Sygn. akt V ACa 36/16

WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 września 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – V Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący:	SSA Katarzyna Przybylska
Sędziowie:	SA Artur Lesiak (spr.) SO del. Anna Daniszewska
Protokolant:	stażysta Ewelina Gruba

po rozpoznaniu w dniu 16 września 2016 r. w Gdańsku na rozprawie

sprawy z powództwa Szpitala (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w L.

przeciwko N. w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Bydgoszczy

z dnia 6 października 2015 r., sygn. akt I C 182/14

I. prostuje oznaczenie pozwanego w zaskarżonym wyroku w ten sposób, że w miejsce „N. w W. (...) w B." wpisuje „N. w W.";

II. prostuje oczywistą omyłkę rachunkową zawartą w punkcie 1 (pierwszym) zaskarżonego wyroku w ten sposób, że w miejsce kwoty 60 559, 89 zł (sześćdziesiąt tysięcy pięćset pięćdziesiąt dziewięć złotych 89/100) wpisuje kwotę 60 556, 89 zł (sześćdziesiąt tysięcy pięćset pięćdziesiąt sześć złotych 89/100);

III. oddala apelację;

IV. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 2.700 (dwa tysiące siedemset) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

Na oryginale właściwe podpisy.

Sygn. akt V ACa 36/16

UZASADNIENIE

Powód Szpital (...) Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w L. w pozwie przeciwko N. (...) w B. wniósł o zasądzenie na jego rzecz od pozwanego łącznie kwoty 97 634 zł tytułem zwrotu kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych

ubezpieczonym pacjentom w warunkach przymusu ustawowego wraz z ustawowymi odsetkami wyliczonymi szczegółowo w pozwie, wedle zasady, iż płatność za określoną kwotę winna przypadać najpóźniej w ciągu 15 dni od momentu dostarczenia dokumentów rozliczeniowych, które muszą zostać złożone w terminie do 10 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni. Powód wniósł także o zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według spisu kosztów przedłożonego na rozprawie, a w jego braku według norm przepisanych.

W uzasadnieniu strona powodowa wskazała, iż łączyła ją z pozwanym umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, mocą której powód zobowiązał się do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Umowa zawierała określone limity udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących górną kwotę, jaką pozwany mógł zapłacić powodowi, przy czym pozwany nie zwracał kosztów udzielonych przez powoda świadczeń ponadlimitowych. Powód wskazał, że przypadki świadczeń medycznych objęte pozwem dotyczyły udzielenia pomocy lekarskiej w warunkach przymusu ustawowego, w których powód nie mógł odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego.

W odpowiedzi na pozew pozwany N. (...) w B. zakwestionował żądanie powoda zarówno co do zasady, jak i co do wysokości. Pozwany wskazał, iż świadczenia dochodzone przez powoda mogą być finansowane tylko w ramach kontraktu zawartego przez powoda z NFZ, przy czym nie stanowią one świadczeń tzw. „nielimitowanych", za jakie pozwany jest obowiązany zapłacić bez względu na limity określone w umowie, nie dotyczy to jednak świadczeń z zakresu chirurgii ogólnej. Pozwany podał także, iż udzielanie pacjentom świadczeń zdrowotnych

ratujących życie przez powoda winno odbywać się w ramach zawartej z pozwanym umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w granicach limitu zakontraktowanych przez pozwanego świadczeń. Wobec powyższego powód winien udowodnić, że udzielając świadczeń w warunkach ratowania życia i zdrowia nie było możliwe dokonywanie przez niego właściwych przesunięć na liście pacjentów oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej, bowiem także tego typu świadczenia winny być dokonywane w granicach limitów objętych umową łączącą strony. Pozwany podniósł, iż powód winien mieć świadomość dysponowania określoną pulą środków finansowych na wykonanie określonych w umowach usług, wobec czego winien je właściwie wykorzystywać, prowadząc roztropną gospodarkę finansową. Ponadto pozwany wskazał, iż świadczeniami udzielanymi w ramach przymusu ustawowego, którą to okoliczność podnosił powód, są stany nagłe i niespodziewane, do których nie należy zaliczać zabiegów udzielanych w normalnych warunkach, gdy udzielenie pomocy nie wymaga natychmiastowego działania i może być odłożone w czasie.

W piśmie procesowym z dnia 19 maja 2014r. powód zmienił żądanie pozwu w zakresie terminu zasądzenia odsetek.

Wyrokiem z dnia 6 października 2015r. Sąd Okręgowy w Bydgoszczy zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 60 556,89 zł wraz z ustawowymi odsetkami od kwoty 54 742,89 zł od dnia 15 lutego 2012r. do dnia zapłaty i od kwoty 5 814 zł od dnia 15 lutego 2013r. do dnia zapłaty, oddalił powództwo w pozostałej części i zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 868,08 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego, zaś kosztami sądowymi, od których ponoszenia strony były zwolnione obciążył Skarb Państwa.

Sąd I instancji wskazał, że powyższy wyrok oparł na następujących ustaleniach faktycznych i rozważaniach prawnych:

Strony łączyła umowa z dnia 1 czerwca 2009r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr (...)). Mocą tej umowy powód zobowiązał się do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Umowa zawierała

określone limity udzielania świadczeń zdrowotnych, stanowiących górna kwotę, jaką pozwany może zapłacić powodowi. Powód wykonał świadczenia w większym rozmiarze, aniżeli to przewidywała zawarta z pozwanym umowa. W latach 2010-2011 powód udzielił ponadlimitowych świadczeń medycznych na rzecz trzydziestu ośmiu pacjentów. Łączna wartość świadczeń stanowiła kwotę 97 634 zł. Świadczenia te nie zostały rozliczone przez pozwanego.

Sąd Okręgowy wskazał w uzasadnieniu wyroku szczegółowo świadczenia zdrowotne objęte pozwem i uznał, że spośród wymienionych świadczeń zdrowotnych 16 przypadków dotyczyło pomocy udzielonej w warunkach przymusu ustawowego pacjentom: A. A., B. A., Z. B., D. B., M. B., B. B., Z. C., H. C., Z. D., H. G., M. G., W. G., K. G., S. J., T. J., E. J.. Pozostałe zaś przypadki zostały zakwalifikowane jako świadczenia udzielone w stanie bez zagrożenia

zdrowia i życia pacjentów. Łączna wartość świadczeń udzielonych przez powoda pacjentom znajdującym się w stanach zagrożenia życia i zdrowia stanowiła kwotę 60 556,89 zł. Świadczenia te nie zostały rozliczone przez pozwanego. Pozwany odmówił zapłaty za nadwykonania objęte przedmiotem postępowania.

Powyższy stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił w oparciu o przedstawione przez strony dokumenty, zeznania świadków, zeznania stron, a także opinię biegłego. Sąd uznał za wiarygodne dowody z dokumentów zebrane w sprawie, albowiem zostały sporządzone we właściwej formie, przewidzianej dla tego typu dokumentów. Były przejrzyste i jasne. Ich autentyczność nie budziła wątpliwości Sądu. Sąd przyznał walor wiarygodności zeznaniom świadków M. Z., I. M., B. N., I. Z., M. S., S. S., L. R. - pracowników powodowego szpitala, którzy udzielali świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem żądania pozwu, w zakresie, w jakim zeznania świadków współgrały z opinią biegłego sądowego. W ocenie Sądu zeznania świadków były jasne, szczere i logiczne, na taką

ocenę wpływ ma także fakt, iż świadkowie mimo, że są pracownikami powoda, przyznali, że część świadczeń nie była udzielana w warunkach nagłego zagrożenia życia i zdrowia. Z powyższych zeznań wynikało zatem, że część świadczeń nie była ratującymi życie, co korelowało także z wnioskami opinii biegłego. Sąd dał wiarę zeznaniom świadka Z. M., przy czym miały one drugorzędne znaczenie dla sprawy. Podobnie Sąd ocenił zeznania świadków B. S., T. Z., A. G., które dotyczyły okoliczności związanych z oznaczaniem świadczeń jako ratujące bądź nieratujące życie, w raportach przesyłanych pozwanemu, przy czym okoliczności te miały dla oceny roszczenia powoda drugorzędne znaczenie.

Wskazał Sąd Okręgowy, że opinia sądowo-lekarska biegłego sporządzona została na podstawie analizy akt sprawy, po dokładnej analizie dokumentacji medycznej dotyczącej spornych świadczeń, historii chorób pacjentów. Biegły wykazał na liście przypadki, w których świadczenia medycznego udzielono z uwagi na zagrożenie życia i zdrowia, ponadto rozpatrzył indywidualnie poszczególne przypadki. Ponadto ustosunkowując się do zastrzeżeń strony pozwanej oraz postanowienia Sądu z dnia 11 sierpnia 2015r. biegły uzupełnił swoją opinię oraz wyjaśnił wątpliwości związane z zakwalifikowaniem poszczególnych przypadków, tj. czy zostały udzielone w sytuacji nagłej, ratującej życie i zdrowie. Mając na uwadze treść pisemnej opinii oraz uzupełniających pisemnych opinii należało uznać, iż zostały one sporządzone zgodnie z zasadami fachowej wiedzy i doświadczenia opiniującego, wobec czego Sąd uznał opinię sporządzoną przez biegłego za miarodajną dla oceny stanu faktycznego przedmiotowej sprawy.

W ocenie Sądu Okręgowego, powództwo okazało się uzasadnione w znaczącej części.

W rozważaniach prawnych wyroku Sąd I instancji wskazał, powód domagał się zasądzenia na jego rzecz kwoty odpowiadającej łącznej wartości udzielonych pacjentom świadczeń zdrowotnych w powodowym szpitalu w L. z zakresu chirurgii ogólnej i hospitalizacji, które zostały wykonane w okresie od października 2010r. do grudnia 2011r. Powód żądał zapłaty z tytułu tzw. „nadwykonań" w sytuacjach wymagających natychmiastowej interwencji i hospitalizacji. Jego roszczenie należało wywodzić z treści art. 7 nieobowiązującej już ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, a także z treści art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Sporne świadczenia zostały wykonane przez powoda, a ich koszt łącznie wyniósł kwotę 97 634 zł.

Sąd Okręgowy wskazał, że 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, 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" i 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. Ponadto, jak wynika z art 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. 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.

Sąd Okręgowy podkreślił, że obowiązki wynikające z powyższych przepisów mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Tym samym zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca (...)., V CSK 272/08, LEK nr (...)). Zakład opieki zdrowotnej odmawiając udzielenia świadczeń zdrowotnych pacjentowi w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia naraża się na odpowiedzialność cywilną (deliktową), natomiast jego pracownicy - na odpowiedzialność karną i dyscyplinarną z tytułu nieudzielenia pomocy. Jeżeli zatem podmiot leczniczy, który zawarł z (...) umowę o świadczenie usług medycznych, udzielił świadczenia pacjentowi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego - przysługuje mu roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie względem N.. W orzecznictwie wypracowanym na kanwie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ale niewątpliwie 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, o jakich mowa w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (por, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 kwietnia 2008r., V CSK 533/07, LEX 515717, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 2009r., V CSK 272/08). Jeżeli bowiem zachodzi ustawowy obowiązek natychmiastowego udzielenia świadczeń, to nie mogą one być limitowane umową (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 05.11.2003 roku, IV CK 189/02, LEX nr 164009, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 2009r., (...), LEX nr 530613).

Uwzględniając powyższe uwagi natury ogólnej Sąd Okręgowy na podstawie zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, a w szczególności opinii biegłego uznał, iż 16 spośród 38 spornych świadczeń wykonanych przez powoda w okresie od października 2010r. do grudnia 2011r. było świadczeniami podjętymi ze względu na stan zagrożenia życiu lub zdrowia pacjentów, a konieczność ich wykonania wynikała ze wskazań medycznych. Przede wszystkim biegły sądowy specjalista z zakresu chirurgii lek. med. A. K. jednoznacznie określił, że świadczenia zdrowotne udzielone 16 pacjentom zostały wykonane ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia świadczeniobiorców. Sąd miał na względzie także zeznania świadków - pracowników powodowego szpitala, którzy omówili poszczególne przypadki, ze wskazaniem, które kwalifikowały się do przyjęcia w

ramach przymusu ustawowego. Zdaniem Sądu także w oparciu o zasady doświadczenia życiowego czy też reguły logicznego wnioskowania należało uznać, że w tego typu sytuacjach nie ma możliwości przesunięcia takiego świadczenia medycznego na dalszy, planowy termin, bowiem skutkowałoby to utratą zdrowia czy też życia pacjentów. W konsekwencji Sąd Okręgowy uznał, że świadczenia zdrowotne udzielone 16 pacjentom: A. A., B. A., Z. B., D. B., M. B., B. B., Z. C., H. C., Z. D., H. G., M. G., W. G., K. G., S. J., T. J., E. J. na łączną kwotę 60 556,89 zł były udzielonymi w warunkach przymusu ustawowego. Posiłkując się zebranymi w sprawie dowodami, w tym przede wszystkim w oparciu o opinię wydaną przez biegłego, Sąd Okręgowy uznał, że pozostałe świadczenia objęte przedmiotowym pozwem a dotyczące 22 przypadków zostały wykonane bez nagłego zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów i nie miały charakteru ratującego życie i zdrowie, w warunkach nagłych. Pomoc medyczna tym pacjentom winna zostać udzielona, jednakże nie zachodziła tu potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, o jakich mowa w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Mając powyższe na uwadze Sąd Okręgowy, na podstawie art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i art. 15 ustawy o działalności leczniczej, zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 60 556,89 zł wraz z odsetkami liczonymi od kwoty 54 742,89 zł od dnia 15 lutego 2012r. do dnia zapłaty i od kwoty 5 814 zł od dnia 15 lutego 2013r. do dnia zapłaty. O odsetkach Sąd orzekł zgodnie z § 8 umowy z dnia 1 czerwca 2009r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne, gdzie strony tej

umowy w zakresie nieuregulowanym umową wskazały na zastosowanie ogólnych warunków umów. Z kolei stosownie do dyspozycji § 27 ust. 2 i § 1 pkt 6 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6

maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej rozliczenie wykonania umowy następowało najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego to jest po upływie roku kalendarzowego. W konsekwencji ewentualny termin wymagalności spornych świadczeń, których dochodził powód za 2010r. upłynął dopiero z dniem 15 lutego 2011r., natomiast świadczeń za 2011r. - z dniem 15 lutego 2012r, zatem od tych dat należało liczyć odsetki ustawowe za opóźnienie w zapłacie za dochodzone pozwem kwoty.

Sąd Okręgowy oddalił powództwo w pozostałym zakresie, uznając, że pozostałe świadczenia zdrowotne na rzecz pacjentów nie zostały udzielone w warunkach przymusu ustawowego.

Sąd orzekł o kosztach procesu na podstawie art. 100 k.p.c. i zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 868,08 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego poniesionych przez powoda. Sąd uwzględniając powództwo w zakresie kwoty 60 556,89 zł przyjął, że powód wygrał sprawę w 62%, a pozwany w 38%. Powód poniósł koszty wynagrodzenia pełnomocnika w wysokości 3 617 zł, wobec czego należało zasądzić od pozwanego na rzecz powoda kwotę 868,08 zł (3 617 x 2=7 234 x 38% = 2 748,92, 3 617-2 748,92=868,08) zł.

Na podstawie przepisu art. 113 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych Sąd Okręgowy kosztami sądowymi, od uiszczenia których zwolnione były strony obciążył Skarb Państwa.

Pozwany nie zgodził się z rozstrzygnięciem Sądu I instancji i w wywiedzionej apelacji zaskarżył powyższy wyrok w całości, zarzucając:

1) naruszenie prawa materialnego poprzez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych polegającą na przyjęciu, iż za świadczenia zdrowotne udzielone przez powoda, za które zapłaty się domaga, należy się dodatkowe wynagrodzenie, mimo niepodjęcia przez powoda żadnych czynności zmierzających do realizacji kontraktu w ustalonych limitach;

2) sprzeczność poczynionych przez Sąd I instancji ustaleń z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego przez bezzasadne przyjęcie, iż świadczenia zdrowotne udzielone przez powoda, za które domaga się zapłaty nie podlegają ograniczeniom wynikającym z umowy, podczas gdy z zebranego materiału dowodowego wynika, iż świadczenia objęte pozwem powinny zostać rozliczone w limitach umownych, z uwagi na brak jakichkolwiek dowodów świadczących, iż powód uwzględniał w swojej działalności rezerwę na przyjęcie przypadków nagłych;

3) naruszenie prawa materialnego poprzez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie art. 5 k.c. i brak przyjęcia, że żądanie wskazanie w pozwie stanowi nadużycie prawa ze względu na jego sprzeczność z zasadami współżycia społecznego w rozumieniu art. 5 k.c., podczas gdy w istocie żądanie pozwu takie nadużycie stanowi oraz równoczesne przyjęcie, iż odmowa zapłaty za świadczenia objęte pozwem stanowiłaby naruszenie zasad współżycia społecznego.

W oparciu o powyższe zarzuty pozwany wniósł o zamianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości, względnie uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Ponadto pozwany wniósł o sprostowanie oczywistej omyłki rachunkowej w punkcie pierwszym zaskarżonego wyroku.

Powód w odpowiedzi na apelację wniósł o jej oddalenie i zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Powód w odpowiedzi na apelację wniósł o jej oddalenie i zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

<u>Sąd Apelacyjny zaważył, co następuje:</u>

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.

Chybiony jest zarzut sprzeczności poczynionych przez Sąd I instancji ustaleń z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego. W wypadkach wymagających wiadomości specjalnych sąd zasięga opinii biegłych (art. 278 § 1 k.p.c.). Opinia biegłego ma na celu ułatwienie sądowi rozeznania i zrozumienia dziedziny wymagającej wiadomości specjalnych. Zadaniem biegłego powołanego w niniejszej sprawie było udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy świadczenia zdrowotne, za które zapłaty dochodzi powód zostały udzielone w stanach nagłych ratujących życie. Z opinii biegłego wynika w sposób bezsporny, że świadczenia, które zostały przez powoda udzielone 16 pacjentom: A. A., B. A., Z. B., D. B., M. B., B. B., Z. C., H. C., Z. D., H. G., M. G., W. G., K. G., S. J., T. J., E. J. na łączną kwotę 60 556,89 zł były świadczeniami ratującymi życie lub zdrowie pacjentów i zostały udzielone w trybie nagłym, tj. w stanie, gdy odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo życia.

W tej sytuacji, skoro sporne świadczenia zostały udzielone w stanach nagłych, zastosowanie ma art. 19 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który nakłada na świadczeniodawcę obowiązek udzielenia pomocy pacjentom niezależnie od zakresu przyznanego limitu. Sąd Apelacyjny w składzie rozpoznającym niniejszą apelację podziela pogląd zaprezentowany przez Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 27 sierpnia 2015r., zgodnie z którym udzielanie świadczeń w stanach nagłych jest ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy o charakterze bezwzględnym i koszt wykonania świadczenia, którego umowa nie przewidywała ze względu na jego rodzaj lub wyczerpanie limitu, nie może obciążać ani świadczeniodawcy, ani świadczeniobiorcy. Podmiotowi leczniczemu, który zawarł umowę z (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługuje roszczenie o wynagrodzenie za wykonanie ponadlimitowych świadczeń w stanie

nagłym w wysokości uzasadnionych kosztów ich udzielenia. (vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 sierpnia 2015r., sygn. III CSK 455/14, LEX nr 1800063). Jak już wykazano powyżej przypadki 16 pacjentów objęte powództwem zostały były dokładnie analizowane przez biegłego, który jednoznacznie i kategorycznie stwierdził, że dotyczyły one stanów nagłych, w których udzielone przez powoda świadczenia były świadczeniami ratującymi życie lub zdrowie. Z tych przyczyn podnoszone przez pozwanego argumenty dotyczące konieczności udzielania przez powoda świadczeń w ramach limitów czy rezerw na przyjęcia przypadków nagłych nie mogą odnieść zamierzonego skutku.

Nie może też odnieść skutku zarzut naruszenia art. 5 k.c. Skoro bowiem świadczenia zostały udzielone w stanach nagłych, 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 współżycia społecznego. Wskazane powyżej orzeczenie Sądu Najwyższego jednoznacznie wskazuje, że w takich sytuacjach przysługuje świadczeniodawcy względem N. roszczenie o wynagrodzenie za wykonanie ponadlimitowych świadczeń. Należy również pamiętać, że beneficjentem świadczeń są osoby ubezpieczone, które opłacając składkę ubezpieczeniową mają prawo oczekiwać, że będzie im udzielona niezwłocznie bezpłatna pomoc medyczna. Powód nie może odmówić udzielenia tych świadczeń z uwagi na przekroczenie umówionego z pozwanym limitu, 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 więc 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 N. nie może być przerzucane na pozwanego czy świadczeniobiorców, a do tego w istocie prowadziłoby uwzględnienie podniesionego przez pozwanego zarzutu.

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

Stosownie do treści art. 108 k.p.c. w zw. z art. 98 § 1 i § 3 k.p.c. i art. 99 k.p.c., zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu, zasadnym jest zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania apelacyjnego w kwocie 2 700 zł, o czym Sąd Apelacyjny orzekł w punkcie drugim sentencji wyroku. Wartość przedmiotu zaskarżenia wynosiła 60 556,89 zł. Zatem w oparciu o § 6 pkt 6 w zw. z § 13 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (t.j. Dz. U. z 2013r. poz. 461 ze zm.), przy zastosowaniu 75% stawki minimalnej, należało zasądzić kwotę 2 700 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

Jednocześnie Sąd Apelacyjny na podstawie art. 350 § 3 k.p.c. postanowił z urzędu sprostować oczywistą niedokładność w oznaczeniu strony pozwanej, którą jest N. w W., nie zaś jednostka organizacyjna (oddział) tej osoby prawnej, a nadto oczywistą omyłkę rachunkową w punkcie pierwszym sentencji zaskarżonego rozstrzygnięcia ten sposób, że zamiast zasądzonej od pozwanego na rzecz powoda kwoty 60 559,89 zł wpisał kwotę 60 556,89 zł. Ustalenia poczynione przez Sąd I instancji i analiza uzasadnienia wyroku uzasadniają przyjęcie, że wskazanie kwoty 60 559,89 zł było wynikiem oczywistej omyłki.