

Sygn. akt V ACa 571/16

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 27 lipca 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – V Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Jacek Grela
Sędziowie:	SA Artur Lesiak SO del. Leszek Jantowski (spr.)
Protokolant:	st. sekr. sądowy Joanna Makarewicz

po rozpoznaniu w dniu 27 lipca 2017 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 10 maja 2016 r., sygn. akt I C 90/14

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 571/16**

## UZASADNIENIE

Powód (...) sp. z o.o. w L. wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) (...) w B. kwoty 103.475,00 złotych wraz z ustawowymi odsetkami określonymi szczegółowo w pozwie.

W odpowiedzi na pozew pozwany (...) (...) w B. wniósł o jego oddalenie i zasądzenie kosztów procesu.

Wyrokiem z dnia 10 maja 2016 r., wydanym w sprawie o sygn. akt I C 90/14, Sąd Okręgowy w B. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 76.190,20 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 15 lutego 2012r. do dnia zapłaty, a w pozostałej

części powództwo oddalił. Nadto Sąd Okręgowy zniósł koszty zastępstwa procesowego między stronami i nakazał ściągnąć od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w B. kwotę 1.221,30 zł tytułem części kosztów sądowych w sprawie, a pozostałymi kosztami sądowymi w sprawie obciążył Skarb Państwa.

***Powyższe rozstrzygnięcie zapadło na podstawie następującego stanu faktycznego:***

Powód - (...)Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w L. udziela świadczeń zdrowotnych w ramach publicznej służby zdrowia.

W dniu 11 stycznia 2011 roku 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 stycznia 2011 roku do dnia 31 grudnia 2013 roku i przewidywała maksymalną kwotę zobowiązania pozwanego - pozwany zapłacił powodowi kwotę świadczeń do wysokości ustalonego limitu.

Objęte sporem świadczenia udzielone pacjentom: A. B. (1), A. L., K. B. (1), B. K., S. P., J. Ż., M. P., F. P., R. P., J. R., E. N., K. K., L. W., M. B., B. Z., J. S., K. M. (1), E. L., M. K. (1), K. B. (2), A. O., H. K., J. B. (1), A. P. i D. P., były świadczeniami ratującymi życie i zdrowie wskazanych pacjentów.

Takimi świadczeniami nie były natomiast sporne świadczenia udzielone pacjentom: R. W. - za kwotę 2.932,80 zł, C. L. za kwotę 5.101,20 zł, J. D. - 4.196,40, Z. A. - 2.496 zł, T. K. - 4.446 zł, G. J. - 1.404 zł, W. J. - 1.560 zł, P. Z. - 1.560 zł N. W. - 3.588 zł.

Wartość świadczeń wykonanych na rzecz w/w pacjentów w stanach bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia wyniosła 76.190,20 zł, natomiast wartość pozostałych świadczeń 27.284,40 zł.

Oceniając zebrany w sprawie materiał dowodowy Sąd Okręgowy 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 Okręgowy dał wiarę zeznaniom świadków M. G., P. C., J. B. (2), A. K., A. B. (2), M. K. (2), A. A., G. B., wskazując, że korespondują one z dokumentacją medyczną.

Sąd Okręgowy podzielił opinię biegłego(...)lek. med. M. M., jako sporządzoną zgodnie z zasadami fachowej wiedzy i doświadczenia opiniującego.

Przechodząc do dalszych rozważań Sąd I instancji uznał powództwo za uzasadnione w znacznej części.

Sąd Okręgowy wskazał, iż zgodnie z 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 2013 r., 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. Przepis ten koresponduje z uregulowaniem art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2015 r., 464 j.t.), 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.

Dalej Sąd Okręgowy wskazał, że w przedmiotowej sprawie z materiału dowodowego, a w szczególności opinii biegłej sądowej(...)lek. med. M. M. wynikało, iż świadczeniami medycznymi wypełniającymi wskazane powyżej przesłanki ustawowe były objęte sporem świadczenia udzielone pacjentom: A. B. (1), A. L., K. B. (1), B. K., S. P., J. Ż., M. P., F. P., R. P., J. R., E. N., K. K., L. W., M. B., B. Z., J. S., K. M. (2), E. L., M. K. (1), K. B. (2), A. O., H. K., J. B. (1), A. P. i D. P..

Wymienione w opinii osoby wymagały przyjęcia do szpitala w trybie natychmiastowym, stwarzały zagrożenie dla swojego życia i zdrowia, a niektóre dla życia i zdrowia osób trzecich. Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że nieprzyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby, która zagraża życiu lub zdrowiu swojemu względnie innych osób może spowodować, iż zagrożenie to stanie się faktem dokonanym.

Takimi świadczeniami nie były natomiast świadczenia udzielone pacjentom W. R. (1), L. C. (1), D. J., A. Z., K. T., J. G., J. W., Z. P. i W. N..

Oceniając kwestię wysokości świadczeń w odniesieniu do wskazanych pacjentów, Sąd Okręgowy wyjaśnił, iż z załączonej do pozwu tabeli określającej wyliczenie wysokości świadczenia dla pacjentów wynikała kwota 76.190,20 zł za wszystkie świadczenia udzielone w warunkach przymusu ustawowego. Jednocześnie – jak wskazała strona powodowa – wartość świadczeń wykonanych przez powoda i zapłaconych przez pozwanego w ramach limitu została określona tak samo, jak wartość świadczeń ponadlimitowych, przy czym pozwany nie kwestionował wysokości dokonanych wyliczeń za świadczenia wykonane w ramach limitu umownego.

Reasumując, w ocenie Sądu Okręgowego, powodowi należy się zapłata za świadczenia udzielone pierwszej grupie pacjentów. Wartość tych świadczeń wedle wyliczeń powoda wynosiła łącznie 76.190,20 zł (103.475,00 zł - 27.284,40 zł - tj. wartość świadczeń nieobjętych ustawowym przymusem udzielenia świadczeń).

Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że obowiązki wynikające z przepisu art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217 t.j.) 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 (...). 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 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 I instancji odwołał się także do przepisu art. 56 i 65 k.c., a w zakresie 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 (Dz. U. z 2013 roku, poz. 217). Z powyższego przepisu wynika, iż udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta jest ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy.

Odnosząc się do kosztów świadczeń udzielonych ubezpieczonemu w warunkach określonych w treści przepisu art. 15 w/w ustawy, Sąd Okręgowy stwierdził, iż zgodnie z treścią przepisu art. 56 k.c. koszty te należy włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, tym samym 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. Powodowi należy się zatem umowne wynagrodzenie od pozwanego za wykonane świadczenia zdrowotne w kwocie 76.190,20 zł, bez względu na limit ustalony w zawartych umowach. Zdaniem Sądu Okręgowego istotnym w tym kontekście jest także

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 uwadze, Sąd I instancji orzekł jak w punkcie 1 wyroku na podstawie w/w przepisów.

O odsetkach Sąd Okręgowy orzekł zgodnie z § 10 umowy z dnia 11 listopada 2011 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej odwołującego się do ogólnych warunków umów. Z kolei 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 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r. Nr 81, 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 dochodził powód za 2011 r. upłynął dopiero z dniem 15 lutego 2012 r., zatem od tej daty należało liczyć odsetki ustawowe za opóźnienie w zapłacie za dochodzone pozwem kwoty.

Sąd Okręgowy oddalił powództwo w pozostałym zakresie, albowiem pozostałe świadczenia nie zostały udzielone w warunkach przymusu ustawowego (punkt 2 wyroku).

Sąd Okręgowy orzekł o kosztach zastępstwa procesowego na podstawie art. 100 k.p.c. i zniósł je między stronami (punkt 3 wyroku).

Sąd Okręgowy uwzględniając powództwo w zakresie kwoty 76.190,20 zł przyjął, że powód wygrał sprawę w 70%, a pozwany w 30%. Powód zwolniony był od kosztów sądowych w sprawie częściowo. Wobec tego 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 z późn. zm.) Sąd Okręgowy nakazał ściągnąć od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w B. kwotę 1.221,30 zł tytułem części kosztów sądowych w sprawie.

W punkcie 5 wyroku Sąd Okręgowy na podstawie przepisu art. 113 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, pozostałymi kosztami sądowymi w sprawie obciążył Skarb Państwa.

Apelację od powyższego wyroku wywiodła strona pozwana, zaskarżając go w części obejmującej pkt 1 oraz pkt 4.

Wyrokowi w zaskarżonej części pozwany zarzucił:

1. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 132 i art. 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) poprzez błędne przyjęcie, że świadczenia zdrowotne udzielone w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego mogą być udzielane i finansowane w wysokości przekraczającej określoną w umowie ilość i wartość świadczeń, a w konsekwencji kwotę wynikającą z planu finansowego (...).

2. naruszenie prawa materialnego, tj. przepisu art. 132 ust. 4 w zw. z art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach wskutek ich niezastosowania – w związku z przyjęciem, że z uwagi na to, iż pozwany nie kwestionował wysokości świadczeń wykonanych w ramach limitu umownego, wartość świadczeń ponadlimitowych objętych przedmiotem sporu jest taka sama, jak wartość świadczeń udzielonych w granicach wartości świadczeń zakontraktowanych przez pozwanego w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, podczas gdy zapłata za takie świadczenia może być dokonana na warunkach określonych w przepisie art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach, tj. z uwzględnieniem określonego w tymże przepisie poziomu finansowania – wyłącznie do wysokości uzasadnionych kosztów udzielenia tychże świadczeń,

3. naruszenie prawa procesowego, tj. przepisu art. 233 § 1 k.p.c., polegającego na:

a) ustaleniu, sprzecznym z treścią dowodów w sprawie, że powód za świadczenia udzielone pacjentom: A. B. (1), A. L., K. B. (1), B. K., S. P., J. Ż., M. P., F. P., R. P., J. R., E. N., K. K., L. W., M. B., B. Z., J. S., K. M. (2), E. L., M. K. (1), K. B. (2), A. O., H. K., J. B. (1), A. P. i D. P. domagał się zapłaty 76.190,20 zł, w sytuacji gdy za udzielenie rzeczonych

świadceń powód domagał się zapłaty 74.630,40 zł – powyższe błędne ustalenie doprowadziło do orzeczenia przez Sąd pierwszej instancji ponad żądanie pozwu, co jest niedopuszczalne,

b) dokonaniem błędnej oceny zarzutu odnoszącego się do wysokości żądania pozwu i uznanie tegoż zarzutu za nieuzasadniony; przywołany wyżej przepis art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stanowi, iż za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone pacjentom w stanach nagłych przysługuje wynagrodzenie uwzględniające wyłącznie uzasadnione koszty tychże świadczeń; kwota wynagrodzenia za świadczenia udzielone w ramach umowy (nawet za świadczenia w stanach nagłych) wbrew ocenie Sądu pierwszej instancji nie ma znaczenia – w ocenie pozwanego – nawet posiłkowego dla ustalenia wartości świadczenia udzielonego poza limitem umownym.

Mając na uwadze powyższe zarzuty, pozwany wniósł o:

1. zmianę wyroku w zaskarżonej części i oddalenie powództwa także co do kwoty objętej przedmiotem zaskarżenia,
2. zmianę zaskarżonego wyroku w części odnoszącej się do kosztów procesu, którym obciążony został pozwany,
3. nadto zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych, w tym za pierwszą instancję,
4. obciążenie powoda kosztami postępowania apelacyjnego, w tym kosztami zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

W odpowiedzi na apelację, powód wniósł o:

1. oddalenie apelacji,
2. zasądzenie kosztów procesu według spisu przedłożonego na rozprawie, a w jego braku według norm przepisanych.

***Sąd Apelacyjny ustalił i zważył, co następuje:***

Apelacja nie była uzasadniona

Sąd Apelacyjny podziela ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd Okręgowy i przyjmuje je za własne, co czyni zbędnym ich ponowne przytaczanie. ( por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 września 2014r. I CSK 628/13 LEX nr 1554252, uzasadnienie postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 7 kwietnia 2016r. III CSK 210/15, Legalis numer 1444982). Podobnie Sąd Apelacyjny podziela dokonaną przez Sąd pierwszej instancji ocenę zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, oraz ocenę prawną zgłoszonego przez stronę powodową roszczenia.

***Uzupełniając jedynie Sąd Apelacyjny ustalił co następuje:***

Stan psychiczny pacjenta L. C. (2) uzasadniał przyjęcie do szpitala w warunkach ustawowego przymusu.

(dowód: opinia biegłego sądowego(...) lek. med. M. M. k.351)

Koszt świadczenia na rzecz tego pacjenta wynosił 1560,-zł (tabela zawierająca zestawienie kosztów k.33)

Powyższych uzupełniających ustaleń Sąd dokonał w oparciu o rzetelną i wyczerpującą opinię biegłego(...)oraz dokument prywatny, którego autentyczność nie była podważana przez strony.

Przechodząc do poszczególnych zarzutów apelacji, w pierwszej kolejności należało odnieść się do zarzutów naruszenia prawa procesowego. Od tego bowiem zależała ocena, czy Sąd pierwszej instancji dopuścił się naruszenia przepisów prawa materialnego.

Zarzuty apelacji na płaszczyźnie procesowej koncentrowały się na zakwestionowaniu dokonanej przez Sąd I instancji oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego (art. 233§1 kpc) i będącego jego konsekwencją błędu w ustaleniach faktycznych. Skarżący zarzucił, że powód za świadczenia udzielone pacjentom - ostatecznie uwzględnione przez Sąd I instancji – domagał się zapłaty kwoty 74.630,40 zł, podczas gdy Sąd zasądził kwotę 76.190,20 zł, a więc ponad zgłoszone żądanie.

Z poczynionych ustaleń wynika, że Sąd Okręgowy uznał, iż świadczenia udzielone pacjentom: A. B. (1) (7285,20 zł), A. L., (4524,- zł), K. B. (1) ( 1528,80 zł), B. K. (6661,20 zł), S. P. (1528,80 zł), J. Ż. (3057,60 zł), M. P. (2496,-zł), F. P. ( 2215,20 zł), R. P. ( 4118,40 zł), J. R. (4212,-zł), E. N. (2340,-zł), K. K. ( 2028,-zł),L. W. ( 1872,-zł), M. B. (3915,60 zł), B. Z. (2184,-zł), J. S. (2496,- zł), K. M. (2) ( 4368,- zł), E. L. (1248,-zł), M. K. (1) (2964,-zł), K. B. (2) (1872,- zł), A. O. (1560,- zł), H. K., ( 1404,- zł), J. B. (1), (3588,- zł), A. P. ( 3276,- zł) i D. P. ( 1887,60 zł) były świadczeniami ratującymi życie i zdrowie tych pacjentów. Sąd Okręgowy ustalił, iż wartość świadczeń na ich rzecz wykonanych wyniosła 76.190,20 zł, natomiast wartość pozostałych świadczeń wyniosła 27.284,40 zł. Suma tych kwot to 103.474,60 zł.

Jednakże suma kosztów z tytułu świadczeń udzielonych wyżej wymienionym pacjentom – jak wynika z tabeli zestawienia kosztów poniesionych przez powoda (k.27-34), niekwestionowanej przez stronę pozwaną - wyniosła rzeczywiście 74.630, 40 zł, a nie 76.190,20 zł. Nie oznacza to jednak, że Sąd I instancji zasądził błędną kwotę, ponad żądanie zgłoszone przez powoda.

Różnica wynika stąd, że w stanie faktycznym Sąd Okręgowy pominął świadczenie na rzecz pacjenta L. C. (2), którego nie zaliczył ani do świadczeń ratujących życie i zdrowie pacjentów, ani też do drugiej kategorii świadczeń.

Z opinii biegłego sądowego(...) (k.351) wynika natomiast, że „stan (...) tego pacjenta uzasadniał przyjęcie do szpitala w warunkach ustawowego przymusu”. W tej sytuacji koszt świadczenia na rzecz tego pacjenta wynoszący 1560,-zł (k.33) także winien być doliczony do sumy 74.630,40 zł, co łącznie daje kwotę 76.190,40 zł. Zasądzona kwota była o dwadzieścia groszy mniejsza, w istocie zatem mieściła się w wyżej wskazanej sumie.

Dla porządku należy przy tym wskazać, że suma nieuwzględnionych świadczeń według wykazu z tabeli wyniosła łącznie 27.284,40 zł, na co składają się poszczególne kwoty nie uwzględnione w stosunku do : W. R. (2) 2932,80 zł, L. C. (1) 5101,20 zł, D. J. 4196, 40 zł, A. Z. 2496,-zł, K. T. 4446, -zł, J. G. 1404,- zł, J. W. 1560,-zł, Z. P. 1560,- zł, W. N. 3588,- zł. Suma tych dwóch kwot, czyli łącznie 76.190,40 zł i 27.284,40 zł wyniosła 103.474,80 zł.

Reasumując zarzut skarżącego dotyczący naruszenia art. 233 kpc w wyżej wskazanym zakresie był chybiony.

Co do pozostałych zarzutów, to chybiony jest również zarzut naruszenia prawa materialnego art.132 i 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz.581.)

W pierwszej kolejności podkreślić należy, że wskazane przez skarżącego przepisy zawarte zostały w dziale VI wymienionej ustawy zatytułowanym: „postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami” i regulują tryb zawierania umów pomiędzy świadczeniodawcą a (...) oraz niezbędne składniki tych umów. Skarżący w istocie kwestionuje możliwość, że świadczenia zdrowotne udzielone w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego mogą być finansowane w wysokości przekraczającej określoną w umowie ilość i wartość świadczeń. Tymczasem z opinii biegłego wynika jednoznacznie, że świadczenia udzielone pacjentom: A. B. (1), A. L., K. B. (1), B. K., S. P., J. Ż., M. P., F. P., R. P., J. R., E. N., K. K., L. W., M. B., B. Z., J. S., K. M. (2), E. L., M. K. (1), K. B. (2), A. O., H. K., J. B. (1), A. P. i D. P. były świadczeniami ratującymi ich życie lub zdrowie 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. Innymi słowy 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. Przypadki wyżej wskazanych pacjentów 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 i jego planu finansowego, nie mogą odnieść zamierzonego skutku. ( por. także Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku - V Wydział Cywilny z dnia 8 kwietnia 2016 r. V ACa 793/15, Legalis nr 1507909 ).

Odnosnie zarzutu naruszenia art.132 ust.4 i art. 19 ust.4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, to odnosiły się one do zakwestionowania ustalonej przez Sąd wysokości świadczeń przysługujących powodowi w związku z udzieleniem pomocy w nagłych przypadkach, a to z uwagi na to, iż przepis art. 19 ust.4 dopuszcza możliwość przyznania wynagrodzenia uwzględniającego wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej. Tymczasem dochodzone kwoty wyliczone zostały w oparciu o kryteria ustalone przez strony w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W sprawie bezspornym było, że zawarta pomiędzy stronami umowa nie precyzowała wysokości wynagrodzenia za udzielenie świadczeń ponad limit w warunkach przymusu ustawowego. Niemniej jednak, poszukując kryteriów dla ustalenia odpowiedniego wynagrodzenia za świadczenia udzielone ponad limit umowny, w ocenie Sądu Apelacyjnego to właśnie regulacje umowne powinny zostać wzięte pod uwagę w pierwszej kolejności. Skoro strony wypracowały w umowie pewne kryteria, na podstawie których ustalona została kwota za wykonane świadczenia w ramach limitu, nie sposób uznać, aby istniały przekonujące argumenty służące zakwestionowaniu tego wyliczenia. Brak jest uzasadnionych podstaw ku temu, aby dokonać zróżnicowania wartości świadczeń w zależności od tego, czy zostały one udzielone w ramach limitu, czy też nie. W obydwu przypadkach placówka lecznicza ponosi tożsame koszty, związane z koniecznością zapewnienia pacjentowi należytej obsługi lekarsko - pielęgniarskiej, miejsca na oddziale, lekarstw i innych środków leczniczych czy żywienia. Zdaniem Sądu Apelacyjnego nie można nakładać na stronę powodową obowiązku wyliczenia udzielanych świadczeń medycznych z uwzględnieniem poszczególnych kosztów związanych ze świadczeniem ponadlimitowym. Uwzględniając zasady doświadczenia życiowego byłoby to praktycznie niemożliwe. (podobnie Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 26 stycznia 2017r. I ACa 960/16, LEX nr 2250114 ).

W ocenie Sądu Apelacyjnego pogląd wyrażony w wyroku Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 27 sierpnia 2015 r. III CSK 455/14 (OSNC-ZD 2017/2/19), wedle którego podmiotowi leczniczemu, który zawarł z (...) umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, przysługuje roszczenie o wynagrodzenie za wykonanie ponadlimitowych świadczeń w stanie nagłym w wysokości uzasadnionych kosztów ich udzielenia - (art. 132 ust. 4 w zw. z art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 581) nie oznacza, aby nie można było tych kosztów obliczać w oparciu o kryteria określone w umowie. (podobnie Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 8 kwietnia 2016 r. , V ACa 793/15 Legalis nr 1507909, Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 6 maja 2016 r. V ACa 852/15, Legalis Numer 1522768).

Nie bez znaczenia jest bowiem to, że same kontrakty opierają się w istocie na prognozach w zakresie kosztów leczenia pacjentów w danym okresie, albowiem przewidują wynagrodzenia za świadczenia wykonane dopiero w przyszłości. Skoro istniała wiarogodna podstawą do wyliczenia wynagrodzenia za świadczenia ponadlimitowe w postaci stosowanych przez analogię regulacji kontraktowych, obciążenie świadczeniodawcy obowiązkiem szczegółowego, rozpisania tych świadczeń było zbędne (tak też w cytowanym wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 26 stycznia 2017r. I ACa 960/16). Skoro strona pozwana zarzuca, że koszt ten jest inny, aniżeli ustalony w oparciu o kryteria umowne, w szczególności niższy, to zdaniem Sądu Apelacyjnego winna ten fakt wykazać. Inaczej byłoby, gdyby powód w ogóle nie był związany kontraktem z NFZ, a zatem nie istniałyby jakiegokolwiek umowne kryteria mogące być podstawą dla wyliczenia należności za świadczenia ponadlimitowe.

Z tych też względów Sąd Apelacyjny uznał zarzuty apelacji za chybione i na podstawie wyżej cytowanych przepisów oraz art. 385 kpc oddalił apelację.

O kosztach postępowania Sąd orzekł zgodnie z wyrażoną w art. 98 kpc zasadą odpowiedzialności za wynik postępowania i zasądził od pozwanego na rzecz powoda zwrot kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Ich wysokość ustalona została w oparciu o obowiązujące w chwili wniesienia apelacji przepisy Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U z 2015r.poz.1800) – w brzmieniu przed ich nowelizacją obowiązującą od 27 października 2016r. Zgodnie z § 2 pkt. 6 w zw. z §10 ust.1 pkt.2 cytowanego Rozporządzenia – przy uwzględnieniu wartości przedmiotu zaskarżenia wynoszącego ponad 50.000,-zł (do 200.000,-zł), wysokość tych kosztów wynosiła 5.400,-zł i taką też kwotę Sąd zasądził w punkcie II sentencji wyroku.

SSO (del.) Leszek Jantowski SSA Jacek Greła SSA Artur Lesiak