

Sygn. akt V ACa 852/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 23 września 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – Wydział V Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Jacek Grela
Sędziowie:	SA Włodzimierz Gawrylczyk (spr.) SA Zbigniew Koźma
Protokolant:	sekretarz sądowy Joanna Makarewicz

po rozpoznaniu w dniu 23 września 2015 r. w Gdańsku na rozprawie

sprawy z powództwa (...)w T.

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

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w B.

z dnia 17 czerwca 2014 r., sygn. akt I C 19/12

I. oddala apelację;

II. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 5.400 (pięć tysięcy czterysta) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

Na oryginale właściwe podpisy.

V ACa 852/14

UZASADNIENIE

Sąd Okręgowy w (...) wyrokiem z 17 czerwca 2014 r. – sprostowanym postanowieniem z 23 czerwca 2014 r. – zasądził od pozwanego (...) w W. – (...) w B. na rzecz powoda (...)w T. kwotę 996.184,53 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 25 stycznia 2012 r. do dnia zapłaty i kosztami procesu w kwocie 7.217 zł.

Zasadnicze motywy wyroku są następujące:

Powód wnosił o zasądzenie powyższej kwoty tytułem wynagrodzenia za przekraczające umowne limity – wynikające z umowy z 2008 r. – wykonane w 2010 r. świadczenia opieki zdrowotnej (...) - hospitalizacji o kwotę 26.744,40 zł, kardiologii (...) o kwotę 50.031 zł, (...) – hospitalizacji o kwotę 684.034,44 zł, (...) - hospitalizacji o kwotę 235.374,69 zł, wskazując że wszystkie te ponadlimitowe świadczenia były wykonane w stanach nagłych pacjentów w rozumieniu art. 5 pkt 33, art. 35 i art. 60 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zwanej dalej: u.ś.o.z.).

Pozwany wnosił o oddalenie powództwa. Twierdził, że w 2010 r. wypłacił powodowi w pełnym zakresie wynagrodzenie za określone umowami świadczenia opieki zdrowotnej, przyznał że nie zapłacił za świadczenia wykonane ponad umowne limity, ale zarzucił, że powód nie wykazał, że świadczenia za które domaga się zapłaty w tej sprawie były udzielane w stanach nagłych związanych z ratowaniem życia i zdrowia. Wskazał również, że płatność za świadczenia odbywa się na podstawie danych wynikających z raportów statystycznych periodicznie przedstawianych w trakcie obowiązywania umowy, w ramach elektronicznego systemu świadczeń ((...)), zaś powód nie nadał wskazywanym świadczeniom charakteru świadczeń udzielanych w stanach nagłych związanych z ratowaniem życia i zdrowia, więc należy uznać, iż żąda w tym postępowaniu zapłaty za „zabiegi planowe”, a ponadto powód, udzielając świadczeń w ten sposób, omija listy oczekujących na świadczenia, mimo obowiązku tworzenia takich list oraz organizowania przyjęć pacjentów.

Sąd Okręgowy poczynił następujące ustalenia:

W dniu 31 grudnia 2008 r. strony zawarły umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmieniły ją aneksem nr (...) z 22 stycznia 2010 r., w którym wprowadzono tekst jednolity umowy oraz ustalono kwotę zobowiązania pozwanego z tytułu realizacji umowy w okresie 2010 r. w wysokości 43.676.162 zł. Zgodnie z planem rzeczowo-finansowym umowa obejmowała m.in. świadczenia z zakresu (...)

Zgodnie z (...)umowy w przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń przekroczy kwotę zobowiązania określoną wyłącznie na realizację jednej z grup świadczeń, na wniosek świadczeniodawcy składany jeden raz na kwartał, ulegają zwiększeniu liczby jednostek rozliczeniowych i kwoty zobowiązań we właściwych ze względu na realizację świadczeń zakresach oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

Powód miał ograniczone możliwości negocjowania zawieranych z pozwanym umów odnośnie do wysokości środków finansowych.

W 2010 r. powód udzielił pacjentom nielimitowanych świadczeń w zakresie (...) – hospitalizacja o wartości 26.744,40 zł, (...) o wartości 50.031 zł, (...) – hospitalizacji o wartości 684.034,44 zł oraz (...) – hospitalizacji o wartości 235.374,69 zł. Łączna wartość tych świadczeń wynosi 996.184,53 zł. O tę kwotę powód przekroczył limity wskazane w umowie. Pozwany odmówił zapłaty tej kwoty wobec braku środków finansowych.

Lekarze pracujący w powodowym szpitalu, udzielający świadczeń medycznych pacjentom, potwierdzili stan faktyczny zawarty w kartach informacyjnych leczenia szpitalnego, potwierdzili, że wszystkie świadczenia wskazane przez powoda jako ponadlimitowe były wykonywane dla ratowania życia lub zdrowia pacjentów w przypadkach nagłych. Wskazali jednoznacznie, że gdyby nie przyjmowali pacjentów w takim stanie, naraziliby się na odpowiedzialność karną. Wskazali też, że jedynie w przypadkach dużych zabiegów są one planowane.

Biegła z dziedziny (...) E. S. na podstawie analizowanych 26 kart wypisowych leczenia szpitalnego stwierdziła, że nie znajduje nieprawidłowości w przyjęciu chorych na oddziały w stanach nagłych grożących utratą życia lub zdrowia, chorzy wymagali leczenia szpitalnego wskutek istotnego zagrożenia życia lub zdrowia, często byli przyjmowani w stanie ciężkim. Podobnie biegła (...) M. B. na podstawie analizowanych 94 kart wypisowych leczenia szpitalnego pacjentów z(...)wskazała, że pacjenci byli hospitalizowani w stanach bezwzględnie pilnych wobec bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia. Również biegły z dziedziny (...) L. Z. stwierdził na podstawie analizy historii choroby pacjentów (...), że pacjenci byli leczeni w stanie bezpośredniego zagrożenia utraty życia lub zdrowia.

Sąd Okręgowy uznał zebrane dowody za wiarygodne. Ustalenie, że powód domaga się zapłaty wynagrodzenia za świadczenia opieki zdrowotnej wykonane w przypadkach nagłych bezpośrednio ratujących życie lub zdrowie pacjentów, oparł głównie na opiniach biegłych sądowych.

Niesporne jest, że powód wykonał powyższe świadczenia zdrowotne o wartości wskazanej w pozwie i nie otrzymał za nie wynagrodzenia. Sporna między stronami była okoliczność, czy były to świadczenia wymagające natychmiastowego udzielenia pomocy pacjentom ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

Sąd stwierdził, że roszczenie powoda jest usprawiedliwione w świetle art. 7 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (zwanej dalej: u.z.o.z.) i w świetle art. 15 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (zwanej dalej: u.d.l.). Art. 7 u.z.o.z. stanowi odpowiednik art. 15 u.d.l.. Według art. 7 u.z.o.z. zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Wskazane w nim przesłanki udzielenia świadczenia przeniesione są do art. 15 u.d.l. i odpowiadają definicji stanu nagłego zawartej w art. 3 pkt 8 ustawy z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, do której wprost odwołuje się art. 5 pkt 33 u.ś.o.z. Według tego ostatniego przepisu stan nagły zagrożenia zdrowotnego oznacza 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. Według art. 19 ust. 1 u.ś.o.z. w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Ponadto według art. 30 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry 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.

Sąd stwierdził, że obowiązki wynikające z powyższych przepisów mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne, więc zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenia. Skoro istnieje obowiązek natychmiastowego udzielenia świadczeń, to nie mogą być one limitowane umową. Kierując się tymi przepisami i ustalonym stanem faktycznym, Sąd Okręgowy uwzględnił powództwo.

Pozwany złożył apelację. Zaskarżył wyrok w całości. Domagał się jego zmiany i oddalenia powództwa oraz zasądzenia kosztów procesu. Zarzucił naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. przez dokonanie ustaleń faktycznych nie mających oparcia w zebranych dowodach przez:

- 1/ uznanie, że powód miał ograniczone możliwości negocjowania z pozwanym warunków finansowych umowy,
- 2/ ustalenie, że powód udzielał pacjentom nielimitowanych świadczeń w zakresie wskazanym w pozwie,
- 3/ uznanie na podstawie zeznań świadków i opinii biegłych, że sporne świadczenia były świadczeniami ratującymi zdrowie i życie w stanach nagłych,
- 4/ pominięcie dowodów zaoferowanych przez powoda w postaci regulaminów wewnętrznych oraz zbiorczych raportów statystyk kolejek oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, na okoliczność organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez powoda.

Skarżący twierdził, że powód powinien mieć świadomość, że nie powinien przekraczać uzgodnionych limitów świadczeń opieki zdrowotnej i powinien tak organizować ich udzielanie, aby wartością umowną zostały objęte także świadczenia udzielane w stanach nagłych. Według niego powód nie udowodnił, że sporne świadczenia były świadczeniami ratującymi zdrowie i życie w stanach nagłych. Jego zdaniem zeznania świadków – lekarzy powoda – nie powinny mieć znaczenia, bo nie odnosiły się do konkretnych przypadków udzielenia pomocy pacjentom, a wskazywały ogólnie, że co do zasady świadczenia udzielone na ich oddziałach są świadczeniami ratującymi życie pacjentów. Podkreślił, że powód nie oznaczał tych świadczeń jako ratujących życie, za wyjątkiem świadczeń w zakresie

(...)Zakwestionował wiarygodność opinii biegłych sądowych, bo nie zostały oparte na dokumentacji medycznej w rozumieniu obowiązujących przepisów, lecz tylko na ich części, tj. na kartach informacyjnych leczenia szpitalnego lub na wypisach ze szpitala. Jego zdaniem powód powinien był udostępnić biegłym przede wszystkim dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii choroby, o której jest mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Biegli powinni też analizować tryb przyjęcia do szpitala (z kolejki czy w trybie nagłym). Opinie biegłych są nazbyt ogólne, nie zawierają analizy poszczególnych przypadków udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej.

W ocenie skarżącego błędem było nieprzeprowadzenie dowodów zaoferowanych przez powoda w postaci regulaminów wewnętrznych oraz zbiorczych raportów statystyk kolejek oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej na okoliczność organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, choć pozwolą one wyjaśnić czy powód oznaczał sporne świadczenia jako ratujące życie. Powód nie wykazał też, czy należycie organizował udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez dokonywanie przesunięć na liście oczekujących na świadczenia ze względu na stany nagłe, skoro nie oznaczał spornych świadczeń jako nagłe. Jego zdaniem powód powinien był wyodrębnić odpowiednią pulę umówionego wynagrodzenia na świadczenia ratujące życie lub zdrowie udzielane w stanach nagłych.

Powód wnosił o oddalenie apelacji i o zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja jest bezpodstawna. Podniesione w niej zarzuty okazały się nietrafne także po uzupełnieniu opinii biegłych. Ustalenia i prawna ich ocena dokonana przez Sąd Okręgowy są niewadliwe.

Sąd Apelacyjny przeprowadził dowód z uzupełniających opinii biegłej z (...) E. S. oraz biegłej (...)M. B.. Biegli podtrzymali dotychczasowe opinie, jednoznacznie wskazując, że udostępniona im dokumentacja lekarska daje podstawę do uznania, że opisane przypadki świadczeń opieki zdrowotnej polegały na ratowaniu życia lub zdrowia pacjentów (k. 539 i k. 540-542). Biegła M. B. wskazała, że przedmiotem oceny były kompletne historie choroby zawierające w szczególności dane osobowe pacjentów, tryb ich przyjęcia do szpitala, wywiad lekarski, badania przedmiotowe, wyniki badań laboratoryjnych, obserwacje lekarskie ze szczególnym uwzględnieniem przetoczeń składników krwi oraz dane wypisowe. Podała, że były to hospitalizacje z przyczyn bezwzględnie pilnych wobec zagrożenia życia (grupa 1), hospitalizacje związane z koniecznością leczenia substytucyjnego składnikami krwi w przypadkach bezwzględnego wskazania do przetoczenia wobec bezpośredniego zagrożenia zdrowia (grupa 2), z których część zabiegów była planowa, oraz hospitalizacje w celu podania planowych, cyklicznych chemioterapii, bo odstąpienie od nich, nawet krótkotrwałe, mogło skutkować zagrożeniem życia i zdrowia.

Powód przedłożył do akt sądowych obszerną dokumentację medyczną wskazującą z imienia i nazwiska pacjentów, którym udzielił tych świadczeń opieki zdrowotnej, dokumentacja ta zawiera wskazanie numerów PESEL pacjentów, wyniki badań, opis zabiegów i inne istotne informacje pozwalające na ocenę, że były to zabiegi ratujące życie lub zdrowie pacjentów w rozumieniu wskazanych wyżej przepisów prawa.

W ocenie Sądu Apelacyjnego opinie biegłych nie muszą zawierać opisu każdego przypadku udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej ze wskazaniem imienia i nazwiska pacjenta i numeru PESEL, skoro dane te są wskazane w złożonej do akt dokumentacji medycznej. Istotna jest dokonana przez biegłych analiza każdego przypadku, co wynika z treści opinii, oraz ocena, że były to świadczenia udzielone w celu ratowania życia lub zdrowia. Nie ma podstaw do zakwestionowania wniosków opinii. W każdym z opiniowanych przypadków brak udzielenia świadczenia zdrowotnego w tym czasie skutkowałyby narażeniem życia lub zdrowia pacjentów.

Nie ma znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy w postępowaniu apelacyjnym stwierdzenie Sądu Okręgowego, że powód miał ograniczone możliwości negocjowania z pozwanym warunków finansowych umowy. Ogólnie można stwierdzić, że pozwany dysponuje niedostateczną wielkością środków na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, a świadczeniodawcy zawierają z nim umowy w tych okolicznościach, co stwarza pewne ograniczenia dla obu stron.

Niewątpliwe jest, że powód udzielił świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom wskazanym w złożonej do akt sądowych dokumentacji medycznej. Jest to też w istocie okoliczność niesporna, sporne jest zakwalifikowanie tych świadczeń do kategorii ratowania życia lub zdrowia pacjentów. W ocenie Sądu Apelacyjnego zebrane dowody są wystarczające do przyjęcia tej kwalifikacji. Regulaminy wewnętrzne czy zbiorcze raporty statystyk nie mogą przesądzać o tej kwalifikacji, bo nie odnoszą się bezpośrednio do stanów chorobowych poszczególnych pacjentów, a statystyki mają charakter wtórny.

Mając powyższe argumenty na uwadze, Sąd Apelacyjny oddalił apelację na podstawie art. 385 k.p.c. i zasądził od pozwanego na rzecz powoda koszty zastępstwa procesowego na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. i art. 99 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c.