

Sygn. akt VI ACa 1201/13

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 września 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie VI Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący – Sędzia SA Jacek Sadowski

Sędziowie: SA Małgorzata Kuracka

SO (del.) Magdalena Sajur-Kordula (spr)

Protokolant: Izabela Nowak

po rozpoznaniu w dniu 23 sierpnia 2016 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w U.

przeciwko (...) w K.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 18 marca 2013 r., sygn. akt IV C 714/11

I. prostuje niedokładność zawartą w komparycji zaskarżonego wyroku w zakresie oznaczenia strony powodowej, w ten sposób, że zamiast (...) sp. z o.o.” wpisuje (...) Spółka Akcyjna

II. zmienia zaskarżony wyrok częściowo:

a. w punkcie pierwszym ten sposób, że zasądza od (...) w K. na rzecz (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w U. kwotę 2.852.866,94 zł (dwa miliony osiemset pięćdziesiąt dwa tysiące osiemset sześćdziesiąt sześć złotych dziewięćdziesiąt cztery grosze) z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 18 listopada 2015 r. do dnia zapłaty;

b. w punkcie drugim i trzecim w ten sposób, że określa, że (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w U. ponosi koszty procesu w 40%, zaś (...) w K. w 60%, pozostawiając szczegółowe wyliczenie tych kosztów referendarzowi w sądzie pierwszej instancji;

II. w pozostałej części apelację oddala

III. zasądza od (...) w K. na rzecz (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w U. kwotę 63.360 zł (sześćdziesiąt trzy tysiące trzysta sześćdziesiąt złotych) tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego;

IV. obciąża (...) w K. na rzecz Skarbu Państwa- Sądu Apelacyjnego w W. kwotę 10.092,39 zł (dziesięć tysięcy dziewięćdziesiąt dwa złote trzydzieści dziewięć groszy) tytułem wydatków;

V. obciąża (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w U. na rzecz Skarbu Państwa- Sądu Apelacyjnego w W. kwotą 3.138,58 zł (trzy tysiące sto trzydzieści osiem złotych pięćdziesiąt osiem groszy) tytułem wydatków.

Sygn. akt VI ACa 1201/13

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 18 marca 2013 roku Sąd Okręgowy w Warszawie w punkcie pierwszym oddalił powództwo (...) Sp. z o.o. z siedzibą w U. przeciwko (...) z siedzibą w K. o zapłatę kwoty 4.809.096 zł wraz z odsetkami szczegółowo wskazanymi w pozwie, w punkcie drugim kosztami procesu obciążył powoda, zaś w punkcie trzecim zasądził od powoda na rzecz pozwanego kwotę 7.200 złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Powyższy wyrok został wydany w oparciu o następujące ustalenia faktyczne i rozważania prawne :

Powód jest podmiotem, który założył (...). Jeden z prowadzonych przez powoda niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej mieści się w tym samym budynku, w którym ma siedzibę publiczny zakład opieki zdrowotnej w S., który miał podpisaną umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii i w okresie objętym żądaniem pozwu był gotowy udzielać tych świadczeń. Powód nie zawarł umowy z (...) w sprawie świadczenia usług medycznych. W okresie od czerwca do grudnia 2010 r. powód udzielał świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii, wystawił za nie faktury i zwrócił się do pozwanego o ich zapłatę, powołując się na art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej o raz art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Pozwany odmówił zapłaty.

Wobec powyższych ustaleń Sąd Okręgowy poczynił rozważania obejmujące charakter udzielonych przez powoda świadczeń medycznych z zakresu kardiologii w okresie od czerwca do grudnia 2010 r.

W ocenie Sądu Okręgowego, nie wszystkie świadczenia, co do których powód żądał zapłaty wyczerpują przesłanki świadczeń ratujących zdrowie i życie, które winny zostać udzielone bez zbędnej zwłoki. Wprawdzie z opinii biegłego kardiologa wynika, iż charakter dolegliwości kardiologicznych jest tego rodzaju, iż każda nieprawidłowość w tym zakresie może skutkować narażeniem zdrowia lub życia pacjenta i w związku z tym wymaga natychmiastowej pomocy lekarskiej, ale w ocenie Sądu pierwszej instancji, nie można przyjąć, aby świadczenia udzielone pacjentom po kilku dniach od momentu zgłoszenia się do placówki leczniczej, po wcześniejszym uzgodnieniu terminu, spełniały kryteria nagłości lub stanu niecierpiącego zwłoki. Z dokumentacji medycznej wynika, iż były takie przypadki, gdy pacjent był przyjmowany do szpitala nawet po 7 dniach od momentu wystawienia skierowania na hospitalizację przez lekarza. Z punktu widzenia medycznego prawdopodobnie przypadki te wymagały udzielenia pomocy lekarskiej, ale w ocenie Sądu nie były przypadkami, o których mowa w art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry i art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Z dołączonej do akt dokumentacji medycznej wynika, iż część pacjentów, którym powód udzielił świadczeń i za udzielenie, których wystąpił z roszczeniem o zapłatę przeciwko pozwanemu, było pacjentami chorującymi na choroby kardiologiczne od wielu lat i wymagającymi stałego, systematycznego leczenia. Nie mogą zatem zostać zaliczone do świadczeń o których mowa w art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry i art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

W dalszej części Sąd Okręgowy uznał, iż powód nie udowodnił realnych poniesionych kosztów udzielonych świadczeń. Wycena udzielanych przez placówki medyczne świadczeń jest ustalana w umowach, które placówki podpisują z (...). W odniesieniu do publicznych zakładów opieki zdrowotnej jak wynika z treści art. 62 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i § 1 rozporządzenia Ministra (...) z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 164, poz. 1194) wyodrębnia się ośrodki kosztów (komórki organizacyjne lub grupy komórek oraz zakresy działalności), do których na zasadach określonych w rozporządzeniu przypisuje się zdefiniowane koszty pośrednie i bezpośrednie. Tak prowadzona

ewidencja kosztów powinna pozwolić w konsekwencji określić koszt poniesiony przez ZOZ w związku z realizacją określonego świadczenia. W praktyce jednak świadczeniodawcy określają wynagrodzenie za świadczenia zrealizowane bez zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do cen świadczeń proponowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez (...), co w istocie nie odpowiada dyspozycji tego przepisu, albowiem ceny skalkulowane przez (...) nie odnoszą się do rzeczywistego, uzasadnionego kosztu świadczenia w konkretnych sytuacjach, których dotyczy roszczenie o zapłatę. W związku z powyższym, Sąd Okręgowy uznał, iż powód nie wykazał zasadności i prawidłowości obliczenia kwot żądanych w pozwie, a zatem nie udowodnił wysokości dochodzonego roszczenia.

Trzecią podstawą oddalenia powództwa, w ocenie Sądu I instancji, był art. 5 k.c. Sąd podniósł, że powód wiedząc, iż w tym samym budynku, w którym ma siedzibę znajduje się publiczny zakład opieki zdrowotnej (szpital), który w oparciu o umowę z (...) jest gotowy do udzielania świadczeń z zakresu kardiologii, a w związku z tym, iż są one nielimitowane z całą pewnością ich udzieli, nie informował zgłaszających się pacjentów o tym, iż nie trafili oni do szpitala tylko do placówki niepublicznej, nie mającej umowy z (...). Takie postępowanie w ocenie pozaprawnej było nieetyczne, zaś w oparciu o przepisy kodeksu cywilnego było, zdaniem Sądu pierwszej instancji, czynieniem użytku ze swego prawa sprzecznego z zasadami współżycia społecznego. W związku z tym nie zasługiwało na ochronę prawną. W ocenie Sądu Okręgowego powód nie wykazał, aby stan zdrowia pacjentów uniemożliwiał ich odesłania do znajdującego się kilka metrów dalej szpitala lub powiadomienia zespołu medycznego szpitala w celu przetransportowania pacjenta na oddział szpitalny. Okoliczność, iż pacjenci byli kierowani przez lekarzy wystawiających skierowanie na hospitalizację właśnie do powoda nie była, zdaniem Sądu Okręgowego, okolicznością usprawiedliwiającą takie zachowanie.

O kosztach postępowania Sąd orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. w zw. z art. 108 k.p.c. obciążając powoda jako stronę, która przegrała niniejszą sprawę kosztami postępowania i zasądził od powoda na rzecz pozwanego zwrot kosztów zastępstwa procesowego na podstawie § 6 pkt. 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu.

Apelację od powyższego wyroku wniósł powód. Zaskarżając wyrok w całości zarzucił:

1. nierozpoznanie istoty sprawy w całości i orzeczenie jedynie co do części roszczenia zgłoszonego przez powódkę.
2. naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na wynik sprawy t.j.:
 - a) art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 286 k.p.c., oraz w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie przez Sąd I instancji oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego, a w szczególności opinii biegłego lekarza w sposób dowolny, niezgodny z zasadami logiki, wiedzą powszechną i wiedzą fachową, co doprowadziło do rozstrzygnięcia sprawy w sposób odmienny niż wnioski zawarte w opinii biegłego. W ten sposób zaistniała sprzeczność pomiędzy istotnymi ustaleniami Sądu, które stały się podstawą wyroku a treścią materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie;
 - a) art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przyjęcie, że powódka nie wykazała uzasadnionych kosztów udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
 - b) art. 328 § 2 k.p.c. w zw. z art. 5 k.c. poprzez niewskazanie przez Sąd I instancji w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku jakie konkretnie zasady współżycia społecznego naruszyła powódka udzielając świadczeń opieki zdrowotnej, za które dodatkowo dochodzi zapłaty i tym samym uniemożliwienie instancyjnej kontroli trafności tej oceny;
 - c) art. 328 § 2 k.p.c. poprzez niewskazanie przez sąd I instancji w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, które z udzielonych przez powódkę 405 świadczeń opieki zdrowotnej, w ocenie Sadu I instancji nie wyczerpują przesłanek uzasadnienie ich udzielenia w stanie nagłym;

d) art. 230 k.p.c. poprzez nie uznanie świadczeń co do których pozwany nie kwestionował przymiotu „nagłości” w ilości 235 za udzielone w takich warunkach w sytuacji, gdy zaistniały podstawy do tego.

e) naruszenie przepisów prawa materialnego, a to art. 5 k.c. poprzez błędną jego wykładnię i niewłaściwe zastosowanie - przyjęcie, iż powódka udzielając świadczeń opieki zdrowotnej, do udzielenia których była zobowiązana na podstawie przepisów art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, czy wreszcie art. 19 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, czyniła użytek z nałożonego na nią obowiązku w sposób sprzeczny z zasadami współżycia społecznego. Sąd I instancji pomylił prawa podmiotowe występujące na linii powód-pacjent-pozwany i bezpodstawnie zastosował art. 5 k.c. w niniejszej sprawie;

a) błąd w ustaleniach faktycznych polegający na przyjęciu, iż świadczenia opieki zdrowotnej za które powódka dochodzi zapłaty nie były udzielone w stanach nagłych w rozumieniu art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych co stoi w sprzeczności z wnioskami zawartymi w opinii sporządzonej przez biegłego specjalistę, oraz koliduje z zasadami doświadczenia życiowego i regułami logicznego wnioskowania.

Wskazując na powyższe, powód wnosił o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji z poleceniem rozstrzygnięcia o kosztach postępowania pierwszoinstancyjnego, alternatywnie o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie powództwa i zasądzenie roszczenia zgodnie z pozwem, oraz o zasądzenie na rzecz powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

W odpowiedzi na apelację powoda, pozwany wnosił o jej oddalenie oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów zastępstwa procesowego za II instancję.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powoda okazała się częściowo uzasadniona.

Potwierdził się zarzut naruszenia przez Sąd Okręgowy prawa procesowego t.j. art. 233 § 1 k.p.c. w postaci błędnej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego poprzez uznanie, że udzielone świadczenia medyczne nie były przypadkami, o których mowa w art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty i art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Nieprawidłowy był również wniosek, że powód nie udowodnił, nawet w części, wysokości poniesionych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów. Dokonując tej oceny, Sąd zaniechał ustaleń, w jakich okolicznościach zostały udzielone poszczególne świadczenia i to zarówno w zakresie ustalenia, w jakim stanie, z jakimi dolegliwościami i w jaki sposób pacjenci trafili do szpitala prowadzonego przez powoda oraz w zakresie wzajemnych relacji i powiązań pomiędzy szpitalem prowadzonym przez powoda a szpitalem (...). Sąd nie ustalił również, czy możliwe było przekazanie tych pacjentów do szpitala (...) lub innego posiadającego podpisany kontrakt z (...). W konsekwencji zaniechał także ustalenia, jaka była struktura kosztów, których zwrotu domagał się powód, wynikająca z wystawionych faktur i zestawień dołączonych do pozwu. Sąd Apelacyjny na podstawie materiału dowodowego zebranego przez Sąd I instancji oraz uzupełnionego w postępowaniu apelacyjnym ustalił, co następuje:

Powodowa spółka jest podmiotem, który utworzył i prowadzi (...)(w skrócie (...)) z siedzibą w S. ul. (...) (księga rejestrowa nr (...)).

W tym samym budynku przy ul. (...) w S. mieści się (...) Zakład Opieki Zdrowotnej (okoliczność bezsporna).

W okresie od 1 stycznia 2010r. do 31 grudnia 2010r. (...) Zakład Opieki Zdrowotnej udzielał świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy zawartej z (...). Szpital prowadzony przez powoda nie posiadał kontraktu na świadczenia medyczne z zakresu kardiologii, był podwykonawcą (...) ZOZ. Umowa o podwykonawstwo została rozwiązana w maju 2010r. w związku z uruchomieniem w (...) Zakładzie Opieki Zdrowotnej pracowni (...) (zestawienie k.178, pismo z dnia 7 maja 2010r. k.176, aneks do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej k.179, umowa k.180- 193v).

W czerwcu 2010r. zakład opieki zdrowotnej prowadzony przez powoda udzielił świadczeń medycznych (...) pacjentom, którzy zgłosili się do niego z objawami schorzeń kardiologicznych (zestawienie k.143-155, historie chorób k.145-136). Z tego tytułu powód wystawił na rzecz (...) fakturę VAT nr (...) na kwotę 648.261 zł (faktura k.142).

W lipcu 2010r. udzielono świadczeń medycznych (...) pacjentom z objawami schorzeń kardiologicznych (zestawienie k.123-124, historie chorób k.125-136). Z tego tytułu powód wystawił na rzecz (...) fakturę VAT nr (...) na kwotę 742.458 zł (faktura k.122).

W sierpniu 2010r. udzielono świadczeń medycznych (...) pacjentom z objawami schorzeń kardiologicznych (zestawienie k.105-106, historie chorób k.107-117). Z tego tytułu wystawiono fakturę VAT nr (...) na kwotę 670.803 zł (faktura k.104).

We wrześniu 2010r. udzielono świadczeń medycznych (...) pacjentom z objawami schorzeń kardiologicznych (zestawienie k.84-85, historie chorób k.86-99). Z tego tytułu wystawiono fakturę VAT nr (...) na kwotę 800.751 zł (faktura k. 83).

W październiku 2010r. udzielono świadczeń medycznych (...) pacjentom z objawami schorzeń kardiologicznych (zestawienie k.66-67, historie chorób k.68-78). Z tego tytułu powód wystawił fakturę VAT nr (...) na kwotę 710.277 (faktura k.65).

W listopadzie 2010r. udzielono świadczeń medycznych (...) pacjentom z objawami schorzeń kardiologicznych (zestawienie k.51-52, historie chorób k.53-62). Z tego tytułu powód wystawił fakturę VAT nr (...) na kwotę 628.626 zł (faktura k.50).

W grudniu 2010r. udzielono świadczeń medycznych (...) pacjentom z objawami schorzeń kardiologicznych (zestawienie k.36-37, historie chorób k.38-47). Z tego tytułu wystawiono fakturę VAT nr (...) na kwotę 607.920 zł (faktura k.35).

Spośród pacjentów leczonych w szpitalu powoda w powyższym okresie, część została przyjęta do szpitala bez skierowania, niektórzy pacjenci otrzymali skierowanie od lekarza i zostali przyjęci do szpitala w tym samym dniu, część z nich posiadała skierowanie na leczenie z datą wcześniejszą, niż data podjętych świadczeń medycznych (opinia biegłych M. W. (1) i M. B. k. 1948-1989).

W przypadku następujących pacjentów, których data skierowania na leczenie była rozbieżna z datą przyjęcia na leczenie, możliwy był zabieg w innym ośrodku (mającym kontrakt z (...)): (...)

Koszt wykonania wszystkich zabiegów udzielonych pacjentom, zgodnie z wyceną stosowaną przez (...) wyniósł 4.572.461,53 zł (opinia biegłego J. F. k.2201-2221).

Sąd Apelacyjny ustalenia powyższe poczynił na podstawie dokumentów, których prawdziwość nie była kwestionowana oraz na podstawie opinii biegłych M. W. (1) i M. B. (z zakresu kardiologii) oraz J. F. (z zakresu księgowości i finansów). Biegli M. W. (1) i M. B. przeanalizowali dokumentację medyczną pacjentów, dokonując oceny, czy poszczególne zabiegi były wykonane w stanie nagłym, a ich brak mógł prowadzić do zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów oraz ewentualnie, którzy z

pacjentów mogli być przekazani do innego ośrodka posiadającego podpisaną umowę z (...). Opinia została sporządzona w sposób fachowy, rzetelnie i nie była kwestionowana przez żadną ze stron procesu. Biegły J. F. w istocie dokonał sprawdzenia prawidłowości wyliczeń dokonanych przez powoda w oparciu o jego dokumentację księgową (k.2029-2128). Wyliczenia powoda były oparte na zarządzeniu Prezesa (...) z 3 listopada 2009r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne (k.2129-2155). Strona pozwana co do zasady kwestionowała dopuszczalność wyliczenia „uzasadnionych kosztów” wg zasad przewidzianych dla wyliczania wynagrodzenia dla zakładów opieki zdrowotnej mających podpisaną umowę z (...). Rozważania na ten temat Sąd Apelacyjny przedstawi omawiając kwestię należnego powodowi wynagrodzenia za udzielone świadczenia medyczne.

Odnosząc się do kolejnych zarzutów apelacji dotyczących naruszenia przepisów prawa procesowego t.j. art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 286 k.p.c. w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. oraz art. 328 § 2 k.p.c. wskazać należy, że również okazały się one uzasadnione. Sąd wydał rozstrzygnięcie nie uwzględniając wniosków opinii biegłego z zakresu kardiologii, nie wyjaśniając ewentualnych wątpliwości związanych z opinią, w tym również nie zlecając opinii uzupełniającej, mimo że nie została ona sporządzona zgodnie z tezą dowodową zawartą w postanowieniu o dopuszczeniu tego dowodu. Sąd I instancji powołując się w uzasadnieniu orzeczenia na przepis art. 5 k.c., który miałby stanowić jedną z podstaw oddalenia powództwa, nie wskazał jakie konkretnie zasady współżycia społecznego naruszyła powódka, udzielając świadczeń opieki zdrowotnej oraz, które z udzielonych przez powódkę świadczeń opieki zdrowotnej, w ocenie Sądu I instancji, nie wyczerpują przesłanek ich udzielenia w stanie nagłym.

Wykazana powyżej błędna ocena zebranego w sprawie materiału dowodowego, doprowadziła Sąd I instancji do niewłaściwego zastosowania przepisów prawa materialnego.

Przechodząc do rozważań dotyczących podstawy materialnej powództwa, przede wszystkim wskazać należy, że zasadą jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez świadczeniodawców mających zawartą umowę z (...), co wynika z art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008r. Nr 164 poz.1027- dalej jako u.ś.o.z.f.ś.p.). Przepis powyższy dopuszcza jednak wyjątek przewidziany w art. 19 ust. 4 tej ustawy, z którego wynika, że świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej.

Powyższa regulacja jest uwarunkowana przede wszystkim prawem pacjenta do otrzymania świadczenia zdrowotnego w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia (art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej, obowiązującej do 1 lipca 2011r. - t.j. Dz.U. z 2007r. Nr 14 poz. 89). Żadne bowiem okoliczności (np. brak ubezpieczenia zdrowotnego, powiązanie pacjenta z danym zakładem opieki zdrowotnej, brak umowy danego z (...) lub wyczerpanie limitu świadczeń wynikających z tej umowy), nie mogą stanowić uzasadnienia odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do zakładu opieki zdrowotnej potrzebuje udzielenia pomocy ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Z powyższym uprawnieniem pacjenta skorelowany jest obowiązek lekarza do udzielenia pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki (art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty t.j. Dz.U. z 2008r. Nr 136 poz. 857). Orzecznictwo sądowe potwierdza, że obowiązki wynikające z art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenie opieki zdrowotnej finansowane ze

środków publicznych (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 listopada 2004r., III CK 546/03, LEX nr 182096). Obowiązek zapłaty za interwencję medyczną podjętą poza limitem zakontraktowanych zabiegów lub w ogóle bez kontraktu, powstaje jedynie w sytuacji, gdy spełnione są przesłanki z art. 7 i 30 powyższych ustaw t.j. w przypadku natychmiastowej potrzeby udzielenia pomocy medycznej w razie zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta lub w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Z cytowanego powyżej art. 19 ust. 4 u.ś.o.z.f.ś.p. wynika prawo do refundacji ze środków publicznych kosztów opieki zdrowotnej także dla świadczeniodawcy nie mającego podpisanej umowy z (...), ale w ściśle określonych warunkach t.j.:

1. prawo to jest ograniczone do świadczeń udzielonych pacjentom w stanie nagłym,
2. prawo do wynagrodzenia jest ograniczone do poniesionych przez świadczeniodawcę uzasadnionych kosztów.

„Stan nagły” w doktrynie i orzecnictwie jest rozumiany tak, jak art. 5 pkt 33 u.ś.o.z.f.ś.p. w zw. z art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 191 poz. 1410 ze zm.) definiują stan nagłego zagrożenia zdrowotnego t.j. stan polegający 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 lub leczenia. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 8 października 2008r. (V CSK 139/08, LEX nr 602330) stwierdził, że świadczeniami zdrowotnymi, o których mowa w art. 7 ustawy z 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy z 1996r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry objęte zostały w zasadzie stany nagłe i niespodziewane, których nie można przewidzieć (np. pacjenci z udarem mózgu, zawałem serca, poszkodowani w wypadkach). Nie wystarczy ustalenie, że określony zabieg jest zabiegiem ratującym zdrowie lub życie, konieczne jest ponadto ustalenie, że pacjent potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia lub, że jest to przypadek niecierpiący zwłoki. W przepisach tych chodzi zatem o taki stan, w którym odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia. Wskazać należy, że w wyroku z dnia 4 stycznia 2007r. (V CSK 396/06, LEX nr 244455), Sąd Najwyższy podniósł również, że świadczeniami zdrowotnymi, o których mowa w powyższym przepisie nie są zabiegi, które wprawdzie ratują życie, jednak stosowane są u chorych leczonych przewlekłe, wymagających regularnego poddawania się zabiegom medycznym (por. wyroki z dnia 10 maja 2006r., III CSK 53/05, nie publ., z dnia 25 maja 2006r., II CSK 93/05 nie publ.). Kryterium przesądzającym o wyjątkowości jest konieczność natychmiastowego udzielenia świadczenia medycznego ze względu na bezpośrednie zagrożenie zdrowia lub życia pacjenta. Określenie „natychmiast” oznacza „w tej samej chwili”, „momentalnie”, „od razu”, „w danym momencie lub tuż po nim”, „bezwłocznie” (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 września 2015r., III CSK 497/14, LEX nr 1866882). Sąd Najwyższy w uzasadnieniu do wskazanego wyroku z dnia 10 września 2015r. podniósł również, że uznanie, że określone świadczenie jest świadczeniem udzielonym w stanach nagłych nie jest elementem ustaleń faktycznych, lecz oceną prawną ustalonych w sprawie faktów, która powinna być dokonana przez Sąd na podstawie przepisów art. 19 ust. 1 w zw. z art. 19 ust. 4, art. 5 pkt 33 u.ś.o.z.f.ś.p. w zw. z art. 3 pkt 8 ustawy o ratownictwie medycznym, a nie na podstawie opinii biegłego sądowego.

Podzielając przedstawione powyżej poglądy Sądu Najwyższego, Sąd Apelacyjny dokonał analizy, czy poszczególne świadczenia medyczne udzielone przez szpital powoda, spełniają kryterium udzielenia ich w stanach nagłych. Uwzględniono przy tym charakter dolegliwości pacjentów, u których stwierdzono głównie zawał serca, niestabilną dławicę piersiową lub niestabilną chorobę wieńcową. Biegli z zakresu kardiologii M. W. (1) i M. B. zaznaczyli w swej opinii, że wszystkie udzielone przez powoda świadczenia medyczne zostały podjęte ze względu na zagrożenie życia

lub zdrowia pacjentów. Jednakże z uwagi na okoliczność, że były przypadki pacjentów, którzy posiadali skierowania z datą wcześniejszą niż data przyjęcia do szpitala, biegli zaznaczyli, że w takim przypadku przekazanie chorego do innego ośrodka było możliwe. Przemawia za tym fakt, że lekarz wystawiający skierowanie i osobiście badający chorego lub lekarz wyznaczający termin przyjęcia uznał, że zwłoka wielodniowa nie będzie stanowiła zagrożenia życia lub zdrowia tego chorego. W ocenie Sądu Apelacyjnego, w przypadku, gdy pacjenci nie zgłosili się do szpitala natychmiast po otrzymaniu skierowania, świadczenia medyczne nie zostały udzielone w stanie nagłym, gdyż nie podjęto ich niezwłocznie po wystąpieniu określonej dolegliwości. Skoro pacjent po konsultacji z lekarzem i otrzymaniu skierowania do szpitala, nie musiał być poddany zabiegom niezwłocznie, a nawet nie w tym samym dniu, oznacza to, że jego stan nie uzasadniał uznania go za przypadek niecierpiący zwłoki, czyli stan, w którym odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia. W tej sytuacji pacjenci wyszczególnieni w tabeli stanowiącej załącznik do opinii biegłych (k.1952-1989) pod poz. 1, 5, 10, 13, 16, 17, 31, 32, 38, 39, 47, 55, 59, 62, 66, 69, 76, 82, 86, 87, 100, 106, 107, 110, 124, 129, 137, 141, 143, 153, 167, 176, 187, 191-192, 195, 198, 204, 207, 217, 222, 240, 243, 246, 247, 263-266, 268,-271, 274, 276-279, 281-288, 290-298, 300-302, 304-306, 309-310, 313-316, 320, 322, 323, 325, 327-329-331-343, 345-347, 350-351, 353-354, 356-360, 363-366, 368, 370-372, 374-400, 402-404, 406-409, w odniesieniu do których zaznaczono, że zabieg był możliwy w innym ośrodku, nie znajdowali się w stanie nagłego zagrożenia życia i świadczenia im udzielone nie spełniają przesłanek refundacji kosztów z (...), określonych w art. 19 ust. 4 u.ś.o.z.f.ś.p. Biegli co prawda uznali, że w przypadku, gdy pacjent stawił się w umówionym wcześniej dniu na izbie przyjęć, niewskazane było przekazywanie go do innego ośrodka, gdyż nie można wykluczyć, że w czasie załatwiania przekazania chorego z chorobą wieńcową, w wyniku stresu wywołanego sytuacją oraz postępu choroby, nie dojdzie do nagłego zaostrzenia choroby z możliwym fatalnym skutkiem. W ocenie Sądu Apelacyjnego, jest to sytuacja hipotetyczna, natomiast art. 19 ust. 4 w zw. z art. 5 pkt 33 u.ś.o.z.f.ś.p. w zw. z art. 3 pkt 8 ustawy o ratownictwie medycznym stanowi o już zaistniałym stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. Jeżeli więc pacjent mógł stawić się w umówionym dniu na izbie przyjęć kilka dni po skierowaniu do szpitala, nie może być mowy o nagłym i niespodziewanym stanie w jakim się znalazł.

W przypadku pozostałych pacjentów biegli stwierdzili, że niemożliwe było dokonanie zabiegu w innym ośrodku. Biegli dokonali tej oceny przy świadomości faktu, że w tym samym budynku znajduje się drugi szpital z oddziałem kardiologicznym i podpisanym kontraktem z (...). Charakter objawów (zawał, niestabilna choroba wieńcowa) przesądza o istnieniu nagłego stanu zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta i konieczności natychmiastowego udzielenia pomocy medycznej. Jak już wskazano powyżej, żadne okoliczności (w tym również brak umowy danego zoz z (...) lub wyczerpanie limitu świadczeń wynikających z tej umowy), nie mogą stanowić uzasadnienia odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do zakładu opieki zdrowotnej potrzebuje udzielenia pomocy ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia (art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry). Takiej okoliczności nie stanowi również funkcjonowanie w tym samym budynku drugiego szpitala z niewyczerpanym limitem świadczeń (świadczenia kardiologiczne są nielimitowane). Obowiązki wynikające z art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry mają bowiem charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenie opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych. Skoro pacjent znajdujący się w stanie zagrożenia życia lub zdrowia zgłasza się do określonego lekarza (zespołu lekarskiego) w określonym zakładzie opieki zdrowotnej, brak jest prawnych możliwości odmowy udzielenia mu pomocy. Powód był więc obowiązany podjąć niezbędne działania celem ratowania życia lub zdrowia pacjentów wymienionych w tabeli z k.1952-1989 pod poz.2-4, 6-9, 11-12, 14-15, 18-30, 33-37, 40-46, 48-54, 56-57, 60-65, 67-68, 70-75, 77-81, 83-85, 88-99, 101-105, 108-109, 111-123, 125-126,8, 130-136, 138-140, 142,

144-152, 154-166, 168-175, 177-186, 188-190, 193-194, 196-197, 199-203, 205-206, 208-216, 218-221, 222-239, 241-243, 244-245, 248-262, 267, 272-273, 275, 280, 299, 303, 307-308, 311-312, 317-319, 321, 324, 326, 330, 344, 348-349, 352, 355, 361-362, 367, 369, 373, 382, 391, 396, 401, 405 i w zakresie świadczeń udzielonych tym pacjentom należy mu się- co do zasady-refundacja kosztów z (...).

Z art. 19 ust. 4 u.ś.o.z.f.ś.p. wynika prawo do refundacji ze środków publicznych kosztów opieki zdrowotnej dla świadczeniodawcy nie mającego podpisanej umowy z (...), przy czym prawo do wynagrodzenia jest ograniczone do poniesionych przez świadczeniodawcę uzasadnionych kosztów.

Pojęcie „uzasadnionych kosztów” nie zostało zdefiniowane w ustawie, stąd ustalenie jakie koszty spełniają to kryterium, wymaga oceny na tle konkretnego stanu faktycznego. W niniejszym wypadku należy mieć na względzie, że powód nie posiadał podpisanej umowy z (...) przez okres od czerwca do grudnia 2010r. Wcześniej był podwykonawcą (...) Zakładu Opieki Zdrowotnej w S., od stycznia 2011r. miał własny kontrakt. Umowa o podwykonawstwo została rozwiązana przez (...) ZOZ w sposób jednostronny. W okresie od czerwca do grudnia 2010r. powód nie posiadał innych pacjentów, niż osoby za których leczenie domaga się refundacji kosztów. Wszystkie zatem koszty jakie poniósł w tym okresie, były związane z leczeniem tych właśnie pacjentów. Funkcjonowanie szpitala było zatem determinowane udzielaniem świadczeń medycznych chorym, od których nie pobierano opłat, wśród których znaczącą część stanowili pacjenci zgłaszający się do szpitala w stanie nagłego, bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia i wymagający natychmiastowego udzielenia pomocy medycznej. Brak jest w tym okresie innego rodzaju działalności powoda, która generowałaby koszty związane z prowadzeniem szpitala w S.. W tej sytuacji, Sąd Apelacyjny uznał, że zasadne jest oparcie wyliczenia kosztów udzielenia świadczeń medycznych o metodę zaproponowaną przez powoda, t.j. o zasady przyjęte w zarządzeniu Prezesa (...) z 3 listopada 2009r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne. Metoda ta polega na wyliczeniu średniego kosztu wykonania punktu (...) w szpitalu powoda w S., na podstawie wysokości wszystkich poniesionych kosztów niezbędnych dla udzielenia świadczeń, a następnie tak wyliczony koszt jednego punktu zostaje pomnożony przez ilość punktów (...) przewidzianych dla danego świadczenia w powyższym zarządzeniu Prezesa (...). Taka metoda wyliczenia znajduje uzasadnienie w oparciu o rozporządzenie Ministra (...) z dnia 8 lipca 2015r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców. Rozporządzenie to może znaleźć zastosowanie jedynie pomocniczo, gdyż nie obowiązywało w okresie, którego dotyczy niniejsza sprawa. Równocześnie stanowi jedyny obowiązujący w Polsce akt prawny, który w sposób kompleksowy reguluje kwestię określania kosztów udzielania świadczeń medycznych przez zakłady opieki zdrowotnej. Wg rozporządzenia przy ustalaniu kosztów świadczenia należy uwzględnić następujący katalog kosztów:

-koszty związane bezpośrednio z procesem leczenia, zarówno hospitalizacją pacjenta na oddziale szpitalnym, jak i realizowanymi procedurami medycznymi,

-koszty pośrednie (w tym koszty oddziałowe) zarówno stałe, jak i zmienne,

-koszty działalności pomocniczej, tj koszty niezwiązane bezpośrednio z pomocą medyczną, alokowane zarówno w kosztach zmiennych, jak i kosztach stałych (np. koszty kuchni, pralni),

-koszty gotowości m.in. związane z kosztami ogólnymi utrzymania zasobów oraz infrastruktury niezbędnej by zapewnić gotowość do natychmiastowej realizacji świadczeń medycznych,

-koszty ogólnego zarządu,

-inne- jeśli spełniają definicję kosztu jako wyrażonego w pieniądzu zużycia zasobów, związanych z prowadzoną w określonych warunkach działalnością, w celu osiągnięcia w bieżącym okresie lub w przyszłości korzyści ekonomicznej dla świadczeniodawcy, w tym w szczególności koszty działalności inwestycyjnej i finansowej świadczeniodawcy.

Wyliczenie przedstawione przez stronę powodową zostało sprawdzone przez biegłego pod względem zgodności z księgowością powoda. Sąd uznał, że zasadne jest oparcie się biegłego wyłącznie na ewidencji kosztów poniesionych przez (...). Brak podstaw by przyjąć, że przedmiotowa ewidencja zawiera dane niezgodne z prawdą. Przedstawiona powyżej metodologia wyliczenia uzasadnionych kosztów, odnosząca się do wyliczenia wartości punktu (...), nie wymaga przypisania poszczególnych kosztów do poszczególnych pacjentów. Stąd zarzuty strony pozwanej odnośnie opinii biegłego J. F. uznać należy za niezasadne, gdyż sytuacja faktyczna szpitala w okresie czerwiec- grudzień 2010r., jak wyjaśniono powyżej, uzasadnia taką przyjęcie takiej metody. W ten sposób ustalony został koszt świadczenia (jako całości) udzielonego każdemu z pacjentów (k.2205-2221).

Sąd Apelacyjny ustalił uzasadniony koszt świadczeń udzielonych poszczególnym pacjentom, a następnie wyliczył ich sumę, uwzględniając przy tym jedynie koszty świadczeń udzielonych pacjentom, w stosunku do których powód obowiązany był podjąć niezbędne działania celem ratowania życia lub zdrowia (t.j. pacjentów wymienionych w tabeli z k.1952-1989 pod poz.2-4, 6-9, 11-12, 14-15, 18-30, 33-37, 40-46, 48-54, 56-57, 60-65, 67-68, 70-75, 77-81, 83-85, 88-99, 101-105, 108-109, 111-123, 125-126,8, 130-136, 138-140, 142, 144-152, 154-166, 168-175, 177-186, 188-190, 193-194, 196-197, 199-203, 205-206, 208-216, 218-221, 222-239, 241-243, 244-245, 248-262, 267, 272-273, 275, 280, 299, 303, 307-308, 311-312, 317-319, 321, 324, 326, 330, 344, 348-349, 352, 355, 361-362, 367, 369, 373, 382, 391, 396, 401, 405). Uzasadnione koszty świadczeń udzielonych tym pacjentom wyniosły 2.852.866,94 zł, stąd na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. Sąd Apelacyjny zmienił wyrok Sądu I instancji zasądzając kwotę powyższą od pozwanego na rzecz powoda na podstawie art. 19 ust. 4 u.ś.o.z.f.ś.p. Rozstrzygnięcie dotyczące odsetek ustawowych za opóźnienie oparto na mocy art. 481 § 1 i 2 k.c., przyjmując za datę początkową naliczenia odsetek datę doręczenia stronie pozwanej odpisu opinii biegłych M. W. (1) i M. B., gdyż wówczas pozwany uzyskał wiedzę, którym z pacjentów udzielono świadczeń w warunkach określonych w art. 19 ust. 1 w zw. z art. 19 ust. 4, art. 5 pkt 33 u.ś.o.z.f.ś.p. w zw. z art. 3 pkt 8 ustawy o ratownictwie medycznym. W konsekwencji, zmianie podlegało rozstrzygnięcie w przedmiocie kosztów procesu, które Sąd Apelacyjny oparł na podstawie art. 100 k.p.c. w zw. z art. 108 § 1 k.p.c. określając zasadę, że powód ponosi koszty procesu w 40%, pozwany zaś w 60%.

W pozostałej części apelacja powoda jako bezzasadna podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

Rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego oparto na podstawie art. 100 k.p.c. Powód wygrał sprawę w 60%, pozwany w 40%. Powód poniósł następujące koszty: opłata sądowa od apelacji 100.000 zł, wynagrodzenie pełnomocnika, który nie reprezentował powoda przed sądem I instancji 7.200 zł (ustalone na podstawie § 6 pkt 7 w zw. z § 13 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej- Dz.U. Nr 163 poz. 1348 ze zm.), opłata skarbową od pełnomocnictwa 17 zł, zaliczki na poczet opinii biegłych 12.000 zł. Koszty pozwanego wyniosły 5.400 zł (wynagrodzenie pełnomocnika ustalone na podstawie § 6 pkt 7 w zw. z § 12 ust. 1 pkt 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 ustanowionego z urzędu- t.j. Dz.U. z 2013r. poz. 490 ze zm.).

Na mocy art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. (t.j. Dz.U. z 2014r. poz. 1025 ze zm.) w tych samych proporcjach obciążono strony tytułem wydatków na rzecz Skarbu Państwa- Sądu Apelacyjnego w W..