

Sygn. akt V ACa 395/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 marca 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – V Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Maryla Domel-Jasińska
Sędziowie:	SA Katarzyna Przybylska (spr.) SA Roman Kowalkowski
Protokolant:	starszy sekretarz sądowy Joanna Makarewicz

po rozpoznaniu w dniu 14 marca 2017 r. w Gdańsku na rozprawie

sprawy z powództwa Szpitala (...) im. dr A. J. w B.

przeciwko N. w W. (...) w B.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w B.

z dnia 10 lutego 2016 r., sygn. akt I C 227/15

I. oddala apelację;

II. zasądza od powoda na rzecz pozwanego kwotę 5.400 (pięć tysięcy czterysta) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Na oryginale właściwe podpisy.

Sygn. akt V ACa 395/16

UZASADNIENIE

Powód - Szpital (...) im. dr A. J. w B. wniósł o zasądzenie od pozwanego N. w W. - (...) w B. kwoty 186.634,27 zł z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty oraz kosztów procesu według norm przepisanych.

Nakazem zapłaty w postępowaniu upominawczym z dnia 10 lutego 2015r. Sąd Okręgowy w B. orzekł zgodnie z żądaniem pozwu.

Pozwany złożył sprzeciw, w którym wniósł o oddalenie powództwa w całości na koszt powoda.

Sąd Okręgowy wyrokiem z 10.02.2016r. oddalił powództwo oraz orzekł o kosztach postępowania w sprawie.

Swoje rozstrzygnięcie oparł na następujących ustaleniach.

Powód zawarł z pozwanym umowę nr (...) z dnia (...). o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Umowa ta była zmieniona aneksem nr (...) do tej umowy w trakcie roku, na skutek wniosku powoda z dnia (...) o dokonanie przesunięć środków finansowych między zakresami w ramach umowy. Przesunięcie dotyczyło kwoty 17.554,23 zł, która została przeznaczona na świadczenia w oddziale dziennym zaburzeń nerwicowych w miejsce świadczeń krótkoterminowych w oddziale terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz świadczeń w poradni psychologicznej.

Środki z zakresu pkt 9 umowy w kwocie 34.537,50 zł powód ponadto przesunął na podstawie aneksu do umowy z dnia 16.05.2011r. na inny zakres.

Ogólna wartość umowy między powodem a pozwanym za 2011r. w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wynosiła 6.229.228,47 zł. W ramach tej umowy powód wykonał i zgłosił w raportach świadczenia o wartości 5.875.738,62 zł. Następnie wystawił faktury na łączną kwotę 5.746.806,65 zł, co stanowi kwotę niższą o 353.489,85 zł od kwoty limitu.

Limit kontraktu przewidziany na świadczenia określone w punkcie 3 umowy (leczenie uzależnień) wynosił 45.000 zł, natomiast powód zgłosił raporty statystyczne na kwotę 44.487 zł, a faktury wystawił na kwotę 44.136 zł, która jest niższa o 351 zł od zgłoszonej do NFZ i o 864 zł niższa niż limit kontraktu. W zakresie punktu 9 umowy (świadczenia psychiatryczne dla dorosłych) kontrakt przewidywał środki w wysokości 1.740.725 zł, powód zgłosił wykonanie świadczeń na kwotę 1.714.216,90 zł, (o 26.508,10 zł mniej niż wartość kontraktu), a faktury wystawił na kwotę 1.649.679,43 zł, co stanowi kwotę niższą niż wartość kontraktu o 34.537,50 zł.

Świadczenia, za które powód dochodzi zapłaty udzielone wobec pacjentów, których dane osobowe i rodzaj udzielonych świadczeń powód wskazał na kartach 93-116 akt nie były oznaczone w comiesięcznych raportach statystycznych jako ratujące życie. Były to świadczenia polegające głównie na poradach lekarskich kontrolnych, terapeutycznych lub diagnostycznych, a także pobyty na dziennym oddziale psychiatrycznym lub leczenia uzależnień.

Powód, poza wskazanymi wyżej kwotami, nie skorzystał z możliwości dokonania dalszych przesunięć między zakresami w ramach niewykorzystanej kwoty kontraktu, ani z możliwości uzupełnienia danych dotyczących świadczeń ratujących życie lub zdrowie i uzyskania za nie zapłaty w ramach pozostałej do dyspozycji kwoty do dnia 15 lutego 2012r. (w ciągu 45 dni od zakończenia roku).

Powód wystawił jedną zbiorczą fakturę za świadczenia niezapłacone na kwotę 155.989,50 zł w dniu 31 grudnia 2011r., następnie w dniu 28 listopada 2013r. skorygował ją do kwoty 133.794 zł.

Stan faktyczny sprawy został ustalony na podstawie przedłożonych do akt sprawy dokumentów i zeznań świadków.

Przedłożone do akt dokumenty, w tym dokumentacja medyczna pacjentów na nośniku CD, k. 35, nie były przez strony kwestionowane co do autentyczności. Dowody te korzystają z domniemań określonych treścią art. 244-245 k.p.c., należało uznać, że są one w pełni wiarygodne i zachowują moc dowodową. Pozwany, w zakresie dokumentacji medycznej pacjentów nie kwestionował jej prawdziwości, czy też przebiegu leczenia i faktycznie udzielonych świadczeń, a jedynie to, czy świadczenia te były udzielone w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia i wymagały natychmiastowego ich udzielenia na wypadek uznania, że co do zasady świadczenia te były udzielone ponad umowne limity świadczeń i nie mogły być sfinansowane w ramach środków określonych umową. Sąd Okręgowy wskazał, że okoliczności te mogłyby być wyjaśnione wyłącznie po przeprowadzeniu dowodu z opinii biegłego psychiatry, zwłaszcza, że świadczenia nie były oznaczone w raportach statystycznych jako ratujące życie, jednakże Sąd Okręgowy, uznając, że powód nie może dochodzić zapłaty za te świadczenia niezależnie od ich zakwalifikowania jako ratujące życie, uznał przeprowadzenie tego dowodu za niecelowy.

W sprawie przesłuchano także świadków V. J., B. S. i A. S.. Osoby te były zatrudnione u powoda lub pozwanego, a nadto posiadały istotną wiedzę na temat sposobu rozliczania zawartych między stronami kontraktów. Pomiedzy zeznaniami tych osób nie ujawniły się istotne różnice, które nakazywałyby odmówić wiarygodności któremukolwiek z nich, w tym co do zasady także zeznaniom świadka V. J.. Jedyną okolicznością, na którą świadek J. wskazywała odmiennie był fakt rzekomej niewyjaśnionej przyczyny, dla której pozwany nie udostępnił powodowi szablonów umowy mimo kierowania próśb. Zeznania te nie są wiarygodne, bowiem powód nie poparł ich żadnymi dokumentami mogącymi tę okoliczność potwierdzić, jak chociażby wnioski o udostępnienie szablonu. Według pozwanego powód już składając raporty statystyczne zgłosił mniej świadczeń, niż to wynikało z umówionych limitów, nie twierdził nigdy, aby jakiegokolwiek zgłoszone pozycje z jakiegokolwiek powodu kwestionował, co powodowałoby konieczność dalszej wymiany stosownych formularzy, prowadzącej do możliwości wystawienia faktury. Biorąc pod uwagę mechanizm funkcjonowania NFZ w skali kraju to stanowi to okoliczność znaną Sądowi Okręgowemu i stronom z urzędu, że rozliczanie świadczeń w 2011 r. odbywało się za pomocą systemu informatycznego, w cyklach miesięcznych, a w każdym miesiącu składało się z dwóch faz. Najpierw szpital przysyłał do NFZ raport statystyczny, w którym zawierał wszystkie udzielone świadczenia. Ten raport był weryfikowany przez NFZ pod kątem tego, czy zawiera wszystkie wymagane dane, które szpital powinien przekazać, czy jakiś pacjent nie został uwzględniony kilkakrotnie i nie udzielono mu świadczeń w trybie szpitalnym i ambulatoryjnym oraz czy temu samemu pacjentowi nie udzielono świadczeń w kilku szpitalach. Po tej weryfikacji świadczeniodawca pobierał raport zwrotny do raportu statystycznego, z którego wynikało, które świadczenia są przedstawione prawidłowo i może je potencjalnie rozliczyć. Szpital mógł też poprawić błędy w raporcie i ponownie przedstawić pacjentów do weryfikacji. Poprawki i przesyłanie raportu statystycznego mogło mieć miejsce kilkakrotnie zanim rozliczenie przechodziło do drugiego etapu, w którym szpital przysyłał do NFZ raport rozliczeniowy, w którym mogły znaleźć się tylko świadczenia przedstawione poprawnie do zapłaty. Na tym etapie powód mógł wybierać świadczenia, które mają być zapłacone, tj. mógł losowo wskazywać świadczenia do wysokości limitu lub przesłać wszystkie potencjalne świadczenia nadające się do zapłaty, a NFZ płacił za kolejne świadczenia, aż do wyczerpania limitu wynikającego z umowy i kolejnych aneksów. Wówczas, świadczeniodawca otrzymywał raport zwrotny do raportu rozliczeniowego i na tej podstawie mógł przygotować fakturę elektroniczną i sporządzić jej wydruk. Nielogicznym byłoby w ocenie Sądu Okręgowego przyjęcie, że przez cały 2011r. pozwany nie dokonywał tego rodzaju weryfikacji i przesłania raportu zwrotnego powodowi, skoro umowa została ostatecznie rozliczona, powód od 2011r. aż do chwili złożenia pisma procesowego z dnia 29.04.2015r. a potem przesłuchania świadka J. nie twierdził nawet, że faktur w systemie informatycznym NFZ nie wystawił dlatego, że pozwany nie uznawał części zgłoszonych świadczeń. Nie wykazał tej okoliczności, nie przywołał żadnej poszlaki umożliwiającej przyjęcie, że tak faktycznie było. Jeżeliby takie uwagi i zastrzeżenia, jak zeznała świadek J., na piśmie kierował, nic nie stało na przeszkodzie, aby ten dowód załączył. Zbiorczą fakturę za świadczenia ponadlimitowe powód wystawił na koniec roku 2011r., ale skorygował ją dopiero w listopadzie 2013r. i nie wskazał nawet, jaki był powód dokonania tej korekty i co składa się na kwotę korekty.

Sąd Okręgowy zważył, że w niniejszej sprawie spór dotyczył tego, czy pozwany ma obowiązek zwrócić powodowi poniesione przez niego koszty leczenia pacjentów wskazanych w pozwie. Sporne było więc to, czy udzielone tym pacjentom świadczenia zdrowotne były świadczeniami pilnymi ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia i zdrowia i czy powinny być one rozliczone w ramach łączącej strony umowy, ale także i to - nawet gdyby wszystkie świadczenia uznać za ratujące życie - czy szpital dołożył należytej staranności w gospodarowaniu powierzonymi środkami pieniężnymi.

Sąd Okręgowy w swoich rozważaniach wskazał, że w świetle regulacji ustawowych, na powodowym szpitalu ciążył obowiązek udzielania w stanach nagłych świadczeń zdrowotnych ratujących życie i to niezależnie od zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia. W myśl bowiem art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity: Dz.U.2007.14.89), a w obecnym stanie prawnym - art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U.2015.618), zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Z kolei, z treści art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty wynika, 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. Ponadto, zgodnie z art. 19 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U.2015.581) w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Co istotne 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. Z powyższego uregulowania wynika, że w przypadku, gdy świadczeniodawcę łączy z Narodowym Funduszem Zdrowia umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, to ona jest podstawą rozliczeń pomiędzy tymi podmiotami. Natomiast, gdyby mimo realizowania umowy przez obydwie strony doszło do sytuacji, że szpital udzielił świadczenia ratującego życie lub zdrowie i przekroczył zakontraktowaną ilość danego rodzaju świadczeń, powinien otrzymać zapłatę za to świadczenie na podstawie art. 19 ust. 4 ustawy.

Jednakże Sąd Okręgowy podkreślił, że nie w każdym przypadku udzielenia świadczeń nagłych ratujących życie lub zdrowie finansowanie następuje niezależnie od limitu świadczeń określonych w umowach łączących strony procesu. Z przepisu art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wynika, że podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu. Ta zasada dotyczy wszystkich świadczeń, w tym świadczeń ratujących życie i zdrowie udzielonych w stanach nagłych. Może się jednak zdarzyć, że pozwany będzie zobowiązany do zapłaty za świadczenia nagłe udzielone ponad limit określony w umowie.

Ustalenie, w jakich przypadkach pozwany będzie zobowiązany do zapłaty winna poprzedzać wykładania przepisów art. 19 i 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W art. 20 ustawy uregulowano udzielanie świadczeń medycznych w sytuacjach nieobjętych dyspozycją przepisu art. 19 ust. 1 tejże ustawy. Z postanowień przepisu art. 20 wynika, że świadczeń medycznych udziela się w kolejności zgłoszeń osób wymagających takiej pomocy, a w tym celu prowadzi się listę oczekujących. Kolejność na liście może ulec zmianie o czym stanowią przepisy ust. 7 i 8. Wprawdzie z przepisu art. 20 nie wynika wprost obowiązek przeznaczenia części zakontraktowanych świadczeń na realizację świadczeń o charakterze nagłym, lecz taki obowiązek można wyprowadzić z łącznej analizy przepisów art. 19, 20 oraz 132 ustawy. Skoro z przepisu art. 20 ust. 7 wynika możliwość wcześniejszego udzielenia świadczenia medycznego niżby to wynikało z listy oczekujących w razie pogorszenia się stanu zdrowia, a przepis art. 19 ust. 1 stanowi, że w stanach nagłych zagrażających życiu i zdrowiu świadczeń medycznych należy udzielić niezwłocznie, to w planowaniu udzielanych świadczeń należy uwzględnić konieczność udzielenia świadczeń w stanach nagłych. Z przepisów tych wynika bowiem, że kolejność na liście oczekujących uzależniona jest w pierwszej kolejności od stanu zdrowia pacjenta, a następnie kolejności zgłoszenia. Niekiedy jednak, nawet przy zachowaniu zasady racjonalnego wykorzystania zakontraktowanych środków, może dojść do sytuacji, w której szpital przekracza umówione limity świadczeń. Wówczas art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach uprawnia go do żądania zapłaty za świadczenia wykonane ponad limit - jest bowiem wówczas traktowany jako podmiot, który nie miał podpisanej umowy. Ciężar wykazania tych okoliczności spoczywa na podmiocie, który domaga się zapłaty za świadczenia wykonane ponad limit określony w umowie. Powód, którego łączy z pozwanym umowa, domagając się odrębnej zapłaty za świadczenia udzielone w trybie art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry winien zatem wykazać po pierwsze, że wykonane świadczenia spełniają przesłanki wskazane w tych przepisach, a ponadto, że racjonalnie gospodarował zakontraktowanymi środkami finansowymi i starannie realizował umowę łączącą go z Funduszem, co jednak nie pozwoliło zmieścić się w zakontraktowanej ilości świadczeń. To bowiem powód - świadczeniodawca - ma bieżący wgląd w ilość przyjęć w danym zakresie, wgląd do bieżącego wykorzystania limitów, możliwość analizy przewidywanych przyjęć w danym roku na podstawie doświadczeń lat poprzednich. To zatem świadczeniodawca ma do dyspozycji wszystkie argumenty i dane potrzebne do tego, aby podejmować w czasie trwania danego roku kalendarzowego decyzje zmierzające do prawidłowego i racjonalnego wykorzystania powierzonych środków, przynajmniej do granic, po przekroczeniu których utrzymanie

się w ramach limitu i jednocześnie zgodne w powołanymi wyżej przepisami udzielanie koniecznych świadczeń jest już niemożliwe. To wreszcie powód posiada odpowiednią wiedzę o stanie zdrowia pacjentów oczekujących w kolejkach, podczas gdy NFZ dysponuje tylko numerami PESEL tych osób i kwalifikacją ich do grup stabilnych lub pilnych. Powyższe stanowisko nie oznacza, że cała odpowiedzialność za prowadzenie prawidłowej gospodarki spoczywa na świadczeniodawcy, jednak jeżeli dysponuje on środkami publicznymi, nawet jeżeli z natury rzeczy przez wiele lat zbyt ograniczonymi z powodu finansów Państwa, winien nimi zarządzać sprawnie, racjonalnie i przejrzysto, a w procesie, w razie potrzeby, móc te fakty udowodnić.

Nawet jednak, gdyby przyjąć za słuszny pogląd, że niezależnie od okoliczności sprawy, to na N., jako podmiocie de facto reprezentującym Państwo przy rozdzielaniu środków i odpowiedzialnym za finansowanie usług medycznych w skali kraju spoczywa obowiązek wykazania tzw. okoliczności negatywnej, tj. że powód nie zarządzał zasobami racjonalnie i gospodarnie, to w niniejszej sprawie w ocenie Sądu Okręgowego należy ocenić, że pozwany takiemu obowiązkowi sprostał. Przedstawił dowody w postaci zeznań świadków S. i S., poniekąd potwierdzonych także zeznaniami świadka V. J., z których wynika, a powód przeciwdowodu tych faktów nie przeprowadził, że powód sprawozdał świadczenia na kwoty niższe, niż przewidywał kontrakt i środków nie wykorzystanych nie rozliczył na poczet nadwykonań i nie uczynił tego w ciągu 45 dni po zakończeniu roku. Okoliczność, czy powód mógł, czy też nie mógł pewnych świadczeń, w tym objętych pozwem, rozliczyć przez wystawienie faktur w systemie informatycznym NFZ ma tutaj drugorzędne znaczenie. Miałoby znaczenie czy i jeżeli tak to dlaczego była jakaś przeszkoda do wystawienia faktur za świadczenia nadlimitowe w systemie (deklarowany przez powoda na etapie zeznań świadka J. brak udostępnienia tzw. szablonu), gdyby powód przez cały rok 2011 pierwotnie sprawozdał więcej świadczeń niż przewidywała umowa.

Ponadto, jak wynika z bezspornych faktów, powód tylko raz w 2011r. skorzystał z możliwości przesunięcia środków między zakresami i to tylko co do kwoty 17.554,23 zł, objętej wnioskiem z 1.12.2011r., także w zakresie kwoty 34.537,50 zł w I kwartale roku 2011r. uzyskał przesunięcie na inny zakres w związku z niedow wykonaniami. Niezależnie od tego, czy zgodnie z treścią ogólnych warunków umowy, której treści powód nie kwestionował, które w § 22 przewidują brak możliwości dochodzenia roszczenia z tytułu nadwykonań w zakresach, z których nastąpiło przesunięcie środków na inne zakresy, powód może czy też nie może dochodzić zapłaty tej kwoty, podkreślenia wymaga, że w skali roku powód zgłosił pozwanemu wykonanie świadczeń na kwotę niższą o ponad 300 tysięcy złotych, niż przewidywała umowa, zatem ostatecznie powód wszystkie objęte pozwem świadczenia mógł zrealizować w ramach umowy, bez konieczności ubiegania się o zapłatę za nadwykonania, jedynie podejmując właściwe i konsekwentne decyzje finansowe oraz przestrzegając zasad sprawozdawczości w trakcie trwania roku. Brak konsekwencji w wyjaśnieniu wskazanych przez pozwanego w sprzeciwie rozbieżności w trakcie trwania 2011r. lub nawet do 15 lutego 2012r. skutkować musiało oddaleniem powództwa. Sam fakt wystawienia bez żadnego komentarza faktury korygującej dopiero w 2013r. świadczy, w ocenie Sądu I instancji o tym, że powód sam pozbawił się możliwości wyjaśnienia wszystkich rozbieżności kwotowych i korekty swoich sprawozdań w czasie, w którym mógł to uczynić i uzyskałby zapłatę za wszystkie udzielone świadczenia. Nie dowiódł powód bowiem w tym procesie, że rzeczywiście udzielił świadczeń medycznych do pełnej wysokości środków przyznanych umową, a tym bardziej, że udzielił je w jeszcze większym zakresie. Z pewnością za dowód tych okoliczności trudno uznać załączone do pisma procesowego z dnia 29.04.2015r. wydruk ze strony internetowej pozwanego czy zestawienie z symulowanego wykonania świadczeń do spornej umowy za 2011r., k. 87. Po pierwsze, zestawienie nie koresponduje z wydrukiem strony internetowej, po drugie, nie wynika z niego, że powód rzeczywiście przesłał do NFZ raporty na kwotę 6.506.579,10 zł. Wreszcie, rzekomo przyjęte przez NFZ świadczenia zgodnie z tym zestawieniem, tj. na kwotę 5.948.448,14 zł i kwota wskazana w fakturze korygującej (133.794 zł) nadal daje sumę niższą od wysokości łącznej kontraktu. Kwota 133.794 zł jest także niższa od różnicy deklarowanych w tym zestawieniu sumy świadczeń przekazanych (zgłoszonych) wedle twierdzeń powoda i wartości kontraktu, przy czym są to wielkości symulowane, a nie rzeczywiście zgłoszone, co mógł był powód uczynić, a potem wykazać, aż do 15 lutego 2012r. Nie ma wątpliwości, że w większości sporów tego rodzaju strony są zgodne co do tego, że świadczeniodawcy udzielają, a potem przekazują (zgłaszają) w przewidzianym do tego terminie więcej świadczeń, niż zakładała umowa. Jeżeli jednak pozwany, który otrzymuje raporty od świadczeniodawcy, zgłosił tak daleko idące rozbieżności w zaewidencjonowanych kwotach, a świadek zgłoszony przez powoda przyznała, że jednostka miała niewykonania, były takie zakresy, w których mimo, że niewykonania były, według powoda nie można było dokonać przesunięć

głównie z powodu braku pewności, czy środki te do końca roku nie okażą się potrzebne w danym zakresie, powód te rozbieżności powinien wyjaśnić. Rzecz w tym, że w przypadku powoda „obawa” ta dotyczyła okresu 15 dni grudnia 2011r. i skutkowałą niewykorzystaniem ponad 300 tysięcy złotych. Znamienne jest też, że jak świadek J. zeznała na rozprawie, przesunięcia powinny być dokonywane na koniec roku, kiedy będzie znana liczba pacjentów. Taką wiedzę zatem miał powód na koniec roku i winien był z niej skorzystać do 15 lutego 2012r. czyniąc odpowiednie poprawki i wyjaśnienia ewentualnych wątpliwości i rozbieżności. Mógł też skorygować oznaczenie poszczególnych świadczeń jako ratujących życie, jeżeli takie faktycznie były udzielone, co z kolei umożliwiłoby pozwanemu przynajmniej ocenę skali świadczeń udzielanych planowo i tych, których udzielenie nie mogło poddać się dokładnemu oszacowaniu. Co więcej, nie wyjaśnił powód w żaden sposób, dlaczego nie przedstawił faktur na pełną wysokość tych świadczeń, które zgłosił i których pozwany nie kwestionował. Wskazał tylko, że z niewiadomych mu powodów na te świadczenia nie otrzymał tzw. szablonów, czemu pozwany zaprzeczył. W ocenie Sądu Okręgowego nie miały pozwany, biorąc pod uwagę jego funkcję i cel działania, żadnego interesu, aby celowo uniemożliwić powodowi wystawienie faktur na prawidłowo sprawozdane i niekwestionowane, a nadto mieszczące się w limicie umownym świadczenia.

Powyższe rozważania prowadzą do wniosku, że z punktu widzenia rozstrzygnięcia niniejszej sprawy istotne jest także, w jaki sposób strony realizowały łączącą je umowę.

Z przepisu art. 56 k.c. wynika, że czynność prawna, a taką stanowi umowa łącząca strony niniejszego procesu, wywołuje skutki nie tylko w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustaw, zasad współżycia społecznego i ustalonych zwyczajów. Takim przepisem, jest art. 354 § 1 k.c. stanowiący, że dłużnik powinien wykonać zobowiązanie zgodnie z jego treścią i w sposób odpowiadający jego celowi społeczno-gospodarczemu oraz zasadom współżycia społecznego, a jeżeli istnieją w tym zakresie ustalone zwyczaje - także w sposób odpowiadający tym zwyczajom. Wedle natomiast § 2 tego przepisu, w taki sam sposób powinien współdziałać przy wykonaniu zobowiązania wierzyciel. W drodze tych regulacji polskie prawo nakłada na obie strony stosunków cywilnoprawnych obowiązek współdziałania przy wykonywaniu zobowiązań i to w zgodzie z kryteriami, o których stanowi art. 354 § 1 i 2 k.c. Sprzeniewierzenie się tym obowiązkom przez którąkolwiek ze stron oznacza, że wykonuje ona swoje zobowiązanie w sposób wadliwy, co może rodzić dotkliwe konsekwencje - w tym wypadku konieczność pokrycia z własnych środków kosztów udzielonych wbrew umowie świadczeń. Sąd I instancji orzekający w niniejszej sprawie w pełni podziela pogląd wyrażony przez Sąd Najwyższy, że zakład opieki zdrowotnej, mając świadomość limitowanej puli środków na wykonanie określonych usług medycznych, powinien właściwie je wykorzystać, tworząc system określonej kolejności i rozkładania w czasie wykonania niektórych usług, do czego upoważniał go art. 19 ust. 1 pkt 1 ustawy z.o.z. Powinien tak gospodarować środkami przyznanymi w umowie, aby pozostawała rezerwa na wypadki nagłe. Do wyczerpania maksymalnego limitu finansowania świadczeń określonego w umowie, wydatki na świadczenia wynikające z art. 7 ustawy z.o.z. i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza nie podlegają odrębnemu, pozaumownemu finansowaniu. Natomiast w przypadku każdorazowego wyczerpania kwoty określonej w umowie, świadczenia wykonane w ramach przymusu ustawowego powinny być finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (por. wyrok z dnia 13 października 2006r., sygn. III CSK 123/06, LEX nr 258671 i wyrok z dnia 18 stycznia 2006 r. sygn. V CSK 60/05, LEX nr 258665).

Wszystkie te okoliczności przemawiają, w ocenie Sądu Okręgowego, za oddaleniem powództwa w całości, w oparciu o przytoczone wyżej przepisy.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 k.p.c., który ustanawia zasadę odpowiedzialności za wynik procesu, zgodnie z którą strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu) stosownie do wysokości uwzględnionego żądania.

Apelację od powyższego orzeczenia złożył powód zaskarżając wyrok w całości zarzucając:

1. nierozpoznanie istoty sprawy,

2. naruszenie art. 227 k.p.c. poprzez uznanie, iż niecelowe jest przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego psychiatry, w sytuacji kiedy przeprowadzenie tego dowodu ma istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia roszczenia powoda o zapłatę za świadczenia udzielone w stanach nagłych ratujących życie,

3. naruszenie art. 233 k.p.c. w sposób polegający na przekroczeniu granic swobodnej oceny dowodów poprzez uznanie zeznań świadka V. J. za niewiarygodne w zakresie w jakim świadek zeznała o okolicznościach wystawienia przez powoda pozwanemu faktury VAT poza systemem, z racji tego, że powód nie poparł tych zeznań żadnymi dokumentami,

4. naruszenie art. 132 ust. 1, art. 137 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zw. z § 21 pkt 1, § 27 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie, że powód nie przekroczył umówionych pomiędzy stronami limitów świadczeń (niedowykonań).

W konsekwencji wskazanych zarzutów wniósł o:

- 1) uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania,
- 2) nieobciążanie powoda kosztami procesu na podstawie art. 102 k.p.c.

Równocześnie zaskarżył postanowienie o kosztach procesu, zawarte w punkcie 3 zaskarżonego wyroku, zarzucając mu niezastosowanie normy zawartej w art. 102 k.p.c. i wniósł o zmianę rozstrzygnięcia w zaskarżonym zakresie i odstąpienie od obciążania powoda kosztami procesu.

Pozwany w odpowiedzi na apelację wniósł o jej oddalenie.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Apelacja jest bezzasadna.

Sąd Apelacyjny w pełni podziela ustalenia faktyczne dokonane przez Sąd Okręgowy i przyjmuje je za własne. Podziela również wywiedzione w oparciu o te ustalenia konsekwencje prawne.

W ocenie Sądu Apelacyjnego prawidłowo wywiódł Sąd I instancji, że istota sporu pomiędzy stronami sprowadza się do ustalenia czy świadczeniodawca – powód – racjonalnie gospodarował zakontraktowanymi środkami finansowymi i realizował umowę łączącą go z pozwanym Funduszem w sposób, który pozwoliłby mu się zmieścić w zakontraktowanej ilości świadczeń, oraz czy skutecznie wykorzystał możliwość przesunięcia środków ze świadczeń, w których występowały niedowyożonania na świadczenia, gdzie występowały nadwyożonania.

Jak słusznie zwrócił uwagę Sąd I instancji powód miał bieżący wgląd w ilość przyjęć w danym zakresie, wgląd do bieżącego wykorzystania limitów, możliwość analizy przewidywanych przyjęć w danym roku na podstawie doświadczeń z lat poprzednich. Bezzpornym jest w sprawie, że powód sprawozdał świadczenia na kwoty niższe niż przewidywał kontrakt i nie wystąpił o przesunięcie środków niewykorzystanych i rozliczenie ich na poczet nadwyożonania. Bezzpornym jest również, że powód w trakcie obowiązywania umowy, której wykonanie jest przedmiotem niniejszego sporu, w pierwszym kwartale 2011r., zawarł aneks pozwalający mu na częściowe przesunięcie zakontraktowanych środków z jednej grupy świadczeń na inną, gdy występowały nadwyożonania. Bezzpornym jest również okoliczność, że powód w skali roku zgłosił pozwanemu wykonanie świadczeń na kwotę niższą o ponad 300.000 zł niż przewidywała umowa. Zatem ostatecznie powód wszystkie objęte pozwem świadczenia mógł zrealizować w ramach umowy, bez konieczności ubiegania się o zapłatę za nadwyożonania, jedynie podejmując właściwe decyzje i wnioskując w stosownym czasie – bądź okresie rozliczeniowym jednego kwartału, bądź do (...) – o przesunięcie środków z limitu świadczeń, gdzie występowały niedowyożonania na świadczenia, gdzie występowały nadwyożonania. W ocenie Sądu Apelacyjnego nie można zgodzić się ze stanowiskiem skarżącego, że nie można

było dokonać przesunięć z powodu braku pewności czy środki nie okażą się potrzebne do końca roku w zakresie z jakiego zostaną przesunięte. Mając na uwadze fakt, iż powód powinien z takim wnioskiem wystąpić do (...) przyjąć należy, że powód mógł tuż przed zakończeniem roku rozliczeniowego wystąpić ze stosownym wnioskiem mimo trwania procesów leczniczych i zgłaszania się nowych pacjentów wykorzystując do ewentualnego oszacowania wielkości przesunięć pomiędzy poszczególnymi świadczeniami doświadczenie z lat ubiegłych. Faktycznie do końca roku rozliczeniowego pozostawał stosunkowo krótki okres i powód mając na uwadze lata ubiegłe mógł ze znacznym prawdopodobieństwem oszacować ilość środków jakie mogły ulec przesunięciu pomiędzy poszczególnymi rodzajami świadczeń. Powód tego nie uczynił i skutkami swojego zaniechania usiłuje obciążyć stronę pozwaną.

Wobec powyższego zgodzić się trzeba ze stanowiskiem Sądu I instancji, że okoliczność czy powód mógł czy też nie mógł pewnych świadczeń, w tym objętych pozwem, rozliczyć przez wystawienie faktur w systemie informacyjnym NFZ ma drugorzędne znaczenie. Miałyby to znaczenie jedynie w sytuacji, gdyby istniały przeszkody do wystawienia faktur za świadczenia ponadlimitowe, gdyby powód przez cały rok 2011 pierwotnie sprawozdał więcej świadczeń niż przewidywała umowa z uwagi na konieczność wykonania świadczeń ratujących życie i zdrowie. Wobec powyższego za niezasadny należy uznać zarzut naruszenia art. 233 k.p.c. poprzez uznanie zeznań świadka V. J. za niewiarygodne. W ocenie Sądu Apelacyjnego zeznania tego świadka nie mają istotnego znaczenia dla sprawy o czym była mowa wyżej.

Za niezasadny należy również uznać zarzut naruszenia art. 277 k.p.c. poprzez uznanie za niecelowe przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego lekarza psychiatry.

Przebieg postępowania nie dał podstaw do przeprowadzenia takiego dowodu. Jak wyżej już wskazano powód mógł uzyskać zapłatę za ponadlimitowe świadczenia w drodze złożenia wniosku o dokonanie przesunięć środków pomiędzy poszczególnymi grupami świadczeń i dysponował środkami finansowymi oraz danymi, które pozwoliłyby mu na takie działanie, a w konsekwencji na uzyskanie zapłaty za wykonane świadczenia pozalimitowe.

Trafnie wskazał Sąd I instancji, iż art. 354 k.c. nakłada na strony umowy obowiązek współdziałania przy jej wykonywaniu. Sprzeniewierzenie się tym obowiązkom przez którąkolwiek ze stron oznacza, że wykonuje ona swoje zobowiązanie w sposób wadliwy co może rodzić negatywne konsekwencje – w tym wypadku konieczność pokrycia z własnych środków kosztów udzielonych świadczeń. Narodowy Fundusz Zdrowia zobowiązany jest do finansowania świadczeń wykonanych w ramach przymusu ustawowego w sytuacjach ratowania życia i zdrowia. Natomiast w niniejszej sprawie powód we własnym zakresie racjonalnie gospodarując posiadanymi środkami przy współpracy z pozwanym mógł uzyskać środki na wykonane ponadlimitowo świadczenia.

Odrębną kwestią jest okoliczność, iż powód w sprawozdaniach do NFZ żadnego ze świadczeń, za które domaga się zapłaty nie oznaczył jako ratujące życie i zdrowie. Jednakże wobec powyższych rozważań Sąd Apelacyjny przychylił się do stanowiska Sądu I instancji, iż wyjaśnienie tej kwestii jest zbędne.

Odnosnie zarzutu naruszenia art. 132 ust. 1 i innych ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, należy wskazać, że również ten zarzut nie znajduje uzasadnienia. Sąd I instancji prawidłowo ocenił wskazane przepisy i zastosował je do ustalonego stanu faktycznego. Należy przy tym wskazać, że nawet zarzutów co do braku możliwości dokonania przesunięć środków na zapłatę świadczeń wykonanych po 15 grudnia 2011 roku powód nie wskazał o jakie świadczenia chodzi.

W ocenie Sądu Apelacyjnego pozwany wykonał ze swej strony umowę w takim zakresie, jaki sam powód wskazał w raportach statystycznych i dokumentach rozliczeniowych. Nawet przyjmując, iż po stronie powoda zaszedł jakiś błąd, należy wskazać, że powód miał możliwość skorygowania raportów statystycznych, dokonania przesunięcia środków i na koniec wystawienia dokumentów rozliczeniowych, dających mu możliwość uzyskania zapłaty za świadczenia.

Odnosząc się do zarzutu niezastosowania art. 102 k.p.c. Sąd Apelacyjny stwierdził, że powód korzystał w tej sprawie z dobrodziejstwa zwolnienia od kosztów sądowych, co niewątpliwie stanowiło uwzględnienie przez Sąd trudnej sytuacji majątkowej w jakiej się znajduje. Nie zwalnia to jednak powoda od ponoszenia kosztów zastępstwa procesowego poniesionych przez stronę przeciwną. Sąd Apelacyjny nie znalazł podstaw, aby w tym zakresie zastosować art. 102

k.p.c. Powód występując na drogę sądową winien liczyć się z tym, że jego działanie pociągnie za sobą koszty, które co najmniej w części będzie musiał ponieść.

Mając powyższe na uwadze Sąd na mocy art. 385 k.p.c. oddalił apelację jako nieuzasadnioną.

O kosztach orzeczono na mocy art. 98 k.p.c. nie znajdując podstaw do zastosowania wobec powoda art. 102 k.p.c. – o czym wyżej wskazał Sąd II instancji.