

Sygn. akt V ACa 55/16, V ACz 55/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 15 września 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – V Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Irma Kul
Sędziowie:	SA Maryla Domel-Jasińska (spr.) SA Zbigniew Koźma
Protokolant:	stażysta Barbara Tobiasz

po rozpoznaniu w dniu 15 września 2016 r. w Gdańsku na rozprawie

sprawy z powództwa (...) Szpitala Miejskiego im. dr. E. W. (...) B.

przeciwko N. w W. (...) w B.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego i zażalenia powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w B.

z dnia 30 listopada 2015 r. sygn. akt I C 534/14

I. zmienia zaskarżony wyrok w punkcie 2 (drugim) w ten sposób, że zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 7.200 (siedem tysięcy dwieście) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu;

II. oddala apelację pozwanego;

III. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 11.400 (jedenaście tysięcy czterysta) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania odwoławczego.

Na oryginale właściwe podpisy.

V ACa 55/16, V ACz 55/16

UZASADNIENIE

Powód – (...) Szpital Miejski im. dra E. W.(...)Z w B. domagał się zasądzenia na swoją rzecz od pozwanego N. (...) w B. kwoty 252.460 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 15 lutego 2014r. do dnia zapłaty oraz zwrotu kosztów procesu.

Z uzasadnienia pozwu wynikało, że strony łączyła umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawarta na okres od dnia 1 stycznia 2012r. do dnia 31 grudnia 2016r. Limit umowny na finansowanie świadczeń z zakresu kardiologia-hospitalizacja na rok 2013 wynosił 4.238.104 zł. Z uwagi na dużą liczbę pacjentów wymagających ratującej życie hospitalizacji kardiologicznej, powód zobowiązany był udzielić świadczeń zdrowotnych ponad ustalony w umowie limit. Z tego tytułu na dzień 14 lutego 2014r. pozwany winien był zapłacić powodowi kwotę 254.800 zł. W dniu 18 lutego 2014r. powód wezwał pozwanego do zapłaty tej kwoty. Po ostatecznej weryfikacji, spowodowanej zastrzeżeniami pozwanego, powód zredukował wartość ponadlimitowych świadczeń przedstawionych do zapłaty, do kwoty 252.460 zł. Pozwany tej kwoty nie zapłacił.

Pozwany w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda zwrotu kosztów procesu. Wywodził, że wykonał umowę do limitu w niej określonego, zaś powód winien mieć świadomość dysponowania jedynie określoną pulą środków na wykonanie określonych w umowach usług medycznych i winien te środki racjonalnie wykorzystać. Zakwestionował usługi, za które powód domagał się zapłaty, jako udzielone w warunkach nagłego zagrożenia życia pacjentów.

Wyrokiem z dnia 30 listopada 2015r. Sąd Okręgowy w B. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę dochodzoną pozwem wraz z żądanymi odsetkami ustawowymi i nie obciążył pozwanego kosztami procesu, czyniąc następujące ustalenia faktyczne i rozważania prawne.

Strony łączyła umowa nr (...) (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne, której przedmiotem było udzielanie przez powoda, jako świadczeniodawcy, świadczeń opieki zdrowotnej. Pozwany zapłacił powodowi za wykonane przez niego świadczenia do wysokości ustalonego w umowie limitu.

Powód wykonał większą ilość świadczeń w zakresie kardiologia-hospitalizacja, ponad limit umowny, za kwotę 252.460 zł. Wszystkie świadczenia, za które powód dochodzi zapłaty, zostały udzielone pacjentom w trybie nagłym, ratującym życie i zdrowie. Świadczenia te zostały zarejestrowane przez powoda w raportach informatycznych przedstawianych cyklicznie pozwanemu, jako ratujące życie.

Powód w dniu 18 lutego 2014r. wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 252.460 zł lecz pozwany zapłaty nie dokonał.

W związku z koniecznością uzyskania wiadomości specjalnych Sąd Okręgowy dopuścił dowód z opinii biegłego w zakresie kardiologii na okoliczność ustalenia, czy świadczenia medyczne, objęte pozwem, zostały wykonane w warunkach ratujących życie i zdrowie pacjentów oraz czy były wykonywane w trybie nagłym. Na podstawie tej opinii, której wnioski okazały się jasne i wyczerpujące, Sąd I instancji ustalił, że wszystkie udzielone przez powoda świadczenia, spełniały określone wyżej kryteria.

W ocenie Sądu Okręgowego powództwo zasługiwało na uwzględnienie w świetle dyspozycji art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Zgodnie z treścią art. 19 ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2014r., poz. 619) w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie.

Sąd Okręgowy wskazał także na treść art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. nr 191, poz. 140 ze zm.), według której stan nagły zagrożenia zdrowotnego to stan polegający na nagłym lub przewidywalnym 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.

Z kolei zgodnie z treścią art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2013r., poz. 217, t.j.) podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Sąd I instancji zwrócił uwagę, iż powołany przepis koresponduje z uregulowaniem art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz.U. z 2015r. poz. 464, t.j.), zgodnie z którym 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.

Obowiązki podmiotu leczniczego, wynikające z art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenie usług zdrowotnych. Jeżeli zatem podmiot leczniczy, który zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o świadczenie usług medycznych, udzielił świadczenia pacjentowi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, może domagać się zapłaty od tego Funduszu za udzielenie świadczenia.

W rozpoznawanej sprawie z opinii biegłego wynikało, że „wszystkie świadczenia objęte pozwem były udzielane w trybie ratującym zdrowie i życie pacjentów”. Biegły wskazał również na definicję stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego, tożsamą z definicją tego stanu, wynikającą z art. 3 pkt 8 ustawy z 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Udzielenie objętych sporem świadczeń w stanach nagłego zagrożenia życia i zdrowia potwierdziły również dowody z zeznań świadków, w szczególności świadka W. W., który wskazał, że na oddziale kardiologii powodowego szpitala były wykonywane świadczenia ratujące życie, dotyczące głównie stanów, w których zmiany w naczyniach wieńcowych pacjentów bezpośrednio zagrażają ich życiu (np. świeży zawał, niestabilna choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca). Świadek ponadto wyjaśnił, że pacjenci na oddziale kardiologicznym dzielą się na grupy osób przyjmowanych w systemie kolejkowym, planowym i na chorych przyjmowanych z ostrego dyżuru. Konieczność nagłych interwencji kardiologicznych, z zabiegami inwazyjnymi włącznie, wynika często z powikłań po rozmaitych zabiegach chirurgicznych i jest to zaznaczone w dokumentacji prowadzonej dla każdego pacjenta.

Skoro zostało wykazane, że wszystkie świadczenia udzielone przez powoda, za które dochodził on zapłaty w rozpoznawanej sprawie, były świadczeniami ratującymi życie, powództwo należało uwzględnić.

Na podstawie art. 102 k.p.c. Sąd Okręgowy nie obciążył pozwanego kosztami procesu, mając na względzie trudną sytuacją finansową pozwanego, a w szczególności okoliczność, iż pozwany działa w oparciu o środki finansowe pochodzące ze składek na ubezpieczenie zdrowotne i nie uzyskuje dochodów z innych źródeł.

Pozwany złożył apelację od powyższego wyroku, skierowaną przeciwko całości rozstrzygnięcia zasądzającego od niego na rzecz powoda kwotę dochodzoną pozwem, zaś powód zaskarżył zażaleniem zawarte w tym wyroku rozstrzygnięcie o nieobciążeniu pozwanego kosztami procesu.

Pozwany w apelacji zarzucił:

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

2) naruszenie prawa procesowego poprzez sprzeczność poczynionych przez Sąd I instancji ustaleń z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego, przez:

a) 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, że świadczenia objęte pozwem powinny zostać rozliczone w ramach limitów umownych, z uwagi na brak jakichkolwiek dowodów świadczących, iż powód uwzględnił w swojej działalności rezerwę na przyjęcie przypadków nagłych;

b) przyjęcie w oparciu o opinię biegłego, że zostało udowodnione, iż sporne świadczenia były świadczeniami ratującymi zdrowie i życie w stosunku do wszystkich pacjentów objętych sporem.

Wskazując na powyższe zarzuty skarżący domagał się zmiany zaskarżonego wyroku przez oddalenie w całości powództwa, względnie uchylenia tego wyroku i przekazania sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania.

Powód wniósł o oddalenie apelacji pozwanego i o zasądzenie od niego na swoją rzecz zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego. W zażaleniu na rozstrzygnięcie o nieobciążeniu pozwanego kosztami procesu powód zarzucił naruszenie art. 102 k.p.c. przez jego zastosowanie mimo braku ku temu przesłanek. Zarzucił także naruszenie art. 98 § 1 k.p.c. przez jego niezastosowanie.

Wskazując na powyższe zarzuty powód domagał się zmiany zaskarżonego postanowienia przez zasądzenie na jego rzecz od pozwanego zwrotu kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych i zasądzenia kosztów postępowania zażaleniowego.

Powód wywodził, iż plan finansowy pozwanego w pozycji F obejmuje każdego roku rezerwy na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych, które nie zaliczają się do kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, ani nawet do kosztów administracyjnych czy finansowych. Rezerwy pozwanego, przeznaczone co roku na pokrywanie kosztów postępowań sądowych przekraczają kilkakrotnie roczny budżet powodowego szpitala.

Pozwany wniósł o oddalenie zażalenia powoda.

Sąd Apelacyjny zważył:

Apelacja pozwanego nie zasługiwała na uwzględnienie, natomiast zażalenie powoda należało uwzględnić.

W pierwszej kolejności rozpoznaniu podlegała apelacja strony pozwanej. Sąd Apelacyjny podziela ustalenia faktyczne zaskarżonego wyroku, gdyż wbrew zarzutowi skarżącego, znajdują one odzwierciedlenie w zebranych materiale dowodowym, którego ocena nie narusza zasad określonych w art. 233 § 1 k.p.c. W związku z powyższym przyjmuje również za podstawę swojego wyroku.

Trafnie wskazał Sąd Okręgowy, powołując treść art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, że w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie, zaś zgodnie z treścią art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

Zgodnie z ugruntowanym stanowiskiem judykatury obowiązki wynikające z przepisu art. 15 ustawy o działalności leczniczej mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy zatem, zgodnie z art. 56 k.c., włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między N. (...) a świadczeniodawcą i obciążyć nimi F. zarządzający środkami publicznymi, z których powinny być one pokryte. Świadczeniodawcy przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie, jeżeli tylko wykaże, że nastąpiło to w sytuacji określonej w art. 15 ustawy o działalności leczniczej (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 2009r. V CSK 272/08 oraz z dnia 10 stycznia 2014r. I CSK 161/13).

W rozpoznawanej sprawie powód dochodził zapłaty za świadczenia ponadlimitowe w zakresie kardiologia-hospitalizacja. Fakt wykonania tych świadczeń i wysokość kwot należnych z tytułu ich wykonania nie były przez pozwanego kwestionowane. Zarzuty skarżącego sprowadzały się do tego, iż powód nie podjął czynności zmierzających do realizacji kontraktu w ustalonych limitach, a w szczególności, że nie uwzględnił w swojej działalności rezerwy finansowej na przyjęcie wypadków nagłych a także, że nie zostało udowodnione, że wszystkie objęte pozwem świadczenia były świadczeniami ratującymi życie i zdrowie pacjentów.

Zarzuty skarżącego nie były zasadne, gdyż nie można zaplanować liczby przyjęć do hospitalizacji pacjentów w stanach nagłych, ratujących życie i zdrowie, a kolejka pacjentów przyjmowanych w trybie planowym, w ramach realizacji limitu wynikającego z umowy, nie może wydłużać się nadmiernie, zwłaszcza w zakresie świadczeń kardiologicznych, które są szczególnie newralgiczne dla ludzkiego życia i zdrowia. Trudno twierdzić o tym, że powód winien starać się zmieścić w limicie umownym, gdy nie jest on w stanie określić ile nagłych przypadków kardiologicznych zostanie do niego skierowanych, m.in. przez szpitale nie dysponujące możliwościami udzielenia pacjentom pomocy kardiologicznej, ani też ile osób zostanie dotkniętych nagłym zawałem, czy zaburzeniami rytmu serca.

Twierdzenia pozwanego, iż powód mając wiedzę o ilości przyjęć pacjentów w poprzednich miesiącach oraz o bieżących przyjęciach jest w stanie określić, czy w danym miesiącu przekroczy limit kontraktu, są bezzasadne i całkowicie nieuzasadnione. Jak wyżej wskazano powód nie jest w stanie prognozować wystąpienia ilości powikłań kardiologicznych po rozmaitych operacjach przeprowadzonych w innych, mniejszych szpitalach, a co za tym idzie nie ma możliwości określenia potencjalnej liczby przekazanych mu pacjentów z tymi powikłaniami, ani też liczby osób, u których samoistnie wystąpią problemy kardiologiczne zagrażające życiu.

Sąd Okręgowy ustalił, w oparciu o wnioski opinii biegłego, że wszystkie świadczenia objęte pozwem zostały udzielone pacjentom w trybie ratującym życie i zdrowie i Sąd Apelacyjny ustalenie to akceptuje.

Nie ulegało wątpliwości, że biegły oceniając poszczególne przypadki przyjęcia pacjentów do szpitala na leczenie kardiologiczne musiał bazować na dokumentacji medycznej tych pacjentów, z której wynikały przyczyny przyjęcia na leczenie. Tych przyczyn, zagrażających życiu i zdrowiu, skarżący nie jest w stanie zakwestionować, podnosząc jedynie ogólne zarzuty o braku merytorycznej analizy poszczególnych przypadków i o ograniczeniu się biegłego do podania wyjętych z kontekstu informacji z dokumentacji medycznej. Znamienne jest jednak to, iż skarżący nie zakwestionował potrzeby hospitalizacji w trybie nagłym żadnego z pacjentów, których dokumentacja medyczna znajduje się w aktach sprawy, ani też szczegółowo nie odniósł się do ogólnie zakwestionowanych przypadków planowych, uznanych przez biegłego za nagłe. Nie znajdując uzasadnionych podstaw do uwzględnienia zarzutów i wniosków skarżącego należało apelację oddalić, w oparciu o art. 385 k.p.c. i orzec o kosztach postępowania apelacyjnego na podstawie art. 98 i 99 k.p.c.

Zażalenie powoda podlegało uwzględnieniu. Należy zgodzić się ze skarżącym, że zastosowanie art. 102 k.p.c. powinno mieć miejsce w wypadkach szczególnie uzasadnionych, zaś taki wypadek nie zachodził w rozpoznawanej sprawie.

Pozwany jest podmiotem finansującym świadczenia zdrowotne i dysponującym środkami pieniężnymi na pokrycie zarówno tych świadczeń, jak i zobowiązań wynikających z postępowań sądowych. Wskazać należy, że zgodnie z art. 108 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. z 2015r., poz. 2, poz. 4) zwolnienie od kosztów sądowych nie zwalnia strony od obowiązku zwrotu kosztów procesu przeciwnikowi. Zatem gdyby nawet zaistniała sytuacja uzasadniająca zwolnienie pozwanego od kosztów sądowych, to nie byłoby uzasadnione zwolnienie go od zwrotu kosztów procesu powodowi, który koszty te poniósł, dochodząc słusznego roszczenia.

W związku z powyższym na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. w zw. z art. 397 § 2 k.p.c. należało zmienić zaskarżone postanowienie przez zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kwoty 7.200 zł tytułem zwrotu kosztów procesu, obejmujących koszty zastępstwa procesowego w postępowaniu przed Sądem Okręgowym.