

Sygn. akt V ACa 565/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 października 2014 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – Wydział V Cywilny w składzie:

Przewodniczący:	SSA Roman Kowalkowski
Sędziowie:	SA Maria Sokołowska SO del. Arkadiusz Kuta (spr.)
Protokolant:	stażysta Karolina Petruczenko

po rozpoznaniu w dniu 28 października 2014 r. w Gdańsku na rozprawie
sprawy z powództwa Szpitala (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w T.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W.
(...) w B.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego
od wyroku Sądu Okręgowego w B.

z dnia 1 kwietnia 2014 r. sygn. akt I C 658/13

I. prostuje zaskarżony wyrok w jego komparycji przez objęcie słów: Szpitala (...) - cudzysłowem;

II. oddala apelację;

III. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 2.700 (dwa tysiące siedemset) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu za II instancję.

Na oryginale właściwe podpisy.

Sygn. akt VACa 565/14

UZASADNIENIE

Szpital (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w T. wniósł o zasądzenie od N. F. Z. w W. (...) w B. kwoty 179.049 zł z ustawowymi odsetkami od dnia

1 stycznia 2013 roku do dnia zapłaty oraz kosztami procesu .

Pozwany N. F. Z. zażądał oddalenia powództwa oraz zasądzenia kosztów procesu .

Powód w piśmie procesowym z dnia 2 grudnia 2013 roku wskazał, że modyfikuje swoje żądanie i domaga się zasądzenia odsetek od dnia 14 lutego 2013 roku oraz koryguje należność główną do kwoty 178.366,76 zł. Oświadczenie to potraktowano jako częściowe cofnięcie pozwu na co pozwany, na rozprawie z dnia 3 grudnia 2013 roku, wyraził zgodę.

Sąd Okręgowy w B., wyrokiem z 14 maja 2013 roku, zasądził od N. F. Z. w W. (...) w B. na rzecz Szpitala (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w T. kwotę 178.366,76 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 15 lutego 2013 roku do dnia zapłaty, umorzył postępowanie w zakresie cofniętego powództwa, oddalił powództwo odnośnie odsetek za dzień 14 lutego 2013 roku oraz zasądził od pozwanego na rzecz powoda koszty procesu.

W uzasadnieniu ustalono, że 2012 roku powódkę wiązała z pozwanym umowa nr (...) zawarta 3 stycznia 2012 roku na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne, wykonywanych na rzecz pacjentów przez Szpital (...) sp. z o.o. w T. i utworzony przez niego (...) Szpital (...) w T., finansowanych ze środków publicznych. Powód realizował tą umowę w ramach przyznaných limitów na

udzielanie świadczeń zdrowotnych. Udzielił także świadczeń zdrowotnych ponadlimitowych, poza zawartą z NFZ umową, w ramach procedur ratujących życie na Oddziale Anestezjologii

i Intensywnej Terapii (OAIiT) na kwotę 178.366,76 zł. W dalszej części uzasadnienia Sąd pierwszej instancji opisał dziewięć przypadków udzielenia takich świadczeń przez wskazanie danych personalnych pacjenta, czasu i przebiegu leczenia, zastosowanych technik medycznych. Eksponowano wspólne cechy - udzielono świadczeń ratujących życie, a konieczność ich wykonania wynikała ze wskazań medycznych. Pacjenci spełniali wymagania NFZ, dotyczące możliwości rozliczeń poprzez punktację (...)28. Wszystkim udzielono świadczeń z zakresu intensywnej terapii i stwierdzono co najmniej 19 pkt w skali (...)28, przynajmniej w jednym dniu pobytu na OAIiT, co kwalifikowało ich już do odrębnego rozliczenia. Powód wzywał pozwanego do zapłaty za powyższe świadczenia. Pozwany odmówił. Nie miał środków na uregulowanie tych świadczeń.

Stan faktyczny Sąd pierwszej instancji ustalił na podstawie okoliczności bezspornych, przedłożonych dokumentów, zeznań świadka S. W., J. H. i B. S. oraz opinii biegłego z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii oraz medycyny ratunkowej z dnia 10 stycznia 2014 roku.

Wyjaśniano dalej, że N. F. Z. jest organem publicznym, który

realizuje dla obywateli konstytucyjny obowiązek państwa w postaci zapewnienia równego

dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Na powódce

ciążył natomiast ustawowy obowiązek udzielenia spornych świadczeń zdrowotnych

niezależnie od zawarcia z pozwanym umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W

myśl art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112

poz. 654 ze zm.) podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego

osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na

zagrożenie zdrowia lub życia. Jak wynika zaś z art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o

zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U. Nr 277 z 2011 roku, poz. 1634 ze zm.)

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 .

Obowiązki wynikające z powyższych przepisów mają charakter bezwzględny i wyprzedzają

ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne . Zakład opieki zdrowotnej

odmawiając udzielenia świadczeń zdrowotnych pacjentowi w sytuacji zagrożenia zdrowia

lub życia naraża się na odpowiedzialność cywilną , natomiast jego pracownicy - na

odpowiedzialność karną i dyscyplinarną z tytułu nieudzielenia pomocy . Cytowane przepisy

2

nakładają na zakład opieki zdrowotnej obowiązek niezwłocznego wykonania świadczeń zdrowotnych na rzecz każdej osoby , która znajdzie się w stanie nagłym , zagrażającym utratą życia lub zdrowia , bez względu na wysokość kontraktu , czy na liczbę takich pacjentów . Określone bowiem w umowach ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą przypadków , gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia . Obciążenie świadczeniodawców choćby częścią kosztów świadczeń ponadlimitowych oznaczałoby nałożenie na nich daniny publicznej w drodze pozaustawowej z naruszeniem art. 217 Konstytucji RP , według którego nakładanie danin publicznych następuje w drodze ustawy .

Uznał Sąd Okręgowy , że nie można zarzucić powodowi złej organizacji zakontraktowanych świadczeń z uwzględnieniem przypadków wymagających pilnej opieki medycznej oraz niewłaściwego gospodarowania przyznanym limitem . Także i sam pozwany w swoich pismach procesowych takiego zarzutu nie podnosił . Brak pieniędzy na sporne świadczenia nie może zaś prowadzić do oddalenia powództwa . Nie ma podstaw do uznania , że powód powinien sam sfinansować sporne świadczenia lub ich kosztami obciążać pacjentów bądź ich rodziny . Prawo do wynagrodzenia powódki za sporne świadczenia wynikało wprost z ustawy , a nie z wiążącej strony umowy z dnia 3 stycznia 2012 roku o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej . Pozwany nie kwestionował tego , że sporne świadczenia udzielone przez powódkę miały wartość 178.366,76 zł . O odsetkach od tej kwoty orzeczono na podstawie art. 481 § 1 i 2 zdania pierwszego k.c. zasądając je od dnia 15 lutego 2013 roku . Zgodnie z § 8 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zastosowanie miały ogólne warunki umów . Stosownie do § 27 ust. 2 i § 1 pkt 6 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81 z 2008r., poz. 484) rozliczenie wykonania umowy następowało najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego , to jest po upływie roku kalendarzowego . W konsekwencji ewentualny termin wymagalności spornych świadczeń , których dochodziła powódka za 2012 rok upłynął dopiero z dniem 14 lutego 2013 roku . Pozwany dopiero z dniem 15 lutego 2013 roku pozostaje w opóźnieniu z zapłatą spornej kwoty , co oznaczało , że najwcześniej od tej daty możliwe było zasądzenie odsetek .

W apelacji od opisanego wyroku N. F. Z. w W. zaskarżył

go w całości wnosząc o jego zmianę i oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie

kosztów procesu za obie instancje lub uchylenie i przekazanie sprawy Sądowi Okręgowemu

3

do ponownego rozpoznania.

Zarzucono naruszenie prawa materialnego , to jest art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 poz. 654 ze zm.) , art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191 poz. 1410 ze zm.) i art. 5 ust. 33 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach

opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 roku Nr 164 poz. 1027 ze zm.) przez ich błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie i w konsekwencji błędne przyjęcie , że świadczenia objęte pozwem były udzielone w stanach nagłych oraz , że przepisy te stanowią podstawę dochodzenia przed sądem roszczeń przez świadczeniodawców, którzy mają zawartą umowę z Funduszem . Dojść miało także do naruszenia art. 132 i 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 roku Nr 164 poz. 1027 ze zm.) przez błędne przyjęcie , że świadczenia zdrowotne udzielane w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego mogą być udzielane i finansowane bez zawartej umowy lub w wysokości przekraczającej określoną w umowie ilość i wartość świadczeń , a w konsekwencji kwotę wynikającą z planu finansowego Funduszu .

W uzasadnieniu zarzucano pominięcie znaczenia wiążącej strony umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej , a zatem także zarządzeń Prezesa N. F. Z. w sprawie określania warunków zawierania i realizacji takich umów . Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest umowa pomiędzy świadczeniodawcą , a dyrektorem Oddziału Wojewódzkiego Funduszu . Wysokość łącznych zobowiązań Funduszu nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu . Świadczenia nie mogą być finansowane bez zawartej umowy lub z przekroczeniem określonej w niej wartości świadczeń .

W odpowiedzi na apelację Szpital (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w T. zażądał jej oddalenia i zasądzenia kosztów postępowania apelacyjnego .

Sąd Apelacyjny w Gdańsku ustalił i zważył, co następuje :

Apelacja N. F. Z. w W. (...) w B. okazała się bezzasadna .

Sąd odwoławczy przyjmuje za własne ustalenia faktyczne poczynione w pierwszej

instancji . Węzłowe zagadnienia warto przypomnieć . Świadczenia , których koszty składają

4

się na zasądzoną w punkcie 1 zaskarżonego wyroku kwotę wykonano w szpitalu prowadzonym przez powoda w sierpniu i następnych miesiącach 2012 roku . Były świadczeniami ratującymi życie , a konieczność ich wykonania wynikała ze wskazań medycznych . Wszyscy pacjenci w chwili przyjęcia na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii znajdowali się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i niemożliwe było odroczenie wdrożenia procedur dostępnych w intensywnej terapii . Pacjenci ci zostali przyjęci na ten oddział w trybie nagłym . Udzielono im świadczeń mających ratować życie . U wszystkich pacjentów , którym udzielono świadczeń z zakresu intensywnej terapii stwierdzono co najmniej 19 pkt w skali (...) - 28 , przynajmniej w jednym dniu pobytu na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii . W tym czasie strony związane były umową na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne . Pozwany wypłacił należności Szpitala za wykonanie w 2012 roku świadczeń wprost w umowie wymienionych , a w tym przewidzianych w planie rzeczowo - finansowym procedur wdrożonych na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (załącznik numer 1 do umowy nr (...) - karta 21) . Kwota przypadająca powodowi z tego tytułu określona została na 853.424 zł. Jak wynika z tabeli, określającej ilość i wartość świadczeń finansowanych w granicach wskazanej kwoty oraz ilość i wartości świadczeń faktycznie wykonanych w ciągu roku (karta 64), której poprawności metodologicznej nie kwestionowano ani nie podważano prawdziwości ujawnionych w niej danych , w sierpniu wartość miesięcznego limitu przekroczonego o niemal 30.000 zł , począwszy od września suma wartości świadczeń dotychczas wykonanych przekroczyła sumę zakontraktowaną na okres od stycznia do września 2012 roku , a od października sumę przeznaczoną na cały rok . Ostatecznie różnica wartości świadczeń wprost w umowie określonych i rzeczywiście wykonanych wyniosła 179.044,84 zł. Powód dochodził ostatecznie kwoty niższej - sumy świadczeń dla dziewięciu pacjentów , którzy potrzebowali natychmiastowego udzielenia pomocy ze względu na zagrożenie dla ich życia . Sąd pierwszej instancji trafnie uznał, że dokumentacja medyczna , a zwłaszcza opinia biegłego , dają słuszne podstawy do takiej kwalifikacji tych przypadków . Przypomnieć tylko trzeba , że w każdym z nich występuje element pozwalający na uznanie za zdarzenie nagłe. Chodziło o hospitalizację z powodu ostrego zawału serca , niewydolności krążeniowo - oddechowej w przebiegu martwicy jelit i wstrząsu septycznego , ewentualnie przeniesienia bezpośrednio z bloku

operacyjnego lub oddziału szpitalnego po incydentach zatrzymania krążenia czy niewydolności oddechowej . Powód miał ustawowy obowiązek udzielenia niezwłocznej pomocy medycznej w celu ratowania zdrowia tych pacjentów.

Szpitalowi (...) spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w T.

5

przysługuje od N. F. Z. roszczenie o wynagrodzenie za świadczenia

ponadlimitowe spełnione na rzecz osób ubezpieczonych w okolicznościach , w których było zagrożone życie tych osób . Powołane już w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (obecnie tekst jednolity z 2013 roku Dziennik Ustaw pozycja 217) i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity z 2011 roku Dziennik Ustaw Numer 277 pozycja 1634 ze zm.) są adresowane bezpośrednio do zakładów opieki zdrowotnej i lekarzy . Wynika z nich , że udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia jest własnym ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy będącego zakładem opieki zdrowotnej czy lekarzem . Przepisy te mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne . Koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy zatem , zgodnie z art. 56 k.c. , włączyć do skutków , jakie wywołuje umowa zawarta między Narodowym Funduszem Zdrowia , a świadczeniodawcą (tu Spółkę Szpital (...)) i obciążyć nimi Fundusz zarządzający środkami publicznymi , z których powinny one być pokryte (za zapatrywaniami prawnymi Sądu Najwyższego zawartymi w uzasadnieniu wyroku z dnia 10 stycznia 2014 roku w sprawie I CSK 161/13 , które Sąd Apelacyjny podziela) . Określone w umowie nr (...)- (...) limity świadczeń zdrowotnych dla Oddziału Anestezjologii i Intensywnej (...) nie dotyczyły sytuacji , w których zaistniała konieczność natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na stan zagrożenia życia pacjentów . W rozstrzyganej sprawie powinność ich sfinansowania przez pozwanego wzmaga analiza zestawienia zakładanej wartości świadczeń udzielanych miesięcznie w granicach limitu i wykonanych rzeczywiście (patrz powołana wyżej tabela) . W okresie udzielania pomocy pacjentom wymienionym w pozwie powodowy Szpital wyczerpał już przewidzianą na 2012 rok liczbę i wartość świadczeń (w sierpniu przekroczono limit przypadający na ten miesiąc)

co nie prowadziło przecież do zniesienia obowiązków nałożonych cytowanymi przepisami , zwłaszcza że przedmiotem sporu są wydatki na procedury podejmowane w skrajnych przypadkach , na oddziale dającym techniczne możliwości ratowania i podtrzymania czynności organizmu . Wyraźnie podkreślić trzeba kwestię , która w uzasadnianiu zaskarżonego wyroku nie została w dostateczny sposób wyeksponowana , a przez apelanta pomijana jest zupełnie . Powód udzielił świadczeń na rzecz pacjentów wymienionych w pozwie poza limitem świadczeń , ale w granicach umowy nr (...) zawartej 3 stycznia 2012 roku na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne . Kontrakt ten wywiera bowiem skutki obligacyjne nie tylko literalnie w nim wyrażone , ale także te ,

6

które na mocy art. 56 k.c. wynikają z przepisów powołanych wyżej ustaw o działalności leczniczej oraz o zawodach lekarza i lekarza dentystry .

Do odmiennych wniosków nie prowadzi wykładnia przepisów wskazywanych w zarzutach apelacji to jest art. 3 pkt 8 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz art. 5 ust. 33 , 132 i 136 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych . Pierwszy z nich dotyczy definicji legalnej „ stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego ” . Po pierwsze ustawa dotyczy systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (art. 1) , w którego ramach działają tzw. „jednostki systemu ” (art. 2 ust. 2 pkt

2) . Oddziały anesteziologii i intensywnej terapii nie są wymieniane jako jednostki systemu (art. 32 ust. 1) . Ponadto opinia biegłego wskazuje , że pacjenci wymienieni w pozwie pozostawali w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego . Stąd bez znaczenia jest , że wspomniana definicja ma zastosowanie także w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 5 ust. 33) . Z przyczyn wymienionych wyżej , to jest uznania powinności pokrywania przez pozwanego świadczeń wykonanych w związku z art. 15 ustawy o działalności leczniczej , czyli w warunkach przymus ustawowego , jako objętych ex lege umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej , nie ma mowy o naruszeniu art. 132 i 136 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych .

W tym stanie rzeczy , na mocy art. 385 k.p.c., apelację pozwanego oddalono .

O kosztach procesu za drugą instancję postanowiono na podstawie art. 98§§ 1 i 3 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c. oraz przy zastosowaniu §§ 2 ust. 1 i 2 , 6 pkt 6 i 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (tekst jednolity z 2013 roku Dziennik Ustaw poz. 490) . Pozwany uległ w postępowaniu apelacyjnym w całości . Powód poniósł koszty procesu w kwocie 2.700 zł - równej wynagrodzeniu pełnomocnika udzielającego zastępstwa prawnego w drugiej instancji.