

Sygn. akt V ACa 111/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 27 października 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – V Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący:	SSA Jacek Grela
Sędziowie:	SA Dorota Gierczak SO del. Teresa Karczyńska - Szumilas (spr.)
Protokolant:	stażysta Ewelina Gruba

po rozpoznaniu w dniu 27 października 2016 r. w Gdańsku na rozprawie

sprawy z powództwa(...)w T.

przeciwko (...) w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w B.

z dnia 20 listopada 2015 r., sygn. akt I C 581/14

I. oddala apelację;

II. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 5.738,22 złotych (pięć tysięcy siedemset trzydzieści osiem złotych 22/100) tytułem zwrotu kosztów postępowania instancji odwoławczej.

Na oryginale właściwe podpisy.

Sygn. akt V ACa 111/16

UZASADNIENIE

Pozwem wniesionym przeciwko (...) powód (...)w T. wniósł o zasądzenie kwoty 671.922, 71 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 lutego 2012r. do dnia zapłaty oraz kosztami procesu.

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że łączyła go z pozwanym umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, mocą której powód zobowiązał się do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, zaś żądanie pozwu dotyczy zapłaty za świadczenia wykonane przez powoda ponad limit wynikający z umowy, w warunkach przymusu ustawowego, w zakresie chemioterapii i onkologii.

W odpowiedzi na pozew pozwany (...) wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu. Pozwany zakwestionował powództwo co do zasady i wysokości wskazując, że powód nie udowodnił, iż świadczenia objęte pozwem były udzielone, a nadto, że były one udzielone w stanach nagłych, o których mowa w art. 30 ustawy o zawodzie lekarza oraz art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Wyrokiem z 20 listopada 2015r. Sąd Okręgowy w (...) zasądził od pozwanego (...) na rzecz powoda (...) w T. kwotę 671.922,71 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 15 lutego 2012r. do dnia zapłaty. Sąd Okręgowy ustalił, iż powód działał jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, który udzielał świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Powód w 2011 r. uzyskiwał środki finansowe od pozwanego w trybie przewidzianym ustawą z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r. nr 164, poz. 1027 ze zm.) Powód zawarł z pozwanym w dniu 31 grudnia 2008r. umowę wieloletnią o numerze (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne, która obowiązywała również w 2011r. Koszt udzielonych przez powoda świadczeń w 2011r. z zakresu onkologii i chemioterapii, za które pozwany nie zapłacił wyniósł kwotę 671.922,71 zł. Z ustaleń poczynionych przez Sąd Okręgowy wynika także, że niezgodne z rzeczywistością daty wyjścia pacjentów ze szpitala w trzech przypadkach (pacjentka J. O., pacjentka K. A., pacjent A. K.) były skutkiem omyłki i zostały prawidłowo wskazane w dokumentach przesyłanych pozwanemu. W przypadku

pacjentki H. O. jej pobyt w powodowym szpitalu był krótszy o jeden dzień, niż wskazany w przesłanym pozwanemu raporcie statystycznym. Przedłożenie przez powoda zdublowanej dokumentacji medycznej w 24 przypadkach oraz przedłożenie jednej karty informacyjnej leczenia szpitalnego pacjenta za rok 2012 było wynikiem omyłki. Na oddział onkologii powodowego szpitala trafiają pacjenci ze zdiagnozowanym nowotworem złośliwym, nie ma możliwości utworzenia kolejki osób oczekujących na zabieg. Świadczenia dochodzone pozwem stanowiły świadczenia ratujące życie lub zdrowie i każdorazowo podjęte były w stanach wymagających natychmiastowego ich udzielenia. Udzielenie świadczeń było zgodne z obowiązującymi standardami leczenia, zgodne ze sztuką lekarską i zgodne ze stanem klinicznym każdego z pacjentów.

Wskazał Sąd Okręgowy, że stan faktyczny sprawy ustalił w oparciu o przedstawione przez strony dokumenty i zeznania świadków P. S., E. K., I. G., które to dowody pozostawały wiarygodne i spójne. Sąd Okręgowy odmówił waloru wiarygodności zeznaniom świadków B. S. i J. H., bowiem ich twierdzenia pozostawały w sprzeczności z całością materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie, w szczególności z przedłożonym przez powoda wykazem, z którego wynika, iż wykonane przez powoda świadczenia dochodzone przedmiotowym pozwem zostały oznaczone w raportach statystycznych przesyłanych do pozwanego jako ratujące życie.

Sąd Okręgowy podzielił także w całości wnioski wynikające z opinii biegłego(...)wskazując, że była ona logiczna, szczegółowa i przekonująca oraz odpowiadała wymogom zawartym w treści przepisu art. 285§1 kpc.

W ocenie Sądu Okręgowego powództwo pozostawało zasadne w całości. Sąd Okręgowy wskazał na przepisy 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), stwierdzając, 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 (...) umowę o świadczenie usług medycznych, udzielił świadczenia pacjentowi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ma on roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie względem (...); ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą przypadków, gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

Uwzględniając powyższe rozważania natury ogólnej, Sąd Okręgowy posiłkując się zebranymi dowodami w sprawie w postaci dokumentów, opinii biegłego, zeznań świadków oraz zeznań stron, a także w oparciu o zasady doświadczenia życiowego, doszedł do przekonania, że świadczenia z zakresu onkologii i chemioterapii wykonane ponad limit zobowiązania wskazany w umowie za rok 2011, były świadczeniami podjętymi ze względu na stan zagrożenia życiu lub

zdrowia pacjentów. Tym samym na pozwanym ciąży obowiązek zapłaty za przedmiotowe usługi medyczne wykonane przez powodowy zakład opieki zdrowotnej na rzecz świadczeniobiorców.

Jak wynika z opinii biegłego z w przypadku każdego z udzielonych przez powoda świadczenia ponadlimitowego objętego żądaniem pozwu pozbawienie pacjenta opieki udzielonej w ramach świadczenia stanowiło zagrożenie dla jego życia lub zdrowia, co w pełni wyczerpuje dyspozycję z art. 3 pkt 8 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, a tym samym art. 5 pkt. 33 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Za słuszością wniosków wynikających z opinii biegłego przemawiają także zasady doświadczenia życiowego, z których wynika, że nie ma możliwości przyjmowania na oddział onkologii powodowego szpitala innych pacjentów, niż tylko tych, których życie lub zdrowie jest zagrożone.

Nie sposób zatem oczekiwać od personelu medycznego powodowej placówki, aby w takiej sytuacji odmówił przyjęcia, albowiem wówczas działałby wbrew ciężącemu na nim ustawowemu obowiązkowi ratowania życia lub zdrowia, co skutkowałoby koniecznością poniesienia odpowiedzialności karnej, a niejednokrotnie także i cywilnej.

Zważył Sąd Okręgowy, że zobowiązanie pozwanego do zapłaty powodowi za świadczone usługi medyczne wynika z umowy zawartej pomiędzy stronami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z treścią przepisu art. 155 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. Wskazał Sąd Okręgowy, że dokonując interpretacji umowy zawartej pomiędzy stronami należy odwołać się także do przepisu art. 56 i 65 kc a co do wykonania umowy do art. 354 kc, co oznacza, że łącząca strony umowa wywołuje nie tylko skutki wynikające z jej treści ale także z innych przepisów ustawy, w tym art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, z którego wynika wprost, iż udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta jest ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy. Odnosząc się do kosztów świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach określonych w treści przepisu art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej stwierdził Sąd Okręgowy, iż zgodnie z treścią przepisu art. 56 kc, koszty te należy włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, a tym samym obciążyć tymi kosztami pozwanego zarządzającego środkami publicznymi, z których świadczenia te powinny zostać pokryte. Wobec powyższego, świadczeniodawcy przysługuje umowne wynagrodzenie nie tylko za ustalone i udzielone zgodnie z umową świadczenia opieki zdrowotnej, ale także za ponadlimitowe świadczenia udzielone ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Okoliczność, iż leczenie szpitalne pacjentki H. O. było krótsze o jeden dzień, niż wskazano to w raporcie statystycznym przesłanym pozwanemu nie ma znaczenia dla zasadności zgłoszonego żądania, albowiem wysokość należności pozwanego wobec powoda obliczana była nie w oparciu o ilość dni hospitalizacji, ale w oparciu o ilość i rodzaj wykonanych procedur medycznych. Z załączonych dokumentów wynika natomiast, że wszystkie procedury dotyczące tej pacjentki objęte pozwem zostały wykonane, a w związku z tym ilość wskazanych dni hospitalizacji nie wpływa na wartość udzielonych świadczeń.

O odsetkach Sąd Okręgowy rozstrzygnął na mocy przepisu art. 481§1 i 2 kc, zaś zgodnie z art. 98 kpc obciążył pozwanego jako stronę przegrywającą proces jego kosztami.

Apelację od wyroku Sądu Okręgowego w B. wywiódł pozwany (...), zarzucając:

1.naruszenie prawa materialnego, to jest art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym i art. 5 ust. 33 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez ich błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie w niniejszej sprawie i w konsekwencji błędne przyjęcie, że świadczenia objęte pozwem były świadczeniami opieki zdrowotnej udzielonymi w stanach nagłych oraz, że przepisy te stanowią podstawę do dochodzenia roszczeń na drodze sądowej przez świadczeniodawców, którzy mają zawartą umowę z pozwanym

2.naruszenie prawa materialnego, to jest art. 132 i art. 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez błędne przyjęcie, że świadczenia zdrowotne udzielone w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego mogą być udzielane i finansowane bez zawartej umowy lub w

wysokości przekraczającej określoną w umowie ilość i wartość świadczeń, a w konsekwencji kwotę wynikającą z planu finansowego pozwanego.

Skarżący domagał się zmiany zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości i obciążenie powoda kosztami postępowania apelacyjnego, ewentualnie uchylenia wyroku i przekazanie sprawy Sądowi I instancji celem ponownego rozpoznania.

W uzasadnieniu apelacji skarżący podniósł, iż Sąd Okręgowy dokonał błędnej wykładni i niewłaściwego zastosowania cytowanych w zarzutach apelacji przepisów; zastosowana przez Sąd I instancji wykładni pozostaje w sprzeczności z zasadami gospodarki finansowej podmiotów sektora finansów publicznych, do których pozwany z mocy ustawy należy.

W ocenie skarżącego Sąd I instancji niesłusznie pominął znaczenie zawartej i wiążącej strony umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz Zarządzeń Prezesa (...) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w danym rodzaju, które określały zasady finansowania i rozliczania świadczeń. Skarżący nie kwestionował bezwzględności charakteru przytoczonych przepisów, ale wskazał, iż taki stan nie zwalniał powoda do udzielania świadczeń zgodnie z obowiązującymi wymogami. W szczególności apelujący podniósł, iż powód nie wykazał, aby prowadził racjonalną gospodarkę w zakresie posiadanych umów i limitów w okresie objętym pozwem.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje: Apelacja nie jest zasadna.

Przede wszystkim wskazać należy, iż przytoczone w sformułowanym jako pierwszy zarzucie apelacji, a i w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia przepisy prowadzą niewątpliwie do wniosku, że określone 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 (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 2003r. w sprawie IV CSK 189/02, publ. LEX nr 164009). W tych okolicznościach słuszny pozostaje wniosek Sądu Okręgowego, iż koszty świadczeń udzielonych w warunkach przymusu ustawowego należy, zgodnie z art. 56 kc włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta pomiędzy (...)a świadczeniodawcą i obciążyć nimi (...)zarządzający środkami publicznymi, z których powinny one być pokryte (vide: wyrok Sądu

Najwyższego z dnia 12 marca 2009r. w sprawie V CSK 272/08, publ. LEX nr 530613). Zasadnie wskazuje zatem skarżący, że zgodnie z przepisem art. 132 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych podstawą udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez (...) jest umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a (...), jednakże obowiązki umowne nałożone na (...) pozostają poszerzone o konieczność zapłaty za świadczenia udzielone przez świadczeniodawcę, z którym łączy (...) umowa, w warunkach przymusu ustawowego. Niezasadny pozostaje zatem zarzut pominięcia treści samej umowy, czy też wewnętrznych uregulowań pozwanego odnoszących się do jej wykonywania, skoro Sąd Okręgowy wprost stwierdził, iż zgodnie z treścią przepisu art. 56 kc do treści tej właśnie umowy należy włączyć koszty wykonania świadczeń wykonanych przez świadczeniodawcę w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia świadczeniobiorcy. Jedynie na marginesie odnosząc się do twierdzeń skarżącego wyjaśnić należy, że przepis art. 132 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w ust. 1 odsyła do art. 19 ust. 4 wskazanej ustawy, zgodnie z którym i świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej ma prawo do wynagrodzenia za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym.

Świadczeniodawcy, który udzielił świadczeń medycznych ponad limit określony w umowie i uczynił to w warunkach przymusu ustawowego przysługuje zatem roszczenie wobec (...) o zapłatę za udzielone świadczenia, przy czym ciężar dowodu wykazania, tego że z uwagi na okoliczności poszczególnych przypadków zachodziła potrzeba udzielenia tych świadczeń (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 lutego 2008r. w sprawie II CSK 532/07, publ. LEX nr 496397).

Podzielić należy ocenę Sądu Okręgowego, że materiał dowodowy zgromadzony w sprawie, w tym przede wszystkim opinia biegłego(...) w pełni uzasadnia wnioski, że udzielenie przedmiotowych świadczeń zdrowotnych przez powoda nastąpiło w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia świadczeniobiorcy; wniosku tego również nie kwestionuje na etapie apelacji i sam skarżący. W treści apelacji skarżący podniósł, że powód nie wykazał, aby prowadził racjonalną gospodarkę w zakresie posiadanych umów i limitów w okresie objętym pozwem, jednakże stoi on w sprzeczności choćby z faktem, że pozwany w całości uiścił pozwanemu wynagrodzenie za świadczenia zdrowotne udzielone w ramach limitu wynikającego z łączącej strony umowy.

Wobec powyższych okoliczności apelacja z mocy art. 385 kpc podlegała oddaleniu.

O kosztach postępowania odwoławczego Sąd Apelacyjny orzekł z mocy art. 98 § 1 i 3 i art. 108 § 1 kpc oraz § 6 pkt 7 w zw. z § 12 ust.2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego z urzędu (Dz.u. 2013.490 z późn.zm.)