

Sygn. akt V ACa 1017/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 7 lutego 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – Wydział V Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Maria Sokołowska
Sędziowie:	SA Artur Lesiak (spr.) SA Irma Kul
Protokolant:	sekretarz sądowy Żaneta Dombrowska

po rozpoznaniu w dniu 7 lutego 2013 r. w Gdańsku na rozprawie

sprawy z powództwa (...)

(...) w B.

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

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w (...)

z dnia 20 sierpnia 2012 r. sygn. akt I C 140/12

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 1017/12

UZASADNIENIE

Powód (...) w B. wniósł o zasądzenie od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia - (...) na jego rzecz kwoty 640.764 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 1 grudnia 2011 roku do dnia zapłaty oraz kosztów procesu. Wskazał, że niniejszym pozwem dochodzi zapłaty za świadczenia nielimitowane, w stosunku do których nie obowiązują limity umowne, udzielone świadczeniobiorcom w trzecim kwartale 2011 w zakresie kardiologii w sytuacjach wymagających natychmiastowej interwencji i hospitalizacji.

Nakazem zapłaty w postępowaniu upominawczym z dnia 9 stycznia 2012 roku Sąd Okręgowy w B. orzekł zgodnie z żądaniem pozwu.

Pozwany w sprzeciwie od nakazu zapłaty wniósł o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W uzasadnieniu pozwany podał, iż roszczenie powoda jest przedwczesne. Dodatkowo pozwany wskazał, iż ewentualne zaspokojenie żądania może nastąpić tylko po przeprowadzeniu kontroli w zakresie poprawności udzielenia świadczeń.

Na rozprawie w dniu 8 sierpnia 2012 roku powód ograniczył powództwo do kwoty 629.748 zł wraz z ustawowymi odsetkami. W pozostałym zakresie cofnął pozew z jednoczesnym zrzeczeniem się roszczenia.

Wyrokiem z dnia 20 sierpnia 2012 r. Sąd Okręgowy w (...) zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 629.748 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wydania wyroku, umorzył postępowanie w pozostałym zakresie, oddalił powództwo w części dotyczącej ustawowych odsetek od dnia 1 grudnia 2011 r. do dnia wyroku, zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 7.217 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sąd Okręgowy ustalił, że w dniu 31 grudnia 2008 roku pozwany zawarł z powodem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne. Strony ustaliły, iż kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od 1 stycznia 2011 roku do 31 grudnia 2011 roku wynosi maksymalnie 48.959.445 zł. W przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń z grup w określonych zakresach przekroczy kwotę zobowiązania określoną wyłącznie na realizację jednej z tych grup świadczeń, na wniosek świadczeniodawcy składany

jeden raz na kwartał - zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych i kwoty zobowiązań we właściwych ze względu na realizację świadczeń zakresach oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

W trzecim kwartale 2011 roku powód udzielił nielimitowanych świadczeń w zakresie „Kardiologia”, które według wliczeń pozwanego nie zostały uregulowane na kwotę 629.748 zł. Co miesiąc pozwany otrzymywał zestawienia wszystkich świadczeń, zarówno limitowanych jak i nielimitowanych, wykonanych przez powoda. W tym zakresie powód wzywał pozwanego do zapłaty, przesyłając mu fakturę VAT. Faktury te były odsyłane z przyczyn formalnych. W kolejnych pismach pozwany informował, że jego obecna sytuacja finansowa uniemożliwia zapłatę.

Sąd Okręgowy zważył, że spór w niniejszej sprawie ogniskował się wyłącznie wokół kwestii prawnych dotyczących zasadności żądania powoda. Kluczowe znaczenie dla oceny roszczenia powoda ma art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Według tego przepisu podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Przesłanki opisane w art. 15 ustawy o działalności leczniczej odpowiadają definicji stanu nagłego, zawartej w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym, do której wprost odwołuje się art. 5 ust. 33 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Pojęcie to, w całości brzmiące jako „stan nagły zagrożenia zdrowotnego” oznacza 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. Według art. 19 ust. 1 wskazanej wyżej ustawy w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Sąd I instancji zauważył, że podmiot leczniczy odmawiając udzielenia świadczeń zdrowotnych pacjentowi w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia, który poniósł w związku z tym szkodę, naraża się na odpowiedzialność cywilną, natomiast jego pracownicy - na odpowiedzialność karną..

Obowiązki wynikające z powyższych przepisów mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Jeżeli zatem podmiot leczniczy, który zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o świadczenie usług medycznych, udzielił świadczenia pacjentowi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ma roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie względem Narodowego Funduszu Zdrowia. W orzecznictwie

powszechnie wskazuje się, iż określone w umowach ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą przypadków, gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Jeżeli bowiem zachodzi ustawowy obowiązek natychmiastowego udzielenia świadczeń, to nie mogą one być limitowane umową (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 05.11.2003 roku, IV CK 189/02).

Sąd posiłkując się zebranymi dowodami w sprawie w postaci dokumentów, a także w oparciu o zasady doświadczenia życiowego, doszedł do przekonania, że świadczenia z zakresu „Kardiologia”, udzielone ponad limit zobowiązania ustalony w umowie, były świadczeniami podjętymi ze względu na stan zagrożenia życiu lub zdrowia pacjentów. Tym samym na pozwanym ciąży obowiązek zapłaty za przedmiotowe usługi medyczne wykonane przez powodowy szpital na rzecz świadczeniobiorców. Nie ulega wątpliwości, iż świadczenia nielimitowane, których koszt wyniósł łącznie kwotę 629.748 zł, zostały udzielone pacjentom w placówce powoda. Wynika to chociażby z analizy zestawienia zawartego w aktach sprawy. Pozwany nie kwestionował wykonania tych świadczeń przez powoda. Poza tym wszystkie świadczenia, za których wykonanie powód domaga się zapłaty, zostały udzielone pacjentom w zakresie „Kardiologia” w ramach jednej z czterech grup objętych tym zakresem - według zarządzenia nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.. Zatem, w oparciu o zasady doświadczenia życiowego Sąd przyjął, iż przedmiotowe świadczenia nielimitowane udzielane pacjentom, ze względu na ich rodzaj, w każdym przypadku były wykonane z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia. Zdecydowana większość zdarzeń kardiologicznych wymaga natychmiastowej interwencji lekarskiej. Serce należy do grupy najważniejszych organów w ciele człowieka. Jakikolwiek zaburzenia w funkcjonowaniu tego organu rodzą niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia świadczeniobiorcy. Tym samym nie sposób stwierdzić, że pacjenci zgłaszający się do placówki powoda z dolegliwościami natury kardiologicznej, mogli zostać odesłani bez udzielania im pomocy ze względu na wyczerpanie limitów ustalonych obowiązującą umową. Oprócz tego w kardiologii nie sposób ustalić z góry limitów świadczeń. Nie da się precyzyjnie założyć ile w danym roku do placówki zgłosi się pacjentów z zawałami serca, czy też innymi nagłymi zdarzeniami kardiologicznymi. Wszystkie powyższe okoliczności przesądzają o konieczności zapłaty przez pozwanego za powyższe świadczenia nielimitowane udzielone przez powodowy szpital pacjentom.

Reasumując Sąd Okręgowy stwierdził, że jeżeli szpital udziela nielimitowane świadczenia w obliczu zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta, pozwany jest obowiązany zapłacić tej placówce za wykonaną usługę medyczną.

Mając powyższe na względzie, Sąd na podstawie art. 15 ustawy o działalności leczniczej zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 629.748 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wydania wyroku do dnia zapłaty (punkt 1 wyroku). Termin naliczania odsetek wynika z faktu, iż w toku procesu, ze względu na zastrzeżenia poczynione przez pozwanego, powód ograniczył swoje powództwo.

Na mocy art. 355 § 1 kpc Sąd umorzył postępowanie w zakresie w jakim powód cofnął pozew (punkt 2 wyroku).

Sąd oddalił powództwo w części dotyczącej żądania odsetek ustawowych od dnia 1 grudnia 2011 roku do dnia wydania niniejszego wyroku (punkt 3 wyroku).

O kosztach procesu Sąd orzekł zgodnie z art. 98 kpc i § 6 pkt 7 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu.

Pozwany w apelacji zarzucił wyrokowi:

1) ***naruszenie prawa materialnego tj. art. 15 ustawy o działalności leczniczej poprzez błędne przyjęcie, iż podstawą prawną roszczenia jest wskazany przepis podczas gdy prawidłowa podstawą prawną roszczenia powinien być art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;***

2) naruszenie prawa materialnego poprzez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie poprzez niezastosowanie art. 5 kodeksu cywilnego i brak przyjęcia, że żądanie wskazane w pozwie stanowi nadużycie prawa ze względu na jego sprzeczność z zasadami współzycia społecznego w rozumieniu art. 5 kc, podczas gdy w istocie żądanie pozwu takie nadużycie prawa stanowi.

W oparciu o tak sformułowane zarzuty pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości, względnie uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania, oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu.

Powód wnosił o oddalenie apelacji i zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania sądowego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zaważył, co następuje:

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd Apelacyjny podziela dokonane przez Sąd Okręgowy ustalenia faktyczne i rozważania w zakresie oceny materiału dowodowego oraz podstawy prawnej rozstrzygnięcia, przyjmując je za podstawę także własnego rozstrzygnięcia i odwołuje się do nich bez potrzeby ich powtarzania.

W pierwszej kolejności wskazać należy, że skarżący nie kwestionował ustaleń faktycznych Sądu I instancji, ograniczając się wyłącznie do przedstawienia zarzutów dotyczących naruszenia prawa materialnego.

Pozwany nie przedstawił żadnych argumentów, które podważałyby prawidłowość wykładni art. 15 ustawy o działalności leczniczej dokonanej przez Sąd Okręgowy. Ograniczył się wyłącznie do zarzucenia Sądowi Okręgowemu, że ten przyjął błędną podstawę prawną rozstrzygnięcia, gdyż podstawą roszczenia powinien być art. 19 ustawy o działalności leczniczej. Pozwany przeoczył wszakże, że Sąd Okręgowy odniósł się w uzasadnieniu także do treści tego przepisu, wyjaśniając, że według art. 19 ust. 1 w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. W toku postępowania powód przedstawił zestawienie świadczeń nielimitowanych (k. 76 – 83) i pozwany nie kwestionował tego, że zostały one udzielone świadczeniobiorcom. Bez związku z niniejszym sporem są więc argumenty pozwanego, że nie ma on obowiązku udzielania świadczeń osobom nie będącym świadczeniobiorcami.

Nie może też odnieść skutku zarzut naruszenia art. 5 k.c. Skoro bowiem świadczenia zostały udzielone ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia świadczeniobiorców, to nie sposób zarzucić powodowi, który takich świadczeń udzielił, że domagając się pokrycia kosztów udzielenia tych świadczeń od pozwanego narusza zasady współzycia społecznego. Trudno przecież wymagać od powoda, aby sam finansował wykonanie tych świadczeń w wypadku odmowy ich sfinansowanie przez pozwanego. Należy pamiętać, że beneficjentem świadczeń są osoby ubezpieczone, które opłacając składkę ubezpieczeniową mają prawo oczekiwać, że będzie im udzielona bezpłatna pomoc medyczna. Powód nie może odmówić udzielenia tych świadczeń bądź też uzależniać ich udzielenia od ich sfinansowania przez ubezpieczonego, skoro to pozwany w związku z pobieranymi składkami jest zobowiązany do pokrywania tych kosztów (art. 97 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). Obowiązkiem pozwanego jest takie zarządzanie środkami o których mowa w art. 116 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, aby możliwe było sfinansowanie świadczeń należnych osobom ubezpieczonym. Rozwiązanie problemu braku wystarczającej ilości tych środków będących w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia nie może być przerzucane na pozwanego czy świadczeniobiorców, a do tego w istocie prowadziłyby uwzględnienie podniesionego przez pozwanego zarzutu.

W tym stanie rzeczy nie podzielając wskazanych wyżej zarzutów apelacji ani argumentacji zgłoszonej na ich poparcie, na podstawie art. 385 k.p.c. oddalono apelację.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c. i art. 108 § 1 k.p.c. w zw. z § 6 pkt 7 w zw. z § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września

2002 w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. Nr 163, poz. 1349 ze zm.).