

Sygn. akt V ACa 852/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 maja 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – Wydział V Cywilny w składzie:

Przewodniczący:	SSA Jacek Grela
Sędziowie:	SA Artur Lesiak (spr.) SA Irma Kul
Protokolant:	sekretarz sądowy Małgorzata Naróg

po rozpoznaniu w dniu 6 maja 2016 r. w Gdańsku na rozprawie
sprawy z powództwa(...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w L.
przeciwko (...) w W.
o zapłatę
na skutek apelacji pozwanego
od wyroku Sądu Okręgowego w B.
z dnia 23 czerwca 2015 r. sygn. akt I C 181/14

I. oddala apelację;

II. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 2.700 (dwa tysiące siedemset) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

Na oryginale właściwe podpisy.

Sygn. akt V ACa 852/15

UZASADNIENIE

Powód (...) Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w L. w pozwie przeciwko (...) (...) w B. wniósł o zasądzenie na jego rzecz od pozwanego łącznie kwoty 88 179 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 lutego 2012r. W toku procesu powód cofnął żądanie zasądzenia kwoty 1 530 zł z tytułu świadczenia udzielonego M. M. (1) z uwagi na zaspokojenie roszczenia przez pozwanego.

W uzasadnieniu strona powodowa wskazała, iż łączyła ją z pozwanym umowa o udzielanie 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 dentystry 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. Żądanie pozwu dotyczy zapłaty za świadczenia wykonane przez powoda w warunkach przymusu ustawowego.

W odpowiedzi na pozew pozwany (...)w B. 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. 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. 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. Nadto pozwany podnosił, iż powód jest podmiotem profesjonalnym, działającym na rynku usług medycznych od wielu lat, powinien zatem zaplanować przyjęcia pacjentów „planowych” w taki sposób, aby uwzględnić pewien margines dla pacjentów przyjmowanych w trybie nagłym.

Strony podtrzymały swoje stanowiska w toku dalszego postępowania.

Wyrokiem z dnia 23 czerwca 2015r. Sąd Okręgowy w B. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 78 999 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 lutego 2012r. do dnia zapłaty, umorzył postępowanie w zakresie żądania zapłaty kwoty 1 530 zł, oddalił powództwo w pozostałej części i nie obciążył pozwanego kosztami postępowania.

Sąd I instancji wskazał, że powyższy wyrok oparł na następujących ustaleniach faktycznych i rozważaniach prawnych:

Powód (...)Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w L. udziela świadczeń zdrowotnych w ramach publicznej służby zdrowia. W dniu 1 czerwca 2009r. powód zawarł z pozwanym umowę nr(...)której przedmiotem było udzielanie przez powoda jako świadczeniodawcy świadczeń opieki zdrowotnej. Umowa została zawarta na okres od dnia 1 czerwca 2009r. do dnia 31 grudnia 2011r. i przewidywała maksymalną kwotę zobowiązania pozwanego. Pozwany zapłacił powodowi kwotę świadczeń do wysokości ustalonego limitu.

Sąd Okręgowy ustalił, że objęte sporem świadczenia udzielone pacjentom: T. K., K. K. (1), Z. K. (1), D. K., R. K., M. K. (1), Z.

K., W. K. (1), M. K. (2), N. K., E. K., P. L., R. L., W. M., R. M. (1), E. M. (1), T. M. (1), G. M., R. M. (2), J. M., S. M., M. M. (2), Z. N., J. O., W. O., M. O., T. P. były świadczeniami ratującymi życie i zdrowie wskazanych pacjentów. Takimi świadczeniami nie były natomiast sporne świadczenia udzielone pacjentom R. J., F. P., A. K., T. M. (2). Wskazał Sąd, że wartość świadczeń wykonanych na rzecz w/w pacjentów w stanach bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia wyniosła 78 999 zł, natomiast wartość pozostałych świadczeń 7 650 zł.

Sąd Okręgowy wskazał, że powód raportuje pozwanemu świadczenia drogą elektroniczną i zobowiązany jest do tworzenia list kolejkowych. Jednocześnie powód nie może odmówić świadczenia w stanach nagłego zagrożenia zdrowia i życia. Na powoda nałożono grzywnę za nieprzyjęcie pacjentki, która zmarła za kilka dni w innym szpitalu. Powód raportował pozwanemu świadczenia za 2011r., zgłaszał także wnioski o przesunięcia środków i zwiększenia limitów. Powód nie oznaczył w systemie spornych świadczeń jako świadczenia ratujące życie, przy czym zdarzały się także przypadki, że gdy to czynił nie otrzymywał zapłaty. Za sporne świadczenia powód nie otrzymał zapłaty.

Powyższy stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił w oparciu o przedstawione przez strony dokumenty, zeznania świadków, zeznania stron, 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. Za wiarygodne Sąd I instancji uznał zeznania świadków M. S. (1), J. K., J. B., K. O., S. S., L. R., M. B. oraz W. K. (2) co do stanu pacjentów, których dotyczyły sporne świadczenia w zakresie, w jakim korespondowały one z wnioskami zawartymi w opinii biegłego. Tym samym Sąd uznał za niewiarygodne zeznania świadka S. S. co do kwestii stanu zdrowia pacjentów A. K. oraz F. P., świadka M. B. co do stanu zdrowia pacjenta T. M. (2) oraz świadka M. S. (2) co do stanu zdrowia pacjentów E. M. (2) i J. O.. Sąd miał na względzie, że świadkowie zeznawali w oparciu o okazaną im dokumentację medyczną pacjentów, przy czym w przeważającej części zeznania te dotyczyły oceny działań świadków, lekarzy – pracowników powoda, którzy zdecydowali o udzieleniu spornych świadczeń. Zdaniem Sądu Okręgowego bardziej obiektywne były wnioski sformułowane w oparciu o tą samą dokumentację medyczną przez biegłego sądowego i w swym rozstrzygnięciu Sąd oparł się na tych właśnie wnioskach. Opinia biegłego dr n. med. M. J. (1) została w ocenie Sądu Okręgowego sporządzona w sposób fachowy, rzetelny i wyczerpujący, zaś wnioski z niej płynące były jasne i logiczne.

Sąd przydał także walor wiarygodności zeznaniom świadków T. Z., A. G. oraz B. S. dotyczących realizacji przez powoda umów o udzielanie świadczeń medycznych - w szczególności procedury zgłaszania świadczeń i ich rozliczania, a także faktu wnioskowania przez powoda o zwiększenie limitu świadczeń. Kwestie te pozostawały w istocie bezsporne, przy czym zasadność odmowy zapłaty co do spornych świadczeń, podlegała analizie w świetle całokształtu okoliczności sprawy.

Sąd dał także wiarę zeznaniom złożonym w charakterze strony powodowej przez J. W., w których wskazywał on na procedury obowiązujące w szpitalu dotyczące ratowania życia i zdrowia pacjentów, w szczególności na okoliczność braku możliwości odmowy przyjęcia takiego pacjenta, fakt ukarania szpitala grzywną za brak przyjęcia pacjentki, która zmarła w innym szpitalu po kilku dniach, brak oznaczenia świadczeń w systemie jako ratujących życie, przy czym także na przypadki braku zapłaty przez pozwanego za świadczenia w ten sposób oznaczane. W ocenie Sądu, zeznania te były szczerze i spójne, a także wiarygodne z punktu widzenia zasad doświadczenia życiowego.

W ocenie Sądu Okręgowego, powództwo okazało się uzasadnione w znaczącej części.

W rozważaniach prawnych wyroku Sąd I instancji wskazał, że zgodnie z treścią przepisu art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 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 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym. 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 zaś z treścią przepisu art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Przepis ten koresponduje z uregulowaniem art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zgodnie z którym 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 Okręgowy wskazał, że jak wynika z materiału dowodowego, a w szczególności opinii biegłego M. J. (2), świadczeniami medycznymi wypełniającymi wskazane powyżej przesłanki ustawowe były objęte sporem świadczenia udzielone pacjentom: T. K., K. K. (1), Z. K. (1), D. K., R. K., M. K. (1), Z. K. (2), W. K. (1), M. K. (2), N. K., E. K., P.

L., R. L., W. M., R. M. (1), E. M. (1), T. M. (1), G. M., R. M. (2), J. M., S. M., M. M. (2), Z. N., J. O., W. O., M. O., T. P.. Takimi świadczeniami wedle opinii biegłego nie były natomiast świadczenia udzielone pacjentom R. J., F. P., A. K. i T. M. (2), bowiem schorzenia występujące u wymienionych osób to schorzenia o charakterze przewlekłym, a zabiegi u nich wykonane nie stanowiły zabiegów ratujących życie w rozumieniu ustawy. Tym samym w ocenie Sądu I instancji powodowi należy się zapłata za świadczenia udzielone pierwszej grupie pacjentów. Wartość tych świadczeń wedle niezakwestionowanych wyliczeń powoda wynosiła łącznie 78 999 zł (86 649 zł – 7 650 zł tj. wartość świadczeń nieobjętych ustawowym przymusem udzielenia świadczeń).

Zważył Sąd Okręgowy, iż obowiązki wynikające z przepisu art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Jeżeli zatem podmiot leczniczy, który zawarł z (...)umowę o świadczenie usług medycznych, udzielił świadczenia pacjentowi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, to ma on roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie względem (...). Sąd Okręgowy wskazał, że w orzecznictwie wypracowanym na kanwie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ale niewątpliwie zachowującym aktualność także obecnie (w szczególności w odniesieniu do świadczeń mających miejsce przed zmianą przepisów), powszechnie wskazuje się, iż określane 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 2003 roku, IV CK J89/02, LEX nr 164009). Zdaniem Sądu nie sposób również 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.

Sąd I instancji wskazał również, że zobowiązanie pozwanego do zapłaty powodowi za świadczone usługi medyczne wynika z umowy zawartej pomiędzy stronami o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej - zawartej 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 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 Okręgowy odwołał się także do przepisu art. 56 i 65 k.c., a co do wykonania umowy do art. 354 k.c., podkreślając, 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 roku o działalności leczniczej. Jak zważył Sąd I instancji 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 Okręgowy 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 obciążyć tymi kosztami pozwanego zarządzającego środkami publicznymi, z których świadczenia te powinny zostać pokryte. Wobec powyższego, zdaniem Sądu I instancji, 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 (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 25 kwietnia 2013r., V ACa 136/13, Lex nr 1344033).

Uwzględniając powyższe Sąd Okręgowy uznał, że powodowi należy się umowne wynagrodzenie od pozwanego za wykonane świadczenia zdrowotne w kwocie 78 999 zł bez względu na limit ustalony w zawartych umowach. Podkreślił Sąd, że istotnym jest to, iż o zakwalifikowaniu świadczeń, jako objętych „ustawowym przymusem” ich udzielenia, decyduje ich specyfika i charakter, nie zaś ich późniejsze oznaczenie w systemie informatycznym.

Mając powyższe okoliczności na względzie, Sąd Okręgowy na podstawie w/w przepisów zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 78 999 zł. O odsetkach Sąd rozstrzygnął na mocy przepisu art. 481 § 1 i 2 k.c. W zakresie, w

jakim powód cofnął pozew zrzekając się przy tym roszczenia, Sąd postępowanie umorzył. W pozostałym zakresie Sąd Okręgowy powództwo oddalił.

W związku z brakiem wniosku strony powodowej reprezentowanej przez profesjonalnego pełnomocnika o zwrot kosztów postępowania, Sąd nie nałożył na pozwanego takiego obowiązku.

Pozwany nie zgodził się z rozstrzygnięciem Sądu I instancji i 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

4) współzycia 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 współzycia społecznego.

W oparciu o powyższe zarzuty pozwany wniósł o zamianę 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.

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 (poza świadczeniami wykonanymi na rzecz pacjentów F. P., R. J., A. K. i T. M. (2)) 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 z (...) 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 poza czterema przypadkami, 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 – (...) 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 (...) 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 pozwanego 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, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację.

Stosownie do treści art. 108 k.p.c. w zw. z art. 98 § 1 i § 3 k.p.c. i art. 99 k.p.c., zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu, zasadnym jest zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania apelacyjnego w kwocie 1 800 zł, o czym Sąd Apelacyjny orzekł w punkcie drugim sentencji wyroku. Wartość przedmiotu zaskarżenia wynosiła 78 999 zł. Zatem w oparciu o § 6 pkt 6 w zw. z § 13 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (t.j. Dz. U. z 2013r. poz. 461 ze zm.), przy zastosowaniu 50% stawki minimalnej, należało zasądzić kwotę 1 800 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.