

Sygn. akt V ACa 219/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 sierpnia 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – Wydział V Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Zbigniew Koźma (spr.)
Sędziowie:	SA Ewelina Jokiel SO del. Wojciech Modrzyński
Protokolant:	st. sekretarz sądowy Justyna Stankiewicz

po rozpoznaniu w dniu 21 sierpnia 2015 r. w Gdańsku na rozprawie
sprawy z powództwa (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w L.
przeciwko (...) w W. (...) w B.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w B.

z dnia 28 listopada 2014 r. sygn. akt I C 610/12

I. prostuje niedokładność w oznaczeniu strony pozwanej w zaskarżonym wyroku przez określenie pozwanego jako(...)W. (...) w B.” w odpowiednim przypadku;

II. oddala apelację;

III. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 2700 (dwa tysiące siedemset) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

Na oryginale właściwe podpisy.

Sygn. akt V ACa 219/15

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 27 września 2012 roku wniesionym przeciwko (...) (...) w B. powód (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w L. wniósł o zasądzenie kwoty 133.638,36 złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty oraz wraz z kosztami procesu. W toku procesu powód zmodyfikował żądanie w

zakresie odsetek ustawowych wnosząc o ich zasądzenie od dnia 15 lutego 2012 roku do dnia zapłaty. W uzasadnieniu żądania pozwu strona powodowa wskazała, iż łączyła ją z pozwanym umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, mocą której powód zobowiązał się do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Umowa zawierała określone limity udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących górną kwotę, jaką pozwany mógł zapłacić powodowi, przy czym pozwany nie zwracał kosztów udzielonych przez powoda świadczeń ponadlimitowych. Powód wskazał, iż w jego placówce medycznej niejednokrotnie zdarzają się sytuacje, w których istnieje konieczność udzielenia pomocy medycznej z uwagi na nałożone przez ustawodawcę obowiązki zawarte w treści ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i dentysty oraz w ustawie z dnia 30 czerwca 2011 roku o zakładach opieki zdrowotnej, jak i w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. W przedmiotowej sprawie, żądanie pozwu dotyczy zapłaty za świadczenia wykonane przez powoda w warunkach przymusu ustawowego w zakresie anestezjologii i (...) udzielone następującym pacjentom: J. M., I. S., A. K., A. J., J. S. (1), J. W. (1), S. J., A. T., I. K. (1), A. E., S. G. i J. G..

W odpowiedzi na pozew, pozwany wniósł o jego oddalenie i zasądzenie kosztów procesu. Strona pozwana ostatecznie zakwestionowała powództwo co do zasady, wskazując, iż świadczenia będące przedmiotem roszczenia finansowane są tylko w ramach kontraktu zawartego przez powoda z (...). Przy czym nie stanowią one świadczeń „nielimitowanych”, za jakie (...) zobowiązany jest zapłacić bez względu na limity określone w umowie. Tym samym powód ma prawo domagać się zapłaty jedynie za świadczenia do wysokości określonej kontraktem. Jedyną podstawą do dochodzenia dodatkowych środków jest udzielenie świadczenia w warunkach określonych w art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z

którym świadczeniodawca ma prawo do dodatkowych środków w przypadku udzielenia świadczeń w stanach nagłych ratujących życie lub zdrowie. W ocenie pozwanego powód w żaden sposób nie wykazał, aby taki stan zaistniał. Powód na bieżąco w przesyłanych raportach statystycznych nie kwalifikował dochodzonych niniejszym pozwem świadczeń jako ratujących życie, co faktycznie oznacza, iż świadczenia takiego charakteru nie miały. Pozwany wskazał ponadto, iż nie dysponuje własnymi środkami finansowymi, do dyspozycji ma jedynie środki pochodzące ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. W sposób oczywisty przeznaczenie większych środków na finansowanie działalności powoda spowoduje zmniejszenie środków przeznaczonych na finansowanie innych świadczeniodawców. Tym samym powód dochodząc roszczenia na drodze sądowej w istocie narusza prawo innych podmiotów do otrzymania zapłaty za zrealizowane przez nich świadczenia. Stanowi to istotę sprzecznego z zasadami współżycia społecznego korzystania z własnego prawa.

Sąd Okręgowy w B. wyrokiem z dnia 28 listopada 2014 r. w punkcie pierwszym zasądził od pozwanego (...) (...) w B. na rzecz (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w L. kwotę 133.638,36 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 15 lutego 2012 r. do dnia zapłaty, w punkcie drugim zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 3600 zł z tytułu zwrotu kosztów zastępstwa procesowego, a w punkcie trzecim nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w B. kwotę 9296,95 zł z tytułu zwrotu kosztów sądowych.

Sąd Okręgowy powyższy wyrok wydał w oparciu o ustalenie, iż w dniu 1 czerwca 2009 roku powód zawarł z pozwanym umowę nr (...) (...) której przedmiotem było udzielanie przez powoda jako świadczeniodawcy świadczeń opieki zdrowotnej. Umowa została zawarta na okres (...) Maksymalna kwota zobowiązania pozwanego z tytułu realizacji w okresie od dnia (...) została ostatecznie ustalona na kwotę 19.323.533,00 złotych. Pozwany zapłacił powodowi kwotę świadczeń do wysokości ustalonego limitu. Powód raportował pozwanemu świadczenia udzielone w 2011 roku drogą elektroniczną z użyciem (...), który służy wymianie danych pomiędzy (...) a świadczeniodawcami. O tym jak zakwalifikować dane świadczenie decyduje świadczeniodawca. Sąd I instancji ustalił ponadto, iż pozwany nie zapłacił za wykonane przez powoda w 2011 roku świadczenia ponadlimitowe z uwagi na brak środków. Sąd Okręgowy wskazał, iż świadczenia ponadlimitowe udzielone przez powoda w 2011 roku, które są objęte przedmiotem sprawy, dotyczyły zakresu (...)

(...). Wszystkie świadczenia objęte pozwem zostały udzielone pacjentom znajdującym się w stanie bezpośredniego zagrożenia utraty zdrowia lub życia. Sąd Okręgowy wskazał, iż pacjenci: A. E., J. W. (1), I. S. A. T., S. G., I. K. (2), A. J., S. J. w chwili przyjęcia na oddział (...) znajdowali się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i

niemożliwe było odroczenie wdrożenia procedur dostępnych w (...). Pomimo zastosowanego leczenia doszło do zgonu niektórych z pacjentów. Sąd I instancji ustalił, iż w przypadku pacjentów: J. S. (1), J. G., A. K., J. M. w chwili ich przyjęcia na oddział (...), stan zdrowia bezpośrednio zagrażał ich życiu i niemożliwym było odroczenie wdrożenia procedur dostępnych w (...). Sąd Okręgowy wskazał przy tym, iż w przypadku odmowy przyjęcia przez powoda pacjenta znajdującego się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia, pozwany ma możliwość nałożenia na powoda kary finansowej. Powyższy stan faktyczny Sąd I instancji ustalił w oparciu o przedstawione przez strony dokumenty, zeznania świadków, zeznania stron, a także opinię biegłego. Sąd I instancji uznał za wiarygodne dowody z dokumentów zebrane w sprawie, albowiem zostały sporządzone we właściwej formie, przewidzianej dla tego typu dokumentów, a strony w żaden sposób nie kwestionowały ich wiarygodności i prawdziwości. Autentyczność zgromadzonych dokumentów nie budziła również wątpliwości Sądu Okręgowego. Sąd I instancji wskazał, iż przyznał walor wiarygodności zeznaniom świadków: J. P., H. S., M. K., J. S. (2), A. L., P. C., J. K., E. M., I. M., K. O., W. P., L. R., M. Z., I. Z., oceniając je jako spójne, zgodne, logiczne i konsekwentne. Świadkowie ci uczestniczyli w leczeniu pacjentów oddziału(...)powodowego szpitala, ich zeznania korespondowały ze sobą i znalazły potwierdzenie w opinii biegłego. Świadkowie szczegółowo opisali charakter schorzeń pacjentów, jakim udzielono świadczeń medycznych objętych żądaniem pozwu. Sąd Okręgowy ocenił również jako wiarygodne zeznania świadka Z. M.. Świadek zeznał na okoliczności dotyczące mechanizmu rozliczania udzielonych przez powoda świadczeń leczniczych, a zeznania tego świadka znalazły potwierdzenie w znajdujących się w aktach sprawy dowodach z dokumentów. Za wiarygodne Sąd I instancji uznał także zeznania świadka B. S., J. H. oraz zeznania złożone w charakterze strony powodowej przez J. W. (2). Zarówno świadkowie zawnioskowani przez stronę

pozwaną, jak i zeznający w charakterze strony powodowej J. W. (3), potwierdzili okoliczności dotyczące zawarcia i realizacji przez powoda umów o udzielanie świadczeń medycznych, jak i fakt odmowy zapłaty za wykonane przez powoda świadczenia ponadlimitowe wynikające z braku dostatecznych środków finansowych. Sąd Okręgowy podzielił w całości wnioski wynikające z opinii biegłego(...) (...) (...), bowiem opinia ta jest logiczna i przekonująca i odpowiada wymogom zawartym w treści przepisu art. 285§ 1 k.p.c. Sąd I instancji podkreślił przy tym, iż biegły w sposób bardzo szczegółowy i skrupulatny analizował każdy przypadek wykonanego przez powoda świadczenia ponadlimitowego, wnioski sformułowane przez biegłego zostały przy tym uzasadnione w sposób przekonujący, przystępny i zrozumiały dla osób nie posiadających specjalistycznej wiedzy medycznej, wobec czego uznać należało opinię sporządzoną przez biegłego za miarodajną dla oceny stanu faktycznego przedmiotowej sprawy. Sąd I instancji wskazał ponadto, iż po zapoznaniu się z opinią biegłego żadna ze stron postępowania nie zgłosiła do niej merytorycznych zastrzeżeń.

Sąd Okręgowy w rozważaniach prawnych zawartych w uzasadnieniu przedmiotowego wyroku wskazał, iż w jego ocenie powództwo jest zasadne i w całości zasługuje na uwzględnienie. Zgodnie z treścią przepisu art. 19 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2014 roku, poz. 619) w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Zgodnie z art. 5 pkt. 33 przedmiotowej ustawy stan nagły to taki, o którym mowa w art. 3 pkt. 8 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. nr 191, poz. 140 ze zm.). Według tego przepisu stan nagły zagrożenia zdrowotnego to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Zgodnie natomiast z treścią przepisu art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2013r., poz. 217) podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Obowiązki wynikające z powyższych przepisów mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Sąd I instancji wskazał, że jeżeli zatem podmiot leczniczy, który zawarł z (...) umowę o świadczenie usług medycznych, udzielił świadczenia pacjentowi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ma roszczenie o

zapłatę za udzielone świadczenie względem (...). W orzecznictwie wypracowanym na kanwie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ale zdaniem Sądu I instancji niewątpliwie zachowującym aktualność także obecnie, powszechnie

wskazuje się, iż określone w umowach ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą przypadków, gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Jeżeli bowiem zachodzi ustawowy obowiązek natychmiastowego udzielenia świadczeń, to nie mogą one być limitowane umową (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 05.11.2003 roku, IV CK 189/02, LEX nr 164009). Uwzględniając powyższe rozważania natury ogólnej, posiłkując się zebranymi dowodami w sprawie w postaci dokumentów, opinii biegłego, zeznań świadków oraz zeznań stron, a także w oparciu o zasady doświadczenia życiowego, Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, że świadczenia z zakresu(...) (...) wykonane ponad limit zobowiązania wskazany w umowie za rok 2011, były świadczeniami podjętymi ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów. Tym samym w ocenie Sądu I instancji na pozwanym ciąży obowiązek zapłaty za przedmiotowe usługi medyczne wykonane przez powodowy zakład opieki zdrowotnej na rzecz świadczeniobiorców. Sąd Okręgowy wskazał ponadto, iż z opinii biegłego(...), (...) (...) wynika, że w przypadku każdego z udzielonych przez powoda świadczeń ponadlimitowanych objętych żądaniem pozwu, pozbawienie pacjenta opieki udzielonej w ramach świadczenia stanowiłoby zagrożenie dla jego życia lub zdrowia, zatem okoliczność ta w pełni wyczerpuje dyspozycję z art.3 pkt 8 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, a tym samym art. 5 pkt. 33 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Za słuszością wniosków wynikających z opinii biegłego przemawiają w ocenie Sądu I instancji także zasady doświadczenia życiowego, z których wynika, że nie ma możliwości przyjmowania na oddział (...) (...) powodowego szpitala innych pacjentów, niż tylko tych, których życie lub zdrowie jest zagrożone do tego stopnia, że wymagają oni stałej, nieprzerwanej kontroli stanu procesów życiowych. Zdaniem Sądu Okręgowego nie sposób zatem oczekiwać od personelu medycznego powodowej placówki, aby w takiej sytuacji odmówił przyjęcia, albowiem wówczas działałby wbrew ciążącemu na nim ustawowemu obowiązkowi ratowania życia lub zdrowia, co skutkowałoby koniecznością poniesienia odpowiedzialności karnej, a niejednokrotnie także i cywilnej. Nie da się bowiem przewidzieć, kiedy u innych pacjentów szpitala wystąpi nagle załamanie się procesów życiowych wymagających natychmiastowej interwencji(...)(...), która to pomoc nie będzie mogła być skutecznie udzielona na żadnym innym oddziale. Sąd Okręgowy

wskazał, iż zobowiązanie pozwanego do zapłaty powodowi za świadczone usługi medyczne wynika z umowy zawartej pomiędzy stronami o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej- zawartych na podstawie przepisu art. 132 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Zgodnie z treścią przepisu art. 155 ust.1 tej ustawy do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. Dokonując interpretacji umowy zawartej pomiędzy stronami należy odwołać się także do przepisu art. 56 k.c. i 65 k.c., a co do wykonania umowy art. 354 k.c., co oznacza, że łącząca strony umowa wywołuje nie tylko skutki wynikające z jej treści, ale także z innych przepisów ustawy, w tym z art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 roku, poz. 217) Z powyższego przepisu wynika wprost, iż udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta jest ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy. Odnosząc się do kosztów świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach określonych w treści przepisu art. 15 przedmiotowej ustawy, należy stwierdzić, iż zgodnie z treścią przepisu art. 56 k.c. mającego zastosowanie przy interpretacji umowy łączącej strony, koszty te należy włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, a tym samym obciążyć tymi kosztami pozwanego zarządzającego środkami publicznymi, z których świadczenia te powinny zostać pokryte. Wobec powyższego, w ocenie Sądu Okręgowego świadczeniodawcy przysługuje umowne wynagrodzenie nie tylko za ustalone i udzielone umową świadczenia opieki zdrowotnej, ale także za ponadlimitowe świadczenia udzielone ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. (vide wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 25 kwietnia 2013 roku, V ACa 136/13, Lex nr 1344033). W ocenie Sądu I instancji zatem powodowi należy się umowne wynagrodzenie od pozwanego za wykonane świadczenia zdrowotne bez względu na limit ustalony w zawartych umowach, jeżeli świadczenia za które powód dochodzi zapłat zostały udzielone w warunkach art. 15 ustawy o działalności leczniczej. Nie bez znaczenia jest również niekwestionowana przez stronę pozwaną okoliczność, że wszystkie świadczenia ponadlimitowe udzielone zostały przez powoda osobom posiadającym aktualne ubezpieczenie zdrowotne i koszty leczenia w tym przypadku pokryć musi i tak pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia. W ocenie Sądu I instancji, wbrew twierdzeniom zawartym w odpowiedzi na pozew, to właśnie ewentualne uznanie, że pozwany nie ma obowiązku pokrycia kosztów wynikających ze świadczeń ponadlimitowych udzielonych ubezpieczonym pacjentom w sytuacji istniejącego stanu zagrożenia dla

zdrowia i życia, spowodowałyby naruszenie zasad współzycia społecznego zgodnie z treścią przepisu art. 5 kc. W związku z powyższym Sąd

Okręgowy orzekł jak w punkcie I wyroku na podstawie wymienionych w uzasadnieniu przepisów. O odsetkach Sąd I instancji rozstrzygnął na mocy przepisu art. 481 § 1 i 2 kc. Uzasadniając rozstrzygnięcie o kosztach postępowania Sąd Okręgowy wskazał, iż zgodnie z art. 98 k.p.c. strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony. Pozwany przegrał niniejszą sprawę, wobec tego Sąd I instancji na podstawie przytoczonego wyżej przepisu i § 6 pkt 6 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. 2002 r., Nr 163, poz. 1349 ze zm.) zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 3600 zł tytułem zwrotu kosztów procesu, o czym orzekł w punkcie 2 wyroku. O kosztach sądowych Sąd orzekł jak w punkcie 3 wyroku na podstawie przepisu art. 113 ust.1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. z 2010 r. nr 90, poz. 594 ze zm.) w zw. z art. 98 k.p.c.

Od przedmiotowego wyroku została wniesiona apelacja przez pozwanego, który zaskarżył go w całości i zarzucił:

1) naruszenie prawa materialnego poprzez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych polegającą na przyjęciu, iż za świadczenia zdrowotne udzielone przez powoda, za które zapłaty się domaga, należy się dodatkowe wynagrodzenie, mimo niepodjęcia przez powoda żadnych czynności zmierzających do realizacji kontraktu w ustalonych limitach,

2) sprzeczność poczynionych przez Sąd I instancji ustaleń z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego przez bezzasadne przyjęcie, iż świadczenia zdrowotne udzielone przez powoda, za które domaga się zapłaty, nie podlegają ograniczeniom wynikającym z umowy, podczas gdy z zebranego w sprawie materiału dowodowego wynika, iż świadczenia objęte pozwem powinny zostać rozliczone w ramach limitów umownych, z uwagi na brak jakichkolwiek dowodów świadczących, iż powód uwzględnił w swojej działalności rezerwę na przyjęcie przypadków nagłych,

3) naruszenie prawa materialnego poprzez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie art. 5 k.c. i brak przyjęcia, że żądanie wskazane w pozwie stanowi nadużycie prawa ze względu na jego sprzeczność z zasadami współzycia

społecznego w rozumieniu art. 5 k.c., podczas gdy w istocie żądanie pozwu takie nadużycie prawa stanowi.

W oparciu o powyższe zarzuty pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości, względnie o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania, a także o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W uzasadnieniu apelacji skarżący podniósł, iż warunkiem uzyskania wynagrodzenia za nagle świadczenia ponadlimitowane jest wykazanie, iż przekroczenie limitu kontraktu nastąpiło pomimo prowadzenia racjonalnej polityki przyjęć, a więc uwzględniającej konieczność zachowania rezerwy na przyjęcia przypadków nagłych. W ocenie pozwanego powód nie wykazał, że uwzględnił konieczność zachowania rezerw na takie przyjęcia. Ponadto skarżący argumentuje w apelacji, iż kwestionuje stanowisko Sądu Okręgowego wyrażone w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, iż odmowa zapłaty za udzielone świadczenie stanowiłaby naruszenie zasad współzycia społecznego. Pozwany podniósł bowiem, iż w jego ocenie obciążenie go kosztami świadczeń ponadlimitowanych w sytuacji, gdy dysponuje ograniczonym budżetem i nie uzyskuje dodatkowych dochodów, stanowi nadużycie prawa zgodnie z art. 5 k.c.

Powód w odpowiedzi na apelację wniósł o jej oddalenie w całości oraz zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania sądowego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według spisu kosztów przedłożonego na rozprawie, a w razie jego braku według norm przepisanych. Powód podniósł, iż z uwagi na specyfikę oddziału (...) większość świadczeń wykonywana jest w sytuacjach nagłych, zatem nie może być mowy o uwzględnianiu rezerw czy przesuwaniu planowych zabiegów, a na oddział przyjmowano osoby bezwzględnie wymagające hospitalizacji.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja pozwanego jest niezasadna i podlegała oddaleniu.

Sąd Apelacyjny podziela w całości dokonane przez Sąd Okręgowy ustalenia faktyczne i wnioski i przyjmuje je jako własne.

W pierwszej kolejności wskazać należy, iż w ocenie Sądu Apelacyjnego niezasadny jest zarzut skarżącego dotyczący sprzeczności ustaleń faktycznych Sądu I instancji ze zgromadzonym materiałem dowodowym. Sprzeczność ustaleń Sądu z treścią zebranego materiału ma miejsce wówczas, gdy rozstrzygnięcie jest sprzeczne z tymi istotnymi dla

rozstrzygnięcia okolicznościami faktycznymi, które Sąd ustalił w toku postępowania, albo gdy wyprowadził logicznie błędny wniosek z ustalonych przez siebie okoliczności, albo wreszcie, gdy Sąd przyjął fakty za ustalone bez dostatecznej podstawy (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z 19 sierpnia 2009 r., sygn. akt I ACa 507/09, Legalis nr 270914). Zdaniem Sądu Apelacyjnego Sąd Okręgowy ustalił stan faktyczny w sposób prawidłowy, a ustalenia poczynił w oparciu o zgromadzony materiał dowodowy, co znalazło szczegółowe odzwierciedlenie w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku w części dotyczącej podstaw faktycznych rozstrzygnięcia. Sąd Apelacyjny nie znalazł podstaw do podważenia dokonanych przez Sąd I instancji ustaleń faktycznych, albowiem okoliczności faktyczne stanowiące podstawę rozstrzygnięcia wynikają w sposób logiczny i prawidłowy ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego.

Uzasadniając podniesiony zarzut skarżący podniósł, iż uchybienie to polegać miało na bezzasadnym przyjęciu przez Sąd I instancji, iż powodowi należy się wynagrodzenia za świadczenia ponadlimitowe ratujące życie, w sytuacji, gdy w ocenie pozwanego brak jest jakichkolwiek dowodów świadczących o tym, iż powód uwzględnił w swojej działalności rezerwę na przyjęcie przypadków nagłych. Skarżący argumentował przy tym, iż powód nie przeprowadził dowodu na taką okoliczność, w związku z czym Sąd I instancji powinien uznać roszczenie powoda za niezasadne. W ocenie Sądu Apelacyjnego twierdzenia skarżącego są pozbawione racji, a odniesienie się do nich wymaga wyjaśnienia kwestii rozkładu ciężaru dowodu w niniejszej sprawie.

Obecnie, za utrwalone należy uznać poglądy judykatury, według których zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za świadczenia zdrowotne udzielane w warunkach określonych w poprzednio obowiązującym art. 7 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 ze zm., dalej „u.z.o.z.”), a obecnie w art. 15 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 618 ze zm., dalej „u.d.l.”) i to niezależnie od tego, czy zostały one udzielone w ramach umowy zawartej z (...) oraz ustalonych w tej umowie limitów świadczeń, czy stanowiły tzw. świadczenia ponadlimitowe (por. przykładowo wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12.03.2009 r., V CSK 272/08 LEX nr 530613 i powołane w jego uzasadnieniu dalsze orzeczenia SN).

Jednocześnie też przyjmuje się, że na zakładzie opieki zdrowotnej, który dochodzi roszczenia o zapłatę za świadczenia medyczne udzielone pacjentom w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia ciąży obowiązek wykazania, że z uwagi na okoliczności poszczególnych przypadków zachodziła potrzeba natychmiastowego udzielenia tych świadczeń (por. wyżej

powołany wyrok SN, a także wyrok SN z 14.02.2008 r., II CSK 532/07, LEX nr 496387). W wyroku z dnia 12 marca 2009 r. w sprawie I CSK 272/08 (LEX nr 530613) Sąd Najwyższy wyraził dalej idącą tezę, że zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie, jeśli tylko wykaże, że nastąpiło to w sytuacji określonej w art. 7 u.z.o.z. Jest to więc jedyna okoliczność, której ciężar udowodnienia (obok wysokości dochodzonego roszczenia), obciąża świadczeniodawcę. W niniejszej sprawie w sposób nie budzący wątpliwości zostało przez powoda udowodnione, że wszystkie świadczenia zdrowotne objęte żądaniem pozwu zostały udzielone w warunkach przymusu ustawowego, czego na obecnym etapie postępowania pozwany już nie kwestionuje.

Istota zarzutów apelacji sprowadza się natomiast do tezy stawianej przez pozwanego, że wykazanie przez powoda, iż objęte sporem świadczenia medyczne miały przymiot nagłości, nie przesądza o obowiązku zapłaty za te świadczenia.

Zdaniem pozwanego obok tej okoliczności powód winien nadto wykazać, że spornych świadczeń nie mógł wykonać w ramach limitu finansowania określonego w łączącej strony w 2011 roku umowie o wykonanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Co do zasady należy podzielić pogląd skarżącego, że nie każde świadczenie zdrowotne udzielane w warunkach art. 7 u.z.o.z. i art. 15 u.d.l. powinno być opłacane ponad ustalony w umowie limit finansowania, gdyż podważałoby to sens przeznaczenia określonych środków w ramach umowy na finansowanie właśnie takich świadczeń. Do wyczerpania maksymalnego limitu finansowania świadczeń określonego w umowie, wydatki na świadczenia ratujące życie i zdrowie pacjenta nie podlegają odrębnemu finansowaniu. Dopiero w razie każdorazowego wyczerpania kwoty określonej w umowie, świadczenia wykonane w ramach przymusu ustawowego powinny być finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia ponad określony w umowie limit (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 18.01.2006 r., V CSK 60/05, LEX nr 258565, z dnia 13.10.2006 r., III CSK 123/06, LEX nr 258671).

W kontekście powyższego wyłania się zagadnienie rozkładu ciężaru dowodu okoliczności, że sporne świadczenia medyczne udzielane przez powoda pacjentom w sytuacji zagrożenia ich życia i zdrowia powinny być wykonane w ramach umownego limitu finansowania określonego w umowie łączącej strony.

W ocenie Sądu Apelacyjnego ciężar udowodnienia tych okoliczności obciążał pozwanego.

W myśl art. 6 k.c. ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Skoro zatem pozwany twierdził, że powodowy szpital mógł wykonać świadczenia objęte pozwem w niniejszej sprawie w ramach umówionego

wartościowego limitu zakontraktowanych świadczeń z zakresu(...) (...), to winien tę okoliczność udowodnić. Jak wyżej wskazano, co do zasady pozwany obowiązany jest do zapłaty za świadczenia ponadlimitowe udzielane w sytuacji określonej w art. 7 u.z.o.z., czy art. 15 u.d.l., a więc wykazanie wszelkich wyjątków od tej zasady obciążało pozwanego. Tymczasem podnosząc zarzuty: niewłaściwego wykorzystywania przez powoda przyznanej w umowie puli środków finansowych, niewłaściwego planowania udzielanych świadczeń bez pozostawienia bieżącej rezerwy na wypadki nagle, niewłaściwego oznaczenia wykonanych świadczeń jako ratujących życie celem uzyskania w pierwszej kolejności finansowania świadczeń planowych, pozwany nie tylko nie powołał na te okoliczności żadnych dowodów, ale usiłował przerzucić ciężar ich udowodnienia na powoda. Takie też stanowisko podtrzymywał w apelacji.

Z treści umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne łączącej strony w 2011 roku wynika, że ogólna kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda wynosiła maksymalnie 19.323.533,00 zł. Zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową w okresie rozliczeniowym (rocznym) określał „Plan rzeczowo – finansowy” stanowiący załącznik(...) do umowy. Z załącznika tego wynika, że na świadczenia zdrowotne (...) – hospitalizacja zakontraktowano kwotę 850.068 zł (k. 22). Zgodnie z ustalonym planem rzeczowo – finansowym kwota ta podlegała równemu podziałowi na okresy sprawozdawcze (miesięczne), co dawało na każdy miesiąc kwotę 70.839,00 zł (k. 25-26).

Sposób wykonania omawianej umowy oraz metodologię rozliczeń z pozwanym wyjaśnił w swoich zeznaniach na rozprawie w dniu 28 lutego 2014 r. świadek Z. M. zatrudniony w powodowym szpitalu na stanowisku kierownika działu statystyki, sprawozdawczości i informacji medycznej. Świadek ten zeznał, iż informatycy zatrudnieni w dziale nadzorowanym przez niego tworzyli raport statystyczny dla (...) z wykonanych świadczeń w danym okresie statystycznym na podstawie danych wprowadzonych do systemu informatycznego świadczeniodawcy w poszczególnych oddziałach powodowego szpitala. O kwalifikacji świadczenia jako ratującego życie decydował zatem lekarz dokonując odpowiedniej adnotacji przy wprowadzaniu danych do systemu informatycznego w komórkach organizacyjnych szpitala. Świadek dalej wyjaśnił, że po wprowadzeniu danych do systemu informatycznego pozwanego zwanego (...) generowany był raport zwrotny, w którym wskazywano błędy, które następnie były usuwane w drodze korekty raportu. Z zeznań tego świadka wynikało również, iż zdarza się, że za świadczenie ratujące życie pozwany nie płaci, jeżeli świadczenie nie mieści się w limicie na dany okres. (...) może też

zmienić samodzielnie kolejność zapłaty za poszczególne świadczenia w ramach świadczeń ratujących życie, spośród których jednym może przyznać większy lub mniejszy priorytet. Świadczenia ratujące życie wykonane z przekroczeniem limitu w danym miesiącu „wisiały” zatem jako nierozliczone. Jednocześnie istnieje możliwość dokonywania korekty raportów przesyłanych do (...) maksymalnie do 45 dni po zakończeniu roku i w tym okresie powodowy szpital może dokonać zmiany oznaczenia świadczenia jako ratującego życie.

Pozwany argumentował, iż system (...) wybiera do zapłaty świadczenia, które zostały oznaczone przez szpital jako ratujące życie, a jeśli takich oznaczeń brakowało, to wybierał do zapłaty świadczenia pozostałe, tzw. planowe. W związku z powyższym pozwany zarzucał, że powód w raportach kierowanych do (...) pierwotnie nie oznaczył żadnego z świadczeń objętych podstawą faktyczną żądania pozwu jako ratującego życie, przez co celowo doprowadził do zapłaty przez pozwanego za świadczenia planowe, zamiast za ratujące życie, w granicach limitu. W ocenie Sądu Apelacyjnego pozwany mógłby uchylić się od obowiązku zapłaty za świadczenia ratujące życie, a nie oznaczone w ten sposób w raportach pozwanego, gdyby wykazał, że w ramach zakontraktowanej na 2011 rok kwoty maksymalnego finansowania, na oddziale (...) (...) powodowy szpital rozliczył inne świadczenia nie posiadające przymiotu nagłości, w sytuacji, gdy pozostawały z poprzednich miesięcy nierozliczone świadczenia wykonane w warunkach przymusu ustawowego. Nie do zaakceptowania byłaby bowiem sytuacja, gdyby powodowy szpital usiłował manipulować rozliczeniem świadczeń poprzez celowe kierowanie roszczeń o zapłatę za świadczenia o charakterze nagłym dopiero po wyczerpaniu limitu umownego, a w ramach tego limitu rozliczał świadczenia nie mające takiego przymiotu, choć istniałyby faktyczne i prawne możliwości rozliczenia świadczeń ratujących życie w ramach umówionego limitu. Jednakże takich okoliczności – jak już wyżej wskazano – pozwany nie udowodnił. Zwrócić bowiem należy uwagę na zeznania świadka J. H. złożone na rozprawie w dniu 5 czerwca 2013 r., która stwierdziła, że zdarza się, że pozwany nie płaci za świadczenia ratujące życie pomimo prawidłowego oznaczenia w systemie (...). Świadek wskazała bowiem, iż jeżeli świadczenie pierwotnie oznaczone jako ratujące życie nie zostało zapłacone, to znaczy, że suma świadczeń ratujących życie w danym miesiącu przekraczała sumę limitu. Świadek nie potrafiła także jednoznacznie wskazać jak system (...) dobierał ponadlimitowe świadczenia z poprzedniego miesiąca do zapłaty w kolejnych miesiącach w 2011 roku, ale aktualnie system najpierw rozlicza świadczenia bieżące nagłe i planowe z danego miesiąca, a dopiero w przypadku niewykonania może rozliczyć niezapłacone świadczenia ratujące życie z poprzednich miesięcy (k. 202-203 od 00:32:34 do 00:34:45).

Jednocześnie świadek zeznała, iż gdyby świadczenia będące podstawą roszczenia były oznaczone od początku jako ratujące życie, zostałyby zapłacone, o ile mieściłyby się w miesięcznym limicie. Natomiast świadek nie potrafiła się odnieść do pytania, czy zostałyby one zapłacone w kolejnych miesiącach, albowiem wymagałoby to w jej ocenie przeanalizowania wykonania umowy w 2011 roku pod kątem ustalenia, czy w kolejnych miesiącach także były nadwykonania (k. 202-203 od 00:35:34 do 00:36:37). Pamiętać także należy, że oddział szpitalny (...) (...) jest oddziałem szczególnym. Wprawdzie nie można wykluczyć, że wykonywane na tym oddziale świadczenia medyczne nie zawsze noszą cechy nagłości, ale są to wypadki sporadyczne. Nawet w sytuacji, gdy na oddział ten trafiają także pacjenci po poważnych zabiegach chirurgicznych przeprowadzonych na innych oddziałach, które są zabiegami planowanymi, to nie sposób przyjąć, aby szpital mógł racjonalnie prowadzić listy pacjentów oczekujących przyjęcia na ten oddział. Wszakże nie zawsze można przewidzieć, że stan pacjenta po operacji planowej będzie wymagał hospitalizacji na przedmiotowym oddziale, a nawet gdyby tak było, nie można wykluczyć, że w tym samym okresie sprawozdawczym zaistnieje inny wypadek nagły wymagający udzielenia świadczenia w warunkach przymusu ustawowego. Zauważyć także należy, iż pozwany ma wiedzę dotyczącą rodzaju świadczeń rozliczonych w 2011 r. z zakresu (...) (...) i miał możliwość zawnioskowania odpowiednich dowodów na okoliczność, czy powód miał możliwość rozliczenia świadczeń objętych sporem w granicach limitu przysługującego mu w 2011 r. Skoro bowiem skarżący podnosi w apelacji, iż powód powinien uwzględnić zachowanie rezerwy na przyjęcia przypadków nagłych w polityce przyjęć na oddział (...) (...), powinien wykazać jaki był zakres świadczeń innych niż ratujące życie zapłaconych w granicach limitu za 2011 rok, czego pozwany nie uczynił. Ubocznie jedynie wskazać należy, iż powód przedłożył dokumenty świadczące o podejmowaniu przez niego kroków zmierzających do dokonywania przesunięć środków pomiędzy poszczególnymi

zakresami umowy, co świadczy o aktywnej postawie powodowego szpitala w zakresie dostosowania umowy zawartej z pozwanym do realnego zakresu zapotrzebowania na świadczenia medyczne.

Reasumując powyższe rozważania uznać należy, że z uwagi na brak inicjatywy dowodowej pozwanego w zakresie podnoszonej przez niego okoliczności, iż powód miał możliwość rozliczenia świadczeń objętych sporem w granicach limitu za 2011 r. i powinien był zachować odpowiednią rezerwę na przypadki świadczeń ratujących życie, kwestie te nie były przedmiotem ustaleń Sądu I instancji. Stąd niezasadny jest zarzut sformułowany w

apelacji dokonania sprzecznych ustaleń faktycznych z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego.

W ocenie Sądu Apelacyjnego nie jest również zasadny zarzut skarżącego naruszenia art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 581, dalej „u.ś.o.z.”) polegający na przyjęciu, iż świadczenia zdrowotne udzielone przez powoda, za które domaga się zapłaty, należy się dodatkowe wynagrodzenie, mimo niepodjęcia przez powoda żadnych czynności zmierzających do realizacji kontraktu w ustalonych limitach. W świetle poczynionych przez Sąd Apelacyjny rozważań wskazać należy, iż pozwany nie wykazał podnoszonych przez siebie okoliczności, iż powód miał możliwość rozliczenia spornych świadczeń w granicach limitu wynikającego z umowy, a brak zapłaty za te świadczenia wynika z niewłaściwego oznaczenia tych świadczeń jako ratujące życie i braku uwzględnienia rezerwy na przyjęcia nagłe. Wobec powyższego niezasadne jest twierdzenie, iż rozstrzygnięcie Sądu Okręgowego zostało wydane z naruszeniem art. 19 u.ś.o.z. Zgodnie z art. 19 ust. 1 tej ustawy w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie, a na mocy ust. 2 w przypadku gdy świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym są udzielane przez świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca ma prawo do tych świadczeń w niezbędnym zakresie. Art. 19 ust. 4 stanowi z kolei, iż świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Artykuł ten zatem stanowi podstawę dochodzenia od pozwanego wynagrodzenia za nagłe świadczenia ratujące życie udzielone przez podmiot leczniczy, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (por. wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z 19 stycznia 2012 r., sygn. akt I ACa 1337/11, LEX nr 1164675). W doktrynie można znaleźć także pogląd, iż art. 19 u.ś.o.z. stanowi również podstawę dochodzenia wynagrodzenia za ponadlimitowe świadczenia ratujące życie udzielone przez świadczeniodawcę posiadającego zawartą umowę, albowiem w zakresie przekraczającym wartościową ilość świadczeń wynikających z umowy taki podmiot powinien być traktowany tak samo jako świadczeniodawca, który takiej umowy nie zawarł (por. A. Pietraszewska-Macheta, Komentarz do art.19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, LEX). Skoro zatem świadczeniodawcy, który nie ma zawartej umowy, przysługuje roszczenie o zapłatę wynagrodzenia od (...) za świadczenia nagłe ratujące życie, to nie można takiego roszczenia pozbawiać świadczeniodawcy mającego

zawartą umowę, jeżeli nie miał on możliwości wykonać świadczeń ratujących życie w granicach udzielonego limitu.

W związku z tym, że wszystkie świadczenia medyczne, za które powód domaga się zapłaty, zostały wykonane w warunkach, o jakich mowa w art. 7 u.z.o.z., czy też art. 15 u.d.l., a jednocześnie brak jest podstaw do przyjęcia, że sfinansowanie tych świadczeń mogło nastąpić w ramach maksymalnych kwot finansowania wynikających z umowy łączącej strony z uwagi na brak wykazania tych okoliczności przez pozwanego, to roszczenie powoda o zapłatę za wykonane świadczenia było uzasadnione.

W ocenie Sądu Apelacyjnego niezasadny jest również zarzut pozwanego naruszenia art. 5 k.c. Wskazać bowiem należy, iż powoływanie się na naruszenie zasad współzycia społecznego wymaga sprecyzowania, jaka konkretnie zasada została naruszona oraz wskazania pełnej treści powoływanej zasady (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 grudnia 2006 r., sygn. akt IV CSK 263/06, Lex nr 257664). Skarżący nie sprecyzował natomiast, jaka zasada miała być naruszona przez powoda. Ponadto Sąd Apelacyjny podziela konstatację Sądu I instancji, iż za sprzeczne z zasadami współzycia społecznego uznać należałoby pozbawienie powoda prawa do wynagrodzenia za świadczenia ratujące życie wykonane w warunkach przymusu ustawowego. W doktrynie wyrażono bowiem pogląd, iż zasady

współzicia społecznego nie pozostają w sprzeczności z przepisami Konstytucji RP, a wręcz przepisy ustawy zasadniczej wyrażają te zasady (por. komentarz do art. 5 k.c. - red. K. Pietrzykowski, Kodeks cywilny. Komentarz do art. 1 – 449¹⁰. Tom I, C.H.Beck 2015 r, Legalis). W związku z powyższym zwrócić należy uwagę, iż zgodnie z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a zgodnie z ustępem 2 obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. Adresatem normy wyrażonej w art. 68 ust. 2 są władze publiczne, na których spoczywa obowiązek stworzenia odpowiednich instytucji umożliwiających zapobieganie chorobom, a w razie ich wystąpienia umożliwienie odpowiedniego ich zwalczania, leczenia (por. B. Banaszak, Komentarz do art. 68 Konstytucji RP, C.H. Beck 2012 r., Legalis). Warunki i zakres udzielania świadczeń zdrowotnych przez publiczną służbę zdrowia reguluje ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 581), która w art. 19 ust. 1 nakłada na podmioty lecznicze obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych w sytuacjach nagłych. Artykuł 68 ust. 2 Konstytucji RP w sposób wyraźny przesądza o tym, że świadczenia publicznej opieki zdrowotnej finansowane są ze środków publicznych, a zatem

ze środków będących w dyspozycji pozwanego. W związku z powyższym sytuacja, w której powodowa spółka miałaby ponieść ekonomiczny ciężar świadczeń zdrowotnych udzielonych w ramach przymusu ustawowego, stanowiłaby naruszenie zaakceptowanych powszechnie wartości, których wyrazem jest norma wyrażona w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP.

Reasumując powyższe rozważania, w ocenie Sądu Apelacyjnego zarzuty apelacji pozwanego nie zasługiwały na uwzględnienie, w związku z czym na mocy art. 385 k.p.c. apelację należało oddalić, o czym Sąd Apelacyjny orzekł w punkcie pierwszym sentencji wyroku.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Apelacyjny orzekł w punkcie drugim sentencji wyroku na mocy art. 108 § 1 k.p.c. w zw. z art. 98 § 1 i § 3 k.p.c. przy zastosowaniu § 6 pkt. 6 w zw. z § 13 ust. 1 pkt. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 461 ze zm.).