

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 7 lutego 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Rzeszowie Wydział I Cywilny w składzie:

<i>Przewodniczący</i>	<i>SSA Andrzej Palacz (spraw.)</i>
<i>Sędziowie:</i>	<i>SA Anna Pele</i> <i>SA Marek Klimczak</i>
<i>Protokolant:</i>	<i>St.sekr.sądowy Cecylia Solecka</i>

po rozpoznaniu w dniu 24 stycznia 2013 r. na rozprawie

sprawy z powództwa (...) **Medycznych Szpitala (...) imienia (...) Sp. z o.o. z siedzibą w R.** poprzednio (...) **Medyczne (...) imienia (...). z o.o z siedzibą w R.**

przeciwko **Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu z siedzibą w R.**

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Rzeszowie

z dnia 9 lipca 2012 r., sygn. akt I C 1377/10

I. **o d d a l a** apelację,

II. **z a s ą d z a** od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego z siedzibą w R. na rzecz powoda (...) Medycznych Szpitala (...) imienia (...). z o.o z siedzibą w R. kwotę 5.400 zł (pięć tysięcy czterysta) tytułem kosztów postępowania apelacyjnego .

UZASADNIENIE

Sąd Okręgowy w Rzeszowie w sprawie z powództwa (...) Medycznych (...) Sp. z o.o z siedzibą w R. (aktualnie po zmianach z powództwa (...) Medycznych Szpitala (...) imienia (...). z o.o z siedzibą w R. przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia – (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w R. o zapłatę , wyrokiem z dnia 9.07.2012r. sygn. akt I C 1377/10 :

I. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 5.714.108,64 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 29.10.2010 r. oraz kwotę 29.217 zł tytułem kosztów procesu,

II. oddalił powództwo w pozostałej części, nie obciążając powoda kosztami procesu związanymi z oddaloną częścią roszczenia ,

III. nakazał ściągnąć od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Rzeszowie kwotę 13.927,34 zł tytułem brakującego wynagrodzenia za wydaną opinię w sprawie.

Z uzasadnienia powyższego wyroku wynika, że Sąd

Okręgowy ustalił, że bezspornym między stronami było, że strony łączyły umowy z dnia 19.06.2008 r., 31.12.2008r, oraz aneksy z dnia 28.12.2007 r. i 19.06.2008r, na podstawie których strona powodowa udzielała świadczeń medycznych w roku 2008 i 2009. Udzieliła w tym okresie świadczeń medycznych ponad limit wynikający z tych umów na łączną kwotę 6.823.571,04 zł i mimo wystawienia faktur strona pozwana tej kwoty nie zapłaciła.

Ustalił Sąd Okręgowy na podstawie opinii biegłego W. H., że wykonane na tą kwotę świadczenia medyczne w ilości 1141 przypadków były świadczeniami udzielonymi w trybie pilnym, w tym 39 przypadków w sytuacji zagrożenia życia.

Analizując bezsporne okoliczności oraz powyższe ustalenia faktyczne, Sąd Okręgowy przyjął, że mimo, że nie były to przypadki nagłe w rozumieniu art. 7 ustawy z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U ...), który to przepis ma zastosowanie w niniejszej sprawie, były to jednak zabiegi ratujące życie i w przypadku ich niewykonania niosły określone zagrożenia zdrowia bądź życia dla pacjentów. Mimo, że były to zabiegi planowane, nie mogły być odkładane w czasie i potrzeba ich wykonania była określona jako pilna.

Zdaniem Sądu Okręgowego nie można trzymać się ściśle literalnej wykładni przepisów ustawy i dlatego też te zabiegi można zakwalifikować jako zabiegi kwalifikujące się do stosownej refundacji.

Planowość wykonania zabiegu nie oznacza, że nie należy on do pilnych i ratujących życie, a sam brak przymiotu nagłości nie może przesądzać o odmowie zapłaty za wykonane świadczenie. Zauważyć należy, że odłożenie wykonania w czasie zdecydowanej większości przedmiotowych zabiegów mogło spowodować zagrożenie życia pacjentów w niedalekiej przyszłości.

Dlatego też Sąd Okręgowy zasądził od pozwanego kwotę odpowiadającą zestawieniu 1141 przypadków wskazanych przez biegłego jako stany pilne, a wyliczone przez powoda na kwotę 5.714.108,64 zł, która to kwota, co do wysokości, nie była kwestionowana.

Jako podstawę prawną rozstrzygnięcia Sąd powołał przepis art. 7 wyż. cyt. ustawy w związku z art. 471 kc.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 108 § 1 kpc w związku z art. 98 § 1 kpc – na koszty procesu składa się uiszczony przez powoda wpis w kwocie 20.000 zł i kwota 7.217 zł koszty zastępstwa adwokackiego, a także uiszczona zaliczka na biegłego.

Od powyższego wyroku w całości (chyba od pkt. I i III) apelację wywiódł pozwany i zarzucając:

1. naruszenie prawa materialnego polegające na błędnej wykładni i niewłaściwym zastosowaniu art. 7 ustawy z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U z 2007 r, nr 14, poz. 89 ze zm. powoływanej dalej jako ustawa o z.o.z),
2. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 132 ust.1 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U z 2008 r, nr 164, poz. 1027 ze zm.) w związku z art. 20 – 21 tejże ustawy oraz w związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26.09.2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U nr 200, poz. 1661) poprzez ich niezastosowanie oraz przyjęcie, że na podstawie zawartej umowy pozwany zobowiązany jest do zapłaty za wszystkie udzielone w trybie pilnym świadczenia planowe wykonane przez powoda bez względu na tryb przyjęcia pacjenta,
3. naruszenie przepisów prawa procesowego, tj. art. 328 § 2 kpc poprzez niewskazanie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia, bardzo związane i ogólnikowe ustalenie faktów oraz przede wszystkim niewyjaśnienie przyczyn, dla

których, Sąd Okręgowy odmówił wiarygodności opinii wydanej przez biegłego sądowego w dniu 19 czerwca 2011 r. lek. A. N. ,co miało oczywisty wpływ na treść rozstrzygnięcia ;

w n i ó s ł o :

1. zmianę zaskarżonego wyroku przez oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania , w tym kosztów zastępstwa procesowego z uwzględnieniem kosztów postępowania apelacyjnego, ewentualnie

2. uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania, przy uwzględnieniu kosztów postępowania odwoławczego .

Powód wniósł o oddalenie apelacji pozwanego i zasądzenie na swój rzecz kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny rozpoznając apelację pozwanego, w granicach zaskarżenia i podniesionych zarzutów, zważył co następuje :

Apelacja jest bezzasadna i jako taka podlega oddaleniu.

I. W niniejszej sprawie na rozprawie w dniu 21.03.2011r. (k. 5437 tom XVIII) Sąd dopuścił dowód z opinii biegłych lekarzy z zakresu chirurgii ogólnej oraz ortopedii i traumatologii na okoliczność czy i które przypadki medyczne objęte pozwem wymagały nagłej i pilnej interwencji lekarskiej zmierzającej do ratowania życia i zdrowia pacjentów.

Opinię opracował biegły z listy Prezesa Sądu Okręgowego w Rzeszowie lek med. A. N. specjalista chirurgii ogólnej (k. 5445 – 5451), który w swojej opinii rozważał zarówno przypadki - zabiegi dotyczące chirurgii ogólnej, a więc przypadki zgodne z kwalifikacjami tego biegłego, ale również i przypadki – zabiegi dotyczące ortopedii, a więc przypadki niezgodne z kwalifikacjami tego biegłego, a co ważniejsze kierował się on, jak sam wskazał w opinii, zaleceniami pełnomocnika strony pozwanej odnośnie wykładni art. 7 i art. 30 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej .

Słusznie i zasadnie zatem Sąd Okręgowy, przy rozstrzygnięciu sprawy, nie wziął pod uwagę tej opinii i w oparciu o tę opinię nie czynił ustaleń faktycznych – błędem Sądu Okręgowego jest jedynie to, że w uzasadnieniu wyroku nie wyjaśnił dlaczego nie wziął pod uwagę tej opinii.

Kwestionowanie więc w apelacji, że Sąd Okręgowy bezzasadnie nie wziął pod uwagę tej opinii i że to miało wpływ na treść rozstrzygnięcia sprawy, nie jest trafne.

Sąd Okręgowy ustaleń faktycznych dokonał w oparciu o opinię biegłego prof. dr hab. n. med. W. H. z dnia 26.02.2012r. (k. 5479 – 5608), którą podzielił, a która przez strony nie była kwestionowana (pismo procesowe pozwanego z dnia 16.03.2012r -k. 5616, powód nie odniósł się do tej opinii).

Z opinii tego biegłego wynika, że w szpitalu prowadzonym przez powoda w latach 2008 – 2009 leczono chorych ze schorzeniami układu kostno – stawowego, a w szczególności chorych ze schorzeniami stawu kolanowego, schorzeniami stawu biodrowego, schorzeniami stawu barkowego, schorzeniami kręgosłupa, złamaniami kości, schorzeniami stóp, schorzeniami ścięgien, schorzeniami naczyń żylnych kończyn dolnych, pęcherzyka żółciowego, przepuklinami, zmianami rozrostowymi głównie skóry, schorzeniami tarczycy. Biegły przeanalizował wszystkie przypadki i zaopiniował, że w 1141 przypadkach świadczeń zdrowotnych udzielono w trybie pilnym – (...) przypadki wymagały leczenia pilnego, bo było zagrożenie zdrowia pacjenta, 39 przypadków wymagało leczenia pilnego, bo było zagrożone życie pacjenta.

II. Przepis art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz. U z 2000 r Nr 14 poz. 89z późn. zm) , który obowiązywał jeszcze w latach 2008 – 2009 stanowił, że zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić

udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Przepis używa więc pojęcia „natychmiastowego” a nie pojęcia „nagłego”, jak w swoich wywodach twierdzi strona pozwana, a są to różne pojęcia.

Z kolei rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26.09.2005r. w sprawie kryteriów medycznych ...(Dz. Nr 200 poz. 1661), zdając sobie sprawę z kolejek do zabiegów medycznych wprowadziło kryteria medyczne według których świadczeniodawca usług medycznych ma umieszczać świadczeniobiorców na liście oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, za wyjątkiem świadczeniobiorców znajdujących się w stanie nagłym i rozróżnia :

- przypadek pilny – jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia (§ 2 ust 1 pkt 1 a),

- przypadek stabilny – w przypadku innym niż stan nagły i przypadek o którym mowa w lit. a (§ 2 ust 1 pkt 1b),

Z powyższego wynika, że te dwa powyższe przepisy nie są spójne, należy przyjąć, interpretując te przepisy, że zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić niezwłocznego udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowej pomocy medycznej (a więc w stanach nagłych ale i także w stanach pilnych, jeżeli istnieje zagrożenie zdrowia lub życia), nawet jeżeli to świadczenie będzie udzielane poza zakontraktowany limit w umowie między zakładem opieki zdrowotnej, a Narodowym Funduszem Zdrowia.

Dlatego też Sąd Apelacyjny, odmiennie niż Sąd Okręgowy, przyjmuje, że udzielone świadczenia medyczne przez powoda ponad limit zakontraktowany były udzielone w ramach przepisu art. 7 wyż cyt. ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Inna wykładnia tych dwóch przepisów byłaby sprzeczna także z art 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn. Dz. U. z 2011r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm), który przecież stanowi, że lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku , gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo uraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

Dlatego też jeżeli przyjmie się, w ślad za opinią biegłego prof. dr hab. n. med. W. H., że zabiegi medyczne opisane w opinii wymagały wykonania w trybie pilnym, natychmiastowym dla ratowania życia, bądź zdrowia pacjentów, to nie można podzielić zarzutów apelacji pozwanego, że Sąd Okręgowy, chociaż trochę z innych powodów, niż to podał Sąd Okręgowy naruszył prawo materialne, a zwłaszcza przepisy szczegółowo zacytowane w apelacji.

Rozpoznając niniejszą sprawę nie można nie zauważyć, że w poprzednich okresach czasu współdziałania stron ukształtowała się praktyka, że pozwany regulował należności za ponad limitowe zabiegi medyczne przez powoda, zwłaszcza za 2007r, a zatem usprawiedliwione było być jego przekonanie, że zasada ta będzie w dalszym ciągu przestrzegana. Przecież między stronami doszło także do ugody w dniu 13.02.2009r. w zakresie zapłaty za ponad limitowe udzielenie świadczeń za 2008r. i z tego tytułu pozwany przekazał kwotę 531.036,80zł.

W konsekwencji należy stwierdzić, że przedmiotowe ponad limitowe świadczenia były wykonywane w warunkach przymusu ustawowego wynikającego z art. 7 wyż. cyt. ustawy o zakładach opieki zdrowotnej , a zatem ich koszty należy zgodnie z art. 56 kc włączyć do skutków jakie wywołuje umowa łącząca strony, co uzasadnia obciążenie nimi pozwanego jako zarządzającego środkami publicznymi, z których powinny być one pokryte.

Z powyższych względów Sąd Apelacyjny orzekł jak w pkt I wyroku na podstawie art. 385 kpc.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 108 § 1 kpc w związku z art. 98 kpc