

Sygn. akt V ACa 463/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 11 maja 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – V Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Maryla Domel-Jasińska
Sędziowie:	SA Katarzyna Przybylska (spr.) SO del. Teresa Karczyńska - Szumilas
Protokolant:	sekretarz sądowy Karolina Petruczenko

po rozpoznaniu w dniu 11 maja 2017 r. w Gdańsku na rozprawie

sprawy z powództwa (...)

w B.

przeciwko (...)Oddziałowi (...) w B.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w B.

z dnia 8 marca 2016 r. sygn. akt I C 199/15

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 463/16

UZASADNIENIE

Powód - (...)w B. w pozwie przeciwko pozwanemu (...)w B. wniósł o zasądzenie na jego rzecz od powoda kwoty 86.268 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty. Domagał się również zwrotu kosztów procesu.

W odpowiedzi na pozew pozwany (...)w B. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów postępowania według norm przepisanych.

W piśmie z dnia 30 grudnia 2015r. powód rozszerzył powództwo, w ten sposób, że wniósł o zasądzenie odsetek od dochodzonej pozwem kwoty 86.268 zł od dnia 15 lutego 2013r. do dnia zapłaty.

Sąd Okręgowy w B. wyrokiem z 8 marca 2016r. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 86.268 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 15.02.2013r. do dnia zapłaty oraz orzekł o kosztach postępowania w sprawie.

Swoje rozstrzygnięcie oparł na następujących ustaleniach.

Powód - (...)w B. udziela świadczeń zdrowotnych w ramach publicznej służby zdrowia.

Strony sporu łączyła umowa nr (...)(...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne, której przedmiotem było udzielanie przez powoda jako świadczeniodawcy świadczeń opieki zdrowotnej. Pozwany zapłacił powodowi kwotę świadczeń do wysokości limitu ustalonego umową.

Powód wykonał świadczenia ponad limit umowny, objęte sporem. Wszystkie objęte sporem świadczenia były udzielone pacjentom w trybie nagłego zagrożenia życia i zdrowia.

Wartość świadczeń objętych sporem wyniosła 86.268 zł.

Powyższy stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił z pomocą okoliczności bezspornych, dokumentów przedłożonych przez strony, a także opinii biegłego.

Sąd I instancji dał wiarę treści wskazanych dokumentów, jako że nie było podstaw do ich negowania.

W związku z koniecznością posiadania wiadomości specjalnych Sąd Okręgowy dopuścił dowód z opinii biegłego(...)na okoliczność czy świadczenia objęte pozwem zostały udzielone w stanie nagłym tj. w stanie polegającym na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia, zgodnie z definicją określoną art. 3 ust. 8 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Sąd Okręgowy podzielił wnioski opinii biegłego z dnia 5 stycznia 2016r., w których biegły wypowiedział się w zakresie posiadanej przez niego wiedzy medycznej, wskazując m.in. iż świadczenia te wyczerpywały dyspozycję art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym o stanie zagrożenia zdrowotnego.

Kwestia czy świadczenia objęte pozwem były udzielone w stanach nagłego zagrożenia zdrowia i życia była kluczową dla rozstrzygnięcia, wobec bezspornego faktu wyczerpania limitu umownego. Wobec tego Sąd Okręgowy pominął dowód z pozostałych dowodów, w tym zeznań świadków na okoliczności wskazane w odpowiedzi na pozew, jako że kwestie na które zostali oni zawnioskowani, nie były decydującymi dla sprawy, a co za tym idzie ich przeprowadzenie skutkowałoby nieuzasadnionym przedłużeniem postępowania.

W ocenie Sądu Okręgowego powództwo okazało się uzasadnione w całości.

Sąd Okręgowy w swoich rozważaniach wskazał, że w niniejszej sprawie bezspornym jest, iż powód wykonał świadczenia objęte przedmiotem łączącej go z pozwanym umowy, ponad określony limit. Ponadto strona pozwana w żaden skuteczny sposób nie podważyła wysokości dochodzonego roszczenia. Spór pomiędzy stronami dotyczył w istocie określenia trybu nagłego przez stronę powodową.

Zgodnie z 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. Oznacza to, że treść umownego stosunku prawnego może być modyfikowana przez przepisy ustawowe. Do takich przepisów należy zaliczyć przede wszystkim art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2013.217) zgodnie z treścią którego „podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia

takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia". Powyższy przepis stanowi odpowiednik art. 7 obowiązującej do dnia 1 lipca 2011r. ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 2007.14.89 t.jedn.). Ustawodawca nie wprowadził w tym przepisie żadnych dodatkowych warunków co do statusu takiej osoby ani zobowiązania się do pokrycia kosztów udzielonych świadczeń uznając, iż w obliczu zagrożenia życia lub zdrowia każdy człowiek ma prawo do uzyskania niezbędnej pomocy medycznej. Ponadto nie ma także znaczenia, czy podmiot leczniczy ma zawartą stosowną umowę z (...) ani też, czy został wyczerpany określony w umowie z publicznym płatnikiem tzw. limit świadczeń zdrowotnych.

Nadto Sąd Okręgowy podziela obecnie przeważające stanowisko judykatury wypracowane na kanwie uprzednio obowiązującego art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, będącego odpowiednikiem obecnego art. 15 ustawy o działalności leczniczej wskazujące, „że 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” (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 2003 r., IV CK 189/02, LEX, nr 164009). Podobnie wypowiedział się Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 30 maja 2007r., IV CSK 60/07, LEX nr 1108516: „z art. 7 ustawy z 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 30 ustawy z 1996r. o zawodzie lekarza wynika obowiązek udzielania przez zakład opieki zdrowotnej, w szczególnych zdefiniowanych w tych przepisach okolicznościach, świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym w (...). Stosunek prawny jaki powstaje z umowy zawartej pomiędzy (...) a świadczeniodawcą jest z mocy prawa uzupełniony o obowiązek sfinansowania przez (...) świadczeń tego rodzaju”.

Wskazał, że zarówno pojęcia zawarte w art. 7 u.z.o.z. (obecny art. 15 ustawy o działalności leczniczej), art. 30 u.z.l., jak i art. 19 u.s.o.z. w zasadzie dotyczą tych samych sytuacji. W przepisach tych chodzi o takie przypadki, w których zachodzi niemożność odłożenia (przesunięcia) w czasie pomocy lekarskiej, mogącej - według wiedzy i doświadczenia medycznego - zapobiec powstaniu u pacjenta niekorzystnych skutków dla jego życia i zdrowia.

Żądana przez powoda w niniejszym postępowaniu kwota dotyczy zapłaty za świadczenia udzielone z zakresu chirurgii naczyniowej objętych umową nr (...) (...), jednakże z przekroczeniem określonej w niej kwoty zobowiązania pozwanego. W ocenie Sądu Okręgowego, powód wykazał przesłankę konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia z art. 15 ustawy o działalności leczniczej, jak i powoływaną przez pozwanego przesłankę z art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2008.164.1027 j.t.) tj. udzielenia świadczeń w warunkach nagłych, które dotyczą tych samych sytuacji. Sąd I instancji na podstawie opinii biegłego wraz z opiniami uzupełniającymi ustalił, iż świadczenia zdrowotne objęte roszczeniem pozwu z uwagi na ich specyfikę i charakter były udzielone w stanach nagłych, o których mowa we wskazanych przepisach. Biegły wskazał, iż „należy przyjąć, że(...)w B. w okresie od 1.02.2012r. do dnia 31.12.2012r. udzielił 6 świadczeń medycznych poza limitami określonymi w umowie z (...). Świadczenia te wyczerpywały dyspozycję art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym o stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego". Wobec tego Sąd Okręgowy zważył, iż świadczenia objęte sporem znajdowały oparcie w powołanych przepisach, a co za tym idzie powodowi należy się za nie wynagrodzenie. W ocenie Sądu I instancji skoro materiał dowodowy wykazał w sprawie, iż udzielane świadczenia miały charakter nagły, roszczenie powoda oparte na tej przesłance uznać należało za uzasadnione.

Mając na uwadze powyższe Sąd Okręgowy w oparciu o powołane przepisy zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 86.268zł. O odsetkach orzekł zgodnie z art. 481 k.c.

O kosztach orzekł na podstawie art. 98 k.p.c., zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu.

Na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U.2014.1025 j.t.) kosztami sądowymi, Sąd obciążył Skarb Państwa.

Od powyższego orzeczenia apelację wniósł pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia zaskarżając wyrok w całości zarzuć:

- 1) naruszenie prawa materialnego poprzez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie art. 19 ust. 1 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 realizacji kontraktu w ustalonych limitach,
- 2) naruszenie prawa procesowego tj. przepisu art. 217 § 3 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. poprzez nieprzeprowadzenie zawnioskowanych przez pozwanego dowodów w postaci przesłuchania świadków T. Z. i B. S. co do istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy okoliczności, co miało istotny wpływ na wynik sprawy pozbawiając pozwanego możliwości wykazania nieprawidłowej organizacji przyjęć pacjentów i zakwestionowania wartości dochodzonego roszczenia;
- 3) niewyjaśnienie okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, tj. brak ustaleń co do faktycznych kosztów udzielonych świadczeń.

Wobec powyższego wniósł o:

1. zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości, względnie uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania;
2. zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Powód w odpowiedzi na apelację wniósł o jej oddalenie.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Apelacja jest nieuzasadniona.

Sąd Apelacyjny w pełni podziela ustalenia faktyczne dokonane przez Sąd I instancji i przyjmuje je za własne. Podziela również wywiedzione w oparciu o te ustalenia konsekwencje prawne.

W ocenie Sądu Apelacyjnego nie sposób zgodzić się z zarzutem naruszenia prawa materialnego art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Obecnie za utrwalone należy uznać poglądy judykatury, według których zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za świadczenia zdrowotne udzielane w warunkach określonych w poprzednio obowiązującym art. 7 ustawy z 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (dalej „u.z.o.z.”), a obecnie w art. 15 ustawy z 14 maja 2011r. 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 marca 2009r., V CSK 272/08 LEX nr 530613 i powołane w jego uzasadnieniu dalsze orzeczenia SN).

Jednocześnie też przyjmuje się, że na zakładzie opieki zdrowotnej, który dochodzi roszczenia o zapłatę za świadczenia medyczne udzielone pacjentom w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia ciąży obowiązek wykazania, że z uwagi na okoliczności poszczególnych przypadków zachodziła potrzeba natychmiastowego udzielenia tych świadczeń (por. wyżej powołany wyrok SN a także wyrok SN z 14 lutego 2008r., II CSK 532/07, LEX nr 496387).

Obowiązek ratowania zdrowia i życia wynika z przepisów art. 15 ustawy o działalności leczniczej, jest obowiązkiem bezwzględny i wyprzedza ograniczenia wynikające z umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Roztropna gospodarka finansami przewidzianymi w umowach zawartych przez świadczeniodawcę z (...) jest bez wątpienia obowiązkiem tego pierwszego wynikającym z prawidłowego wykonania umowy (art. 354 § 1 i 2 k.c.) i wymaga planowania świadczeń, aby istniała rezerwa na wypadki nagłe. Z akt sprawy wynika, że przypadki udzielenia świadczenia na rzecz pacjentów przez powoda miały miejsce pod koniec roku 2012 w okresie październik – grudzień, kiedy to limity na poszczególne świadczenia ulegają wyczerpaniu i nawet w ramach najbardziej racjonalnej

gospodarki nie można przewidzieć wszystkich wypadków, kiedy zaistnieje konieczność udzielenia świadczenia w ramach świadczeń nagłych, uzasadnionych ze względu na zagrożenie życia i zdrowia pacjentów. Jest to tym bardziej trudne w warunkach ściśle określonych kontraktów pod koniec okresu na jaki kontrakt zostaje zawarty. Mimo doświadczenia ze strony świadczeniodawców w zakresie ilości udzielanych świadczeń w wypadkach nagłych nie da się ich do końca przewidzieć. Trudno nakładać na świadczeniodawców obowiązek tworzenia „rezerw” pod koniec okresu na jaki został zawarty kontrakt i przesuwania oczekujących w kolejce pacjentów na dalsze pozycje na wypadek ewentualnej konieczności udzielenia świadczenia w warunkach „nagłych”. Działania takie być może z jednej strony pozwolą na zmieszczenie się w limicie świadczeń zdrowotnych przewidzianych w umowie, ale z drugiej strony mogą prowadzić do niewykorzystania wygospodarowanych „rezerw” w wypadku, gdy nie dojdzie do konieczności udzielenia świadczenia w warunkach art. 15 n.d.l. Z tego też względu wydatki, które zostały poniesione na udzielenie świadczeń ratujących życie i zdrowie po wyczerpaniu limitu ich finansowanie powinno być finansowane przez (...).

Z akt niniejszej sprawy wynika, że nierozliczone zostało sześć hospitalizacji, wszystkie były udzielone pod koniec okresu finansowania świadczeń i wszystkie były udzielone, co stwierdził biegły powołany w sprawie, w warunkach ratowania życia i zdrowia.

Za niezasadny należało uznać zarzut oddalenia wniosków dowodowych z przesłuchania świadków na okoliczność zasad sprawozdawczości w przypadku świadczeń ratujących życie i zdrowie oraz zasad rozliczenia objętych pozwem.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, wyjaśnienie zasad na jakich odbywa się rozliczenie pomiędzy stronami nie ma żadnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. Powód udzielił świadczeń w trybie art. 15 n.d.l. i przysługuje mu roszczenie o zapłatę świadczeń ponadlimitowych.

Zasady rozliczenia świadczeń pomiędzy stronami nie mogą decydować o tym czy powód faktycznie wykonał ponadlimitowe świadczenia ratujące życie i czy należy mu się z tego tytułu zapłata. Istotne jest jedynie czy takie oświadczenie zostało udzielone. W tej kwestii wypowiedział się w niniejszej sprawie biegły, który stwierdził, że wszystkie zgłoszone w niniejszej sprawie świadczenia za które powód domaga się zapłaty były świadczeniami udzielonymi w trybie art. 15 n.d.l.

Nie zasługuje również w ocenie Sądu Apelacyjnego zarzut dotyczący braku ustaleń co do faktycznych kosztów udzielonych świadczeń.

Skoro w umowie strony wypracowały pewne kryteria, na podstawie których ustalona została kwota za wykonane świadczenia w ramach limitu, brak jest podstaw do kwestionowania tego wyliczenia. Obie strony są profesjonalistami w zakresie usług medycznych, ponadto skarżąca ma bardzo duże doświadczenie w rozliczaniu nadwykonań, bo dokonuje tego corocznie od wielu lat. Każda ze stron dysponuje również wyspecjalizowaną obsługą prawnofinansową, ma zatem możliwość przeprowadzenia stosownych badań, ocen i analiz dotyczących kosztów obciążeń szpitala kosztami wykonanych świadczeń medycznych. W przypadku kiedy strony łączyła umowa i istniały podstawy wyliczenia wynagrodzenia za wykonane świadczenia, nie można nakładać na stronę powodową obowiązku wyliczenia udzielanych świadczeń medycznych, z uwzględnieniem poszczególnych kosztów związanych z przypadkiem pozalimitowym. Dostrzec należy, że sama umowa przyjmuje hipotetyczne założenie w zakresie wyliczeń kosztów leczenia, skoro przewiduje wynagrodzenie za świadczenia wykonywane w przyszłości.

Nie ma podstaw w ocenie Sądu II instancji do przyjęcia, że procedury medyczne udzielane w ramach limitu i poza limitem w przypadkach, kiedy są tożsame generowały różne koszty ich wykonania. Tym bardziej, że sam pozwany przyznaje, że wycena świadczeń dokonywana przez pozwanego i mająca zastosowanie przy realizacji umowy „jest robiona na podstawie kosztów rzeczywistych” czyli, że stawki umowne określają koszty rzeczywiste udzielania świadczeń.

Mając powyższe na uwadze Sąd Apelacyjny oddalił apelację pozwanego w oparciu o art. 385 k.p.c. jako nieuzasadnioną.

O kosztach orzeczono na mocy art. 98 k.p.c.