

Sygn. akt VI ACa 1883/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 3 kwietnia 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie VI Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący - Sędzia SA Aldona Wapińska

Sędziowie: SA Marcin Łochowski

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

Protokolant: Izabela Nowak

po rozpoznaniu w dniu 20 marca 2017 r. w Warszawie

na rozprawie sprawy

z powództwa Instytutu (...) w W.

przeciwko (...) w W.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 10 września 2015r.

sygn. akt IV C 171/14

I. Zmienia zaskarżony wyrok:

a. *w punkcie drugim w ten sposób, że zasądza od (...) w W. na rzecz Instytutu (...) w W. kwotę 145 682,57 zł (sto czterdzieści pięć tysięcy sześćset osiemdziesiąt dwa złote pięćdziesiąt siedem groszy) wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 10 lutego 2014 roku do dnia zapłaty;*

b. *w punkcie trzecim w ten sposób, że zasądza od (...) w W. na rzecz Instytutu (...) w W. kwotę 3617 zł (trzy tysiące sześćset siedemnaście złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu;*

c. *dodaje punkt czwarty, w którym obciąża (...) w W. na rzecz Skarbu Państwa- Sądu Okręgowego w W. kwotą 7285 zł (siedem tysięcy dwieście osiemdziesiąt pięć złotych) tytułem nieuiszczonej opłaty od pozwu;*

II. *zasądza od (...) w W. na rzecz Instytutu (...) w W. kwotę 2700 zł (dwa tysiące siedemset złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym;*

III. *obciąża (...) w W. na rzecz Skarbu Państwa- Sądu Okręgowego w W. kwotą 7285 zł (siedem tysięcy dwieście osiemdziesiąt pięć złotych) tytułem nieuiszczonej opłaty od apelacji.*

Sygn. akt VI ACa 1883/15

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 10 września 2015 roku Sąd Okręgowy w Warszawie:

I. umorzył postępowanie w zakresie kwoty 185,41 złotych,

II. oddalił powództwo w pozostałym zakresie,

III. zasądził od Instytutu (...) w W. na rzecz (...) w W. kwotę 3.617 złotych tytułem zwrotu kosztów procesu.

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

W dniu 18 stycznia 2012 roku Instytut (...) w W. zawarł z (...) w W. umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne. W umowie ustalono, że kwota zobowiązania (...) wobec Instytutu z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 1 stycznia 2012 roku do dnia 30 czerwca 2012 roku wynosi maksymalnie 22.374.950 złotych, a w okresie od 1 lipca 2012 roku do 31 grudnia 2012 roku 22.378.800 złotych. Szczegółowy sposób rozliczania został określony w załączniku do umowy – planie rzeczowo finansowym.

Powyższa umowa była wielokrotnie aneksowana, w tym zakresie wysokości finansowania. Ostatecznie ustalono, że kwota zobowiązania (...) wobec Instytutu z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 1 stycznia 2012 roku do dnia 30 czerwca 2012 roku wynosi maksymalnie 25.737.829 złotych, a w okresie od 1 lipca 2012 roku do 31 grudnia 2012 roku 21.388.008 złotych.

W dniu 13 maja 2012 roku do poradni (...) Instytutu (...) w W. przyjęto pacjentkę A. K. z silnymi dolegliwościami bólowymi. Pacjentka ze względu na prawdopodobieństwo zwichnięcia stawu kolanowego została zakwalifikowana do wykonania rewizji endoprotezy rekonstrukcyjnej w trybie nagłym. Zabieg został wykonany w dniu 14 maja 2012 roku. Koszt endoprotezy wyniósł 3.924,50 złotych.

W dniu 22 lipca 2012 roku do poradni (...) Instytutu (...) w W. przyjęto pacjenta P. J. z silnymi dolegliwościami bólowymi. Pacjent ze względu na aseptyczne obluzowanie trzpienia udowego i prawdopodobieństwo uszkodzenia kikutów kości udowej i piszczelowej został zakwalifikowany do wykonania rewizji endoprotezy rekonstrukcyjnej w trybie nagłym. Zabieg został wykonany w dniu 24 lipca 2012 roku. Koszt endoprotezy wyniósł 22.506,12 złotych.

W dniu 6 września 2012 roku do poradni (...) Instytutu (...) w W. przyjęto pacjentkę P. W. z silnymi dolegliwościami bólowymi. Pacjentka ze względu na prawdopodobieństwo zwichnięcia uszkodzonego implantu została zakwalifikowana do wykonania rewizji endoprotezy rekonstrukcyjnej w trybie nagłym. Zabieg został wykonany w dniu 7 września 2012 roku. Koszt endoprotezy wyniósł 68.083,96 złotych.

W dniu 23 września 2012 roku do poradni (...) Instytutu (...) w W. przyjęto pacjenta K. S. z silnymi dolegliwościami bólowymi, ograniczającymi ruchomość czynną i bierną kończyny dolnej lewej. Pacjent ze względu na prawdopodobieństwo uszkodzenia kikutów kości udowej i piszczelowej lewej został zakwalifikowany do wykonania rewizji endoprotezy rekonstrukcyjnej w trybie nagłym. Zabieg został wykonany w dniu 24 września 2012 roku. Koszt endoprotezy wyniósł 43.023,79 złotych.

W dniu 23 września 2012 roku do poradni (...) Instytutu (...) w W. przyjęto pacjenta T. S. z silnymi dolegliwościami bólowymi, ograniczającymi ruchomość czynną i bierną kończyny dolnej prawej. Pacjent ze względu na prawdopodobieństwo uszkodzenia kikutów kości udowej i piszczelowej prawej został zakwalifikowany do wykonania rewizji endoprotezy rekonstrukcyjnej w trybie nagłym. Zabieg został wykonany w dniu 7 grudnia 2012 roku. Koszt endoprotezy wyniósł 8.329,61 złotych.

Instytut (...) w W. zwracał się do (...) o renegocjację i przesunięcia między zakresami umowy w rodzaju leczenie szpitalne za II półrocze 2012 roku.

Koszt endoprotezy wszczepionej K. S. w wysokości 43.023,79 złotych i T. S. w kwocie 8.329,61 złotych został zapłacony przez (...).

Sąd I instancji wskazał, że przedmiotem niniejszego postępowania jest żądanie zapłaty kwot – kosztów leczenia i endoprotez, wykonanych poza limitami przewidzianymi w łączącej strony umowie. Bezsporne w sprawie pozostawało zawarcie między stronami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne, wszczepienie endoprotez pacjentom wymienionym w pozwie. Sporne natomiast pozostawało, czy istniała konieczność natychmiastowego udzielenia tych świadczeń ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

Sąd I instancji wskazał, że zgodnie z przepisem art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. W przypadku gdy świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym są udzielane przez świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca ma prawo do tych świadczeń w niezbędnym zakresie (art. 19 ust. 2 powołanej ustawy). 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 (art. 19 ust. 4 powołanej ustawy).

Sąd wskazał, że (...) nie ma obowiązku sfinansowania każdego świadczenia udzielonego przez szpital ponad limity ustalonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Żądanie zapłaty za udzielone świadczenia ponad limitowe jest prawnie zasadne tylko wtedy, gdy do wykonania tych świadczeń doszło w sytuacjach określonych w art. 7 ustawy z 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (obecnie art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej) i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, skoro przepisy te są źródłem bezwzględnie obowiązku lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej podjęcia interwencji medycznych w opisanych tam sytuacjach. Określone w umowach ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą przypadków, gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 kwietnia 2008 r., V CSK 533/07). Obowiązki wynikające z przepisów art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy zatem, zgodnie z art. 56 kc, włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między (...) a świadczeniodawcą i obciążyć nimi Fundusz zarządzający środkami publicznymi, z których powinny one być pokryte (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 2009 r., V CSK 272/08).

Sąd I instancji podniósł, że zgodnie z przepisem art. 15 ustawy o działalności leczniczej podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. W myśl zaś art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

Sąd I instancji przytoczył definicję stanu nagłego zawartą art. 5 pkt 33 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym jest to stan, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Zgodnie z tym zapisem, przez stan nagły należy rozumieć stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała albo utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne wykonywane są bez skierowania i finansowane przez (...) na podstawie zawartej ze świadczeniodawcą umowy. Obowiązek zapłaty za interwencję medyczną podjętą poza limitem zakontraktowanych zabiegów powstaje tylko w przypadku natychmiastowej potrzeby udzielenia pomocy medycznej (w tym przypadku ambulatoryjnych badań diagnostycznych) w razie zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta lub w przypadkach niecierpiących zwłoki. Warunków takich nie spełnia wykonanie wprawdzie niezbędnych, ale

wcześniej zaplanowanych zabiegów w uzgodnionym z pacjentem terminach. W każdym razie nie zachodzi konieczność udzielenia świadczeń przez ten konkretny podmiot leczniczy. W przeciwnym razie stwarza się ryzyko, że udzielanie świadczeń ponad limitowych stanowi będzie sposób na pozyskanie pacjentów oraz przygotowanie dla siebie dogodnej pozycji w negocjacjach dotyczących limitów świadczeń w kolejnym kontrakcie z (...) (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 października 2008 r., V CSK 139/08, patrz także artykuł Agnieszki Pietraszewskiej-Macheta, Wynagrodzenie za udzielenie pomocy w stanie nagłym, ABC nr 101092). Wykazanie zaistnienia powyższych okoliczności obciąża świadczeniodawcę – powoda (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 października 2008 r., V CSK 139/08, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 lutego 2008 r., II CSK 532/07). W ocenie Sądu I instancji, nie ulega wątpliwości, iż stwierdzenie, czy dane świadczenie zdrowotne zostało wykonane w warunkach określonych w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry wymaga wiadomości specjalnych. W związku z tym zgodnie z przepisem art. 278 § 1 kpc konieczne jest skorzystanie w takim wypadku z opinii biegłego (takie stanowisko w podobnej sprawie zajął Sąd Najwyższy - wyrok z dnia 14 lutego 2008 r., II CSK 532/07. Wskazał jednocześnie, że w sytuacji, gdy powód jest reprezentowany przez zawodowego pełnomocnika Sąd nie ma obowiązku dopuścić takiego dowodu z urzędu). Sąd I instancji wskazał, że w toku niniejszego postępowania powód ograniczył się do twierdzeń. Tym samym Sąd uznał, że nie wykazał zaistnienia w/w przesłanek. Powód również w toku postępowania sądowego nie złożył dokumentacji medycznej pacjentów, która to dokumentacja pozwoliłaby biegłemu dokonanie ustalenia, czy świadczenia zostały wykonane w stanie nagłym.

W ocenie Sądu, powód nie wykazał również wysokości kosztów leczenia P. J., P. W., K. S. i T. S. w wysokości po 12.792 złotych. Ograniczył się w tym zakresie do twierdzeń.

Roszczenie powoda w tych warunkach uznać należy zatem za nieudowodnione, a w konsekwencji skutkujące oddaleniem powództwa w całości.

Sąd I instancji wskazał nadto, że każdy zakład opieki zdrowotnej (w tym powód) musi mieć świadomość dysponowania jedynie określoną pulą środków na wykonanie określonych w umowach usług, a zatem winien jest właściwie je wykorzystać np. rozkładając w czasie udzielanie świadczeń i tworząc system kolejek. Roztropna gospodarka środkami finansowymi przewidzianymi w umowach zawartych przez strony jest obowiązkiem świadczeniodawcy wynikającym z prawidłowego wykonania zobowiązania (art. 354 § 1 i 2 kc) i wymaga takiego planowania świadczeń, aby zostawała bieżąca rezerwa na wypadki nagłe (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2006 r., V CSK 60/05). Wskazać trzeba, że na skutek aneksów do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, doszło do zmniejszenia maksymalnego zobowiązania funduszu za II półrocze 2012 roku z kwoty 22.378.800 złotych do kwoty 21.388.008 złotych, a zatem o prawie 1.000.000 złotych. Wszystkie świadczenia, których dotyczy niniejszy pozew, poza tym udzielonym A. K., były wykonane właśnie w II półroczu 2012 roku, a zatem w okresie, co do którego zmniejszono finansowanie. Zmiany umów dokonywane były z pewnością z inicjatywy powoda, a zatem brak jest podstaw do sfinansowania świadczeń ponad limitowych, także tych ratujących życie i zdrowie.

Mając powyższe na uwadze Sąd na podstawie wyżej powołanych przepisów orzekł jak w punkcie I wyroku.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 kpc.

Apelację od powyższego wyroku wywiódł powód. Zaskarżając wydany w sprawie wyrok w części dotyczącej pkt II i III, zarzucił:

I. nierozpoznanie istoty sprawy poprzez nieustalenie czy przeprowadzone zabiegi zostały wykonane w trybie nagłym, wskutek odmowy przeprowadzenia zawnioskowanych przez powoda dowodów zmierzających do jednoznacznego wykazania, że leczenie oraz wymiana endoprotez odbyły się w trybie nagłym ze względu na konieczność ratowania życia i zdrowia wskazanych w pozwie pacjentów powodowego Instytutu, co uzasadnia uzyskanie środków na nadwykonania, a tym samym zasadność zgłoszonego przez powoda roszczenia;

I. rażąco naruszenie przepisów postępowania cywilnego, tj.:

1. art. 217 § 1 kodeksu postępowania cywilnego w zw. z art. 227 Kodeksu postępowania cywilnego poprzez oddalenie wniosków dowodowych zgłoszonych przez stronę powodową zmierzających do ustalenia istotnych dla sprawy okoliczności tj. wykazania konieczności dokonania leczenia i wymiany endoprotez w trybie nagłym ze względu na potrzebę ratowania życia i zdrowia pacjentów;

1. art. 328 § 2 kodeksu postępowania cywilnego poprzez brak odniesienia się w uzasadnieniu wydanego orzeczenia do złożonego przez powoda wniosku dowodowego w postaci zeznań świadka M. Ł. na okoliczność sposobu rozliczenia zabiegów;

1. naruszenie art. 207 § 6 kodeksu postępowania cywilnego poprzez jego błędne zastosowanie i uznanie wniosku dowodowego powoda o zobowiązanie do złożenia dokumentacji medycznej złożonego na rozprawie w dniu 10 września 2015 r. za spóźniony i powodujący zwłokę w rozpoznaniu sprawy;

2. naruszenie przepisów postępowania poprzez uchybienie art. 233 § 1 kodeksu postępowania cywilnego polegające na dowolnej i wybiórczej, a nie swobodnej, ocenie materiału dowodowego i zaniechaniu wszechstronnego rozważenia sprawy, skutkującej sprzecznością istotnych ustaleń sądu z treścią zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego.

Mając na uwadze podniesione w apelacji zarzuty skarżący wniósł o:

- zmianę zaskarżonego wyroku poprzez zasądzenie od pozwanego kwoty 145.682,57 (słownie: sto czterdzieści pięć tysięcy sześćset osiemdziesiąt dwa 57/100) złotych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej liczonymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty;

- zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda zwrotu kosztów procesu wraz z kosztami zastępstwa procesowego, według norm przepisanych;

- zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego wraz z kosztami zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Z ostrożności procesowej, w przypadku nieuwzględnienia wniosków z pkt 1 powyżej, skarżący wniósł o:

- uchylenie zaskarżonego wyroku w pkt II i III i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania przez Sąd Okręgowy w Warszawie;

- zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego wraz z kosztami zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Na rozprawie w dniu 20 marca 2017r. pozwany wniósł o oddalenie apelacji powoda i zasądzenia kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powoda okazała się uzasadniona i wyrok podlegał zmianie.

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 dentystry i art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Niewłaściwy jest 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 t.j. w jakim stanie, z jakimi dolegliwościami i w jaki sposób pacjenci trafili do powodowego szpitala. Uznać należy, że Sąd I instancji niezasadnie oddalił zgłoszone

przez powoda wnioski dowodowe, dokonując przedwczesnej ich oceny, że za pomocą dowodu ze świadków nie mogą być wykazane okoliczności mające znaczenie dla rozstrzygnięcia t.j. konieczność wykonania zabiegów w trybie nagłym i ich niezbędność dla ratowania życia i zdrowia pacjentów. Tym samym za uzasadniony uznać należy zarzut naruszenia art. 217 § 1 k.p.c. oraz art. 227 k.p.c.

Sąd Apelacyjny na podstawie materiału dowodowego zebranego przed Sądem I instancji w postaci kart kwalifikacyjnych pacjentów A. K., P. J., P. W., K. S. i T. S., jak również dotyczących tych pacjentów kart informacyjnych leczenia szpitalnego, oraz po uzupełnieniu materiału dowodowego o zeznania świadków dodatkowo ustala, że pacjenci zostali przyjęci do szpitala z powodu silnych dolegliwości bólowych, spowodowanych uszkodzeniami endoprotez (A. K.- złamanie płytki endoprotezy, P. J.- obluzowanie trzpienia endoprotezy, P. W.- uszkodzenie wkładki endoprotezy, K. S.- niestabilność kolana spowodowana uszkodzeniem zamka endoprotezy, T. S.- uszkodzenie zamka endoprotezy). Pacjenci zgłaszali się do przyszpitalnej przychodni. Wówczas wykonywano im badanie kliniczne oraz zdjęcie radiologiczne. Pacjenci zostali zakwalifikowani do zabiegów rewizji endoprotez, przy czym w każdym przypadku dokonanie zabiegu niezwłocznie było konieczne z uwagi na niebezpieczeństwo ciężkiego rozstroju zdrowia- pacjentom groziło uszkodzenie kości, narażało ich na zakażenie, zwiększało zakres późniejszego zabiegu. Ponadto zwlekanie z zabiegiem znacznie zwiększyłoby (nawet wielokrotnie) jego koszty. Pacjenci byli ludźmi młodymi (w wieku od 20 do 27 lat), każdy z nich był leczony onkologicznie. Zabiegi zostały wykonane w ciągu 1- 2 dni od zdiagnozowania. W przypadku pacjenta P. J. rozbieżność czasowa pomiędzy zdiagnozowaniem pacjenta a wykonaniem zabiegu wynikała z konieczności zamówienia implantu u producenta.

Ocenić należy, że zeznania świadków przesłuchanych przez Sąd Apelacyjny miały charakter ogólny z uwagi na znaczny upływ czasu, który nastąpił od poszczególnych zdarzeń. Zeznania świadków M. P., B. P. i A. S. pozwoliły jednak ustalić procedury obowiązujące w powodowym szpitalu, sposób przyjmowania i diagnozowania pacjentów, warunki panujące w szpitalu oraz charakter zabiegów, którym zostali poddani pacjenci oraz skutki, które mogłyby wystąpić w przypadku braku ich wykonania w trybie natychmiastowym.

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 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. 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 orzecznictwie 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 dentysty 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 przewlekle, 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 w oparciu o zebrany w sprawie materiał dowodowy, dokonał analizy, czy poszczególne świadczenia medyczne udzielone przez powodowy szpital, spełniają kryterium udzielenia ich w stanach nagłych. Uwzględniono przy tym charakter dolegliwości pacjentów (silne dolegliwości bólowe), ich przyczynę (uszkodzenie endoprotez), która została wywołana wskutek zdarzenia nagłego i niespodziewanego np wskutek upadku. Mimo, że pacjenci chorowali przewlekłe, byli bowiem leczeni onkologicznie, to konieczność wymiany endoprotez nie była możliwa do przewidzenia i nie mogła stać się przedmiotem umówionego, planowego zabiegu. Pacjenci z uszkodzonymi endoprotezami nie mogli chodzić, zabiegu nie dało się uniknąć, zaś zwlekanie z zabiegiem groziło rozstrojem zdrowia, zwiększało znacząco zakres zabiegu oraz jego koszty. W ocenie Sądu Apelacyjnego, stwierdzenie w tym konkretnym przypadku konieczności udzielenia świadczeń w stanach nagłych, nie wymaga wiadomości specjalnych. Każdy z pacjentów doznał urazu wskutek wypadku. Uraz miał charakter zbliżony do złamania nogi (aczkolwiek dużo bardziej skomplikowany). Oczywiście jest, że pozostawienie pacjenta bez natychmiastowej pomocy groziło rozstrojem jego zdrowia. Zakres udzielonego świadczenia był z kolei determinowany charakterem schorzeń pacjentów tzn tym, że uprzednio mieli wszczepione endoprotezy i należało dokonać wymiany uszkodzonych elementów. Na podkreślenie zasługuje fakt, że zwlekanie z zabiegiem, oprócz groźby rozstroju zdrowia, mogło spowodować znacznie wyższe koszty zabiegu. Z jednej strony więc (...) poniosłby wyższe koszty refundacji ze środków publicznych, z drugiej zaś - w ramach kontraktu szpital mógłby udzielić pomocy mniejszej liczbie pacjentów.

Obowiązki wynikające z art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry mają 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 zdrowia pacjentów 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 (...) lub w razie przekroczenia limitu, 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 w przypadku pacjentów P. J. i P. W. przedstawił faktury z których wynika koszt endoprotez i jest to odpowiednio 22.506,12 zł i 68.083,96 zł. Skoro powód uścił na rzecz dostawcy takie kwoty, to nie sposób kwestionować ich uzasadnionego charakteru. Niewątpliwie sam zabieg wszczepienia endoprotez związany jest z kosztami. Powód w tym przypadku ocenił go na kwotę 12.792 zł, i podkreślenia wymaga, że nie jest to wartość oparta jedynie na twierdzeniach powoda, ale stanowi wartość za tego rodzaju zabieg wynikający z umowy z (...). Sąd uznał takie określenie uzasadnionego kosztu wykonania zabiegu za wystarczające, zwłaszcza że pozwany nie wskazał w jakiej części i z jakiego powodu wartość powyższą kwestionuje.

Uzasadnione koszty świadczeń udzielonych pacjentom wyniosły 145.682,57 zł, stąd na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. Sąd Apelacyjny zmienił wyrok Sądu I instancji zasądzając kwotę wyższą 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 wniesienia pozwu. W konsekwencji, zmianie podlegało rozstrzygnięcie w przedmiocie kosztów procesu, które Sąd Apelacyjny oparł na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. Wynagrodzenie pełnomocnika pozwanego będącego adwokatem ustalono na mocy § 6 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (t.j. Dz.U. Nr 163 poz. 1348 ze zm.).

Na mocy art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. (t.j. Dz.U. z 2014r. poz. 1025 ze zm.) obciążono pozwanego kwotą 7285 zł tytułem opłaty sądowej od pozwu, od uiszczenia której powód był zwolniony.

Rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego oparto na podstawie art. 108 § 1 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. w zw. z art. 98 § 1 i 3 k.p.c. Wynagrodzenie pełnomocnika pozwanego będącego adwokatem ustalono na mocy § 6 pkt 6 w zw. z § 13 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (t.j. Dz.U. Nr 163 poz. 1348 ze zm.).

Na mocy art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. (t.j. Dz.U. z 2014r. poz. 1025 ze zm.) obciążono pozwanego kwotą 7285 zł tytułem opłaty sądowej od apelacji, od uiszczenia której powód był zwolniony.