przeprowadzeniu dowodu z opinii biegłego z dziedziny medycyny paliatywnej (k. 137).

Biegły sądowy w sposób należyty uzasadnił swoje wnioski, a zaprezentowana przez niego argumentacja poddawała się weryfikacji dokonywanej przez Sąd. Na domiar tego wnioski opinii w żadnym momencie nie były oderwane od pozostałych zgromadzonych w sprawie materiałów dowodowych i w sposób pozbawiony wewnętrznych sprzeczności wynikały z poprzedzających je rozważań.

W konsekwencji Sąd nie znalazł podstaw do kwestionowania ustaleń powołanego w sprawie biegłego i tym samym powoływania innych biegłych tej samej lub innej specjalności.

Słuszność powyższego stanowiska potwierdza orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 21 listopada 1974 r. (II CR 638/74, OSPiKA 1975/5/108), zgodnie z którym jeżeli opinia biegłego specjalisty jest na tyle kategoryczna i jednoznaczna, że wystarczająco wyjaśnia zagadnienia wymagające wiadomości specjalnych, to powoływanie kolejnego biegłego byłoby zbędne.

Ostatecznie więc wyniki dokonanych przez biegłego badań i analiz jak również końcowe wnioski opinii biegłego sądowego z dziedziny z dziedziny medycyny paliatywnej, zostały przyjęte przez Sąd, i stały się podstawą ustaleń faktycznych.

W ocenie Sądu dla określenia zasadności wywiedzionego powództwa wystarczającym było oparcie się na dowodach wyżej powołanych. Podkreślenia wymaga przy tym fakt, że żadna ze stron postępowania przed zamknięciem rozprawy, nie zgłosiła nowych wniosków dowodowych. Nadto ani powód, ani pozwany nie zażądali uzupełnienia przeprowadzonego postępowania dowodowego. Natomiast dla Sądu zgromadzony materiał dowodowy był w pełni wystarczający do wydania orzeczenia w sprawie.

Sąd zauważył, co następuje:

Wywiedzione powództwo zasługiwało w całości na uwzględnienie.

Powód domagał się zasądzenia od pozwanego na jego rzeczy kwoty 336.225,30 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty tytułem wykonanych świadczeń ponadlimitowych ratujących życie, zrealizowanych w 2013 r. w ramach umowy nr (...) z dnia 31 stycznia 2012 r. Wskazana umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, której stronami byli powód i pozwany, po jej wielokrotnym aneksowaniu (ostatni raz w dniu 22 maja 2013 r.), ostatecznie przewidywała, że kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia 2013 r. wyniesie maksymalnie 1.609.700,40 zł. Koszt nadwykonań w omawianym okresie w tej grupie pacjentów wyniósł 336.225,30 zł, przy czym powód dowodził, że świadczenia ponadlimitowe wykonane zostały ze względu na potrzebę ratowania zdrowia i życia świadczeniobiorców. Powód dochodził zapłaty ww. kwoty w oparciu o przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych (dalej jako "u.ś.o.z.") oraz na podstawie art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r., Nr 112, poz. 654), dalej jako „u.d.l.”, która weszła w życie w miejsce poprzednio obowiązującej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, w dniu 1 lipca 2011 r.

Zgodnie z dyspozycją art. 15 u.d.l. podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Odpowiednikiem powyższej normy w poprzednio obowiązującej ustawie o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 r. był przepis art. 7, który nakładał na zakłady opieki zdrowotnej (obecnie podmioty lecznicze) tożsame obostrzenia, co obecnie obowiązujący art. 15 u.d.l.

Wskazane wyżej regulacje określają generalny obowiązek podmiotów leczniczych udzielenia świadczeń zdrowotnych (pomocy medycznej) każdej osobie, która potrzebuje natychmiastowego ich udzielenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Przepis art. 15 u.d.l. wskazuje okoliczności, w jakich świadczenia zdrowotne muszą być bezwzględnie udzielone pacjentowi. Dotyczy to przede wszystkim pacjenta, który znalazł się w nagłej sytuacji wymagającej natychmiastowej reakcji medycznej, jego stan natomiast zagraża jego życiu lub zdrowiu, tzn. sytuacji, gdy odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia lub utratą życia. Nie ma przy tym znaczenia, czy podmiot leczniczy ma zawartą umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, ani też, czy został wyczerpany określony w umowie z publicznym płatnikiem tzw. limit świadczeń zdrowotnych (por. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 26 kwietnia 2007 r., (...) 379/06, LEX nr 3234481).

To jednak na świadczeniodawcy spoczywa ciężar udowodnienia, iż dochodzone przez niego od Narodowego Funduszu Zdrowia wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe obejmuje wynagrodzenie za świadczenia wykonane w warunkach określonych w art. 15 u.d.l. i art. 30 ustawy z 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 października 2008 r., V CSK 139/08). Ostatni z przywołanych przepisów stwierdza, że 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 (Dz. U. z 2011, Nr 277, poz. 1634). Na treść tego przepisu w uzasadnieniu wywiedzionego pozwu powoływał się także powód.

Stosownie do treści art. 19 u.ś.o.z. w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Przesłanki opisane w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w zasadzie odpowiadają definicji stanu

nagłego (a w istocie stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego) zawartej w art. 5 pkt 33 u.ś.o.z. w zw. z art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2006 r., Nr 191, poz. 1410 ze zm.), zgodnie z którą stan nagłego zagrożenia zdrowotnego to „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”. Należy uznać, że w takich sytuacjach zastosowanie będzie miał również art. 19 u.ś.o.z. w odniesieniu do osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej. Podmiot leczniczy, odmawiając udzielenia świadczeń zdrowotnych pacjentowi w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia, który poniósł w związku z tym szkodę, naraża się na odpowiedzialność cywilną, natomiast jego pracownicy – na odpowiedzialność karną (por. M. Nesterowicz „Odpowiedzialność cywilna za ograniczenie dostępności do leczenia i niezyskanie świadczenia zdrowotnego w nowym systemie opieki zdrowotne”, Pr. I Med. 2000, nr 6-7, s. 5, teza 2).

Sąd orzekający w niniejszej sprawie, odnosząc się do przesłanek określonych w art. 15 u.d.l. oraz art. 30 u.z.l., stwierdził, że w przepisach tych chodzi również o takie przypadki, w których zachodzi niemożność odłożenia (przesunięcia) w czasie pomocy lekarskiej, mogącej – według wiedzy i doświadczenia medycznego – zapobiec powstaniu u pacjenta niekorzystnych skutków dla jego życia i zdrowia. Przy czym w sytuacji „stanu nagłego” pomoc lekarska ma zapobiec ciężkim (poważnym) niekorzystnym skutkom zdrowotnym (a nie jedynie skutkom lekkim). W pojęciu „stanu nagłego”, wymagającego natychmiastowej interwencji lekarskiej w rozumieniu cytowanych przepisów, mieści się w uznaniu Sądu orzekającego ciężki przypadek niecierpiący zwłoki, tzn. taki, w którym odłożenie interwencji medycznej w czasie naraziłoby pacjenta na stan zagrożenia jego zdrowia lub życia. Sąd miał przy tym na uwadze, że zarówno w art. 15 u.d.l. jak i art. 30 u.z.l. oraz art. 19 u.ś.o.z. wyeksponowano „natychmiastowość” świadczenia, jak i natychmiastowość („bezpośredniość”) występującego zagrożenia życia i zdrowia (por. A. Pietraszewska-Macheta „Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych” Komentarz, ABC 2010).

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy wskazać należy, że Sąd po przeprowadzeniu kompleksowego postępowania dowodowego, doszedł do wniosku, iż sformułowane przez powoda żądanie zapłaty było zasadne. Powód wykazał bowiem, że podjęta procedura medyczna, polegająca na wentylacji mechanicznej, względem wszystkich pacjentów była procedurą ratującą zdrowie i życie pacjentów. Biegły S. R. (2), który sporządził w niniejszej sprawie opinię zgodnie z postanowieniem Sądu z dnia 13 maja 2015 r., w sposób niebudzący wątpliwości Sądu ustalił, że wszystkie świadczenia zdrowotne wykonywane przez powoda i będące przedmiotem sporu należały do grupy stanów nagłych, ratujących życie i zdrowie. W swojej opinii, której wnioski z przyczyn szczegółowo opisanych powyżej, Sąd przyjął jako własne, biegły wyjaśnił, iż wszyscy pacjenci, którym powód udzielił ponadlimitowych świadczeń, przeszli próbę stosowania wentylacji nieinwazyjnej, zawsze z dobrym skutkiem, a zatem niezastosowanie tej metody, gdy leki okazały się nieskuteczne, stanowiłoby narażenie ich na ciężki rozstrój zdrowia.

Wobec powyższego Sąd doszedł do przekonania, że procedura medyczna polegająca na wspomaganiu oddechu wentylacją zastępczą z respiratora, stanowiła procedurę wymaganą „natychmiastowo” w rozumieniu art. 15 u.d.l. Stan wszystkich z analizowanych pacjentów należy bowiem uznać za nagły w znaczeniu określonym w art. 3 pkt 8 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Okoliczność, że pozwany – pomimo istnienia takiej potrzeby – do dnia dzisiejszego nie zdefiniował stanu nagłego, ratującego życie lub zdrowie, na bazie przepisów ustaw o działalności leczniczej oraz o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pozostawała bez znaczenia dla rozstrzygnięcia w przedmiocie sporu. Sąd miał przy tym na uwadze, iż w ośrodku prowadzonym przez powoda, po rozpoznaniu stanu przewlekłej niewydolności oddechowej chorzy są kwalifikowani do opieki domowej i według biegłego, którego stanowisko Sąd orzekający w niniejszej sprawie w pełni podziela, powinni takiej podlegać bez względu na to czy zostały stworzone warunki do finansowania ich leczenia czy też nie.

Tym samym można stwierdzić, że we wszystkich przypadkach zachodziła niemożność odłożenia (przesunięcia) w czasie pomocy lekarskiej, gdyż według wiedzy i doświadczenia medycznego zapobiegała ona powstaniu u pacjentów niekorzystnych skutków dla ich życia i zdrowia. Bazując na powyższej opinii biegłego Sąd stwierdził zatem, że zaniechanie udzielenia świadczenia spowodowałoby w krótkim czasie pojawienie się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem mogłoby być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała, lub

utrata życia. Należało więc uznać, że stan chorych wymagał natychmiastowego udzielenia im świadczenia, ratującego ich zdrowie i życie, do czego powód zgodnie z art. 15 u.d.l. był zobligowany, a nadto taki obowiązek w rozumieniu art. 30 u.z.l. spoczywał także na lekarzach, wykonujących świadczenia zdrowotne, u powoda.

Na marginesie Sąd pragnie zwrócić uwagę na okoliczność, że już na początku 2013 r., kiedy limity świadczeń na rok 2013 r. związanych z respiratoterapią były ustalone, pod opieką powoda znajdowało się 24 pacjentów z lat poprzednich. Natomiast dopuszczalny limit udzielania świadczeń dla pacjentów skierowanych do zespołu domowego leczenia respiratorem ustalony na okres od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia 2013 r. obejmował leczenie jedynie 15 pacjentów. W konsekwencji powód brał pod uwagę konieczność udzielania świadczeń ponadlimitowych już na początku tego okresu, natomiast z obowiązkiem zapłaty za realizację takich świadczeń winien liczyć się pozwany.

W tym stanie należało zasądzić od pozwanego na rzecz powoda kwotę 336.225,30 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 19 stycznia 2015 r. do dnia zapłaty, o czym Sąd orzekł w punkcie pierwszym sentencji wyroku.

O roszczeniu odsetkowym Sąd rozstrzygnął na podstawie przepisu 481 § 1 k.c. Pozew wpłynął do Sądu Okręgowego w dniu 19 stycznia 2015 r. Wobec tego Sąd zasądził odsetki od roszczenia głównego – zgodnie z żądaniem pozwu – od dnia 19 stycznia 2015 r. do dnia zapłaty. W tym miejscu Sąd pragnie podkreślić, iż odsetki zostały zasądzone od pozwanego na rzecz powoda na podstawie art. 481 k.c. przy uwzględnieniu zmian wprowadzonych ustawą z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o terminach zapłaty w transakcjach handlowych, ustawy – Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2015 r., poz. 1830). Tym samym rozstrzygnięcie w przedmiocie odsetek ustawowych zawarte w punkcie pierwszym wyroku oznacza, iż powodowi za okres od dnia 16 stycznia 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. należą się odsetki ustawowe, natomiast za okres od dnia 1 stycznia 2016 r. (data wejścia w życie ww. ustawy nowelizującej) do dnia zapłaty należą się odsetki ustawowe za opóźnienie, co znajduje uzasadnienie w przepisie art. 56 ustawy nowelizującej, zgodnie z treścią którego do odsetek należnych za okres kończący się przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy stosuje się przepisy dotychczasowe.

O kosztach procesu Sąd orzekł w punkcie drugim wyroku na podstawie art. 98 k.p.c. zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu, obciążając nimi w całości pozwanego jako stronę, która przegrała niniejszą sprawę.

Na koszty poniesione przez powoda złożyły się: 16.812 zł tytułem opłaty sądowej od pozwu (k. 110), 1.537,84 zł tytułem wydatków na wynagrodzenie biegłego, opłaconych z zaliczki uiszczonej przez powoda (k. 224 w zw. z k. 138) oraz 7.217 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego, których wysokość Sąd ustalił na podstawie § 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, obowiązującego w dniu wniesienia pozwu.

Konsekwentnie, pozwanego obciążono we własnym zakresie wynagrodzeniem ustanowionego pełnomocnika procesowego (punkt II lit b wyroku).

/-/ SSO Zofia Lehmann

ZARZĄDZENIE

- 1) notować w kontrolce uzasadnień,
- 2) odpis wyroku wraz z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikom stron,
- 3) akta sprawy przedłożyć za 14 dni od dnia doręczenia lub z apelacją.

P., dnia 3 kwietnia 2017 r. /-/ SSO Zofia Lehmann