

Sygn. akt V ACa 89/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 maja 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – Wydział V Cywilny w składzie:

Przewodniczący:	SSA Jacek Grela (spr.)
Sędziowie:	SA Włodzimierz Gawrylczyk SO del. Teresa Karczyńska - Szumilas
Protokolant:	st. sekretarz sądowy Justyna Stankiewicz

po rozpoznaniu w dniu 28 maja 2015 r. w Gdańsku na rozprawie

sprawy z powództwa (...)w T.

przeciwko (...) w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w B.

z dnia 19 listopada 2014 r. sygn. akt I C 28/14

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.

Sygn. akt V ACa 89/15

UZASADNIENIE

Powód zażądał od pozwanego zasądzenia kwoty 207.944, 80 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty wraz z kosztami procesu. Roszczenie swoje wywodził z ponadlimitowych świadczeń medycznych. Pozwany wniósł o oddalenie powództwa.

Wyrokiem z dnia 19 listopada 2014 r. Sąd Okręgowy w B.:

1. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 207.944,80 zł (dwieście siedem tysięcy dziewięćset czterdzieści cztery złote 80/100) z odsetkami ustawowymi od dnia 15 stycznia 2014 do dnia zapłaty,

2. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 7200 zł (siedem tysięcy dwieście złotych 00/100) z tytułu zwrotu kosztów procesu.

Podjęte rozstrzygnięcie uzasadnił w następujący sposób:

Powód jest (...). W dniu 25 stycznia 2011 roku powód zawarł z pozwanym umowę nr (...) o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej - świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Wartość zobowiązania Oddziału (...) wobec powoda jako świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia 2011 roku została określona w umowie na kwotę 1988.000,00 zł. Ilość takich świadczeń udzielonych przez powoda w 2011 roku wyniosła 19455 osobodni, stawka osobodnia wynosi 71 złotych. Łączna wartość udzielonych przez powoda świadczeń tego rodzaju wyniosła 2287277,07 zł. Pozwany z tytułu udzielenia w 2011 roku świadczeń opieki zdrowotnej- świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej zapłacił powodowi kwotę 1987.977,28 zł. Pozwany nie zapłacił powodowi należności za świadczenia udzielone w miesiącu styczniu i lutym 2011 roku. Wpłaty dokonane przez pozwanego na poczet miesiąca stycznia 2011 roku i miesiąca lutego 2011 roku zostały następnie zarachowane na poczet świadczeń udzielonych przez powoda w miesiącach późniejszych, na co powód nie miał wpływu.

Powód raportował pozwanemu świadczenia udzielone w 2011 roku drogą elektroniczną z użyciem (...), system ten służy wymianie danych pomiędzy (...) a świadczeniodawcami. Raporty przesyłane przez powoda odnośnie wykonanych świadczeń nie zawierały błędów. Świadczenia objęte żądaniem pozwu nie zostały oznaczone w raportach przesyłanych przez powoda jako ratujące życie.

Świadczenia objęte żądaniem pozwu zostały przez powoda udzielone pacjentom wymagającym całodobowej (...) ci w tzw. skali B. określającej sprawność pacjenta otrzymali o punktów. Są to osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji. Pacjenci ci wymagają całodobowej profesjonalnej opieki, leczenia przeciwdrożdżynowego, leczenia dietami przemysłowymi, pielęgnacji rurek tracheotomicznych. Świadczenia te w ramach potrzeby udzielane tym pacjentom wykonywane są przez profesjonalny zespół pielęgniarek, rehabilitantów, diabetyków, lekarzy konsultantów, psychiatrów, neurologów. Opieka sprawowana jest w przeważającej mierze nad pacjentami całkowicie leżącymi i samodzielnie niefunkcjonującymi i nie może być ona im zapewniona w warunkach domowych. Natomiast pacjenci nieleżący, zazwyczaj są to osoby z głębokim otępieniem, wymagają także całodobowej profesjonalnej pomocy. Pacjenci ci wymagali niezwłocznego - w odstępie kilku, bądź kilkunastu godzin, udzielenia świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Zaniechanie udzielenia im tych świadczeń groziłoby pogorszeniem się ich stanu zdrowia, a nawet utratą życia.

Pacjenci ci trafiali do placówki powoda najczęściej ze szpitala po zakończeniu procesu leczenia na oddziale intensywnej terapii, neurologii czy oddziału psychogeriatrycznego, bądź też zostali skierowani do zakładu powoda w trybie administracyjnym - na podstawie decyzji wydanych przez Prezydenta Miasta T. odnośnie skierowania pacjentów do placówki opiekuńczo – zdrowotnej powoda lub o przedłużeniu ich pobytu w tej placówce.

Pozwany z uwagi na brak środków finansowych nie zapłacił powodowi za udzielone przez niego świadczenia objęte żądaniem pozwu.

Powyższy stan faktyczny Sąd a quo 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.

Sąd przyznał walor wiarygodności zeznaniom świadków S. H. i A. F., oceniając je jako spójne, zgodne, logiczne i konsekwentne. Świadczenie ci uczestniczyli w leczeniu pacjentów w placówce powoda i ich zeznania korespondowały

ze sobą. Zeznania tych osób znalazły potwierdzenie w opinii biegłego. Świadkowie szczegółowo opisali charakter schorzeń pacjentów jakim udziela się świadczeń medycznych w placówce powoda.

Jako wiarygodne Sąd ocenił również zeznania świadka M. K.. Świadek zeznawała na okoliczność ilości, wartości oraz 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. oraz zeznania złożone w charakterze strony pozwanej przez E. K.. Zarówno świadek zawnioskowany przez stronę pozwaną, jak i zeznająca w charakterze strony 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.

Analogicznie Sąd ocenił zeznania G. Ś. złożone w charakterze strony powodowej, nie znajdując podstaw do zakwestionowania prawdziwości tych zeznań.

Sąd meriti w pełni dał wiarę pisemnej i ustnej opinii biegłego sądowego z dziedziny pielęgniarstwa J. K.. Biegły bardzo szczegółowo i dokładnie opisał świadczenia pielęgnacyjne, opiekuńcze świadczone w placówce powoda, a także ustalił, że skierowani pacjenci wymagali tych świadczeń z uwagi na zagrożenie uszkodzenia funkcji organizmu lub utraty życia. Swoje ustalenia biegły oparł na analizie zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej. Treść pisemnej opinii precyzyjnie odpowiada tezie dowodowej zawartej w postanowieniu o dopuszczeniu i przeprowadzeniu dowodu z opinii biegłego sądowego. Wnioski opinii były jasne, logicznie i wyczerpująco uzasadnione. Treść opinii oparta została na analizie dokumentacji zgromadzonej w aktach przedmiotowej sprawy, przy czym opinię sporządzono z uwzględnieniem zasad fachowej wiedzy i doświadczenia. Biegły na posiedzeniu w dniu 7 listopada 2014 roku w ustnej opinii uzupełniającej wyczerpująco ustosunkował się do zarzutów stron sformułowanych pod adresem wydanej opinii. Wyżej wymienione względy przemawiają za wiarygodnością powyższej opinii.

Sąd pierwszej instancji oddalił wniosek strony pozwanej o przeprowadzenie dowodu z uzupełniającej opinii biegłego, bowiem zmierzał on jedynie do przedłużenia przedmiotowego postępowania. Zaznaczyć przy tym należy, iż prawidłowość oceny stanu pacjentów powoda według skali B. nie była dotychczas kwestionowana przez stronę pozwaną. Nadto biegły w ustnej opinii uzupełniającej wyjaśnił, w jaki sposób dokonał oceny stanu zdrowia pacjentów i był gotowy do ewentualnego uzupełnienia opinii w tej części w oparciu o dostępną dokumentację medyczną pacjentów powoda. Pozwany z tej możliwości nie skorzystał.

W tym stanie rzeczy Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

W ocenie Sądu, powództwo zasługiwało na uwzględnienie w całości.

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. 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 (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 (Dz. U. z 2013r., poz. 217 t.j.) 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 (...) umowę o świadczenie usług medycznych, udzielił świadczenia pacjentowi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ma roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie względem Narodowego Funduszu Zdrowia. W orzecznictwie wypracowanym na kanwie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ale niewątpliwie zachowującym aktualność także obecnie, 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 05.11.2003 roku, IV CK 189/02, niepublikowany).

Uwzględniając powyższe rozważania natury ogólnej, Sąd a quo opierając się na zebranych w sprawie dowodach w postaci dokumentów, opinii biegłego, zeznań świadków oraz zeznań stron, a także w oparciu o zasady doświadczenia życiowego, doszedł do przekonania, że świadczenia z zakresu „świadczeń pielęgnacyjno – opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej wykonane ponad limit zobowiązania wskazany w umowie za rok 2011, były świadczeniami podjętymi ze względu na stan zagrożenia życiu lub zdrowia pacjentów. Tym samym na pozwanym ciąży obowiązek zapłaty za przedmiotowe usługi medyczne wykonane przez powodowy zakład opieki zdrowotnej na rzecz świadczeniobiorców. Jak wynika z opinii biegłego z dziedziny pielęgniarstwa, w przypadku każdego z udzielonych przez powoda świadczenia ponadlimitowego objętego żądaniem pozwu, 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. Za słuszością wniosków wynikających z opinii biegłego przemawiają także zasady doświadczenia życiowego, z których wynika, że nie ma możliwości przyjmowania do powodowej placówki innych pacjentów, niż tylko tych, których życie lub zdrowie jest zagrożone do tego stopnia, że wymagają oni stałej, nieprzerwanej kontroli stanu procesów życiowych. Nie sposób zatem 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. Z tych względów, wbrew twierdzeniom pozwanego, nie jest możliwe wdrożenie na tymże oddziale powoda listy kolejkowej.

Jednocześnie Sąd pierwszej instancji podkreślił, że fakt wskazania przez biegłego w opinii, że pacjenci wymagali niezwłocznego udzielenia pomocy nie daje podstaw do przyjęcia, że nie byli to pacjenci przyjęci w stanach nagłych. Biegły w ustnej opinii uzupełniającej wyjaśnił, że specyfika świadczeń udzielanych tym pacjentom powoduje, że mogą oni poczekać przez pewien czas na ich wykonanie jednak dłuższa zwłoka w ich podjęciu spowodowałaby niewątpliwie zagrożenie dla ich zdrowia i życia. Biorąc pod uwagę fakt, że świadczenia te mogły być udzielane tylko w powodowej placówce, a udzielanie im świadczeń w ramach opieki domowej było niemożliwe, powód nie mógł odmówić ich wykonania co czyni jego żądanie zasadnym.

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 należy odwołać 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 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 roku, poz. 217). Z przepisu tego wprost wynika, 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, 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, tym samym obciążyć nimi 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 2013 roku, 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. 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.

Mając powyższe okoliczności na względzie, Sąd Okręgowy orzekł jak w punkcie 1 wyroku na podstawie w/w przepisów. O odsetkach Sąd rozstrzygnął na mocy przepisu art. 481 § 1 i 2 k.c.

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 a quo na podstawie przytoczonego wyżej przepisu i § 6 pkt 7 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 7.200 zł tytułem zwrotu kosztów procesu (punkt 2 wyroku).

Powyższe orzeczenie zaskarżył apelacją pozwany i zarzucając naruszenie przepisów procesowych tj. art. 233 § 1 k.p.c., poprzez poczynienie przez Sąd I instancji ustaleń niemających odzwierciedlenia w dowodach poprzez przyjęcie w oparciu o opinię biegłego, że zostało udowodnione, iż sporne świadczenia były świadczeniami ratującymi zdrowie i życie w stosunku do pacjentów wymagających niezwłocznego ich udzielania w ramach opieki długoterminowej;

wniósł o:

- 1) zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości, względnie uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpatrzenia przez Sąd I instancji,
- 2) zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny ustalił i zważył, co następuje:

Apelacja okazała się nieuzasadniona.

Sąd Apelacyjny podziela i przyjmuje za swoje wszystkie istotne dla rozstrzygnięcia ustalenia Sądu pierwszej instancji oraz dokonaną ocenę prawną, o ile poniżej nie uznał odmiennie.

1. Na wstępie przypomnieć należy ugruntowaną w judykaturze regułę, a mianowicie, że w wypadku wyroku oddalającego apelację, wydanego na podstawie materiału zgromadzonego w postępowaniu w pierwszej instancji, sąd odwoławczy nie musi powtarzać dokonanych prawidłowo ustaleń; wystarczy stwierdzenie, że ustalenia sądu pierwszej instancji podziela i przyjmuje za własne. Konieczne jest jednak ustosunkowanie się do wszystkich zarzutów apelacji (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23.02.2006 r., II CSK 126/05, niepublikowany).

Przywołać także należy zasadę, według której Sąd drugiej instancji rozpoznający sprawę na skutek apelacji nie jest związany przedstawionymi w niej zarzutami dotyczącymi naruszenia prawa materialnego, wiążą go natomiast zarzuty dotyczące naruszenia prawa procesowego; w granicach zaskarżenia bierze jednak z urzędu pod uwagę nieważność postępowania (por. uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 31.01.2008 r., III CZP 49/07, OSNC 2008, nr 6, poz. 55).

W przedmiotowej sprawie nie występują okoliczności, które mogłyby świadczyć o nieważności postępowania.

2. W ocenie Sądu ad quem chybiony okazał się zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c.

Należy zauważyć, że skarżący formułując powyższy zarzut (k. 284 akt), de facto nawiązał również do zarzutu błędów w poczynionych ustaleniach faktycznych.

Poprzedzając dalszy wywód trzeba zwrócić na wstępie uwagę, że aby móc rozważać kwestię ewentualnej wadliwości poczynionych przez Sąd orzekający ustaleń faktycznych, należy w pierwszym rzędzie poddać analizie ocenę zebranego materiału dowodowego. Należy bowiem podkreślić, że w zakresie wykazywania określonych uchybień postępowania dowodowego funkcjonuje swoista gradacja. Najpierw dowody powinny być prawidłowo zebrane, następnie właściwie ocenione przy uwzględnieniu zasad wynikających z treści art. 233 k.p.c., z kolei zaś powinny być poczynione odpowiednie ustalenia faktyczne. W rezultacie, zarzut naruszenia zasady swobodnej oceny dowodów i zarzut błędu w poczynionych ustaleniach faktycznych, to dwa różne zarzuty, choć ze sobą powiązane.

Gdy chodzi o zarzut naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c., a więc normy zakreślającej Sądowi granice oceny zebranego materiału dowodowego, to przypomnieć należy, że do jego naruszenia mogłoby dojść tylko wówczas, gdyby skarżący wykazał uchybienie podstawowym regułom służącym ocenie wiarygodności i mocy poszczególnych dowodów, tj. regułom logicznego myślenia, zasadzie doświadczenia życiowego i właściwego kojarzenia faktów (tak m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16.12.2005 r., III CK 314/05, niepublikowany).

Powyższą regułę należy rozwinąć i rozumieć w ten sposób, że nawet jeżeli na podstawie zebranego materiału dowodowego, można wywnioskować inną wersję wydarzeń, zbliżoną do twierdzeń skarżącego, ale jednocześnie wersji przyjętej przez Sąd pierwszej instancji nie można zarzucić rażącego naruszenia szeroko pojętych reguł inferencyjnych, to stanowisko skarżącego stanowić będzie tylko i wyłącznie polemikę ze słusznymi i prawidłowymi ustaleniami Sądu.

Wniesiona apelacja nie zawiera przekonującej argumentacji, która mogłaby wskazywać na to, że Sąd meriti naruszył podstawowe zasady logicznego rozumowania i inferencji. Należy zauważyć, że Sąd a quo przy ocenie świadczeń wykonywanych przez powoda w istocie w dużej mierze oparł się na dowodzie z opinii biegłego. Jednakże nie można tracić z pola widzenia, że swoje konkluzje wywiódł również z pozostałego materiału dowodowego, w tym z osobowych źródeł dowodowych i treści dokumentów, a także sięgając do zasad doświadczenia życiowego. Strona pozwana nie podważyła wiarygodności tych dowodów ani sposobu logicznego rozumowania Sądu pierwszej instancji.

Zdaniem skarżącego opinia biegłego jest zbyt ogólna, głównie z tej przyczyny, że sięgnięto w niej do skali B., która nie może być uważana za wiarygodną i niepodważalną.

Otóż, niewątpliwie każda opinia oparta jest o pewien system badawczy, metody badawcze czy skale. Biegły winien wyjaśnić dlaczego posługuje się danym narzędziem. W przedmiotowej sprawie biegły przybliżył tę kwestię (k. 248 - 249 akt). W szczególności skala B. wykorzystywana była w dokumentach źródłowych, z których biegły korzystał przy sporządzaniu opinii.

Zdaniem Sądu drugiej instancji za trafnością założeń biegłego i zastosowaniem przez niego przedmiotowej skali, świadczy jeszcze jedna okoliczność.

W pierwszej kolejności jednakże należy przypomnieć charakterystykę skali B..

Przyjmuje się, że jest to międzynarodowa skala powszechnie stosowana w ocenie sprawności chorego, a co za tym idzie - jego zapotrzebowania na opiekę. Taki formularz oceny wypełniają np. pielęgniarki środowiskowe, by pacjent mógł uzyskać skierowanie do opieki długoterminowej. Na skalę B. składa się dziesięć czynności dnia codziennego, takich jak np. spożywanie posiłków, poruszanie się, ubieranie, rozbieranie, higiena osobista, korzystanie z toalety czy kontrolowanie czynności fizjologicznych. Ocenia się zdolność chorego do samodzielnego ich wykonywania. Przede wszystkim chodzi o zdiagnozowanie, jakie czynności i w jakim stopniu chory może wykonać samodzielnie, z czyjąś pomocą lub w ogóle. W skali B. można uzyskać 100 pkt. Są trzy przedziały oceny: uzyskanie od 0 do 20 pkt oznacza całkowitą niesamodzielną, od 20 do 80 pkt oznacza, że w jakimś stopniu pacjent potrzebuje pomocy innych, a ocena

w granicach 80 do 100 pkt oznacza, że przy niewielkiej pomocy chory może funkcjonować samodzielnie. Uzyskanie 40 pkt w skali B. lub mniejszej ich liczby powoduje zakwalifikowanie chorego do opieki długoterminowej - oznacza to bowiem, że wymaga on stałej opieki.

Wskazana charakterystyka skali nie pozwala jeszcze na uczynienie z niej miarodajnej metody kwalifikowania pacjentów pod względem ich zapotrzebowania na opiekę i jej zakresu. Jednakże zyskuje ona na znaczeniu poprzez wprowadzenie jej do aktualnie obowiązującego systemu prawnego. Otóż, w grudniu 2010 r. skala B. została wprowadzona w Polsce rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2010 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2010 r., Nr 255, poz. 1719). W myśl § 1 ust. 2 cyt. rozporządzenia w § 5 zmienianego rozporządzenia ust. 1 i 2 otrzymały brzmienie:

"1. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 4 ust. 1, są udzielane świadczeniobiorcy wymagającemu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a nie wymagającemu hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą poziomu samodzielności, zwaną dalej "skalą B.", otrzymał 40 punktów lub mniej. W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia nie stosuje się warunku dokonania oceny skalą B..

2. Do zakładu opiekuńczego nie przyjmuje się świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą B. otrzymał 40 punktów lub mniej, jeżeli podstawowym wskazaniem do objęcia go opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.";

Zgodnie z § 1 ust. 3 cyt. rozporządzenia w § 9 zmienianego rozporządzenia ust. 2 otrzymał brzmienie:

"2. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w ust. 1, są udzielane świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą B. otrzymał 40 punktów lub mniej."

Do cyt. rozporządzenia dołączony został załącznik zawierający ocenę świadczeniobiorcy wg skali B..

Bez względu na treść przepisu przejściowego § 2 cyt. rozporządzenia, jak również zmiany normatywne spowodowane wejściem w życie kolejnych aktów prawnych, skala B. od chwili wprowadzenia jej do porządku prawnego po dzień dzisiejszy wykorzystywana jest do oceny świadczeniobiorcy wymagającego opieki, co potwierdza § 5 aktualnie obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2013 r., poz. 1480) oraz dołączony do niego załącznik nr 3 stanowiący wzór karty oceny świadczeniobiorcy, odwołującej się właśnie do skali B..

Reasumując, biegłemu sporządzającemu w sprawie opinię, nie tylko nie można zarzucić, że posiłkował się skalą B., ale wręcz przeciwnie stwierdzić trzeba, że taki spoczywał na nim obowiązek.

W rezultacie należało przyjąć, że Sąd pierwszej instancji nie naruszył zasady swobodnej oceny dowodów. Daje to możliwość przejścia do następnego etapu, a mianowicie zbadania prawidłowości poczynionych w sprawie ustaleń faktycznych.

Wbrew twierdzeniom apelacji (k. 285 akt), zebrany w sprawie materiał dowodowy, w tym opinia biegłego oparta o skalę B., dał jednoznaczną podstawę do przyjęcia, że sporne świadczenia stanowiły świadczenia ratujące życie i zdrowie, a pacjenci wymagali niezwłocznego ich udzielenia w ramach opieki długoterminowej. Biegły wyjaśnił, że celowo użył pojęcia „niezwłoczność”, gdyż „natychmiastowość”, jego zdaniem oznacza sekundy lub minuty. Dodał, że pacjenci, których stan zdrowia oceniał, wymagali udzielenia świadczeń w przeciągu kilku godzin. Brak tych świadczeń, pociągnąłby negatywne skutki dla ich stanu zdrowia (k. 249 akt).

W ocenie Sądu Apelacyjnego nie powinno być zatem wątpliwości, że stan zdrowia tych osób (leżących, bez kontaktu, bez możliwości wykonania czegokolwiek – k. 249v akt) oraz bezwzględna potrzeba udzielenia im odpowiednich

świadczeń medycznych, uprawnia do tezy, że były to przypadki nagłe, wymagające w istocie natychmiastowej pomocy ratującej ich życie i zdrowie.

Podsumowując stwierdzić należy, że Sąd a quo dokonał właściwej oceny zebranego materiału dowodowego i na jego podstawie poczynił prawidłowe ustalenia faktyczne. W rezultacie zarzuty pozwanego w tym zakresie okazały się chybione.

Mając powyższe na względzie Sąd Apelacyjny orzekł jak w sentencji na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania apelacyjnego rozstrzygnięto na podstawie art. 108 § 1, 98 i 99 k.p.c. w zw. z § 2 ust. 1 i 2 w zw. z § 6 pkt 7 w zw. z § 12 ust. 1 pkt. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (tekst jednolity Dz. U. z 2013 r., poz. 490). Składało się na nie wynagrodzenie pełnomocnika powoda w kwocie 5400 zł.