

Sygn. akt II Ca 1264/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 listopada 2015 r.

Sąd Okręgowy we Wrocławiu, II Wydział Cywilny Odwoławczy - w składzie:

Przewodniczący- Sędzia SO Anna Kuczyńska

Sędziowie: Sędzia SO Dorota Stawicka-Moryc (spr.)

Sędzia SR del. Beata Wójtowicz-Woźniczka

Protokolant: Elżbieta Biała

po rozpoznaniu w dniu 19 listopada 2015r. we Wrocławiu

na rozprawie

sprawy z powództwa (...) Publicznego Szpitala (...) we W.

przeciwko (...)w W.

o zapłatę

na skutek apelacji strony powodowej

od wyroku Sądu Rejonowego dla Wrocławia-Krzyków we Wrocławiu

z dnia 18 maja 2015r.

sygn. akt VI C 470/11

I. oddala apelację;

II. zasądza od powoda na rzecz pozwanego kwotę 1.200 zł kosztów postępowania apelacyjnego.

Dorota Stawicka-Moryc Anna Kuczyńska Beata Wójtowicz-Woźniczka

sygn. akt *II Ca 1264/15*

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 18 maja 2015 r. Sąd Rejonowy w sprawie z powództwa (...) Szpitala (...) we W. przeciwko (...) we W. o zapłatę sygn. akt VI C 470/11 w punkcie I oddalił powództwo, w punkcie II zasądził od strony powodowej (...) Publicznego Szpitala (...) we W. na rzecz strony pozwanej (...) we W. kwotę 2417 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego.

Rozstrzygnięcie powyższe Sąd Rejonowy wydał na podstawie następujących ustaleń faktycznych:

W dniu 14 stycznia 2009 r. we W. pomiędzy (...) we W. a (...) Publicznym Szpitalem (...) we W. ((...)) została zawarta umowa oznaczona numerem (...) na podstawie której świadczeniodawca zobowiązał się do udzielania świadczeń

opieki zdrowotnej, w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie oznaczonym w stanowiącym załącznik do umowy planie rzeczowo – finansowym.

Przy wykonywaniu umowy świadczeniodawca zobowiązał się do przestrzegania zasad i warunków określonych w zarządzeniu Prezesa (...) z dnia 22.10.2008 r. nr (...). Zarządzenie wraz z załącznikami określało min. zasady sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń.

Kwota zobowiązania Oddziału (...) wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od 1.01.2009 do 30.06.2009 r. została określona na kwotę maksymalną 26.795.782,14 zł- w tym w zakresie urologia dziecięca hospitalizacja o kodzie (...) na kwotę 423.504 zł.

Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym w wersji elektronicznej. Obowiązkiem świadczeniodawcy było składanie rachunku na piśmie oraz raportu statystycznego w formie elektronicznej do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni. W sprawozdaniu miały być ujmowane min. dane dotyczące rozpoznania (...) oraz zastosowanych procedur medycznych (...).

Aneks numer (...) do umowy z dnia 9.02.2009 r. łączna kwota zobowiązania Oddziału (...)wobec świadczeniodawcy za świadczenia zrealizowane w okresie od 1.01.2009 r. do 30.06.2009r. została podniesiona do kwoty 43.159.744,14 zł - przy pozostawieniu bez zmian poziomu świadczeń z zakresu urologia dziecięca hospitalizacja o kodzie (...). Świadczeniodawca oświadczył, że powyższa kwota wyczerpuje wszelkie jego roszczenia wynikające z realizacji umowy, chyba że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na sfinansowanie świadczeń ponad wartość wynikającą z podpisanego aneksu do umowy.

Aneks numer (...) do umowy z dnia 20.02.2009 r., z mocą obowiązującą od 1.01.2009r. świadczeniodawca zobowiązał się do przestrzegania zasad i warunków określonych w zarządzeniu Prezesa (...) z dnia 22.10.2008 r. nr (...) zmienionych zarządzeniem nr (...) z dnia 23.01.2009 r.

Aneks numer (...) do umowy z dnia 20.02.2009 r., z mocą obowiązującą od 26.01.2009 r. świadczeniodawca zobowiązał się do przestrzegania zasad i warunków określonych w zarządzeniu Prezesa (...) z dnia 22.10.2008 r. nr (...) zmienionych zarządzeniem nr (...) z dnia 23.01.2009 r. i zarządzeniem Nr (...) z dnia 26.02.2009r.

Aneks Nr (...) do umowy z dnia 2.03.2009 r. łączna kwota zobowiązania oddziału (...) wobec świadczeniodawcy za świadczenia zrealizowane w okresie od 1.01.2009 r. do 30.06.2009r. została obniżona do kwoty 40.169.920,14 zł przy pozostawieniu bez zmian poziomu świadczeń z zakresu urologia dziecięca hospitalizacja o kodzie (...). Świadczeniodawca oświadczył, że powyższa kwota wyczerpuje wszelkie jego roszczenia wynikające z realizacji umowy, chyba że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na sfinansowanie świadczeń ponad wartość wynikającą z podpisanego aneksu do umowy.

Aneks Nr (...) do umowy z dnia 25.03.2009 r. łączna kwota zobowiązania oddziału (...) wobec Świadczeniodawcy za świadczenia zrealizowane w okresie od 1.01.2009 r. do 30.06.2009r. została podniesiona do kwoty 48.167.077,14 zł przy pozostawieniu bez zmian poziomu świadczeń z zakresu urologia dziecięca hospitalizacja o kodzie (...). Świadczeniodawca oświadczył, że powyższa kwota wyczerpuje wszelkie jego roszczenia wynikające z realizacji umowy, chyba że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na sfinansowanie świadczeń ponad wartość wynikającą z podpisanego aneksu do umowy.

Aneks numer (...) do umowy z dnia 25.03.2009 r., zobowiązał się do przestrzegania zasad i warunków określonych w zarządzeniu Prezesa (...) z dnia 22.10.2008 r. nr (...) zmienionych zarządzeniem nr (...) z dnia 23.01.2009 r. i zarządzeniem Nr (...) z dnia 26.01.2009r. oraz zarządzeniem z dnia 5.03.2009 r. nr (...) – z mocą obowiązującą od 1.03.2009 r.

Aneks Nr (...) do umowy z dnia 7.04.2009 r. łączna kwota zobowiązania oddziału (...) wobec Świadczeniodawcy za świadczenia zrealizowane w okresie od 1.01.2009 r. do 30.06.2009 r. została podniesiona do kwoty 55.097.875,14

zł przy pozostawieniu bez zmian poziomu świadczeń z zakresu urologia dziecięca hospitalizacja o kodzie (...). Świadczeniodawca oświadczył, że powyższa kwota wyczerpuje wszelkie jego roszczenia wynikające z realizacji umowy, chyba że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na sfinansowanie świadczeń ponad wartość wynikającą z podpisanego aneksu do umowy - z mocą obowiązującą od 1.02.2009 r.

Aneksem numer (...) do umowy z dnia 14.04.2009 r., świadczeniodawca zobowiązał się do przestrzegania zasad i warunków określonych w zarządzeniu Prezesa (...) z dnia 22.10.2008 r. nr (...) zmienionych zarządzeniem nr (...) z dnia 23.01.2009 r. i zarządzeniem Nr (...) z dnia 26.01.2009r. oraz zarządzeniem z dnia 5.03.2009 r. nr (...) a także zarządzeniem z dnia 19.03.2009r. nr (...) – z mocą obowiązującą od 1.04.2009 r.

Aneksy numer (...) zmieniając kwotę łączną zobowiązania wobec świadczeniodawcy, pozostawiały bez zmian poziom świadczeń z zakresu urologia dziecięca hospitalizacja o kodzie (...). Świadczeniodawca każdorazowo oświadczał, że powyższa kwota wyczerpuje wszelkie jego roszczenia wynikające z realizacji umowy, chyba że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na sfinansowanie świadczeń ponad wartość wynikającą z podpisanego aneksu do umowy.

Aneksem numer (...) do umowy łączna kwota zobowiązania Oddziału (...) wobec świadczeniodawcy za świadczenia zrealizowane w okresie od 1.01.2009 r. do 30.06.2009r. została podniesiona do kwoty 55.964.659,14 zł przy pozostawieniu bez zmian poziomu świadczeń z zakresu urologia dziecięca hospitalizacja o kodzie (...). Świadczeniodawca oświadczył, że powyższa kwota wyczerpuje wszelkie jego roszczenia wynikające z realizacji umowy, chyba że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na sfinansowanie świadczeń ponad wartość wynikającą z podpisanego aneksu do umowy.

Aneksem Nr (...) do umowy łączna kwota zobowiązania oddziału (...) wobec świadczeniodawcy za świadczenia zrealizowane w okresie od 1.07.2009 r. do 31.12.2009r. została określona na kwotę 40.999.990,62 w tym świadczeń z zakresu urologia dziecięca hospitalizacja o kodzie (...) na kwotę 1.051.926 zł. Świadczeniodawca oświadczył, że powyższa kwota wyczerpuje wszelkie jego roszczenia wynikające z realizacji umowy, chyba że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na sfinansowanie świadczeń ponad wartość wynikającą z podpisanego aneksu do umowy.

Aneksem Nr (...) do umowy łączna kwota zobowiązania oddziału (...) wobec Świadczeniodawcy za świadczenia zrealizowane w okresie od 1.01.2009 r. do 30.06.2009r. została określona na kwotę 55.598.326,14 zł przy podniesieniu poziomu świadczeń z zakresu urologia dziecięca hospitalizacja o kodzie (...). do kwoty 1.264.545 zł. Świadczeniodawca oświadczył, że powyższa kwota wyczerpuje wszelkie jego roszczenia wynikające z realizacji umowy, chyba że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na sfinansowanie świadczeń ponad wartość wynikającą z podpisanego aneksu do umowy.

Aneksem Nr (...) do umowy łączna kwota zobowiązania oddziału (...) wobec Świadczeniodawcy za świadczenia zrealizowane w okresie od 1.07.2009 r. do 31.12.2009r. została określona na kwotę 47.498.257,62 zł przy pozostawieniu bez zmian poziomu świadczeń z zakresu urologia dziecięca hospitalizacja o kodzie (...). Świadczeniodawca oświadczył, że powyższa kwota wyczerpuje wszelkie jego roszczenia wynikające z realizacji umowy, chyba że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na sfinansowanie świadczeń ponad wartość wynikającą z podpisanego aneksu do umowy.

Aneksem Nr (...) do umowy z dnia 18.08.2009 zmieniony został załącznik nr 1 do umowy – stanowiący plan rzeczowo – finansowy, bez zmian wartości świadczeń z zakresu urologia dziecięca hospitalizacja o kodzie (...) określonych aneksem nr (...).

Aneksem Nr (...) do umowy łączna kwota zobowiązania oddziału (...) wobec świadczeniodawcy za świadczenia zrealizowane w okresie od 1.07.2009 r. do 31.12.2009r. została określona na kwotę 70.870.327,02 zł w tym świadczeń z zakresu urologia dziecięca hospitalizacja o kodzie (...) na kwotę 1.534.488 zł. Świadczeniodawca oświadczył, że powyższa kwota wyczerpuje wszelkie jego roszczenia wynikające z realizacji umowy, chyba że (...) dysponował będzie

dotatkowymi środkami, przeznaczonymi na sfinansowanie świadczeń ponad wartość wynikającą z podpisanego aneksu do umowy.

Aneksem Nr (...) do umowy łączna kwota zobowiązania oddziału (...) wobec świadczeniodawcy za świadczenia zrealizowane w okresie od 1.07.2009 r. do 31.12.2009r. została określona na kwotę 71.074.174,02 zł przy pozostawieniu bez zmian poziomu świadczeń z zakresu urologia dziecięca hospitalizacja o kodzie (...). Świadczeniodawca oświadczył, że powyższa kwota wyczerpuje wszelkie jego roszczenia wynikające z realizacji umowy, chyba że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na sfinansowanie świadczeń ponad wartość wynikającą z podpisanego aneksu do umowy.

Aneksem Nr (...) do umowy łączna kwota zobowiązania oddziału (...) wobec Świadczeniodawcy za świadczenia zrealizowane w okresie od 1.07.2009 r. do 31.12.2009r. została określona na kwotę 71.967.694,02 zł przy pozostawieniu bez zmian poziomu świadczeń z zakresu urologia dziecięca hospitalizacja o kodzie (...). Świadczeniodawca oświadczył, że powyższa kwota wyczerpuje wszelkie jego roszczenia wynikające z realizacji umowy, chyba że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na sfinansowanie świadczeń ponad wartość wynikającą z podpisanego aneksu do umowy.

Aneksem Nr (...) z dnia 15. 02. 2010 r. do umowy łączna kwota zobowiązania oddziału (...) wobec świadczeniodawcy za świadczenia zrealizowane w okresie od 1.07.2009 r. do 31.12.2009r. została określona na kwotę 72.749.779,02 zł w tym świadczeń z zakresu urologia dziecięca hospitalizacja o kodzie (...) na kwotę 1.545.963 zł.

Aneksem Nr (...) z dnia 15. 02. 2010 r. do umowy łączna kwota zobowiązania oddziału (...) wobec świadczeniodawcy za świadczenia zrealizowane w okresie od 1.07.2009 r. do 31.12.2009r. została określona na kwotę 73.025.383,02 zł przy pozostawieniu bez zmian poziomu świadczeń z zakresu urologia dziecięca hospitalizacja o kodzie (...).

W zakresie dziecięca hospitalizacja o kodzie (...). wykonane zostały ponad limit świadczenia wobec pacjentów M. N. (1) o wartości 1.785 zł, H. R. o wartości 5.916 zł, M. N. (2) o wartości 1.530 zł, R. G. o wartości 867 zł, D. C. o wartości 1.581 zł, M. L. o wartości 1.581 i 255 zł, M. Ć. o wartości 1.581 zł, Z. S. o wartości 2.907 zł, W. Z. o wartości 4.386 zł, D. S. o wartości 4.386 zł, M. N. (3) o wartości 1.581 i 255 zł, K. K. o wartości 1.581 zł, F. F. o wartości 1.581 zł, R. C. o wartości 5.355 zł, A. S. o wartości 1.683 zł, R. K. o wartości 1.785 zł, B. S. o wartości 4.386 zł, B. Z. o wartości 1.581 zł oraz A. P. o wartości 1.581 zł.

Były to przypadki przetoki cewki moczowej, agnezji nerki i wodonerczem, odpływu pęcherzowo moczowodowego, kamicy nerkowej, wodniaka jądra i przepukliny pachwinowej, wnetrostwa, skrętu jądra, zdwojenia nerki i moczowodu oraz odpływem pęcherzowo – moczowodowym, spodziectwa żołądździowego, zwężenia przedpęcherzowego oraz neurogennej dysfunkcji dolnych dróg moczowych.

Odroczenie przyjęcia tych pacjentów wiązać by się mogło z pogorszeniem stanu zdrowia, prowadzącym w efekcie do ciężkiego rozstroju zdrowia lub utraty życia. Pacjenci poza M. Ć. nie byli przyjmowani w trybie nagłym. Wszyscy pacjenci nie zostali przyjęci w trybie pilnym.

Łączna wartość świadczeń limitowych i ponadlimitowych w ramach urologia dziecięca hospitalizacja o kodzie (...) wykonanych przez stronę powodową w okresie od stycznia do grudnia 2009 r wyniosła 1.598.289 zł.

Strona powodowa prowadziła kolejki oczekujących zgodnie z obowiązującymi przepisami. Pacjent zgłasza się do szpitala i w sytuacji kiedy nie było miejsca zostawał wpisany na listę oczekujących zgodnie z kolejnością. Lista nie obejmowała pacjentów, którzy są w trakcie leczenia. Lekarze ze względu na stan pacjenta mogą przyspieszyć przyjęcie do szpitala. W przypadku gdy szpital nie jest w stanie udzielić natychmiastowej pomocy a jest taka konieczności, jest możliwość przewiezienia pacjenta do innego szpitala. Strona pozwana nie zgłaszała zastrzeżeń do prowadzenia kolejek oczekujących i sprawozdawczości w tym zakresie w roku 2009 dotyczących kliniki dermatologii.

Za poprzedni okres rozliczeniowy, tj. rok 2008, strona powodowa uzyskała zapłatę za wszystkie wykonane świadczenia ponadlimitowe.

W raporcie statystycznym świadczeniodawca jest zobowiązany oznaczać wykonanie usługi jako świadczenie ratujące życie lub nie. W 2009 r. strona powodowa nie oznaczała żadnych świadczeń jako ratujących życie.

Strona pozwana przedstawiła stronie powodowej szereg propozycji ugodowych. Strona powodowa nie wyraziła zgody na żadną z zaproponowanych ugód, a tym samym nie zostały wypłacone stronie powodowej żadne środki. Strona pozwana dysponowała kwotą 40 milionów złotych na zaległe zobowiązania, natomiast łączna kwota zaległych zobowiązań wynosiła 120 milionów złotych. W związku z tym pierwsza propozycja ugody zakładała zapłatę za wszystkie nie sfinansowane świadczenia w wysokości 30% ich pierwotnej ceny. W związku z odrzuceniem takiej propozycji przez stronę powodową, strona pozwana dokonała przeliczenia sprawozdanych świadczeń, proponując za świadczenia oznaczone jako ratujące życie i pozytywnie zweryfikowane przez stronę pozwaną zapłatę w wysokości 100% ich ceny, zaś z pozostałych świadczeń wybrano takie, w których dane medyczne wskazywały na ich istotny dla pacjentów charakter proponując za nie 60% ceny. Strona pozwana, uznała że na podstawie dokumentacji przekazanej przez stronę powodową nie można było ustalić czy ponadlimitowe świadczenia były wykonane w przypadkach ratujących życie lub zdrowie.

W dniu 3 marca 2010 r. strona powodowa wystąpiła do (...) we W. z wnioskiem o zapłatę za świadczenia zrealizowane w okresie od stycznia 2009 r. do grudnia 2009 r. ponad wyznaczony limit i przesłało wystawione w tym zakresie faktury.

W dniu 10 marca 2010 r. (...) (...) zwrócił powyższe faktury bez zaksięgowania informując, że jedyną możliwą formę rozliczeń wskazuje § 23 pkt 1 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W dniu 30 kwietnia strona powodowa ponownie wezwała stronę pozwaną do zapłaty kwoty za świadczenia zrealizowane w okresie od stycznia 2009 r. do grudnia 2009 r. ponad wyznaczony limit.

Strona powodowa zwróciła się do strony pozwanej o udzielenie informacji publicznej.

Pasywa strony powodowej na dzień 31.12.2009r. zwiększył się do kwoty 54.166.905,88 zł w porównaniu do stanu na dzień 31.12.2008r. wynoszącym 39.407.612,95 zł. Z rachunku zysków i strat na dzień 31.12.2009r., strata strony powodowej wyniosła 7.424.915,74 zł.

Przy tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Rejonowy uznał, iż powództwo nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd I instancji wskazał, iż spór między stronami sprowadzał się do tego, czy strona powodowa, wykonując powyższe świadczenia ponad ustalony kontraktem limit, może skutecznie domagać się za nie zapłaty.

W ocenie Sądu Rejonowego, biorąc pod uwagę regulacje ustawowe, w sytuacji zawarcia umowy o świadczenie usług medycznych (świadczenia zdrowotnego, świadczenia opieki zdrowotnej - bez względu na użyte sformułowanie), powód mógłby domagać się tylko tego, co było przedmiotem umowy stron.

Umową taką była umowa nr (...) z dnia 14 stycznia 2009 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne, obejmująca m. in. świadczenia z zakresu urologia dziecięca hospitalizacja o kodzie (...).

Strona pozwana, zgodnie z powyższą umową, zobowiązała się do sfinansowania świadczeń według następującego schematu: w zakresie świadczeń nielimitowanych tj. wyszczególnionych w § 18 ust. 2 Zarządzenia Nr (...) Prezesa (...) z dnia 22 października 2008 r. - według faktycznego ich wykonania, zwiększając liczbę jednostek rozliczeniowych w planie finansowo - rzeczowym umowy oraz kwotę zobowiązań z niej wynikającą, do wartości faktycznego wykonania, a w pozostałym zakresie do kwoty zobowiązania określonej w umowie. Sąd Rejonowy podzielił stanowisko pozwanego, iż maksymalna wartość kontraktu wyznacza granice odpowiedzialności kontraktowej (...) (za wyjątkiem świadczeń nielimitowanych) i pozostaje w zgodzie z konstytucyjną zasadą zapewnienia każdemu prawa do ochrony zdrowia (art.

68 ust. 1 Konstytucji RP) z uwagi na fakt, iż warunki i zakres udzielania świadczeń określać ma ustawa (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP).

Bezsporne pomiędzy stronami było, że pozwany (...) wywiązał się z zobowiązań finansowych ustalonych z powodowym szpitalem na mocy umowy z dnia 14 stycznia 2009 r. i wszystkich aneksów do tej umowy. Kwestią sporną była zapłata za tzw. nadwykonania, czyli świadczenia których wartość przewyższała określony w umowie limit.

Sąd I instancji wskazał, iż stosownie do art. 7 nieobowiązującej już ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30.08.1991 r., zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Tę samą zasadę podkreśla przepis art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty - 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.

W ocenie Sądu Rejonowego, to na świadczeniodawcy spoczywa ciężar udowodnienia, iż dochodzone przez niego od (...) wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe obejmuje wynagrodzenie za świadczenia wykonane w warunkach określonych w art. 7 ustawy z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy z 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Nie wystarczy ustalenie, że określony zabieg jest zabiegiem ratującym zdrowie lub życie, konieczne jest ponadto ustalenie, że pacjent potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia lub że jest to przypadek niecierpiący zwłoki. W przepisach tych chodzi zatem o taki stan, w którym odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia.

Na powyższe twierdzenia pozwu Sąd Rejonowy dopuścił i przeprowadził dowód z opinii biegłego z zakresu chirurgii W. F.. Biegły uznał, że przyjęcia wszystkich pacjentów, za których leczenie w niniejszym procesie strona powodowa domaga się zapłaty, nie były przyjęciami pilnymi, których odroczenie mogłoby się wiązać z pogorszeniem stanu zdrowia prowadzącym w efekcie do ciężkiego rozstroju zdrowia lub utraty życia.

W ocenie Sądu I instancji opinie biegłego były wyczerpujące i dokładne, zostały sporządzone w oparciu o pełną dokumentację medyczną, jaką strona powodowa dołączyła do akt sprawy, oraz w oparciu o dokumentację udostępnioną biegłemu w szpitalu. Sąd Rejonowy nie znalazł żadnych podstaw, by kwestionować opinie pod względem merytorycznym.

Sąd Rejonowy uznał, iż powództwo nie mogło zostać uwzględnione również z tej przyczyny, że strona powodowa nie przestrzegła przewidzianej przez stronę pozwaną procedury dotyczącej zasad rozliczeń.

Ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, w tym w szczególności zeznań przesłuchanych w sprawie świadków wynikało, zdaniem Sądu Rejonowego, jednoznacznie, że strona powodowa świadomie nie przestrzegła przewidzianej przez stronę pozwaną procedury dotyczącej zasad rozliczeń i nie zgłosiła spornych świadczeń do rozliczenia z oznaczeniem ich w komunikacie (...) jako ratujących życie lub zdrowie, wychodząc z założenia, że taki obowiązek nie jest nań nałożony powszechnie obowiązującymi przepisami prawa. Strona powodowa zdawała sobie sprawę, że takie oznaczenie świadczenia powodowałoby jego rozliczenie w pierwszej kolejności.

Sąd Rejonowy wskazał, iż w przypadku świadczeń dochodzonych pozwem powód sprawozdając je - na pytanie „czy świadczenie z katalogu płatnika jest świadczeniem ratującym życie” odpowiedział „nie”. Gdyby zaś oznaczył te świadczenia jako ratujące życie, to byłyby one w pierwszej kolejności zapłacone, taki był mechanizm – co również wynika z zeznań świadków.

Powodowy szpital nie zaprzeczył, iż zaniechał oznaczenia w sprawozdawczości elektronicznej świadczeń ratujących życie. Działanie takie, jak to wskazał Sąd Apelacyjny we Wrocławiu w wyroku z dnia 18.12.2012r. (I ACa 1421/11), stanowi obejście prawa. Ponadto, w ocenie Sądu Rejonowego, strona powodowa powinna tak gospodarować środkami przyznanymi w umowie aby pozostała jej rezerwa na wypadki nagłe (vide: wyrok SN z dnia 13.10.2006 III CSK 123.06).

Do wyczerpania maksymalnego limitu finansowania świadczeń określonego w umowie wydatki na świadczenia wynikające z art. 7 ustawy o z.o.z. i art. 30 ustawy o zwodzie lekarza nie podlegają bowiem odrębnemu pozaumownemu finansowaniu.

Jednocześnie Sąd Rejonowy przyznał, iż zakładowi opieki zdrowotnej przysługują roszczenia o zapłatę za udzielone świadczenia medyczne jeśli wykaże, że nastąpiły w sytuacji określonej w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej jednakże od obowiązku zapłaty za udzielone w takiej sytuacji roszczenia ponadlimitowe (...) może się jednak - jak wskazuje Sąd Apelacyjny w wyroku z dnia 18.12.2012 r. – uchylić, jeśli wykaże, że zakład opieki zdrowotnej naruszył postanowienie łączącej strony umowy w sposób pozwalający przyjąć, że sam pozbawił się możliwości dochodzenia zapłaty. Nie do zaakceptowania byłoby bowiem przyjęcie koncepcji, że (...) ma obowiązek płacić za takie świadczenia ratujące życie i zdrowie udzielone w warunkach niecierpiących zwłoki, które mogły zostać rozliczone w ramach limitów ustalonych w umowie między (...) a świadczeniodawcą, a nie zostały rozliczone tylko z tej przyczyny, że świadczeniobiorca nie zgłosił ich do rozliczenia w trybie ustalonym w umowie.

W ocenie Sądu Rejonowego, nie zasługiwał też na uwzględnienie zarzut powoda, że w roku 2009 nie było powszechnie obowiązujących przepisów nakazujących oznaczanie świadczeń medycznych jako ratujących życie i przekazywanie ich do rozliczenia w pierwszej kolejności (nie były wprowadzone aneksem do umowy, ani nie przewidywały takiego obowiązku obowiązujące wówczas zarządzenia). Umowa stron wyraźnie bowiem w zakresie rozliczania odsyłała do ogólnych warunków umowy, a te z kolei przewidywały, że rozliczenie finansowe składa się w wersji elektronicznej. Dokumentem, który regulował format sprawozdania było właśnie zarządzenie Prezesa (...) z dnia 22.10.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne, na którego podstawie powodowy szpital składał swoje rozliczenie. W zarządzeniu tym przewidziany został obowiązek oznaczania świadczeń „ratujących życie”.

Z tych względów, zdaniem Sądu I instancji, skoro nie ulega wątpliwości, że w przypadku dopełnienia tego obowiązku strona powodowa otrzymałaby zapłatę za sporne świadczenia, to fakt nieprzedstawienia tych świadczeń do rozliczania w trybie przewidzianym w umowie nie może dawać stronie powodowej prawa do domagania się za nie zapłaty na tej tylko zasadzie, że były to świadczenia ratujące życie lub zdrowie udzielone w wypadkach nagłych. Takie działanie strony powodowej Sąd I instancji uznał za niezgodne ze społeczno-gospodarczym przeznaczeniem służącego mu prawa do wynagrodzenia, co uzasadnia zastosowanie regulacji zawartej w art. 5 k.c., wedle której działaniu takiemu nie można przyznać ochrony prawnej.

Niezależnie zaś od powyższych rozważań, Sąd Rejonowy uznał także skuteczność podniesionego przez stronę pozwaną zarzutu zrzeczenia się roszczeń przez stronę powodową, zawartego w § 2 podpisywanych w 2009 r. aneksów dotyczących finansowania świadczeń. Każdy z tych aneksów był swoistym rodzajem ugody. Strona pozwana zrzekała się roszczeń- a były to głównie roszczenia z tytułu świadczeń tzw. nadwykonań, w zamian za co otrzymywała środki finansowe. Efektem tej swoistej transakcji było to, że fundusz uzyskiwał bezpieczeństwo prawne, a zatem żadne roszczenia za ten zamknięty okres nie mogły być formułowane. Z przywołanego oświadczenia zawartego w wyżej wymienionych aneksach wynika zdaniem Sądu Rejonowego w sposób oczywisty, że powód zrzekł się wszelkich roszczeń przewyższających umówioną kwotę, a obie strony, w momencie zawierania aneksów miały świadomość skutków zrzeczenia się roszczeń oraz zakresu tego oświadczenia woli. W ocenie Sądu I instancji strona powodowa nie wykazała, że jej oświadczenia o zrzeczeniu się roszczeń zostało przez (...) w pewien sposób narzucone, z uwagi na zajmowaną w systemie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej pozycję monopolisty. Poza twierdzeniem, że zrzeczenie się roszczeń wywołane było dominującą pozycją (...), strona powodowa nie przedstawiła żadnych dowodów na to, że druga strona kontraktu, rzeczywiście sugerowała, że do zawarcia kolejnych kontraktów ze szpitalem by nie doszło.

Apelację od powyższego orzeczenia wywiódł powód zaskarżając je w całości i zarzucał:

1. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. art. 137 ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zw. z §1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r.

w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zw. z § 5 ust 1 Ogólnych Warunków Umowy poprzez błędną ich wykładnię, wyrażającą się nieprawidłowym określeniem przez Sąd Rejonowy zakresu warunków wykonywania przez powoda umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, polegające na przyjęciu przez Sąd Rejonowy, że zarządzenia prezesa (...) współkształtują sposób wykonania tego zobowiązania, podczas gdy z treści § 5 Ogólnych Warunków Umowy wynika, że treści zarządzeń Prezesa (...) determinują wyłącznie warunki konkursowe wymagane od świadczeniodawców, określa kryteria konkursowe (co wynika explicite z przywołanych przepisów art. 146 ust. 1 pkt 3 i art. 159 ust. 2 ustawy z 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do których odwołuje się §5 Ogólnych Warunków), nie wprowadzają zaś żadnych zasad wykonywania umowy, ani też nie wprowadzają wyłączeń obowiązku zapłaty za wykonanie świadczeń, w tym o charakterze ponad limitowym;

2. naruszenie przepisów prawa materialnego, a to art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, poprzez ich niewłaściwą wykładnię i niezastosowanie w niniejszej sprawie, poprzez uznanie, że powodowi nie należy się zapłata za świadczenia objęte pozwem, wykonane w warunkach opisanych w tych przepisach, podczas gdy powód udzielił świadczeń objętych pozwem w warunkach przymusu ustawowego i powinien otrzymać za nie zapłatę;

3. naruszenie przepisów prawa materialnego, a to art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz zarządzenia Prezesa (...) z dnia 09.01.2009 w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych (...) poprzez przyjęcie, że brak oznaczenia świadczenia przez świadczeniodawcę (powoda) jako ratującego życie w komunikacie (...), zgodnie z zarządzeniem Prezesa (...), skutkuje oddaleniem powództwa w sytuacji gdy w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej mowa jest o potrzebie natychmiastowego udzielania świadczeń ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, a nie tylko życia jak w zarządzeniu Prezesa (...);

4. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. art. 132 ust. 1 i 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z art. 7 ustawy o z.o.z. oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, poprzez ich niewłaściwą wykładnię i błędne zastosowanie w niniejszej sprawie, poprzez przyjęcie, że ograniczenia wynikające z planu finansowego funduszu uzasadniają odmowę zapłaty za świadczenia, których natychmiastowe udzielenie było konieczne z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia, a brak środków uzasadnia w takich przypadkach prawo do odmowy udzielenia pomocy medycznej przez świadczeniodawców, w tym powoda;

5. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry w zw. z art. 56 k.c. poprzez jego niewłaściwe niezastosowanie, polegające na wadliwym warunkowaniu ich stosowania jedynie w sytuacji prawidłowego wykonania przez powoda umowy, podczas gdy przepisy te stanowią samodzielną podstawę roszczeń powoda, niezależną od treści umowy z pozwanym;

6. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry w zw. z art. 56 k.c. wzw. z art. 5 k.c. poprzez niewłaściwe ich zastosowanie sprowadzające się do uznania działania powoda jako niezgodnego ze społeczno - gospodarczym przeznaczeniem służącego mu prawa do wynagrodzenia za świadczenia wykonane ponad limit, polegającym na pozbawieniu się, zdaniem Sądu Rejonowego, przez powoda możliwości otrzymania tego wynagrodzenia z przyczyn nieprawidłowego wykonania umowy i nie oznakowania świadczeń jako ratujących zdrowie i życie, podczas gdy działaniom powoda takich cech brak ze względu na nieznaną w dacie wykonywania tych zabiegów limit umowny oraz ze względu na natychmiastowy i ratujący zdrowie i życie charakter przedmiotowych zabiegów, który to charakter samoistnie wyklucza ujemną społeczną ocenę tych roszczeń.

7. naruszenie przepisów prawa materialnego, a to 56 k.c. w związku z art. 7 ustawy o z.o.z. oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry i art. 155 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

publicznych w związku z§2 w aneksach nr (...) do umowy nr (...) poprzez przyjęcie, iż świadczeniodawca (szpital) może w drodze kontraktu zwolnić się z obowiązku ustawowego jakim jest przymus ratowania życia i zdrowia ludzkiego.

8. naruszenie przepisów prawa materialnego, a to 56 k.c. w związku z art. 7 ustawy o z.o.z. oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry i art. 155 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, poprzez jego niewłaściwą wykładnię i niezastosowanie w niniejszej sprawie i uznanie, że nie istnieją pozaumowne podstawy żądania zapłaty przez (...) za świadczenia udzielone przez świadczeniodawcę, podczas gdy zgodnie z jednolitą linią orzecniczą Sądu Najwyższego art. 7 ustawy o z.o.z. oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, stanowią podstawę do dochodzenia roszczeń o zapłatę za świadczenia udzielone ponad limit określony w umowie z pozwany;

9. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. § 10 ust 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych poprzez jego niewłaściwe niezastosowanie w niniejszej sprawie, sprowadzające się do błędnego ustalenia zakresu obowiązków powoda w zakresie sprawozdań na rzecz pozwanego dotyczących wykonanych świadczeń zdrowotnych przez pryzmat treści rozporządzenia Prezesa (...), podczas gdy zapis w/w rozporządzenia Ministra Zdrowia w sposób samodzielny ów zakres obowiązków kształtuje;

10. naruszenie przepisu prawa materialnego, tj. art. 58 § 3 kodeksu cywilnego poprzez jego niezastosowanie w niniejszej sprawie i uznanie postanowień aneksów o maksymalnej wartości kontraktu i klauzul §2 w aneksach nr (...) do umowy nr (...) za ważne i skuteczne, podczas gdy pozwany nie ustalił żadnych przedsięwzięć organizacyjnych na wypadek wyczerpania limitów przez powoda;

11. naruszenie przepisów postępowania, mianowicie art. 233 § 1 k.p.c, poprzez naruszenie zasady swobodnej oceny dowodów i dowolne uznanie §2 aneksów nr (...) do umowy nr (...) za ważne i skuteczne, mimo iż, zgodnie z treścią § 5 ust. 6 Zarządzenia Prezesa (...) nr (...) z dnia 22.10.2008 r. stanowiącego integralną część umowy, odstąpienia od wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa (...).

12. sprzeczność istotnych ustaleń faktycznych sądu z treścią zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego poprzez ustalenie, że świadczenie ratujące życie miały priorytet w rozliczaniu, podczas gdy w 2009 r. nie obowiązywały przepisy powszechnie obowiązującego prawa nakazujące oznaczać świadczenia jako ratujące życie, ani tym bardziej przekazywać je do rozliczenia w pierwszej kolejności.

Zarzucając powyższe apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i uwzględnienie powództwa w całości oraz zasądzenie kosztów procesu za obie instancje według norm prawem przepisanych. Ponadto niezależnie od wyniku postępowania powód wniósł o nieobciążanie go kosztami procesu, na podstawie art. 102 k.p.c. oraz art. 103 § 2 k.p.c.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja nie zasługiwała na uwzględnienie.

Sąd Okręgowy podzielił w całości i uznał za własne ustalenia faktyczne dokonane prawidłowo przez Sąd Rejonowy, przyjmując jednak odmienną ich ocenę.

Odmienna ocena stanu faktycznego przez Sąd Odwoławczy nie ma jednak wpływu na prawidłowość rozstrzygnięcia Sądu I instancji w niniejszej sprawie.

Dokonując analizy zgromadzonych dowodów Sąd Okręgowy podzielił stanowisko wyrażone w uzasadnieniu wyroku Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 30 czerwca 2015 r. I ACa 673/15, na które powołuje się strona powodowa w postępowaniu apelacyjnym, iż istotnym dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy jest wyłącznie, czy świadczenia

medyczne, za które powód żądał zapłaty, były udzielone w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia pacjentów w trybie pilnym.

Tym samym stanowisko Sądu I instancji dotyczące zrzeczenia się przez stronę powodową roszczenia jak i nadużycia przez nią prawa poprzez niedokonywanie prawidłowych oznaczeń udzielonych świadczeń nie zasługiwało na aprobatę.

Stwierdzić należy, iż Sąd I instancji dokonał błędnej wykładni łączącej strony umowy uznając, że w oświadczeniach zawartych w § 2 aneksów nr (...) strona powodowa zrzekła się wszystkich roszczeń wykraczających poza zakres umówionego świadczenia.

Zwrócić należy uwagę, że obowiązki strony powodowej wynikały nie tylko z zawartej przez strony umowy, ale także z treści obowiązujących przepisów prawa, toteż dokonując wykładni tychże postanowień należało przyjąć, że strona powodowa mogła zrzec się jedynie swych roszczeń w zakresie wynagrodzenia za świadczenia, które nie należały do tych, które winna ona była wykonać wprost w oparciu o przepisy ustawy.

Stosownie do treści art. 7 ustawy z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tj. Dz.U. Nr 14, poz. 89,), jak i art. 30 ustawy z dnia 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tj. z dnia 21.07.2008 r., Dz.U. Nr 136, poz. 857, dalej u.z.L), zakład opieki zdrowotnej nie mógł odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która wymaga jego natychmiastowego udzielenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia, przy czym w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry mówi się bardziej precyzyjnie o „niebezpieczeństwie utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia” oraz o „innych przypadkach niecierpiących zwłoki”. Zgodnie z ustaloną linią orzecznictwa Sądu Najwyższego, za świadczenia udzielone w takich warunkach (...) odpowiada bez względu na limity ustalone w umowie (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 08.08.2007 r., I CSK 125/07, niepubl. oraz wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15.12.2005 r., II CSK 21/05, OSNC 2006/9/157).

Należy również przypomnieć, że Sąd Najwyższy w orzecznictwie dotyczącym powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego wielokrotnie odwoływał się do aksjologii konstytucyjnej, wskazując, iż na skutek regulacji przewidzianej w art. 68 Konstytucji RP, państwo przyjęło na siebie istotny obowiązek o charakterze gwarancyjnym. Obok zapewnionego wszystkim, prawa do ochrony zdrowia (ust 1), ustawodawca przewidział prawo wszystkich obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (ust 2). Przepisy art. 7 u.z.o.z. oraz art. 30 u.z.l, stosowane w związku z art. 56 k.c. do umowy o finansowanie świadczeń zdrowotnych, wymagają interpretacji zgodnej z regulacją konstytucyjną, która przywiązuje zasadnicze znaczenie do ustawowego określenia warunków i zakresu udzielania świadczeń zdrowotnych (vide: uchwała SN z dnia 30.03.2006 r., III CZP 130/06, OSNC 2006/11/177; wyrok SN z dnia 04.08.2006 r., III CSK 138/05, OSNC 2007/4/63 oraz cytowane już wyroki SN: z dnia 15.12.2005 r., II CSK 21/05 i z dnia 08.08.2007 r., I CSK 125/07).

Niewątpliwie umowy pomiędzy (...) a świadczeniodawcami wykazują charakter cywilnoprawny (vide: m.in. wyrok SN z dnia 16.02.2005 r., IV CK 541/04, LEX nr 149585). Jednakże immanentną cechą ustawowej regulacji ubezpieczeń zdrowotnych jest zdecydowana nadrzędność interesu publicznego nad interesem jednostek, co przemawia za przypisaniem normom wynikającym z przepisów regulujących prawa i obowiązki stron tych umów - w tym art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l. - charakteru norm imperatywnych, od których stosowania w ramach konkretnego stosunku prawnego stronom nie wolno odstąpić ani ich modyfikować zgodnie z wyrażoną wolą. Skoro ustawodawca nałożył na publiczne zakłady opieki zdrowotnej określone obowiązki udzielania świadczeń niezależnie od limitów wyznaczonych przez finansujący ich koszty (...), to przyjęcie jakichkolwiek ograniczeń refundacji świadczeń ponadlimitowych, udzielonych w okolicznościach określonych w art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l., byłoby równoznaczne z przesunięciem finansowego ciężaru ich udzielania na świadczeniodawcę. To z kolei godziłoby niewątpliwie w omówiony już, gwarancyjny charakter powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Zatem o tym, czy publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej należy się zwrot kosztów udzielonych świadczeń w 2009 r. decydowały głównie przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej i uzupełniająco art. 7 u.z.o.z. oraz art. 30 u.z.l. (vide: uzasadnienie wyroku SN z dnia 25.05.2006 r., II CK 343/05, niepubl., LEX nr 200917).

Zgodnie z brzmieniem art. 56 k.c., czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy, z zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów. Użyty tutaj zwrot „wywołuje skutki” nie oznacza tego samego, co „obejmuje skutki”. Sens art. 56 k.c. jest zatem taki, że skutki wynikające z ustawy, zasad współżycia społecznego lub z ustalonych zwyczajów powstają na zasadzie przypisania normatywnego, a więc nie ze względu, lecz bez względu na wolę stron. Ta ostatnia obejmuje bowiem bezpośrednio tylko zawarcie umowy. Zachodzi zatem pewna różnica pomiędzy dokonywaniem wykładni oświadczeń woli kontrahentów w oparciu o art. 65 § 2 k.c. a uzupełnieniem treści stosunku prawnego na podstawie art. 56 k.c. W pierwszym przypadku bowiem Sąd musi respektować rzeczywistą wolę stron, podczas gdy w drugim przypadku ustala treść zobowiązania (czy też innego rodzaju stosunku prawnego wynikającego z czynności prawnej) niezależnie od czynnika woli, a zgodnie z treścią odnośnych przepisów prawa lub norm i standardów zachowania, powszechnie akceptowanych w społeczeństwie. Nie ma tu więc decydującego znaczenia okoliczność, że świadczenia medyczne finansowane są z budżetu państwa i ograniczone są wydatkami budżetowymi na dany rok. Owszem, zakład opieki zdrowotnej, mając świadomość limitowanej puli środków na wykonanie określonych usług medycznych, powinien właściwie je wykorzystać, tworząc na przykład system określonej kolejności i rozkładania w czasie wykonania niektórych usług, do czego upoważniał go art. 19 ust. 1 pkt 1 ustawy u.z.o.z., art. 20 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej i rozporządzenie 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. z 2005 r., Nr 200, poz. 1661). Powinien on tak gospodarować środkami przyznanymi w umowie, aby pozostawała rezerwa na wypadki nagłe (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13.10.2006 r., III CSK 123/06, LEX nr 258671). Do wyczerpania maksymalnego limitu finansowania świadczeń określonego w umowie, wydatki na świadczenia wynikające z art. 7 ustawy z.o.z. i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza nie podlegają bowiem odrębnemu, pozaumownemu finansowaniu. Jednakże w przypadku każdorazowego wyczerpania kwoty określonej w umowie, świadczenia wykonane w ramach przymusu ustawowego powinny być finansowane przez (...). Ograniczenia wynikające z planu finansowego (...) nie uzasadniają odmowy zapłaty za ww. świadczenia, jeśli tylko świadczeniodawca wykaże, że udzielił ich w trybie nagłym z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia. Na równi można bowiem wymagać od ustawodawcy, by planując wydatki budżetowe, przewidział stosowną rezerwę służącą opłaceniu świadczeń medycznych udzielonych w trybie nagłym w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia.

Koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy zatem, zgodnie z art. 56 k.c., włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między (...) a świadczeniodawcą i obciążyć nimi (...) zarządzający środkami publicznymi, z których powinny one być pokryte (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12.03.2009 r., V CSK 292/08, LEX nr 530613).

W konsekwencji przyjętych powyżej zasad finansowania świadczeń, koniecznych dla ratowania życia i zdrowia, Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 12.12.2006 r., II CSK 279/06, wprost wskazał, że w ramach swobody kontraktowej zawartej w art. 353¹ k.c. nie można nałożyć na zakłady opieki zdrowotnej ponoszenia kosztów świadczeń ponadlimitowych. Tym samym postanowienia umowy o udzielenie świadczeń ograniczające limit w zakresie świadczeń zdrowotnych, w wypadkach zagrożenia życia i zdrowia, są nieważne.

W świetle zatem powyższego należy stwierdzić, że powoływane w ustaleniach faktycznych postanowienia aneksów były dotknięte sankcją nieważności jako zmierzające do obejścia ustawowego obowiązku (...) zapłaty za świadczenia opisane w art 7 u.z.o.z., a zatem nie mogły one wywołać skutku prawnego w relacjach łączących strony (art. 58 § 1 k.c.). Innymi słowy należy stwierdzić, że zawarte w § 2 aneksów oświadczenie należy odnosić wyłącznie do tych świadczeń, które nie były udzielane w wypadkach bezpośredniego zagrożenia utraty życia lub zdrowia.

W związku z powyższym strona powodowa co do zasady mogła domagać się w niniejszej sprawie zapłaty za świadczenia, bez względu na limity określone w umowach, pod warunkiem jednak wykazania, że z uwagi na zagrożenie życia i zdrowia pacjentów, konieczne było natychmiastowe udzielenie tych świadczeń.

Ustawy nie definiują pojęcia konieczności natychmiastowego (bezzwłocznego) udzielenia pomocy. Niewątpliwie w oparciu o wyżej powołane normy ustawowe można jednak przyjąć, iż stan pacjenta wymagać musi podjęcia działań natychmiastowych, bezzwłocznych, a brak tych działań oznacza dla pacjenta zagrożenie życia i zdrowia. Takie opisowe określenie sytuacji, w której lekarz ma obowiązek udzielić świadczenia, jest zrozumiałe. Nie można bowiem wyliczyć i skategoryzować sytuacji, gdy odłożenie świadczenia w czasie będzie stwarzało zagrożenie dla życia i zdrowia albo nie. Zależy to bowiem od stanu zdrowia danego pacjenta, od charakteru choroby, a w reszcie rodzaju świadczenia. Ocena taka następuje indywidualnie, w odniesieniu do konkretnego pacjenta i konkretnych okoliczności faktycznych. Wymaga zatem niewątpliwie wiedzy specjalnej.

Sąd Rejonowy ustalając w niniejszej sprawie czy świadczenia objęte pozwem są świadczeniami ratującymi życie lub zdrowie, udzielonymi w sytuacji, o której mowa w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry prawidłowo oparł się na sporządzonych do sprawy opiniach biegłego z zakresu chirurgii W. F.: pisemnej z dnia 17 maja 2014 r., ustnej uzupełniającej opinii złożonej przez biegłego na rozprawie w dniu 12 stycznia 2015 r. oraz pisemnej uzupełniającej opinii z dnia 16 marca 2015 r. Sąd Odwoławczy, podobnie jak Sąd I instancji ocenił powyższe opinie jako zgodne ze zleceniem, niebudzące wątpliwości, logiczne, spójne, wyczerpujące, w sposób należyty wyjaśniające sporne przypadki udzielenia świadczeń medycznych.

Wskazać należy, że biegły w sposób szczegółowy przeanalizował każdy z 19 przypadków pacjentów, opisał rodzaj udzielonego pacjentowi świadczenia, przedstawił krótką historię choroby, w oparciu o te wszystkie dane uznał, że świadczenia medyczne udzielone w stosunku do tych 19 pacjentów przez powodowy szpital nie spełniały kryteriów działania w sytuacji przymusu ustawowego wynikającego z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry i nie pozwalały na ich kwalifikację jako świadczeń udzielonych w trybie nagłości, natychmiastowości. Wnioski w tym zakresie Sąd Okręgowy również w całej rozciągłości popiera uznając, że świadczeń udzielonych w tych okolicznościach nie sposób kwalifikować jako udzielonych w trybie przymusu i zagrożenia, że brak niezwłocznego świadczenia będzie stanowił zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjenta.

Mając powyższe na względzie stwierdzić należy, iż strona powodowa nie wykazała konieczności natychmiastowego udzielenia objętych pozwem świadczeń ponad limitowych, co musiało skutkować oddaleniem powództwa w niniejszej sprawie.

Z tych względów Sąd Okręgowy na podstawie art. 385 k.p.c. orzekł jak w punkcie I sentencji wyroku.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono w punkcie II na podstawie art. 98 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. zasądzając od strony powodowej na rzecz strony pozwanej koszty zastępstwa procesowego, których wysokość ustalono na podstawie § 12 ust. 1 pkt 1 w zw. z § 6 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28.09.2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu.

Dorota Stawicka-Moryc Anna Kuczyńska Beata Wójtowicz-Woźniczka