

Sygn. akt I ACa 1059/12

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 11 grudnia 2012 r.

Sąd Apelacyjny w Poznaniu, I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący:	SSA Piotr Górecki (spr.)
Sędziowie:	SA Bogdan Wysocki SA Mikołaj Tomaszewski
Protokolant:	st.sekr.sądowy Kinga Kwiatkowska

po rozpoznaniu w dniu 11 grudnia 2012 r. w Poznaniu

na rozprawie

sprawy z powództwa **M. K. (1)**

przeciwko **Szpitalowi w Ś. Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w Ś. w likwidacji**

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Poznaniu

z dnia 14 sierpnia 2012 r., sygn. akt IX GC 488/11

I. zmienia zaskarżony wyrok w ten sposób, że:

- zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 74.346,06 zł (siedemdziesiąt cztery tysiące trzysta czterdzieści sześć złotych sześć groszy) z ustawowymi odsetkami od dnia 7 lipca 2011 roku do dnia zapłaty;
- oddala powództwo w pozostałej części;
- zasądza od pozwanego na rzecz powoda 3.717,50 zł tytułem zwrotu kosztów sądowych;
- znosi wzajemnie między stronami koszty zastępstwa procesowego;

II. w pozostałym zakresie apelację oddala;

III. nakazuje ściągnąć od powoda na rzecz Skarbu Państwa (Sąd Okręgowy w Poznaniu) kwotę 3.717,50 zł tytułem części opłaty od apelacji;

IV. znosi wzajemnie między stronami koszty zastępstwa procesowego
w postępowaniu odwoławczym.

B. Wysocki P. Górecki M. Tomaszewski

Sygn. akt IACa 1059/12

UZASADNIENIE

Powód M. K. (2) wniósł przeciwko Szpitalowi w Ś. - Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w Ś. o zasądzenie od pozwanego kwoty 148.692,12 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 7 lipca 2011 r. do dnia zapłaty, a także o zasądzenie od pozwanego zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu powód wskazał, że 31 grudnia 2008 r. strony zawarły umowę na czas określony o świadczenie usług medycznych w zakresie chirurgii urazowo – ortopedycznej. Umowa ta została wypowiedziana przez pozwanego w dniu 9 listopada 2010 r. Zdaniem powoda wypowiedzenie kontraktu przez pozwanego było bezpodstawne, w związku z czym pozwany powinien wypłacić mu odszkodowanie w postaci utraconych korzyści czyli wynagrodzenia jakie na mocy wspomnianej umowy powód otrzymałby gdyby umowy nie rozwiązano.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Wyrokiem z dnia 14 sierpnia 2012 r. Sąd Okręgowy w Poznaniu powództwo uwzględnił oraz orzekł o kosztach postępowania (sygn. akt IX GC 488/11).

Powyższe rozstrzygnięcie zapadło w oparciu o następujący stan faktyczny.

Powód od dnia 1 października 2007 r. świadczył usługi medyczne z zakresu chirurgii urazowo-ortopedycznej na rzecz pozwanego szpitala. Współpraca stron regulowana była kolejnymi umowami i aneksami. Pierwszą umowę o świadczenie usług medycznych powód zawarł z pozwanym szpitalem w dniu 30 września 2007 r. i obowiązywała ona od 1 października 2007 r. do 31 grudnia 2007 r. Kolejną umowę mającą za przedmiot świadczenie usług medycznych powód zawarł z pozwanym w dniu 31 grudnia 2007 r.

W dniu 31 grudnia 2008r. powód zawarł z pozwanym reprezentowanym wówczas przez jego ówczesnego dyrektora T. G. oraz główną księgową M. P. (1) kolejną umowę nr (...) o świadczenie usług medycznych z zakresu chirurgii urazowo-ortopedycznej obejmującej leczenie szpitalne i ambulatoryjne.

W umowie zastrzeżono, że przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych powód poddaje się wewnętrznym regulaminom zespołu i organizacyjnej kontroli kierownika oddziału. Dla powoda jako zleceniobiorcy zastrzeżono prawo swobodnego decydowania co do sposobu wykonywania usług zdrowotnych, stosowanych usług terapeutycznych, a kontrola kierownika oddziału mogła dotyczyć jedynie spraw organizacyjnych.

Paragraf 4 pkt 5 zawartej przez strony umowy stanowił, iż czas i terminy wykonywania czynności nie mogą być limitowane i zależą jedynie od procesu leczniczego.

Powód (zleceniobiorca) zobowiązał się wykonywać czynności w ramach standardów obowiązujących w pozwanym szpitalu, w tym również prowadzić dokumentację medyczną pacjentów stosownie do przyjętych w szpitalu zasad.

Sposób wynagradzania powoda za świadczone przez niego w ramach umowy usługi określał załącznik nr 2 do umowy, zgodnie z którym wynagrodzenie przysługiwało zarówno za czas świadczenia usług - w wysokości 3,60 zł za godzinę

(„stawka godzinowa za pracę w dni robocze”), jak i bezpośrednio za wykonane usługi - w wysokości 9,60 zł (operacje i zabiegi) oraz w wysokości 50 zł za wykonaną na terenie szpitala konsultację („poradę specjalistyczną”).

Powyższa umowa została zawarta na czas określony od dnia 31 grudnia 2008 r. do dnia 31 grudnia 2011 r.

Przesłanki wypowiedzenia umowy zostały sprecyzowane w § 17 umowy, zgodnie z którym umowa mogła być wypowiedziana przez pozwanego (zleceniodawcę) ze skutkiem natychmiastowym tylko w przypadku naruszenia przez powoda (zleceniobiorcę) podstawowych warunków umowy, popełnienia przez zleceniobiorcę w czasie trwania umowy przestępstwa, które uniemożliwiłyby dalszą realizację umowy, jeżeli zostałoby ono stwierdzone prawomocnym wyrokiem oraz w przypadku utraty przez powoda uprawnień koniecznych dla realizacji umowy.

Początkowo współpraca między powodem a pozwanym układała się dobrze. W chwili zawierania umowy z dnia 31 grudnia 2008r. funkcję dyrektora w pozwanym szpitalu pełnił T. G.. Od dnia 18 marca 2009r. do końca 2009r. funkcję dyrektora pełniła B. W. (2). Szpital zatrudniał wówczas wiele osób, dysponował zarówno wykwalifikowanym personelem jak i wyspecjalizowanym sprzętem umożliwiającym przeprowadzanie komplikowanych zabiegów i operacji. Jego możliwości lecznicze i terapeutyczne przekraczały zapotrzebowanie niewielkiej miejscowości jaką jest Ś., jednak szpital w pełni wykorzystywał swoje możliwości osobowe, lokalowe i sprzętowe, przyjmując również pacjentów spoza powiatu. W (...) szpitalu wykonywano wówczas znaczną ilość zabiegów, często przekraczając dopuszczalne przez limity NFZ. Zdarzało się, że szpital miał trudności uzyskaniem płatności w terminie, (czasem NFZ kwestionował zabiegi dokonane nadlimitowo), jednak ostatecznie w przypadkach wykonania ponad wyznaczoną normę zabiegów otrzymywał należne wynagrodzenie. Wystarczało ono w początkowym okresie działalności (...) szpitala zarówno na pokrycie kosztów jego bieżącego funkcjonowania, jak również na wypracowanie pewnego zysku.

Każdy zabieg został wyceniony przez NFZ na określoną liczbę punktów stosownie do których wypłacano lekarzom przeprowadzającym zabiegi odpowiednie wynagrodzenie.

Problemy w funkcjonowaniu szpitala pojawiły się w okresie, gdy doszło do zmiany dyrekcji a zarazem i zmiany koncepcji zarządzania. Wprowadzono oszczędnościową koncepcję zarządzania. Polityka zarządzania szpitalem zmieniła się radykalnie w czasie kiedy dyrektorem został W. B.. Pozwany miał wykonywać wówczas jedynie zabiegi w ramach określonych przez NFZ limitów, co wiązało się z koniecznością poczynienia pewnych oszczędności oraz zredukowania zatrudnionego w (...) szpitalu. W rezultacie doprowadziło to do ograniczenia ilości zabiegów, jakie wykonywał szpital, a w dłuższej perspektywie do utraty przezeń płynności finansowej i przejścia w stan likwidacji w jakim znajduje się obecnie.

Pismem z dnia 22 lutego 2010 r. skierowanym do G. S. Kierownika Oddziału (...) pozwanego szpitala, dyrektor W. B. polecił wstrzymać wykonywanie operacji planowych zwłaszcza operacji z zakresu endoprotezoplastyki stawów. Stosownie do treści pisma wszyscy pacjenci, którzy mieli zaplanowane wykonanie zabiegów w marcu 2010 r. mieli zostać poinformowani telefonicznie i pisemnie o nowym terminie przyjęcia. W odpowiedzi na to pismo G. S. wskazał, iż wstrzymanie operacji planowych na Oddziale (...) w miesiącu marcu 2010 r. jest praktycznie niewykonalne z uwagi na to, że pacjenci byli już od kilku miesięcy przygotowywani do implantacji endoprotezy. Inni lekarze, w tym również powód, skierowali do dyrekcji szpitala podobne w treści pisma, zwracając się o umożliwienie wykonania zaplanowanych na najbliższe miesiące zabiegów operacyjnych. Podnoszone przez lekarzy argumenty nie przekonywały dyrekcji szpitala. Przekraczanie limitów wyznaczonych przez NFZ - nawet jeśli miałyby to mieć miejsce w przypadkach uzasadnionych zdrowiem pacjentów - nie mieściło się w nowej polityce zarządzania szpitalem.

Zarządzeniem z dnia 4 marca 2010r. nr (...) Dyrektor Szpitala w Ś. wyznaczył osoby odpowiedzialne za ustalanie kolejności przyjęć i prawidłowe prowadzenie list oczekujących, przy czym na liście tych osób nie było powoda. W § 3 zarządzenia wskazał, iż od dnia 13 marca 2010 r. planowane świadczenia medyczne udzielane będą zgodnie ze z weryfikowaną listą oczekujących.

W konsekwencji przyjętej koncepcji zarządzania dyrekcja szpitala zaproponowała lekarzom, w tym również powodowi zawarcie nowych umów o pracę. Propozycja pozwanego nie została jednak przez lekarzy przyjęta. Lekarze przystali

jedynie na wystosowaną przez pozwanego propozycję dodania aneksów do zawartych już z nimi kontraktów określających nowe warunki współpracy. Przedmiotowe aneksy miały w założeniu obowiązywać przez okres 3 miesięcy. Lekarze zgodzili się na zaproponowane im ustępstwa, mając na względzie wciąż pogarszającą się sytuację szpitala. Taki aneks do umowy został dodany również do umowy łączącej strony. Powód wyraził w nim zgodę na czasowe ograniczenie należnego mu wynagrodzenia. Wynagrodzenie za każdy punkt zabiegowy - co stanowiło główny składnik wynagrodzenia - zostało obniżone z dotychczasowej kwoty 9.50 zł do kwoty 6 zł za każdy punkt. W zawartych aneksach wprowadzono zapis w zasadzie wyłączający możliwość wykonywania przez lekarzy zabiegów w zakresie przekraczającym ustalone przez NFZ limity punktowe. Na mocy załącznika la do aneksu, powodowi powierzono funkcję Kierownika B. (...) niewielkiej zmianie uległ również zakres dotychczasowych obowiązków powoda określonych w załączniku nr 1 do zawartego w dniu 31 maja 2010 r.

Aneksem z dnia 31 maja 2010r. do zawartej z powodem umowy z 2008 r. wprowadzono nową treść załącznika nr 1 i 2 do umowy, a także wprowadzono nowy załącznik la. Pozwany zastrzegł, iż dokona zapłaty jedynie za świadczenia zdrowotne udzielane przez powoda w ramach przyznanego z NFZ limitu. Ewentualna zapłata za świadczenia zdrowotne wykonane ponad limit określony umową miała być regulowana po uzyskaniu przez pozwanego środków finansowych od NFZ (podmiotu finansującego) na ich pokrycie. Aneks miał obowiązywać od dnia 1 maja 2010 r. do dnia 31 lipca 2010 r. Powodowi załącznikiem la do aneksu powierzono pełnienie funkcji Kierownika B. Operacyjnego, określając szczegółowo zakres obowiązków wynikających z pełnienia tej funkcji. Określono na nowo cennik usług w myśl którego stawka za godzinę nadzoru wynosiła 10 zł, za punkt z tytułu realizacji umowy z NFZ dzielona według kryteriów ustalonych przez kierownika oddziału wynosiła 6,00 zł za punkt, stawka za przyjazd na nagłe wezwanie - 100 zł, dodatek za pełnienie funkcji kierownika bloku operacyjnego - 2.000 zł za miesiąc.

Pismem z dnia 27 sierpnia 2010 r. lekarze (w ich imieniu G. S.) poinformowali, iż nie wyrażają zgody na kolejne aneksy do zawartych z nimi umów o świadczenie usług medycznych z zakresu chirurgii urazowo-ortopedycznej. Powodem takiej decyzji był fakt, iż nie otrzymali wynagrodzenia za świadczone usługi za poprzednie miesiące.

W dniu 27 września 2010 r. G. S. wypowiedziano umowę w części dotyczącej pełnienia funkcji kierownika oddziału. Następnie w dniu 9 listopada 2010 r. pozwany wypowiedział umowy o świadczenie usług medycznych wszystkim zatrudnionym na oddziale lekarzom, w tym również powodowi.

W uzasadnieniu wypowiedzenia powołując się na treść § 17 ust. 2 umowy nr (...) o świadczenie usług medycznych z zakresu chirurgii urazowo - ortopedycznej pozwany wskazał, iż wypowiada umowę powodowi z uwagi na rażące naruszenia podstawowych jej warunków, polegające w szczególności na:

- nie przestrzeganiu postanowień § 9 umowy poprzez nienależyte prowadzenie dokumentacji medycznej pacjentów,
- nie przestrzeganie postanowień § 4 ust. 2 oraz §11 ust. 3 umowy, polegającego na niestosowaniu i niezrealizowaniu wewnętrznych zarządzeń dyrekcji szpitala odnośnie m.in. terminowego przekazywania dokumentacji medycznej hospitalizowanych pacjentów,
- nienależytym wypełnianiu ustawowego obowiązku, polegającego na prowadzeniu listy pacjentów oczekujących na zabieg, w szczególności wpisywaniu na przedmiotową listę pacjentów bez wymaganych skierowań,
- naruszeniu postanowień § 18 ust. 2 poprzez nieterminowe doręczanie szpitalowi rachunków za świadczone przez powoda usługi.

Jako uzasadnienie wypowiedzenia wszystkich umów z poszczególnymi lekarzami podano identyczne argumenty. Treść wypowiedzeń była identyczna, zmieniono jedynie dane personalne poszczególnych lekarzy.

Pismem z dnia 5 stycznia 2011 r. powód skierował do pozwanego przesądowe wezwanie do zapłaty wzywając go do zapłaty kwoty 322.166,26 zł tytułem odszkodowania w terminie do dnia 14 stycznia 2011 r. pod rygorem wytoczenia powództwa o zapłatę. Powód wskazał, iż kwota ta stanowi średnie miesięczne wynagrodzenie, jakie otrzymywałby

w okresie od 1 grudnia 2010 r. do dnia 31 grudnia 2011 r., gdyby umowa o świadczenie usług medycznych z zakresu chirurgii urazowo - ortopedycznej obejmującej leczenie szpitalne i ambulatoryjne nie uległa rozwiązaniu w drodze wypowiedzenia z dnia 9 listopada 2010 r. w trybie określonym przez szpital jako natychmiastowy, ale z wydłużonym okresem wypowiedzenia do dnia 30 listopada 2010 r.

Pozwany pismem z dnia 25 lutego 2011 r. odmówił zapłaty powyższej kwoty, dowód: okoliczność bezsporna, a ponadto pismo pozwanego z dnia 25 lutego 2011 r. (k. 59-60 akt).

Powód pismem z dnia 1 lipca 2011 r. skierował do pozwanego kolejne wezwanie do zapłaty, tj. kwoty dochodzonej pozwem w wysokości 148.692,12 zł tytułem odszkodowania w terminie do dnia 6 lipca 2011 r. Powód wskazał, iż kwota ta stanowi średnie miesięczne wynagrodzenie tj. 24.782,02 zł za okres 1 m-ca, które otrzymywałby w okresie od 1 grudnia 2010 r. do 31 maja 2011 r., gdyby pozwany szpital nie wypowiedział mu umowy.

W dniu 27 kwietnia 2011 r. Rada Powiatu w Ś. podjęła uchwałę w sprawie likwidacji Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala w Ś. i przyjęła projekt uchwały Rady Powiatu w Ś. w tej sprawie. Uchwałą Zarządu Powiatu w Ś. z dnia 23 listopada 2011 r. nr 50/367/11 powołano likwidatora w osobie M. P. (2).

W ocenie Sądu Okręgowego pozwany nie wykazał, aby przyczyny wypowiedzenia powodowi umowy były prawdziwe. W tej sytuacji, skoro wysokość odszkodowania nie była kwestionowana, powództwo podlegało uwzględnieniu.

Apelacje od tego wyroku wniósł pozwany, który zarzucił:

1) „naruszenie art. 35 a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej poprzez błędną interpretację i w efekcie nie uznanie, iż przyczyny wskazane w treści wypowiedzenia umowy nr (...) z dnia 31 grudnia 2008 r. nie były rażącym naruszeniem istotnych postanowień umowy”;

2) „naruszenie art. 361 § 2 k.c. przez poprzez nieprawidłowe ustalenie wysokości ewentualnego należnego odszkodowania tj. ustalenia, że utracone korzyści, które powód mógłby osiągnąć gdyby nie wyrządzono mu szkody wyniosłyby 148.692,12 zł”;

3) naruszenie art. 233 k.p.c. poprzez „przekroczenie zasady swobodnej oceny dowodów odnośnie przesłuchanych świadków”, „rozważenie materiału dowodowego niezgodnie z zasadami doświadczenia życiowego a nadto nie wszechstronne rozważenie tego materiału i błędne uznanie powództwa (...)”.

W konkluzji autor apelacji wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości i zasądzenie kosztów procesu od powoda na rzecz pozwanego, ewentualnie uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania sądowi I instancji, przy uwzględnieniu kosztów postępowania odwoławczego oraz zasądzenie kosztów postępowania odwoławczego od powoda na rzecz pozwanego.

Powód wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie od pozwanego na jego rzecz kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

Sąd Apelacyjny w Poznaniu zważył, co następuje.

Apelacja zasługiwała częściowo na uwzględnienie. Sąd odwoławczy podziela ustalenia faktyczne sądu I instancji za wyjątkiem tego, że powód wykazał w pełni dochodzone roszczenie odszkodowawcze co do jej wysokości.

Co do podstawy prawnej powództwa. Podzielić wypada pogląd, że umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne (medyczne) ma charakter pozakodeksowej umowy nazwanej. Niemniej jednak wypada zauważyć, że poglądy w tej kwestii dotychczas były w literaturze podzielone.

Część autorów traktowała ten rodzaj umowy jako umowę nienazwaną, zbliżoną do umowy zlecenia, do której zastosowanie znajdują odpowiednio, zgodnie z art. 750 k.c., przepisy o zleceniu. Obecnie przeważa pogląd, że ma ona charakter samodzielny. Stopień szczególności normatywnej charakterystyki tej umowy pozwala na stwierdzenie,

że jest to umowa nazwana, która ma swoje źródło w przepisach pozakodeksowych i do której, tylko w przypadku braku wyraźnej regulacji szczegółowej, zastosowanie znajdują przepisy ogólne prawa zobowiązań (Z. Kubot, Umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, Prawo i Medycyna 2000, nr 8, T. Zimna, Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, warszawa 2007). Za uznaniem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej za umowę nazwaną przemawia szeroka regulacja w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych treści tej umowy, sposobu jej zawarcia, dokładna charakterystyka podmiotów występujących w roli stron tej umowy, co wskazuje na prawną jej typizację. Typizacja ta została przeprowadzona w przepisach ustawowych i przepisach wykonawczych do ustawy, tworząc normatywny typ umowy. Ustawodawca wiążąco określił cechy umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej charakteryzuje kompleksowość ujęcia reglamentacji prawnej tworzącej właściwy dla tej umowy reżim prawny, wykazujący jej specyfikę i odmienność od ogólnego reżimu prawnego umów, jak i reżimu zbliżonych umów nazwanych (umowy zlecenia czy umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej - art. 35 u.z.o.z.). Stanowisko takie podzielił - jak się wydaje - Sąd Najwyższy podkreślając, że umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest umową nazwaną, uregulowaną w ustawie (wyrok z 10 grudnia 2004 r., SN, III CK 134/04, OSP 2005/6/79). Przepisy kodeksu cywilnego znajdują zastosowanie tylko w sprawach nieuregulowanych w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej (obecnie ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej) oraz rozporządzeniach wykonawczych. Zatem do roszczeń odszkodowawczych, które nie zostały w ustawie uregulowane ma zastosowanie art. 471 k.c.

Przedmiotowa umowa zawarta została między stronami w 2008 r. a zatem ma do niej zastosowanie ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (uchylona przez ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2011, nr 112, poz. 654). Zgodnie z art. 35a ust. 1. tej ustawy „Umowę o udzielenie zamówienia zawiera się na czas udzielania określonych świadczeń zdrowotnych lub na czas określony, na podstawie wyników przeprowadzonego konkursu ofert na udzielenie zamówienia.” Umowa o udzielenie zamówienia zawarta zostaje z chwilą podpisania jej przez obie strony. Wymaga ona formy pisemnej pod rygorem nieważności (ust 2).

Zgodnie z art. 471 k.c. odpowiedzialność kontraktowa znajduje zastosowanie w stosunkach między wierzycielem i dłużnikiem, którzy są stronami określonego stosunku zobowiązaniowego. Odpowiedzialność kontraktowa dłużnika powstaje, jeżeli spełnione zostaną następujące przesłanki: 1) szkoda wierzyciela w postaci uszczerbku majątkowego, 2) szkoda musi być spowodowana niewykonaniem lub nienależyte wykonanym zobowiązaniem przez dłużnika, 3) związek przyczynowy między faktem nienależytego lub niewykonania zobowiązania a poniesioną szkodą. Analiza zebranego materiału dowodowego wskazuje, że przesłanki te zostały w niniejszej sprawie łącznie spełnione (o czym niżej).

Dodać też wypada, że zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.) obowiązującej od dnia 1 lipca 2011 r. podmiotem leczniczym jest m. in. samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (a więc pozwany). Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej jest podmiotem leczniczym posiadającym, jako ułomna osoba prawna, zdolność do czynności prawnych, zdolność deliktową, zdolność sądową i procesową.

Co do zarzutów apelacyjnych. Nie można podzielić poglądu skarżącego, jakoby sąd I instancji naruszył art. 35a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej przez „uznanie, że przyczyny wypowiedzenia umowy (...) nie były rażącym naruszeniem istotnych postanowień umowy”. Jako podstawę wypowiedzenia umowy pozwany wskazał cztery grupy przyczyn.

Dwie z nich wiązały się z nienależytym prowadzeniem dokumentacji medycznej – w tym tzw. listy pacjentów. W wypowiedzeniu kontraktu wskazano na naruszenie § 9 umowy „poprzez nienależyte prowadzenie dokumentacji medycznej pacjentów”. Okoliczność ta nie została wykazana. W odpowiedzi na pozew wskazywano, że powód „nie przestrzegał standardów obowiązujących w szpitalu, w szczególności w zakresie prowadzenia przez lekarzy dokumentacji medycznej” (k. 242). Zarazem w toku procesu nie wykazano, aby na czym konkretnie to uchybienie miało polegać, lub że zwracano powodowi uwagę (pisemnie lub ustnie) na takowe uchybienia. Przywołane w tym

zakresie dowody z zeznań świadków nie wskazywały na prawdziwość takiego zarzutu. Zeznania świadka J. B. (1) – na które powoływał się pełnomocnik pozwanego - były nade wszystko bardzo ogólnikowe i nie dotyczyły wprost samego powoda. Twierdziła ona, że „Konflikt dotyczył zapisów umowy, wynagrodzenia. Coś mi się wydaje, że oni kwestionowali zarządzanie szpitalem” (k. 479). Nadto zaznała, że „Na doktorze K. spoczywał obowiązek prowadzenia listy pacjentów oczekujących na zabieg”. Twierdzenie to nie pokrywało się z treścią zarządzenia nr (...) Dyrektora Szpitala w Ś. z dnia 4 marca 2010 r. (k. 302). Z zarządzenia tego wynikało natomiast, że dyrektor wyznaczył osoby odpowiedzialne za prowadzenie list oczekujących pacjentów (na podstawie § 9 ust. 5 Statutu szpitala), przy czym – co istotne – wśród 11 osób nie wymieniono powoda. Skoro zatem na powodzie nie ciążył jasno określony obowiązek prowadzenia takich list a przynajmniej tego nie wykazano, to nie można przypisywać mu w tym zakresie zarzutu błędnego ich prowadzenia. Również zeznania świadka J. J. (1) nie potwierdzały prawdziwości zarzutów stawianych powodowi w zakresie uchybień w prowadzeniu dokumentacji medycznej. Z jej zeznań wynikało, że uchybienia w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów polegały na tym, iż występowały „błędy” między wersją „papierową a elektroniczną” (k. 480). Nie można także na podstawie tych zeznań jednoznacznie przyjąć, że powód dopuścił się uchybień w tym zakresie, tj. prowadzenia dokumentacji. Mogły bowiem być to tylko zwykłe błędy, które w praktyce mogą zawsze się zdarzyć. Jak stwierdziła świadek J. J. (1) błędy w dokumentacji występowały między „wersją papierową a elektroniczną”. W aktach sprawy znajduje się „wykaz niezdanej dokumentacji medycznej” za okres od stycznia do listopada 2010 r. z którego wynikało, że wielu lekarzy zalegało w poszczególnych miesiącach z oddawaniem dokumentacji medycznej (k. 348). Pomijając, że ów wykaz nie ma charakteru dokumentu, bowiem został złożony jedynie jako kserokopia (bez potwierdzenia za zgodność) to zauważyć też trzeba, iż ujmuje on m. in. powoda, który miał zaległości w zdaniu dokumentacji medycznej za miesiąc listopad 2010. Zaległość ta nie mogła jednak stanowić rzeczywistej podstawy rozwiązania kontraktu z dniem 30 listopada 2011 r., i to tym bardziej, że pisemne wypowiedzenie zostało sporządzone już w dniu 9 listopada 2011 r. a więc przed upływem tego miesiąca (k. 56). Zauważyć też trzeba, że podstawą wypowiedzenia umowy ze skutkiem na 30 listopada 2010 r. mogły być tylko naruszenia przez powoda podstawowych warunków umowy (§ 17 umowy). Te z kolei – w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej - zostały określone w § 9 umowy (Zleceniobiorca zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów według zasad obowiązujących w Zespole). Nie ujawniono przy tym w trakcie postępowania od kiedy i jakie to zasady prowadzenia dokumentacji medycznej funkcjonowały „w Zespole”. Poza tym stwierdzić trzeba, iż zabrany materiał dowodowy wykazywał co najwyżej na określone błędy w jej prowadzeniu, przy czym nie doprecyzowano, w jakiej części za ewentualne uchybienia odpowiadał powód. Jest to istotne także z tego względu, że wypowiedzenia o tej samej treści (zarzutów) otrzymali również pozostali lekarze a w uzasadnieniu wypowiedzenia wskazano wręcz, że na rozwiązanie kontraktu wpływ miała „katastrofalna sytuacja finansowa” szpitala.

Nie wykazano również w trakcie procesu prawdziwości pozostałych zarzutów wypowiedzenia (nie przestrzeganie § 4 ust. 2 oraz § 11 ust 3 umowy oraz naruszeniu § 18 ust. 2 „przez nieterminowe doręczanie szpitalowi rachunków”). Z § 4 ust. 2 umowy wynikało, że przy wykonywaniu tejże umowy powód ma obowiązek poddania się „wewnętrznym regulaminom” a z § 11 ust. 3 wynikał obowiązek przestrzegania „zapisów normy ISO (...) (...) Zarzut ten nie był zasadny, skoro nie wykazano ponad wszelką wątpliwość, jakim to wewnętrznym regulaminom powód się nie podporządkowywał (a tylko wielokrotne i trwałe naruszenia regulaminu mogłyby mieć cechy rażącego naruszenia postanowień umowy). Dodatkowo zauważyć trzeba, że w toku procesu pozwany nie wskazywał nawet, czego w istocie dotyczy przywołana norma ISO. Tej kwestii nie precyzował także w apelacji. Zebrany materiał dowodowy nie wskazywał i na to, aby zasadny był zarzut naruszenia § 18 ust 2 umowy z którego wynikało, iż powód otrzyma wynagrodzenie („należność”) według „przedstawionego co miesiąc do 5 dnia każdego miesiąca” rachunku. Marginalnie tylko można zauważyć, że ewentualne nieprzedstawienie rachunku mogłoby spowodować co najwyżej niewypłacenie powodowi należności. Nie sposób więc uznać, że uchybienia w tym zakresie – jeżeli były – mogłyby skutkować natychmiastowym rozwiązaniem kontraktu.

Oceny sprawy nie zmienia także treść protokołu kontroli nr (...) przeprowadzonej przez NFZ w pozwanym szpitalu. Ogólnie rzecz ujmując, z treści tego protokołu pokontrolnego obejmującego rok 2009 (k. 326) wynikało, że istniały uchybienia w zakresie prowadzenia list pacjentów oczekujących na zabiegi, bowiem występowały przypadki

wpisywania pacjentów na zabiegi w trybie nagłym, którzy w istocie „nie wymagali udzielania świadczeń” w tym trybie a ponadto istniały braki w dokumentacji medycznej pacjentów. Protokół ów nie wymieniał przy tym powoda jako winnego tym uchybieniem. Niemniej jednak godzi się zauważyć, że zgodnie z § 4 ust. 5 umowy z dnia 31 grudnia 2008 r. czas i terminy wykonywanych czynności nie mogły być limitowane i zależały „jedynie od procesu leczniczego (k. 21). Tak więc - zgodnie z umową - powód mógł wykonywać świadczenia medyczne bez jakichkolwiek ograniczeń. Gdyby nawet przyjąć, że w istocie powód przeprowadzał niektóre zabiegi, które były w świetle przepisów NFZ niedopuszczalne (bo np. pozalimitowe) to nie można czynić powodowi z tego względu zarzuty, skoro było to dopuszczalne w świetle obowiązującego kontraktu. Na podkreślenie wymaga, że kontrakt w roku 2008 został z powodem skutecznie zawarty a pozwany nie podjął kroków prawnych do jego zmiany na przykład w trybie art. 357¹ k.c. Tylko marginalnie można zasygnalizować, że dopiero aneks nr (...) do umowy z dnia 31 maja 2010 r. ograniczał możliwości zapłaty powodowi jedynie do liczby zabiegów przeprowadzanych w ramach przyznanego limitu. Zabiegi ponadlimitowe - zgodnie z aneksem – były pomimo to opłacane, ale po uzyskaniu środków finansowych z NFZ (§ 1 aneksu – k. 36). Tak więc aneks przewidywał w istocie możliwość dokonywania świadczeń medycznych poza limitem z tym, że zapłata miała być dokonywana w terminie późniejszym. Poza tym aneks ten obowiązywał tylko przez 3 miesiące, tj. od 1 maja do 31 lipca 2010 r. (§ 6 aneksu).

W aktach sprawy znajdują się protokoły (kserokopie) z posiedzenia zespołu ds. oceny list oczekujących z dnia 22 kwietnia 2010 r. i 26 sierpnia 2010 r. (k. 324-325). Powód był członkiem tego zespołu i brał udział w obu posiedzeniach. Z protokołu posiedzenia z dnia 22 kwietnia 2010 r. wynika, że jednym z wniosków zespołu było stwierdzenie, iż listy oczekujących pacjentów „nie są prowadzone zgodnie z zasadami” NFZ. Nie wynika zatem, aby ewentualne uchybienia w prowadzeniu tych list obarczały samego powoda, który był jednym z członków zespołu, który uchybienia takie stwierdził. Natomiast z protokołu z dnia 27 sierpnia 2010 r. wynikało, że zespół postanowił zwrócić się do lekarza „odpowiedzialnego za ustalanie kolejności przyjęć” na oddziale ortopedii – dr G. S. – o dokonanie m. in. korekt wpisów na listach (k. 325). Treść zatem tego protokołu potwierdza, że powód nie był osobą odpowiedzialną za prowadzenie listy oczekujących pacjentów na zabieg.

Z całą więc pewnością pozwany nie wykazał, że wskazane przyczyny wypowiedzenia umowy powodowi miały charakter „rażącego naruszenia istotnych postanowień umowy.”

Nietrafny okazał się także zarzut apelacyjny dotyczący naruszenia zasady swobodnej oceny dowodów wskazujących na rzeczywiste podstawy wypowiedzenia powodowi umowy. Zgodnie z tą zasadą wyrażoną w art. 233 § 1 k.p.c., sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie „wszechstronnego rozważenia zebranego materiału”. Sąd Okręgowy właściwie przeprowadził postępowanie dowodowe dokonując wszechstronnej oceny wszystkich dowodów co do przyczyn wypowiedzenia kontraktu. Dowody zaoferowane przez pozwanego (świadkowie J. J., J. B.) zostały omówione już wcześniej. Kwestie dowodowe szeroko omówił także sąd I instancji i nie ma potrzeby w tym miejscu raz jeszcze dokonywać analizy tych dowodów, skoro ich ocena dokonana przez sąd I instancji w zakresie przyczyn wypowiedzenia umowy – nie budziła zastrzeżeń.

Na uwzględnienie zasługiwał jedynie częściowo zarzut co do wysokości zasądzzonego odszkodowania. W ocenie autora apelacji, sąd błędnie ustalił, że odszkodowanie to odpowiada utraconym korzyściom w kwocie 148.692,12 zł, którą to kwotę powód mógłby osiągnąć, gdyby umowa nie została jednostronnie rozwiązana przez pozwanego szpitala. Skarżący upatrywał więc naruszenia w tym zakresie art. 361 § 2 k.c.

Sąd Okręgowy nie wziął pod uwagę, że w lutym 2010 r. było wydane przez dyrektora szpitala zarządzenie co do ograniczenia ilości zabiegów. Jak zeznał świadek G. S. ograniczenie to było istotne, bowiem dotychczas wykonywano limit rządu 18.000 punktów (9.000 na zabiegi i 9.000 na hospitalizację) a od lutego 2010 ograniczono tę liczbę o połowę, tj. do poziomu 4.500 na hospitalizację i 4.500 na endoprotezy (k. 449). Stan ten potwierdził w swoich zeznaniach sam powód stwierdzając, że w 2010 r. nakazano ograniczenie zabiegów operacyjnych. Z tego względu w roku 2010 wykonano znacząco mniej zabiegów, niż w roku 2009. Powód oceniał, że było to mniej o połowę (k. 521).

Powód wywodził, że jego wynagrodzenie od stycznia 2009 r. do wypowiedzenia wyniosło 569.989,50 zł, co w skali miesiąca daje wynagrodzenie w wysokości 24.782,02 zł. Tak więc „w każdym miesiącu po ustaniu umowy” powód ponosił szkodę w postaci utraconych korzyści w kwocie równej 24.782,02 zł., co po przemnożeniu przez liczbę miesięcy objętą sporem, tj. od grudnia 2010 r. do maja 2011 r. daje dochodzoną kwotę 148.692,12 zł. Wyliczenia powoda zakładały jednak, że jego wynagrodzenie miesięczne będzie porównywalne do tego jakie uzyskiwał w okresie, w którym szpital – w tym sam powód – wykonywał zabiegi operacyjne bez ograniczenia limitem wyznaczanym przez NFZ i dyrekcje szpitala. Oznacza to, że do wyliczenia utraconych korzyści przyjęto znaczący okres – aż od stycznia 2009 r. – w którym to czasie powód w istocie mógł osiągać większe dochody a to z uwagi na wykonywanie dużej liczby zabiegów. Jednakże po lutym 2010 liczba zabiegów została ograniczona o połowę. W tej sytuacji jest rzeczą oczywistą, że powód nie mógł osiągać już tak znaczącego wynagrodzenia. W konsekwencji jego ewentualne utracone korzyści musiałyby być mniejsze i to co najmniej o połowę, tj. do kwoty 74.346,06 zł. Jak już wspomniano na wstępie, odpowiedzialność kontraktowa dłużnika z art. 471 k.c. powstaje, jeżeli spełnione zostaną trzy przesłanki: 1) szkoda wierzyciela w postaci uszczerbku majątkowego, 2) szkoda musi być spowodowana niewykonaniem lub nienależycie wykonanym zobowiązaniem przez dłużnika, 3) związek przyczynowy między faktem nienależycie lub niewykonania zobowiązania a poniesioną szkodą. Powód wykazał, że poniósł szkodę majątkową, aczkolwiek nie w tej wysokości, której się domagał. Szkoda ta została spowodowana bezpodstawnym wypowiedzeniem umowy z 2008 r. o świadczenia medyczne. Niewątpliwie istniał też związek przyczynowy między niewykonaniem umowy przez pozwany szpital a samą szkodą. Zasygnalizować dodatkowo wypada, że na rozprawie apelacyjnej pełnomocnik pozwanego sugerował, iż powód nie poniósł szkody, bowiem po okresie wypowiedzenia uzyskiwał dochody z innego już źródła. Nie jest wykluczone, że postawiona teza była prawdziwa, jednakże w toku procesu pozwany tej kwestii nie wykazał a nawet jej nie podnosił.

Mając zatem na uwadze powyższe ustalenia faktyczne oraz przywołaną argumentację, sąd II instancji na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zmienił zaskarżony wyrok i zasądził od pozwanego na rzecz powoda odszkodowanie w wysokości 74.346,06 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 7 lipca 2011 r. – zgodnie z orzeczeniem sądu I instancji - a więc od dnia przedprocesowego wezwania pozwanego do zapłaty. Rozstrzygnięcie sądu I instancji dotyczące odsetek ustawowych nie było przez skarżącego w apelacji kwestionowane. W pozostałym zakresie powództwo podlegało oddaleniu. W pkt I 3 mając na uwadze, że powód wygrał proces w połowie zasądzono od pozwanego na rzecz powoda kwotę 3.717,50 zł tytułem zwrotu połowy kosztów sądowych obejmujących opłatę od pozwu a w pkt I 4 zniesiono wzajemnie między stronami koszty zastępstwa procesowego (art. 100 k.p.c.).

W pozostałym zakresie apelacja jako bezzasadna podlegała oddaleniu (art. 385 k.p.c.).

Mając na uwadze, że pozwany wygrał postępowanie odwoławcze w połowie, sąd II instancji nakazał ściągnąć od powoda na rzecz Skarbu Państwa (Sąd Okręgowy w Poznaniu) kwotę 3.717,50 zł tytułem połowy opłaty apelacyjnej od uiszczenia której pozwany szpital był zwolniony. Koszty zastępstwa procesowego w instancji odwoławczej, Sąd Apelacyjny wzajemnie między stronami zniósł (art. 100 k.p.c.).

M. Tomaszewski P. Górecki B. Wysocki