

**Sygn. akt VI ACa 988/13**

## **WYROK**

**W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

**Dnia 30 stycznia 2014 r.**

**Sąd Apelacyjny w Warszawie VI Wydział Cywilny w składzie:**

**Przewodniczący - Sędzia SA – Ewa Śniegocka (spr.)**

**Sędzia SA – Aldona Wapińska**

**Sędzia SO (del.) – Beata Waś**

**Protokolant: – st. sekr. sąd. Ewelina Murawska**

**po rozpoznaniu w dniu 30 stycznia 2014 r. w Warszawie**

**na rozprawie**

**sprawy z powództwa Instytutu (...) w W.**

**przeciwko (...) w W.**

**o zapłatę**

**na skutek apelacji pozwanego**

**od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie**

**z dnia 20 marca 2013 r.**

**sygn. akt XXV C 1403/11**

**oddala apelację.**

Pozwany ma jedynie rację co do tego, że aneks z dnia 17 lutego 2010r nie został zawarty pod rządami przepisów ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, gdyż ustawa ta już nie obowiązywała w dacie jego zawarcia, tylko pod rządami ustawy z 27 sierpnia 2004r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przed wejściem w życie tej ustawy obowiązywała ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Zasadność tego zarzutu (pkt II 15) nie stanowi jednak o słuszności apelacji i nieprawidłowości wyroku.

Z treści uzasadnienia orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 20.03.2006r, IV CSK 158/05 wynika, że w przypadku będącym przedmiotem rozpoznania w niniejszej sprawie powód miał obowiązek udzielenia świadczeń zdrowotnych i nie można przyjąć, że takie jego działanie było działaniem „na własne ryzyko”. Sąd Najwyższy dokonał w tym uzasadnieniu wykładni nieobowiązującego już art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej o treści „Zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.”: „1. Istnieje związek pomiędzy przepisami art. 353<sup>1</sup> i art. 56 k.c. a przepisem art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm., dalej: "u.z.o.z."). Zgodnie z art. 56 k.c. czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy. W zakresie dotyczącym wynagrodzenia za

świadczenia spełnione w przypadkach objętych przepisami art. 7 u.z.o.z., a także art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204 ze zm.) treść stosunku zobowiązaniowego powstałego w następstwie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń określają więc te przepisy, a nie postanowienia umowy.

2. Jeżeli istnieje sytuacja zagrożenia życia lub zdrowia, z uwagi na art. 7 u.z.o.z., szpital ma obowiązek udzielenia świadczeń zdrowotnych. Nie sposób przyjąć, jakoby oznaczało to działanie "na własne ryzyko", gdyż byłoby to właśnie sprzeczne z celem ustanowienia publicznego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, które mają charakter gwarancyjny. Odpowiedzialność za ciągłość i powszechną dostępność świadczeń zdrowotnych ponosi publiczna osoba prawna, jaką jest Narodowy Fundusz Zdrowia. W tym również mieści się ryzyko wystąpienia kosztów świadczeń ponadlimitowych, ratujących życie i zdrowie, które Fundusz powinien odpowiednio kalkulować przy tworzeniu planu finansowego.

3. Wykładając art. 7 u.z.o.z., trzeba mieć na uwadze, że obejmuje on tylko świadczenia zdrowotne udzielone "ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia", a więc takie, których niepodjęcie mogłoby, przy uwzględnieniu zasad doświadczenia życiowego i wiedzy medycznej, prowadzić do zgonu pacjenta lub nastąpienia skutków w postaci trwałego uszczerbku na zdrowiu. Dokonanie tak ukierunkowanej oceny jest obowiązkiem personelu szpitala.

4. Artykuł 7 u.z.o.z. wywiera istotny wpływ na wykładnię i skutki umów zawieranych przez świadczeniodawców z Funduszem. Zakres zobowiązania Kasy Chorych, a obecnie Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawcy określa zatem umowa oraz przepisy ustaw nakładających na zakłady opieki zdrowotnej i lekarzy udzielanie pomocy zdrowotnej."

Taką samą interpretację stosują sądy apelacyjne uznając, iż świadczeniodawca musi udzielić pomocy medycznej, a później może zwracać się do NFZ o zwrot jej kosztów w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia pacjenta, i to niezależnie od tego, czy została zawarta stosowna umowa (wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 28.09.2006r, I ACa 755/06 „Określone w art. 53 ust. 4 pkt 1, 2 i 4 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym zasady finansowania świadczeń zdrowotnych nie mogą ograniczać zobowiązań NFZ w sytuacjach, gdy świadczeniodawca udziela pomocy medycznej w stanie zagrażającym życiu lub skutkującym trwałym kalectwem.", wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 19.01.2012r, I ACa 1337/11 „1. Zgodnie z art. 19 ust. 4 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, roszczenie o wynagrodzenie za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone w stanie nagłym przysługuje również osobom, które udzieliły takich świadczeń pomimo niezawarcia umowy o świadczenie opieki zdrowotnej. Z tej przyczyny błędne jest twierdzenie, według którego do ubiegania się zwrotu kosztów udzielenia świadczeń zdrowotnych w wypadkach nagłych konieczne jest podpisanie umowy.

2. W hipotezie art. 19 ust. 1 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawierają się nie tylko nagłe wypadki zagrożenia utratą życia, ale też nagłe wypadki zagrożenia utratą zdrowia. Zagrożenie utratą życia lub zdrowia musi jednak w każdym wypadku być nagłe, co oznacza, że świadczeniami zdrowotnymi udzielanymi w sytuacjach nagłych nie będą takie, które co prawda ratują życie lub zdrowie, jednak stosowane są u chorych leczonych przewlekłe, wymagających regularnego poddawania się zabiegom medycznym.", wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 18.04.2013r, I ACa 54/13 „Limity świadczeń zdrowotnych określonych w umowach o świadczenie opieki zdrowotnej nie mogą skutkować odmową udzielania świadczenia w warunkach zagrażających życiu i zdrowiu, a udzielenie takich świadczeń przez świadczeniodawców stwarza dla nich roszczenie o zapłatę ze środków publicznych wynagrodzenia."

Sąd I instancji szczegółowo wyjaśnił, dlaczego jego zdaniem zapisy aneksu z dnia 17 lutego 2010r nie mają zastosowania w niniejszym przypadku. Jego stanowisko w tym względzie poparte ogólnymi stwierdzeniami zawartymi w cytowanych wyżej orzeczeniach, podziela w całości Sąd Apelacyjny. Nie jest w tej sytuacji prawdą twierdzenie apelacji, że pozwany może jedynie sfinansować świadczenia ujęte w umowie stron. Orzecznictwo wyżej przytoczone świadczy o tym, że pozwany nie powinien kierować się tylko ścisłym brzmieniem zawartych ze świadczeniodawcami umów, ale także ogólnymi zasadami, z których wynika, że (...) powinien zapłacić również - w przypadku przekroczenia limitów - za udzielenie świadczeń podjętych w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowia pacjenta, a takim wypadkiem było udzielenie świadczeń K. S.. Pozwany udzielając zgody na dalsze wykonywanie usług medycznych powinien

zainteresować się meritem sprawy, a nie tylko kwestią ukończenia przez K. S. 18 lat. Powód nie mógł odmówić udzielenia świadczenia pacjentowi K. S., gdyż zagrażałoby to jego życiu i zdrowiu; w takiej sytuacji za to świadczenie powinien zapłacić pozwany.

Sąd I instancji prawidłowo zastosował art. 353<sup>1</sup> kc i 354 kc. Analizę tego zagadnienia przeprowadził na k-17 uzasadnienia. Sąd Apelacyjny podziela wyrażone tam stanowisko. Odmowa zapłaty za świadczenie zgłoszone przez powoda z powołaniem się na zapisy aneksu nie świadczy o lojalnym i zgodnym z zasadami współżycia społecznego zachowaniu pozwanego. Zgodzić należy się z poglądem, iż pozwany nadużył swej dominującej pozycji nie tyle przy podpisywaniu aneksu, co przy jego realizacji, a tego przecież dotyczy niniejsza sprawa. Przypomnieć w tym miejscu należy treść art. 354 kc, który wyraźnie mówi o współpracy stron przy wykonywaniu zobowiązania. Powodowi nie można przypisać żadnych zaniedbań, gdyż zawierając aneks do umowy był przymuszony okolicznościami, w szczególności dominującą pozycją pozwanego, nie mógł sam zorganizować szkoleń odnośnie do systemu wprowadzonego przez pozwanego, zaś fakturę dotyczącą zapłaty za endoprotezę otrzymał w terminie późniejszym, już po zawarciu aneksu. Z powyższych względów nie można uznać, że cała sytuacja została zawiniona przez powoda, który - jako podmiot o słabszej pozycji - nie może ponosić odpowiedzialności za niedociągnięcia innych.

Poza tym nieistotnym jest, kto fizycznie dokonywał korekt dokumentów rozliczeniowych, być może określenie zastosowane przez Sąd I instancji w tej mierze nie jest ściśle; ważne, z czyjej inicjatywy to nastąpiło. Wbrew stanowisku pozwanego, nie zapłacił on za całość usługi medycznej udzielonej K. S., gdyż nie pokrył kosztów endoprotezy. Przedstawienie przez powoda omyłkowego rozliczenia nie zawierającego kosztów tej endoprotezy nie było zamierzone ze strony powoda, było błędem, który powód naprawił wnosząc niniejszy pozew po wyczerpaniu drogi wewnętrznego postępowania, w którym pozwany odmówił zapłaty mając do dyspozycji wszelkie potrzebne dokumenty. Nie można zgodzić się z twierdzeniem pozwanego, że „powód po prostu zapomniał o rozliczeniu tego świadczenia.” Są to tylko zupełnie nieuprawnione wnioski pozwanego wyciągnięte na dodatek na użytek niniejszej sprawy.

Sąd Apelacyjny podziela pogląd Sądu Okręgowego o wyrażnie uprzywilejowanej, dominującej pozycji pozwanego, co zresztą przyznaje pozwany w swej apelacji na k-154. Już samo to świadczy o niekorzystnych dla drugiej strony zapisach aneksu. Z punktu widzenia formalnego zapisy te były równe dla obu stron, lecz nierówność ich pozycji sprawiała, że postanowienia aneksu co innego znaczyły dla jednej, a co innego dla drugiej strony. Okazywało się to w konkretnej sytuacji, takiej, jak np. ta w obecnej sprawie. Oparcie się Sądu na własnym doświadczeniu życiowym prowadziło do przyjęcia za prawdziwe stanowiska powoda, który twierdził, że zmuszony był zawrzeć aneks do umowy, aby móc dalej funkcjonować.

Faktem jest, że zawarcie umowy miało miejsce w dniu 19.02.2009r, a więc przeszło pół roku po wprowadzeniu nowych zasad rozliczeń, ale moment zgłoszenia się pacjenta, co nastąpiło w dniu 5 czerwca 2009r, był zaliczany do okresu wstępnego po wprowadzeniu tych nowych zasad, kiedy nagminnie zdarzały się błędy tolerowane przez (...).

Okoliczność braku przedstawienia w terminie do dnia 10 września 2009r dokumentów rozliczeniowych dotyczących świadczenia, za które powód domaga się zapłaty w niniejszej sprawie nie stanowi o słuszności zarzutu z pktu I 2, a jedynie o niezastosowaniu w sprawie załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia, czyli aktu prawnego niższej rangi niż ustawa, której wykładnię wyżej przeprowadzono. Zresztą aneks do umowy był zawarty w dniu 17.02.2010, a więc przed upływem terminu z załącznika do rozporządzenia, czyli w chwili zawierania tego aneksu strona powodowa nie miała jeszcze obowiązku zgłoszenia do rozliczenia tej transakcji.

Okoliczność, że powód podał zły kod przy rozliczaniu usługi wykonanej na rzecz K. S. jest oczywista. Uznanie, że powód zastosował prawidłowy kod, oznaczałoby, że powód zgadzał się na poniesienie strat finansowych, a potem (w chwili wniesienia pozwu) zmienił zdanie. Jest to nielogiczne i sprzeczne z zasadami doświadczenia życiowego.

Powód wbrew twierdzeniom apelacji nie dopuścił się żadnych zaniedbań w niniejszej sprawie. Nie dostał on oryginału faktury wystawionej przez spółkę (...), o czym świadczy sam fakt wystawienia przez nią duplikatu tej faktury. Potem powód we właściwym czasie zwrócił się do pozwanego o pokrycie kosztów tej faktury.

Zaniedbań dopuścił się natomiast pozwany, który nie zorganizował właściwej ilości szkoleń w zakresie nowych zasad rozliczania pacjentów i tolerował pomyłki w tym zakresie.

Wszystkie okoliczności, które pozwany w swej apelacji traktuje jako nieudowodnione Sąd I instancji zasadnie przyjął za wykazane. Działal w tym momencie w granicach swobodnej oceny dowodów oraz na podstawie doświadczenia życiowego (art.233 kpc), które wskazuje na przeważającą siłę pozwanego i jego lepszą pozycję niż powoda i innych świadczeniodawców przy zawieraniu wszelkich umów i porozumień. Pozwany był (i jest) monopolistą w tej dziedzinie. Okoliczność, iż dzieje się tak z mocy rozwiązań ustawowych nie ma znaczenia dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy. Wszystko powyższe czyni wysoce prawdopodobnymi ustalenia Sądu, które pozwany uznaje za nieudowodnione. Razem z twierdzeniami powoda popartymi zeznaniami świadków ustalenia te należy uznać za wykazane, tak jak uczynił to Sąd Okręgowy.

Wszystko to świadczy o niezasadności zarzutów apelacji z pktu II 1-14.

Pozwany uważa, że Sąd Okręgowy niesłusznie oparł swój wyrok na zeznaniach świadków zgłoszonych przez powoda, ale sam nie przedstawił żadnych dowodów, apelacja opiera się tylko na zaprzeczeniach pozwanego. Zdaniem pozwanego Sąd Okręgowy niesłusznie oparł się na zeznaniach świadków powoda, zaś pominął twierdzenia pozwanego. Pozwany zapomina, że on sam nie zgłaszał żadnych wniosków dowodowych na poparcie swoich twierdzeń, o czym świadczy treść sprzeciwu (mógł przedłożyć np. dokumenty dotyczące spornych wyliczeń, szkoleń organizowanych przez pozwanego w tym zakresie, itp.), a Sąd uznał tezy stawiane przez powoda za bardziej wiarygodne, zaś jego stanowisko - za udowodnione.

Zarzut błędu w ustaleniach faktycznych zbieżny jest w istocie z zarzutem dotyczącym niewłaściwej oceny dowodów, ta zaś kwestia została omówiona wyżej. Sprzeczność istotnych ustaleń sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego jest tożsama z błędem w ustaleniach faktycznych, biorąc pod uwagę treść i uzasadnienie tych zarzutów.

Niesłuszne są zarzuty dotyczące rzekomego naruszenia przepisów prawa procesowego, w szczególności niezasadny jest zarzut naruszenia art. 328 § 2 kpc poprzez brak wskazania w uzasadnieniu wyroku przyczyn, dla których Sąd odmówił wiarygodności i mocy dowodowej twierdzeniom przedstawionym przez pozwanego, zwłaszcza wobec obszerności uzasadnienia zaskarżonego wyroku i dokładnego wyjaśnienia przyczyn, dla których wyrok ten miał taką właśnie treść. Być może Sąd nie użył sformułowania, jakiego oczekiwał pozwany, tj. dlaczego odmówił wiarygodności i mocy dowodowej twierdzeniom powoda, ale wynika to bezsprzecznie z treści uzasadnienia.

Niezasadne są także pozostałe zarzuty naruszenia przez Sąd przepisów postępowania, gdyż Sąd - jak już była o tym mowa - ocenił materiał dowodowy w granicach przysługującej mu swobody, w oparciu o zasady logiki i doświadczenia życiowego, z zachowaniem wszelkich reguł wynikających z art. 233 kpc.

Ponadto należy zwrócić uwagę na to, iż zarzuty sprzeczności istotnych ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego dotyczą wcale nie części uzasadnienia ustalającej stan faktyczny, ale części, w której sąd przeprowadził rozważania prawne i wyciągnął określone wnioski z ustalonego w sprawie stanu faktycznego.

Z tych wszystkich względów Sąd Apelacyjny uznał apelację pozwanego za bezzasadną i dlatego ją oddalił na mocy art. 385 kpc.