

Sygn. akt V ACa 48/14

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 marca 2014 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – Wydział V Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: SSA Irma Kul

Sędziowie: SA Roman Kowalkowski

SA Maria Sokołowska (spr.)

Protokolant: sekretarz sądowy Żaneta Dombrowska


po rozpoznaniu w dniu 12 marca 2014 r. w Gdańsku na rozprawie

sprawy z powództwa Szpitala (...)w B.

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

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w B.

z dnia 6 listopada 2013 r. sygn. akt I C 647/12

I. zmienia zaskarżony wyrok:

- 1) w punkcie 1 (pierwszym) w ten sposób, że powództwo oddala,
- 2) w punkcie 2 (drugim) w ten sposób, że nie obciąża powoda kosztami procesu;

II. nie obciąża powoda kosztami postępowania apelacyjnego.

Na oryginale właściwe podpisy

## UZASADNIENIE

Powód Szpital (...)w B. wniósł o zasądzenie od Narodowego Funduszu Zdrowia w W. (...) w B. na swoją rzecz kwoty 246.955,07 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty tytułem wynagrodzenia za wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie (...)udzielonych w stanach ratujących życie (kwota 225.930 zł) oraz odsetek ustawowych od kwoty wynagrodzenia za okres od 8.01.2012 r. do 25.09.2012 r. (kwota 21.025,07 zł).

Pozwany w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa, zarzucając iż usługi medyczne ratujące życie powinny zostać wykazane w przesyłanych uprzednio do NFZ raportach statystycznych jako ratujące życie. Natomiast powód jedynie część świadczeń wykazał w przesyłanych do NFZ raportach statystycznych jako ratujące życie.

Ponadto pozwany zakwestionował wysokość dochodzonego roszczenia.

Zarzucił też, że roszczenie powoda narusza zasady współzycia społecznego i tym samym stanowi nadużycie prawa, bowiem powód winien zwiększyć kontrakt co do świadczeń wykonywanych w zakresie (...).

Wyrokiem z dnia 6 listopada 2013 r. Sąd Okręgowy w B. uwzględnił powództwo w całości nie obciążając pozwanego kosztami procesu.

Sąd ten ustalił, iż w dniu (...) roku Narodowy Fundusz Zdrowia w W. - (...) w B. zawarł z powodem Szpitalem (...)w B. umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego na okres (...). Następnie strony zawarły aneks nr (...) do powyższej umowy określający plan rzeczowo -finansowy dotyczący okresu (...)

W (...)powód udzielił nielimitowanych świadczeń w 6 przypadkach w (...)pacjentom w zakresie (...).

Pacjent pierwszy, przekazany został z (...)do (...)w dniu(...)roku w trzeciej dobie życia z powodu (...). Świadczenia udzielone pacjentowi były udzielane w stanie nagłym, ratującym życie.

Drugi pacjent, któremu udzielono świadczenia objętego żądaniem pozwu, przyjęty został do (...)roku po zabiegu (...). Świadczenia udzielone temu pacjentowi były udzielane w stanie nagłym, ratującym życie.

Kolejny pacjent, trafił do(...)z podejrzeniem (...). Świadczenia udzielone temu pacjentowi także były udzielonymi w stanie nagłym, ratującym życie.

Następny pacjent to noworodek przyjęty do (...)w B. w dniu (...). Udzielone świadczenie było ratującym życie.

Ostatni pacjent, przekazany do Kliniki (...) ze Szpitala w Ż. w(...).(...)Pacjent znajdował się w stanie zagrażającym życiu, co uzasadnia udzielenie mu świadczenia, jako ratującego życie.

Pismem z dnia 11 kwietnia 2012 roku powód zwrócił się do pozwanego w sprawie zapłaty za świadczenia wykonane w (...) ponad limit określony umową (...). W odpowiedzi na powyższe pozwany pismem z dnia 30 kwietnia 2012 roku, oświadczył, iż: „przedsięwziął działania, które mają umożliwić sfinansowanie przedmiotowych świadczeń do końca I półrocza 2012 roku”.

Następnie pozwany powołując się na sposób raportowania zgodnie z którym, powód zobowiązany jest raportować wszystkie udzielone świadczenia za pomocą prowadzonego przez NFZ systemu informatycznego (...)odmówił wypłaty żądanego wynagrodzenia. Zdaniem pozwanego, w przypadku zdarzeń nagłych, ratujących życie powód zobowiązany był oznaczyć je tak w raportach statystycznych.

Sąd Okręgowy zważył, iż powód żądał zapłaty z tytułu tzw. „nad wykonań” w sytuacjach wymagających natychmiastowej interwencji i hospitalizacji. Roszczenie to wynikało z treści art. 7 nieobowiązującej już ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity - Dz. U. 2007 r. "Nr 14, poz. 89 ze zm.), a także z treści art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 r. nr 112, poz. 664 ze zm.) oraz art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2008 r. nr 164, poz. 1027).

Artykuł 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej stanowi co do zasady odpowiednik funkcjonującego w porządku prawnym art. 15 ustawy o działalności leczniczej. Na skutek wejścia w życie tej ustawy, ustawa o zakładach opieki zdrowotnej utraciła moc obowiązującą, co nastąpiło dnia 1 lipca 2011 roku. Według art. 7 nieobowiązującej obecnie ustawy, zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje

natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Przesłanki wskazane w tym przepisie, przeniesione do 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 (Dz. U. 2006 r. Nr 191, poz. 1410 ze zm.), do której wprost odwołuje się art. 5 ust. 33 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity - Dz. U. 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.). 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 podkreślił, iż 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 wypracowanym na kanwie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ale zachowującym aktualność także obecnie, powszechnie wskazuje się, iż określane 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.

Zdaniem Sądu Okręgowego kluczowe znaczenie dla oceny zasadności roszczenia powoda miała opinia biegłego, która jednoznacznie potwierdziła, iż wszystkie wykonane świadczenia za które powód dochodzi wynagrodzenia, były świadczeniami wykonanymi w stanach nagłych, mającymi na celu ratowanie życia.

Odnosząc się do zarzutu pozwanego dotyczącego niewłaściwego sposobu zaraportowania powyższych świadczeń do systemu informatycznego pozwanego, Sąd I-instancji zważył, iż rozstrzygnięcie tej kwestii nie ma znaczenia dla oceny zasadności roszczenia powoda. Metodologia przyjęta przez strony w zakresie sposobu raportowania o wykonaniu przez pozwanego świadczeń w warunkach nagłych, zagrażających życiu i zdrowiu pacjentów nie może decydować o tym, czy świadczenie to faktycznie było udzielone w warunkach zagrażających życiu pacjenta, a w efekcie o obowiązku zapłaty za nie. Nadto jednak gdyby przyjąć, że kwestia ta ma znaczenia, to – zdaniem Sądu Okręgowego - pozwany nie wykazał, iż powód nienależycie przekazywał mu informacje na temat udzielanych świadczeń. Zeznania świadków w tym zakresie w świetle materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie nie zasługiwały na wiarygodność. Świadczenie, pracownicy NFZ przyznali, że część świadczeń została określona jako ratujące życie, natomiast część jako nieratujące, z kolei zdaniem świadków pracujących w powodowym szpitalu wszystkie zostały określone jako świadczenia wykonane w stanach nagłych, ratujących życie.

W ocenie tego Sądu nie ulega więc wątpliwości, że świadczenia nielimitowane, których koszt wyniósł łącznie kwotę 246.955,07 zł, zostały udzielone pacjentom w warunkach zagrażających ich życiu i zdrowiu. Tym samym na pozwanym ciąży obowiązek zapłaty za te świadczenia.

Wartość tych usług została wyliczona zgodnie z kosztami realizacji poszczególnych świadczeń przyjętymi przez pozwanego.

Mając powyższe na uwadze Sąd Okręgowy na podstawie art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i art. 15 ustawy o działalności leczniczej zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 246.955,07 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 26 października 2012 roku, tj. daty doręczenia pozwanemu odpisu pozwu- do dnia zapłaty, na zasadzie art. 481 §1 kc.

Orzeczenie o kosztach procesu Sąd I-instancji oparł na treści art. 102 kpc.

We wniesionej apelacji pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia (...) w B. zaskarżył wyrok Sądu Okręgowego w całości domagając się jego zmiany poprzez oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu.

Skarżący zarzucił:

1) naruszenia prawa materialnego, tj. § 21 i 22 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. 2008 r., Nr 81, poz. 484) poprzez ich niezastosowanie i w konsekwencji błędne przyjęcie, że pomimo złożonego przez powoda wniosku o przesunięcie środków finansowych w (...) między zakresami w ramach umowy, w którym w części dotyczącej zmniejszenia kwoty zobowiązania wykazano zakres(...), świadczeniodawcy przysługuje wynagrodzenie ponad kwotę zobowiązania;

2) błędne ustalenia faktyczne i pominięcie okoliczności złożenia przez powoda wniosku o przesunięcie środków finansowych w I kwartale 2011 r. i w konsekwencji zmniejszenie wartości umowy w zakresie objętej postępowaniem o kwotę 275 808 zł, co winno skutkować utratą roszczenia przeciwko Funduszowi.

W odpowiedzi na apelację powód domagał się jej oddalenia oraz zasądzenia kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja pozwanego okazała się uzasadniona.

Słusznie zarzuca pozwany, że dokonując ustaleń faktycznych w niniejszej sprawie Sąd I-instancji pominął istotne okoliczności odnoszące się do tego, że w dniu (...) powód wystąpił do pozwanego z wnioskiem o dokonanie przesunięć środków finansowych między zakresami świadczeń objętych umową (...), gdzie w części dotyczącej zmniejszenia kwoty zobowiązania wskazał między innymi zakres (...). (d: wniosek k: 73-74). Wskutek tego wniosku strony zawarły w dniu 20.04.2011 r. aneks nr (...) do umowy (...), w którym postanowiły o zmniejszeniu limitu świadczeń zdrowotnych w zakresie (...) o kwotę 275 808 zł (d: aneks nr (...) wraz z załącznikami k: 76-86). Na powyższe okoliczności pozwany wskazywał już w odpowiedzi na pozew (k: 65-66), a doprecyzował je w piśmie procesowym z dnia 31.01.2013 r. (k: 133-134). Powód nie zaprzeczał powoływanym przez pozwanego faktom, a jedynie twierdził, iż nie mają one znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy, bowiem dotyczą treści umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej łączącej strony, a więc innych niż udzielane na podstawie art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, a obecnie art. 15 ustawy o działalności leczniczej i art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, które finansowane są poza umową. (k: 102).

Z tym stanowiskiem powoda nie można się zgodzić z następujących przyczyn. Obecnie za utrwalone należy uznać poglądy judykatury, według których zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za świadczenie zdrowotne udzielone w warunkach określonych w poprzednio obowiązującym art. 7 ustawy z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (dalej u.z.o.z.), a obecnie art. 15 ustawy z dnia 14.05.2011 r. o działalności leczniczej (dalej u.d.l.) i to niezależnie od tego czy zostały one udzielone w ramach umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz ustalonych w tej umowie limitów świadczeń, czy też stanowiły tzw. świadczenia ponadlimitowe (por. przykładowo wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12.03.2009 r., V CSK 272/08, LEX nr 530613 i powołane w jego uzasadnieniu dalsze orzeczenia SN). Nie oznacza to jednak, że każde świadczenie zdrowotne udzielane w warunkach art. 7 u.z.o.z. czy art. 15 u.d.l. powinno być opłacane ponad ustalony w umowie limit finansowania. Takie założenie podważałoby bowiem sens przeznaczania określonych środków w ramach umowy na finansowanie świadczeń zdrowotnych określonych w poszczególnych zakresach umowy. Nie może budzić wątpliwości, że wynikający z umowy limit finansowania obejmuje nie tylko świadczenia nie mające cech nagłości ratujące życie (np. świadczenia planowane) ale także te wykonywane w warunkach art. 7 u.z.o.z. i art. 15 u.d.l. Jeżeli te ostatnie są wykonywane w okresie, kiedy limit finansowania wynikający z umowy jeszcze się nie wyczerpał, winny być rozliczane w ramach tego limitu. Nie do zaakceptowania byłaby sytuacja, w której świadczeniodawca związany umową z NFZ wstrzymuje rozliczanie świadczeń o charakterze

nagłym ratujących życie, aby dopiero po wyczerpaniu limitu umownego przedstawić je do rozliczenia. Stąd też – wbrew stanowisku powoda – treść umowy łączącej strony i sposób jej wykonywania ma istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy niniejszej.

Z zapisu § 8 umowy (...) wynika, że w zakresie w niej nieuregulowanym stosuje się Ogólne warunki umów oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29.08.2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Oznacza to, że Ogólne warunki umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiące załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.Nr 81, poz. 484) stanowiły integralną część umowy zawartej przez strony i ich postanowienia były dla nich wiążące. Nie miał co do tego wątpliwości powód, skoro pismem z dnia 14.04.2011 r., w powołaniu się na § 21 ust. 1 tychże ogólnych warunków umów wnosił o dokonanie przesunięć środków finansowych między zakresami świadczeń objętych umową (...), wskutek czego doszło do zawarcia przez strony aneksu nr (...) do umowy dnia (...) w którym zmniejszono limit świadczeń zdrowotnych między innymi w zakresie (...) o kwotę 275.808 zł za pierwszy kwartał(...). Wniosek powodowego szpitala został złożony w czasie, kiedy świadczenia zdrowotne, za które dochodzi zapłaty, a udzielane pacjentom oznaczonym przez powoda w pozwie numerami 1,2,3 i 4, były już wykonane w pierwszym kwartale (...). Zatem, za wykonanie tych świadczeń powód powinien otrzymać zapłatę w ramach ustalonego w umowie limitu. Zapłata ponad ten limit mogłaby nastąpić jedynie wówczas, gdyby w chwili wykonania świadczenia limit został przekroczony. Taka jednak sytuacja nie zaistniała w okolicznościach niniejszej sprawy w przypadku pacjentów oznaczonych numerami 1,2,3,4. Mimo tego, że świadczenia te zostały wykonane już w pierwszym kwartale(...)i – jak wyżej wskazano – winny być rozliczone w ramach kontraktu, który zabezpieczał stosowne na ten cel środki, powód wystąpił do NFZ z wnioskiem o zmniejszenie zakresu finansowania w dziedzinie (...). W tych warunkach słusznie pozwany – powołując się na §(...)ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej – odmówił zapłaty za omawiane świadczenia. Stosownie bowiem do treści tego postanowienia, w przypadku dokonania zmiany w umowie w trybie określonym między innymi w § (...) (co miało miejsce w okolicznościach sprawy) świadczeniodawcy nie przysługuje roszczenie przeciwko Funduszowi o zapłatę za świadczenia wykonane ponad kwotę zobowiązania odpowiednio w rodzajach albo zakresach świadczeń, których dotyczyło zmniejszenie kwoty zobowiązania. Celem tego przepisu jest wyeliminowanie możliwości takiego operowania przez świadczeniodawców zapisami kontraktów aby poprzez zmniejszenie wartości kontraktu w jednym zakresie otrzymać zwiększone środki za świadczenia w innym zakresie, a następnie po wyczerpaniu limitu w zakresie zmniejszonym, domagać się zapłaty za świadczenia ratujące życie, jako ponadlimitowe. Taką właśnie metodę zastosował powód, który z własnej woli doprowadził do obniżenia wartości kontraktu w zakresie (...), po wykonaniu konkretnych świadczeń odpowiadających warunkom z art. 7 u.z.o.z. i art. 15 u.d.l., mimo iż winien rozliczyć je właśnie w ramach pierwotnego poziomu finansowania tego zakresu. Z tych przyczyn żądanie zapłaty za świadczenia udzielane pacjentom oznaczonym numerami 1,2,3,4 z mocy § (...) ogólnych warunków umów nie mogło zostać uwzględnione.

Co zaś się tyczy pacjentów oznaczonych nr 5 i 6, to jak zostało to wyjaśnione przez powoda jest to jeden pacjent, któremu jednak zostały udzielone dwa różne świadczenia zdrowotne podczas tego samego pobytu w szpitalu (k: 102). Świadczenia te zostały udzielone w okresie od (...), a więc nie obejmował ich wniosek o zmniejszenie kwoty zobowiązania z zakresu (...)który – jak już wskazano – dotyczył pierwszego kwartału (...).Zasadniczo zatem za świadczenia udzielone temu pacjentowi przysługiwałaby zapłata, gdyż w tym przypadku § (...) ogólnych warunków umów nie miał zastosowania. Rzecz jednak w tym, że materiał dowodowy zgromadzony w sprawie nie pozwala na poczynienie ustalenia co do wysokości należności za omawiane świadczenia. Nie ulega przy tym wątpliwości, że zgodnie z treścią art. 6 kc – ciężar dowodu wysokości dochodzonego roszczenia obciążał powoda. Na tę okoliczność powód przedstawił dokumenty finansowe w postaci faktury VAT nr (...) wraz z korektą nr (...), korektą nr (...) i korektą nr (...), oraz faktury VAT nr (...) wraz z korektą nr (...) (k: 103-110), jednak w dokumentach tych wskazana jest jedynie globalna suma należności za wszystkie świadczenia objęte podstawą faktyczną dochodzonego w niniejszym procesie roszczenia, bez rozbicia na poszczególne przypadki, co uniemożliwia ustalenie kwoty należności za świadczenia zdrowotne naliczone pacjentowi oznaczonemu nr 5-6. Oznacza to, że powód nie przeprowadził dowodu co do wysokości należnego mu wynagrodzenia, za świadczenie zdrowotne ratujące życie omawianemu pacjentowi, a zatem także w tej części jego roszczenie nie mogło zostać uwzględnione.

Mając powyższe względy na uwadze, Sąd Apelacyjny na mocy art. 386 § 1 kpc zmienił zaskarżony wyrok w ten sposób, że powództwo oddalił.

Ze względu na charakter dochodzonego przez powoda roszczenia oraz jego trudną sytuację finansową, która legła u podstaw udzielenia mu całkowitego zwolnienia od kosztów sądowych w niniejszym procesie, Sąd Apelacyjny, na podstawie art. 102 kpc nie obciążył powoda kosztami procesu, które – zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu – winien był uiścić na rzecz pozwanego.