

Sygn. akt V ACa 469/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 listopada 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – Wydział V Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Artur Lesiak (spr.)
Sędziowie:	SA Katarzyna Przybylska SA Włodzimierz Gawrylczyk
Protokolant:	starszy sekretarz sądowy Justyna Stankiewicz

po rozpoznaniu w dniu 5 listopada 2015 r. w Gdańsku na rozprawie

sprawy z powództwa (...) w B.

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

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w B.

z dnia 27 lutego 2015 r. sygn. akt I C 898/13

I. prostuje oznaczenie strony powodowej w zaskarżonym wyroku w ten sposób, że w miejsce słów „(...)” wpisuje słowa „(...)”;

II. oddala apelację;

III. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 5400 (pięć tysięcy czterysta) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

Na oryginale właściwe podpisy.

Sygn. akt V ACa 469/15

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 27 lutego 2015r. Sąd Okręgowy w B. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 551.856,24 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 lutego 2013r. do dnia zapłaty, zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 7.217 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego, a kosztami, od których ponoszenia zwolnione były strony obciążył Skarb Państwa.

Podstawą tego rozstrzygnięcia były następujące ustalenia faktyczne i rozważania Sądu pierwszej instancji.

Powód w 2012r. działał jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, który udzielał świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Powód w 2012r. uzyskiwał środki finansowe od pozwanego w trybie przewidzianym ustawą z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r. nr 164, poz. 1027 ze zm.).

Powód zawarł z pozwanym umowę (...)której przedmiotem było udzielanie przez powoda jako świadczeniodawcy świadczeń opieki zdrowotnej. Umowa została zawarta na okres od dnia 1 stycznia 2012r. do dnia 31 grudnia 2016r. Kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia 2012r. wyniosła 23.878.412 zł. Kwota ta następnie została zwiększona do kwoty 48.000.848 zł. Umowny limit świadczeń zdrowotnych (...)określono na kwotę 3.440.580 zł. Powód faktycznie wykonał świadczenia zdrowotne z tego zakresu na kwotę 3.992.364,48 zł.

Pozwany w dniu 27 grudnia 2013r. przekazał powodowi propozycję sfinansowania nadwykonań(...)na kwotę 337.538,24 zł. Kwota ta miała dotyczyć świadczeń które oznaczone zostały przez powoda jako ratujące życie.

Powód raportował pozwanemu świadczenia udzielone w 2012r. drogą elektroniczną z użyciem (...). Świadczenia, które w raportach przesyłanym pozwanemu nie zostały oznaczone jako ratujące życie i zdrowie dotyczyły pacjentów przyjętych na

(...)w trybie planowym, a których stan pogorszył się w trakcie hospitalizacji.

Świadczenia ponadlimitowe udzielone przez powoda w 2012r.(...)zostały udzielone pacjentom znajdującym się w stanie bezpośredniego zagrożenia utraty zdrowia lub życia. Na oddział (...)powodowego (...) przyjmowani są pacjenci z innych palcówek jak również leczeni na innych oddziałach, których stan zdrowia uległ w trakcie hospitalizacji pogorszeniu. Na oddziale tym nie ma możliwości utworzenia list kolejkowych.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o przedstawione przez strony dokumenty, zeznania świadków, zeznania złożone w charakterze strony pozwanej przez E. K., a także opinię biegłego.

Sąd uznał za wiarygodne dowody z dokumentów zebrane w sprawie, albowiem zostały sporządzone we właściwej formie, przewidzianej dla tego typu dokumentów. Strony w żaden sposób nie kwestionowały ich wiarygodności i prawdziwości. Autentyczność zgromadzonych dokumentów nie budziła również wątpliwości Sądu.

Sąd przyznał walor wiarygodności zeznaniom świadka M. S. oceniając je jako spójne, zgodne, logiczne i konsekwentne. Świadek ten uczestniczyła w leczeniu pacjentów oddziału (...) powodowego (...). Zeznania świadka znalazły potwierdzenie w opinii biegłego. Jako wiarygodne Sąd ocenił również zeznania świadka L. Z.. Świadek zeznawała na okoliczność dotyczące mechanizmu rozliczania udzielonych przez powoda świadczeń leczniczych, zeznania świadka znalazły potwierdzenie w znajdujących się w aktach sprawy dowodach z dokumentów. Za wiarygodne Sąd uznał także zeznania świadka B. S., J. H. oraz zeznania złożone w charakterze strony pozwanej przez E. K.. Zarówno świadkowie zawnioskowani przez stronę pozwaną, jak i zeznająca w charakterze strony pozwanej E. K., 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 finansowanych.

Sąd 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 podkreślił, 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 Sąd uznał opinię sporządzoną przez biegłego za miarodajną dla oceny stanu faktycznego przedmiotowej sprawy.

Sąd zaznaczył, iż po zapoznaniu się z opinią biegłego żadna ze stron postępowania nie zgłosiła do niej merytorycznych zastrzeżeń.

W ocenie Sądu Okręgowego, powództwo jest zasadne i w całości zasługuje na uwzględnienie.

Zgodnie z treścią przepisu art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2014r. poz. 619) w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Stan nagły, zgodnie z art. 5 pkt 33 w/w ustawy, to taki, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006r. 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 z treścią przepisu art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (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. Jeżeli zatem podmiot leczniczy, który zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o świadczenie usług medycznych, udzielił świadczenia pacjentowi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ma roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie względem Narodowego Funduszu Zdrowia. Sąd Okręgowy wskazał, że

w orzecznictwie wypracowanym na kanwie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ale 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 listopada 2003r., IV CK 189/02, LEX nr 164009).

Sąd I instancji doszedł do przekonania, że świadczenia (...)wykonane ponad limit zobowiązania wskazany w umowie za rok 2012, były świadczeniami podjętymi ze względu na stan zagrożenia życiu lub zdrowia pacjentów. Jak wynika z opinii biegłego (...)w przypadku każdego z udzielonych przez powoda świadczenia ponadlimitowego pozbawienie pacjenta opieki udzielonej w ramach świadczenia stanowiło zagrożenie dla jego życia lub zdrowia, zatem 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. Ponadto Sąd Okręgowy powołując się na zasady doświadczenia życiowego, wskazał, 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. W ocenie Sądu I instancji nie sposób oczekiwać od personelu medycznego powodowej placówki, aby w takiej sytuacji odmówił przyjęcia, albowiem wówczas działałby wbrew ciężącemu na nim ustawowemu obowiązkowi ratowania życia lub zdrowia, co skutkowałoby koniecznością poniesienia odpowiedzialności karnej, a niejednokrotnie także i cywilnej.

Zdaniem Sądu I instancji na pozwanym zatem ciąży obowiązek zapłaty za przedmiotowe usługi medyczne wykonane przez powodowy zakład opieki zdrowotnej na rzecz świadczeniobiorców. 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 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Zgodnie z treścią przepisu art. 155 ust. 1 w/w 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 Sąd odwołał się także do przepisu art. 56 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 art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. 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 w/w ustawy, Sąd stwierdził, 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 i tym samym należy obciążyć tymi kosztami pozwanego zarządzającego środkami publicznymi, z których świadczenia te powinny zostać pokryte. Wobec powyższego, 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 2013r., V ACa 136/13, Lex nr 1344033).

Powodowi należy się zatem umowne wynagrodzenie od pozwanego za wykonane świadczenia zdrowotne bez względu na limit ustalony w zawartych umowach, jeżeli świadczenia, za które powód dochodzi zapłaty zostały udzielone w warunkach art. 15 ustawy o działalności leczniczej.

W ocenie Sądu Okręgowego, wbrew twierdzeniom zawartym w pozwie, 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 tych pacjentów spowodowałoby naruszenie zasad współżycia społecznego określone w treści przepisu art. 5 k.c.

Mając powyższe okoliczności, Sąd Okręgowy orzekł jak w punkcie I wyroku na

mocy wyżej przytoczonych przepisów. O odsetkach Sąd rozstrzygnął na mocy przepisu art. 481 § 1 i 2 k.c.

O kosztach zastępstwa procesowego, na mocy art. 98 i nast. k.p.c., orzeczono jak w punkcie 2 wyroku, natomiast o kosztach sądowych Sąd orzekł jak w punkcie 3 wyroku, obciążając nimi Skarb Państwa.

Pozwany w wywiedzionej apelacji zaskarżył powyższy wyrok w całości, zarzucając:

- 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 materiału dowodowego wynika, iż świadczenia objęte pozwem powinny zostać rozliczone w limitach 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 współżycia społecznego w rozumieniu art. 5 k.c., podczas gdy w istocie żądanie pozwu takie nadużycie stanowi oraz równoczesne przyjęcie, iż odmowa zapłaty za świadczenia objęte pozwem stanowiłaby naruszenie zasad współżycia społecznego.

W oparciu o powyższe zarzuty pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości, względnie uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów

zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Powód w odpowiedzi na apelację wniósł o jej oddalenie i zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zaważył, co następuje:

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd Apelacyjny podziela dokonane przez Sąd Okręgowy ustalenia faktyczne i rozważania w zakresie oceny materiału dowodowego oraz podstawy prawnej rozstrzygnięcia, przyjmując je za podstawę także własnego rozstrzygnięcia i odwołuje się do nich bez potrzeby ich powtarzania.

Chybiony jest zarzut sprzeczności poczynionych przez Sąd I instancji ustaleń z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego. W wypadkach wymagających wiadomości specjalnych sąd zasięga opinii biegłych (art. 278 § 1 k.p.c.). Opinia biegłego ma na celu ułatwienie sądowi rozeznania i zrozumienia dziedziny wymagającej wiadomości specjalnych. Zadaniem biegłego powołanego w niniejszej sprawie było udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy świadczenia zdrowotne, za które zapłaty dochodzi powód zostały udzielone w stanach nagłych ratujących życie. Z opinii biegłego (...)wynika w sposób bezsporny, że wszystkie świadczenia, które zostały przez powoda udzielone pacjentom były świadczeniami ratującymi życie lub zdrowie pacjentów i zostały udzielone w trybie nagłym, tj. w stanie, gdy odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo życia.

W tej sytuacji, skoro sporne świadczenia zostały udzielone w stanach nagłych, zastosowanie ma art. 19 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który nakłada na świadczeniodawcę obowiązek udzielenia pomocy pacjentom niezależnie od zakresu przyznanego limitu. Sąd Apelacyjny w składzie rozpoznającym niniejszą apelację podziela pogląd zaprezentowany przez Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 27 sierpnia 2015r., zgodnie z którym udzielanie świadczeń w stanach nagłych jest ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy o charakterze bezwzględny i koszt wykonania świadczenia, którego umowa nie przewidywała ze względu na jego rodzaj lub wyczerpanie limitu,

nie może obciążać ani świadczeniodawcy, ani świadczeniobiorcy. Podmiotowi leczniczemu, który zawarł umowę (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługuje roszczenie o wynagrodzenie za wykonanie ponadlimitowych świadczeń w stanie nagłym w wysokości uzasadnionych kosztów ich udzielenia. (vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 sierpnia 2015r., sygn. III CSK 455/14, LEX nr 1800063). Jak już wykazano powyżej wszystkie przypadki pacjentów objęte powództwem zostały były dokładnie analizowane przez biegłego, który jednoznacznie i kategorycznie stwierdził, że wszystkie z nich dotyczyły stanów nagłych, w których udzielone przez powoda świadczenia były świadczeniami ratującymi życie lub zdrowie. Z tych przyczyn podnoszone przez pozwanego argumenty dotyczące konieczności dostosowywania udzielanych przez powoda świadczeń do możliwości finansowych płatnika – NFZ nie mogą odnieść zamierzonego skutku.

Nie może też odnieść skutku zarzut naruszenia art. 5 k.c. Skoro bowiem świadczenia zostały udzielone w stanach nagłych, ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia świadczeniobiorców, to nie sposób zarzucić powodowi, który takich świadczeń udzielił, że domagając się pokrycia kosztów udzielenia tych świadczeń od pozwanego narusza zasady współżycia społecznego. Wskazane powyżej orzeczenie Sądu Najwyższego jednoznacznie wskazuje, że w takich sytuacjach przysługuje świadczeniodawcy względem Narodowego Funduszu Zdrowia roszczenie o wynagrodzenie za wykonanie ponadlimitowych świadczeń. Należy również pamiętać, że beneficjentem świadczeń są osoby ubezpieczone, które opłacając składkę ubezpieczeniową mają prawo oczekiwać, że będzie im udzielona niezwłocznie bezpłatna pomoc medyczna. Powód nie może odmówić udzielenia tych świadczeń z uwagi na przekroczenie umówionego z pozwanym limitu, bądź też uzależniać ich udzielenia od ich sfinansowania przez ubezpieczonego, skoro to pozwany w związku z pobieranymi składkami jest zobowiązany do pokrywania tych kosztów (art. 97 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). Obowiązkiem pozwanego jest więc takie zarządzanie środkami, o których mowa w art. 116 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, aby możliwe było sfinansowanie świadczeń należnych osobom ubezpieczonym. Rozwiązanie problemu braku wystarczającej ilości tych środków będących w dyspozycji (...)nie może być przerzucane na

powoda czy świadczeniobiorców, a do tego w istocie prowadziłyby uwzględnienie podniesionego przez pozwanego zarzutu.

W tym stanie rzeczy nie podzielając wskazanych wyżej zarzutów apelacji ani argumentacji zgłoszonej na ich poparcie, na podstawie art. 385 k.p.c. oddalono apelację.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c. w zw. z art. 108 § 1 k.p.c. w zw. z § 6 pkt 7 w zw. z § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (t.j. Dz. U. 2013r. poz. 490 ze zm.).