

Sygn. akt V ACa 521/17

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 czerwca 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – V Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Teresa Karczyńska - Szumilas (spr.)
Sędziowie:	SA Anna Daniszewska SO del. Leszek Jantowski
Protokolant:	stażysta Karolina Sowińska

po rozpoznaniu w dniu 26 czerwca 2018 r. w Gdańsku na rozprawie

sprawy z powództwa Szpitala (...) J. B. w B.

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

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w (...)

z dnia 22 marca 2017 r., sygn. akt I C 300/15

I. oddala apelację;

II. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 8.100 (osiem tysięcy sto) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

SSO del. Leszek Jantowski SSA Teresa Karczyńska-Szumilas SSA Anna Daniszewska

Na oryginale właściwe podpisy.

Sygn. akt V ACa 521/17

UZASADNIENIE

Powód Szpital (...) im. dr J. B. (2) w B. wniósł o zasądzenie od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia (...) w B. zapłaty kwoty 356.957,64zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 lutego 2013r. do dnia zapłaty za świadczenia wykonane w stanie zagrożenia życia lub zdrowia w Klinice (...), (...), ponad limit określony umową zawartą z pozwanym oraz o zasądzenie kosztów procesu. W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie

powództwa i zasądzenie kosztów procesu, kwestionując powództwo co do zasady i co do wysokości. Wyrokiem z dnia 22 marca 2017r. Sąd Okręgowy w (...) zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 356.957,64 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 lutego 2013r. do dnia 31 grudnia 2015r. i dalszymi odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016r. do dnia zapłaty oraz rozstrzygnął o kosztach postępowania. Sąd Okręgowy ustalił, że podstawą do udzielania przez powoda świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego jest umowa zawarta z pozwanym określająca zakres świadczeń ujętych w planie rzeczowo- finansowym. Pozwany wystawione przez powoda faktury za świadczenia ponadlimitowe za rok 2012 odesłał bez księgowania. Powód wartość tych świadczeń wyceniał według katalogu wyceny świadczeń opracowanego przez pozwanego. Koszty świadczeń rozliczane są według jednorodnych grup pacjentów. W przypadku świadczeń z zakresu chorób wewnętrznych, wydanie diagnozy co do jednostki chorobowej pacjenta musi być poprzedzone badaniami. O kolejności rozliczenia świadczeń decyduje system elektroniczny; w pierwszej kolejności rozliczane są świadczenia dla osób uprawnionych i ubezpieczonych, w ramach tej grupy rozliczane są świadczenia ratujące życie, a następnie pozostałe świadczenia. Za świadczenia mieszczące się w limicie umowy pozwany zapłacił w całości; nie zostały zapłacone świadczenia ponadlimitowe. W 51 przypadkach świadczenia medyczne objęte pozwem udzielone zostały w stanie nagłym, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu, uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagające podjęcia natychmiastowych czynności medycznych ratunkowych lub leczenia. W dwóch przypadkach świadczenia objęte pozwem nie zostały udzielone w stanie nagłym. Pacjentka M. W. przyjęta została w dniu 22 października 2012r. w związku z ogólnym osłabieniem, dolegliwościami bólowymi stawów, nawracającymi infekcjami, obniżonym poziomem białych krwinek- leukopemią. W dniu 26 października 2012r. została wypisana do domu. Pacjentka ta od kilku miesięcy była pod opieką poradni hematologicznej, jej stan zdrowia ulegał pogorszeniu. Koniecznym było wykonanie badań w

trybie przyjęcia pacjentki na oddział, wykluczających niedobór odporności, białaczkę, chłoniaka. Ryzyko dalszego leczenia pacjenta z leukopemią w trybie ambulatoryjnym jest dużym zagrożeniem, mogło grozić nawet sepsą. Dalsze występowanie infekcji stanowiło zagrożenie życia pacjentki. Koniecznym było wykonanie biopsji szpiku, która mogła być wykonana jedynie w warunkach szpitalnych. Pacjent K. K. (1) został przyjęty w dniu 15 października 2012r. z podejrzeniem zaburzeń odporności, powtarzających się infekcji górnych dróg oddechowych, łuszczycy. W dniu 17 października 2012r. został wypisany do domu. Przedtem od trzech lat pacjent leczyl się w klinice hematologii. U pacjenta podejrzewano niedobór odporności, który zawsze wywołuje zagrożenie posocznicy i poważnych stanów zapalnych płuc. W tym okresie w powodowym szpitalu nie funkcjonowała jeszcze poradnia immunologiczna. Nie było możliwości wykonania u pacjenta badania cytometrii przepływowej w innym trybie niż przyjęcie pacjenta na oddział szpitalny. Sąd Okręgowy mając na uwadze treść zeznań złożonych przez świadków: E. U., K. B. i J. K. - lekarzy mających bezpośredni kontakt ze wskazanymi w pacjentami uznał, że świadczenia dotyczące tych pacjentów również zostały udzielone w stanie zagrażającym ich zdrowiu i życiu. Sąd Okręgowy wskazał, że stan faktyczny w sprawie ustalił w oparciu o przedstawione przez strony dokumenty, zeznania świadków, a także opinię biegłej lekarza internisty i alergologa I. P.. Sąd Okręgowy, wskazując na przepis art. 19 ust. 1, art. 5 pkt 33 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2014 roku, poz. 619) , art. 3 pkt. 8 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. nr 191, poz. 140 ze zm.) i art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013r., poz. 217 t.j.) stwierdził, że powództwo w całości zasługuje na uwzględnienie. Podkreślił Sąd Okręgowy, że 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 niewątpliwie zachowującym aktualność także obecnie, powszechnie wskazuje się, 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. Wynagrodzenie za świadczenia wykonane w stanach nagłych może dotyczyć nie tylko sytuacji, kiedy świadczeniodawca nie zawarł umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w ogóle, ale również kiedy umowę zawarł, jednak pomimo zapewnienia właściwej organizacji pracy, liczba świadczeń do wykonania znacznie przekroczyła liczbę

określoną w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Odnosząc się do zagadnienia raportowania w systemie informatycznym udzielonych świadczeń ponadlimitowych Sąd Okręgowy stwierdził, że nie jest możliwe jednoznaczne ustalenie, z jakiego powodu raportowanie przez powoda świadczeń objętych niniejszym

sporem, mimo oznaczenia ich jako ratujące życie lub zdrowie pacjentów w systemie informatycznym pozwanego nie było oznaczone w ten sposób, nie ma to jednak wpływu na merytoryczne rozstrzygnięcie, albowiem obowiązek zapłaty przez pozwanego odpowiedniej kwoty, za dokonane poza limitem wyznaczonym przez umowę stron świadczenia zdrowotne ratujące życie lub zdrowie udzielone pacjentom w trybie nagłym wynika z przepisów prawa. Dokonując interpretacji umowy zawartej pomiędzy stronami Sąd Okręgowy odwołał się także do przepisu art. 56 i 65 k.c. i art. 354 k.c.; łącząca strony umowa wywołuje nie tylko skutki wynikające z jej treści, ale także z przepisów ustawy, w tym art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, co wskazuje wprost, że udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta jest ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy. Powodowi należy się umowne wynagrodzenie od pozwanego za wykonane świadczenia zdrowotne bez względu na limit ustalony w zawartych umowach, jeżeli świadczenia za które powód dochodzi zapłat zostały udzielone w warunkach art. 15 ustawy o działalności leczniczej Sąd Okręgowy odniósł się także do wartości świadczeń, za które zapłaty żądał powód stwierdzając że powód określając wartość tych świadczeń opierał się na obowiązującej wycenie świadczeń zdrowotnych dokonanej przez pozwanego. Nie sposób zatem przyjąć, by pozwany dokonując wyceny świadczeń zdrowotnych dopuścił się w tym względzie przeszacowania, zwłaszcza, że w okresie objętym pozwem wartość świadczeń medycznych przyjmowana była przez uśrednienie. Odsetki należne powodowi Sąd Okręgowy zasądził od dnia 15 lutego 2013r., zgodnie z żądaniem pozwu, opierając się na § 10 umowy stron, gdzie strony wskazały na zastosowanie § 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 (Dz. U. Nr 81 z 2008r., poz. 484), zgodnie z którym 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 2011r. upłynął z dniem 15 lutego 2012r. O kosztach postępowania Sąd Okręgowy orzekł na podstawie przepisu art. 98 k.p.c. i art. 113 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych.

Apelację od wyroku Sądu Okręgowego w (...) wywiódł pozwany zaskarżając go w całości, domagając się jego zmiany poprzez oddalenie powództwa w całości, względnie uchylecia zaskarżonego wyroku i przekazania sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania, a także zasądzenia kosztów postępowania. Skarżący zarzucił :

- ***naruszenie prawa materialnego poprzez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*** polegającą na przyjęciu, że za świadczenia zdrowotne udzielone przez powoda, z które zapłaty się domaga, należy się dodatkowe wynagrodzenie, mimo niepodjęcia przez powoda żadnych czynności zmierzających do realizacji kontraktu w ustalonych limitach;

- ***niewyjaśnienie okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia***, tj. brak ustaleń co do faktycznych kosztów udzielonych świadczeń.

W uzasadnieniu apelacji skarżący wskazał, że przeprowadzone postępowanie dowodowe nie dało żadnych podstaw do przyjęcia, że powód realizując kontrakt z pozwanym podejmował jakikolwiek czynności zmierzające do przestrzegania jego wartości, podczas gdy warunkiem uznania, iż świadczeniodawcy należy się dodatkowe wynagrodzenie za świadczenia nagłe jest wykazanie, że przekroczenie limitu kontraktu nastąpiło mimo prowadzenia racjonalnej polityki przyjęć pacjentów, co powinien wykazać powód. Powód winien prowadzić roztropną gospodarkę środkami finansowymi, zostawiając rezerwę na przyjęcia nagłe i posiadając wiedzę o liczbie osób przyjętych w poprzednich miesiącach tak zorganizować dalsze przyjęcia, by pacjenci byli przyjmowani w następnych okresach rozliczeniowych w oparciu o listy kolejkowe. Ponadto skarżący podniósł, że pomimo kwestionowania przez niego wartości przedmiotu sporu, Sąd I instancji nie podjął żadnych czynności zmierzających do ustalenia faktycznych kosztów udzielenia świadczeń objętych pozwem; powód żądał zapłaty za świadczenia według stawek umownych, tj. obejmujących

zarówno zwrot kosztów jak i należne wynagrodzenie. Podmiot, który zawarł umowę i wykonuje świadczenia ponad określony limit lub w niej nie przewidziane może domagać się zwrotu uzasadnionych kosztów ich udzielenia, a nie wynagrodzenia według stawek umownych.

Powód w odpowiedzi na apelację wniósł o jej oddalenie i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego, wskazując na niezasadność zarzutów wywiedzionego środka zaskarżenia.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Apelacja pozwanego nie zasługiwała na uwzględnienie. Niezasadny pozostaje zarzut naruszenia prawa materialnego poprzez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Sąd I instancji poczynił prawidłowe ustalenia stanu faktycznego sprawy w zakresie prowadzącym do wskazania, że wszystkie świadczenia udzielone przez powoda, za które dochodzi ona zapłaty, zostały udzielone w warunkach art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, przy czym wniosek ten pozostaje zasadny również w odniesieniu do świadczeń udzielonych M. W. i K. K. (2), na co ostatecznie wskazał Sąd I instancji. Wniosku tego nie kwestionuje skarżący w apelacji; na jego podjęcie zezwała również materiał dowodowy zgromadzony w sprawie. Sąd Apelacyjny podziela wskazane ustalenia Sadu Okręgowego, uznaje je za własne, zatem nie zachodzi potrzeba ich ponownego przytaczania. Z treści odpowiedzi na apelację, ale i zeznań świadka J. K. wynika, że powód w okresie kiedy udzielił świadczeń, za które domaga się zapłaty, prowadził listę kolejkową. Koszty świadczeń udzielonych w warunkach art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej stanowi zaledwie ok. 0,27% kosztów świadczeń

udzielonych w tym okresie przez powoda objętych limitem, co świadczy, podobnie jak fakt, że pozwany dokonał zapłaty za wszystkie świadczenia udzielone przez powoda objęte limitem, o prawidłowej organizacji udzielania świadczeń przez powoda. Jednocześnie skoro umowa łącząca strony była kilkukrotnie aneksowana, co wynika z niekwestionowanych ustaleń Sądu I instancji, to wnioskować należy, że ilość zakontraktowanych świadczeń była trudna do przewidzenia, lub też że nie była ona dostosowana do faktycznego zapotrzebowania na te świadczenia. Oczywistym jest, że przewidzenie ilości świadczeń, które muszą być udzielone w stanie natychmiastowego zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta nie jest łatwe i pozostaje obarczone naturalnym błędem. Nie można też podzielić zarzutu skarżącego w zakresie niewyjaśnienia przez Sąd I instancji wszystkich okoliczności sprawy istotnych dla rozstrzygnięcia. Sąd Okręgowy, wobec kwestionowania przez pozwanego roszczenia także co do wysokości, odniósł się również do wysokości kosztów świadczeń dochodzonych przez powoda. W piśmie procesowym z dnia 17 stycznia 2017r. powód wyjaśnił sposób wyliczania wartości świadczeń, za które dochodzi zapłaty i pozostaje on zgodny z art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wedle którego świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (odpowiednio wykonał świadczenia ponadlimitowe w warunkach ustawowych) ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie udzielone w warunkach ustawowych, które uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń medycznych. Trudno zakładać, że stawki ustalone w umowie stron, zatem tożsame do tych, które zastosował powód szacując udzielone świadczenia, za które pozwany nie zapłacił, obejmujące również wynagrodzenie świadczeniodawcy, pozostają zawyżone. Nie ma też podstaw prawnych, aby ograniczać pojęcie wynagrodzenia za świadczenie zdefiniowane w art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przez uzasadnione koszty tego świadczenia, poprzez wyłączenie z niego wynagrodzenia należnego podmiotowi, który świadczył usługę, jak to wskazuje skarżący; istotą pozostaje ustalenie, czy wynagrodzenie to stanowiło koszt uzasadniony świadczenia. Wobec powyższych okoliczności apelacja podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c., zaś o kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 98 § 1 i 3, 108 § 1 k.p.c. i § 2 pkt 7 w zw. z § 10 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U. poz. 1804 z późn. zm.).