

Sygn. akt I ACa 1337/11

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 stycznia 2012 r.

Sąd Apelacyjny we Wrocławiu – Wydział I Cywilny w składzie:

Przewodniczący:	SSA Małgorzata Lamparska (spr.)
Sędziowie:	SSA Tadeusz Nowakowski SSA Anna Guzińska
Protokolant:	Joanna Skuza

po rozpoznaniu w dniu 19 stycznia 2012 r. we Wrocławiu na rozprawie

sprawy z powództwa (...) **S.A. w N.**

przeciwko **Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W.- (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w O.**

o zapłatę

na skutek apelacji strony pozwanej

od wyroku Sądu Okręgowego w Opolu

z dnia 20 października 2011 r. sygn. akt I C 380/10

1. zmienia zaskarżony wyrok w punkcie I w ten sposób, że oddala powództwo oraz w punkcie III w ten sposób, że zasądza od strony powodowej (...) S.A. w N. na rzecz strony pozwanej Narodowego Funduszu Zdrowia w W.- (...) Oddziału Wojewódzkiego w O. kwotę 7.217 zł tytułem zwrotu kosztów procesu,

2. zasądza od strony powodowej na rzecz strony pozwanej kwotę 22.424 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem Sąd Okręgowy w Opolu zasądził od strony pozwanej na rzecz strony powodowej kwotę 304.470 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 2.04.2010 r. do dnia zapłaty (pkt I), umorzył postępowanie co do kwoty 25.194 zł (pkt II) i zasądził od strony pozwanej na rzecz strony powodowej kwotę 44.549 zł tytułem zwrotu części kosztów procesu (pkt III). Podstawą powyższego orzeczenia były następujące ustalenia faktyczne.

W dniu 31.12.2008r aneksem nr (...) do umowy nr (...) i aneksem nr (...) do umowy nr (...) strony zawarły umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne na kwotę 11.242.215,00 zł. W załączniku nr 1 podano liczbę punktów rozliczeniowych do wykonania w 2009 r. Strona powodowa była zobowiązana co miesiąc wykonać 1/12 limitu rocznego. Strona pozwana co miesiąc płacił za 1/12 kontraktu. Jednak pomimo kolejek i kontroli wykonania

świadczeń zdrowotnych, zdarzały się uzasadnione przyjęcia przekraczające miesięczne limity, o czym strona pozwana wiedziała na podstawie sporządzanych co miesiąc sprawozdań statystycznych. Umowę nr (...) zmieniano 15 razy, a aneksem nr (...) z dnia 01.10.2009r ustalono wartość umowy od 01.01.2009 do 30.09.2009 na kwotę 8.508.536,00 zł. W dniu 01.10.2009 r. strony podpisały umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne od 01.10.2009 r. do 31.12.2009 r. na kwotę 2.811.138 zł. Umowę zmieniano 9 razy, aneks nr (...) zamyka się kwotą 2.426.292 zł.

Strona powodowa na oddziale dziecięcym nie prowadzi przyjęć planowanych ani tzw. kolejki medycznej. Przyjęcia są realizowane tylko w związku z zagrożeniem życia i pogarszającego się stanu zdrowia. Żadnej hospitalizacji wykazanej w załączniku nr 1 do umowy nr (...) nie można było przesunąć na inny termin. Strona powodowa przyjmowała osoby w sytuacjach ratujących życie lub pogarszających się stanów zdrowia. Poza tą grupą byli też pacjenci, którzy oczekiwali na przyjęcia tzw. kolejki, które dotyczą oddziału ginekologiczno-położniczego, gdy stan zdrowia im na to pozwalał. Listy osób oczekujących były przekazywane do pozwanego zgodnie z ustawą.

Spośród 43 zbadanych przypadków pacjentek przyjętych na oddział ginekologiczno-położniczy strony powodowej 35 pacjentek wymagało udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej z uwagi na stan zagrożenia życia i zdrowia. Natomiast ze 148 zbadanych przypadków dzieci przyjętych na oddział pediatryczny powodowego szpitala 144 pacjentów wymagało udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej z uwagi na stan zagrożenia życia i zdrowia. Pozostałych 8 pacjentek i 4 dzieci nie wymagało nagłej pomocy medycznej związanej ze stanem zagrożenia życia i zdrowia.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd pierwszej instancji uznał, że powództwo ponad umorzoną kwotę było zasadne. Sąd Okręgowy stwierdził, że świadczeniodawcom usług medycznych przysługuje wobec NFZ roszczenie o wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe spełnione na rzecz osób ubezpieczonych w okolicznościach, w których było zagrożone ich życie lub zdrowie. Roszczenie to wynika stąd, że na zakładach opieki zdrowotnej i lekarzach w nich zatrudnionych ciąży ustawowy obowiązek udzielenia pomocy medycznej w przypadkach nagłych, zaś odpowiedzialność za ciągłość i powszechną dostępność świadczeń zdrowotnych ponosi NFZ, w związku z czym to właśnie NFZ jest zobowiązany do pokrycia kosztów świadczeń udzielanych w powyższych warunkach. Obowiązek ten nie może zostać wyłączony w drodze czynności prawnej, dlatego umowne ustalenie kwoty limitującej odpowiedzialność NFZ wobec zakładu opieki zdrowotnej nie dotyczy świadczeń udzielanych w wypadkach nagłych.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Okręgowy uznał za zasadne zasądzenie od strony pozwanej na rzecz strony powodowej kwoty 304.470 zł, jako że powodowy szpital udzielił zabiegów ratujących zdrowie i życie na oddziale ginekologiczno-położniczym o wartości 54.315 zł, a na oddziale pediatrycznym na kwotę 250.155 zł, a strona pozwana nie uiściła wynagrodzenia z tego tytułu. W zakresie kwoty 25.194 zł postępowanie zostało umorzone w związku z cofnięciem pozwu.

Powyższy wyrok został zaskarżony w punktach I i III przez stronę pozwaną, która wniosła o „uchylenie zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w całości bądź o przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania ze stosownymi zaleceniami Sądu Apelacyjnego” oraz zarzuciła „błąd w ustaleniach faktycznych i naruszenie prawa materialnego i jak również niewyjaśnienie okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy”.

W uzasadnieniu skarżący zarzucił ponadto, że Sąd Okręgowy przy ocenie sprawy pominął treść ugody zawartej między stronami w dniu 22.10.2010 r. Skarżący podniósł też, że strona powodowa nieprawidłowo rozliczała z NFZ świadczenia udzielane w sytuacjach nagłych, gdyż wbrew zarządzeniu Prezesa NFZ nr (...) nie oznaczała ich literą (...). Strona pozwana stwierdziła również, że umowy zawarte przez strony obejmowały określoną wynegocjowaną ilość świadczeń już w momencie ich zawierania, a przywołane przez Sąd Okręgowy przepisy materialnoprawne nie mogą same z siebie dawać szpitalom podstawy do roszczenia wobec NFZ o uiszczenie wynagrodzenia z tytułu wykonania świadczeń ponadlimitowych, gdyż w takim wypadku zawieranie umów nie byłoby w ogóle potrzebne. Co więcej, zdaniem skarżącego, świadczenia ratujące życie mogą być udzielane tylko w warunkach leczenia szpitalnego, a nie ambulatoryjnego i w związku z tym żadne ze świadczeń udzielonych przez stronę powodową w ramach

leczenia ambulatoryjnego nie może zostać uznane za ratujące zdrowie lub życie. Strona pozwana wskazała też, że analizowane w niniejszej sprawie świadczenia nie dotyczyły udzielenia pomocy medycznej w wypadkach nagłych, tylko takich, które mogły zostać rozplanowane i w związku z tym strona powodowa nie wykazała, że z uwagi okoliczności poszczególnych przypadków zachodziła potrzeba udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej. Skarżący zarzucił również, że strona powodowa wbrew ciążyącemu na niej obowiązkowi nie stosowała procedury kolejki medycznej i nie korzystała z prawa wyboru świadczeniodawcy. Taka praktyka wskazuje, zdaniem skarżącego, na to, że do rozliczeń w ramach limitów umownych strona powodowa celowo wskazywała wybiórczo świadczenia inne niż ratujące życie, aby za te ratujące życie otrzymać dodatkowe pozaumowne wynagrodzenie.

W odpowiedzi na apelację strona powodowa wniosła o jej oddalenie.

Sąd Apelacyjny uzupełnił ustalenia faktyczne Sądu Okręgowego o następujące okoliczności:

W dniach 22.02.2010 r., 24.02.2010 r. i 26.02.2010 r. strony zawarły ugody mające na celu ustalenie kwot całkowitego wynagrodzenia z tytułu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna i leczenie szpitalne w okresie od dnia 1.01.2009 r. do dnia 31.12.2009 r., w tym świadczeń objętych umowami o numerach (...), (...) i (...). Strona pozwana zobowiązała się zapłacić stronie powodowej łączną kwotę 172.980,60 zł z tytułu udzielania w okresie od dnia 1.01.2009 r. do dnia 31.12.2009 r. wskazanych świadczeń opieki zdrowotnej w ilości przekraczającej liczbę jednostek rozliczeniowych określonych w powyższych umowach. Strony zgodnie stwierdziły, że postanowienia ugód czyniły zadość ich intencjom i oświadczyły, że powyższa kwota stanowi całkowite wynagrodzenie z tytułu udzielenia przez stronę powodową wszystkich podanych świadczeń opieki zdrowotnej we wskazanym okresie, zaś jej zapłata wyczerpuje wszelkie roszczenia strony powodowej wobec strony pozwanej związane z realizacją tych świadczeń, udzielonych w każdym okolicznościach we wskazanym wyżej okresie. Ponadto strona powodowa zrzekła się na przyszłość jakichkolwiek dalszych roszczeń związanych z realizacją podanych świadczeń opieki zdrowotnej we wskazanym okresie.

Dowód: ugody (k. 87-96).

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja jest zasadna, choć nie wszystkie zarzuty podniesione w apelacji zasługują na uwzględnienie.

Sąd Apelacyjny uznał, że ustalenia faktyczne Sądu Okręgowego są prawidłowe i w związku z tym przyjął je za własne i uczynił z nich podstawę niniejszego orzeczenia, uzupełniając je jednakże o wskazane wcześniej okoliczności.

Przede wszystkim zatem wskazać należy, że Sąd Apelacyjny nie aprobeuje wywodów apelacji, w których skarżący stwierdził, że zasadności roszczenia strony powodowej o tzw. świadczenia ponadlimitowe nie może uzasadniać brzmienie przepisów materialnoprawnych przywołanych w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku. Zgodnie z ugruntowanym orzecznictwem Sądu Najwyższego, w pełni aprobowanym przez Sąd Apelacyjny, limity świadczeń zdrowotnych określonych w umowach o świadczenie opieki zdrowotnej nie mogą skutkować odmową udzielania świadczenia w warunkach zagrażających życiu i zdrowiu. Uchwalając art. 68 ust.1 i 2 Konstytucji RP, ustrojodawca zagwarantował wszystkim prawo do ochrony zdrowia, zaś obywatelom Rzeczypospolitej Polskiej zapewnił równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Ochrona zdrowia jest też gwarantowana przez art. 12 ust. 1 i art. 12 ust. 2 lit. d Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, art. 35 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej oraz art. 11 Europejskiej Karty Społecznej. Prawo do opieki zdrowotnej stanowi także jedną z form realizowania przez Państwo ochrony najwyższej wartości, jaką jest życie i która to wartość jest poddana ochronie przez art. 38 Konstytucji RP, art. 2 ust. 1 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, art. 6 ust. 1 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych i art. 2 ust. 1 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej (por. B. Banaszak, Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, 2009, C.H. Beck, art. 38, t. 4). Obowiązek ochrony życia wymaga bowiem od Państwa, aby ustanowiło regulacje prawne wymagające od szpitali – tak publicznych, jak i prywatnych – podejmowania odpowiednich kroków chroniących życie

pacjentów (por. L. Garlicki, Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności. Komentarz do artykułów 1–18, 2010, C.H. Beck, art. 2, rozdz. IV, t. 6).

Prawa do ochrony zdrowia i życia są realizowane między innymi przez uprawnienie do uzyskania natychmiastowej pomocy medycznej w stanach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. Uprawnienie to wynika z art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.), dalej: u.ś.o.z. Realizacja tego uprawnienia jest zapewniana przez art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654 ze zm.), dalej: u.d.l. oraz uchylony już, ale mający zastosowanie do rozpoznawanej sprawy art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 ze zm.), dalej: u.z.o.z., nakładający na zakłady opieki zdrowotnej bezwzględny obowiązek udzielenia świadczeń zdrowotnych w stanach nagłych. Obowiązek ten ciąży przy tym nie tylko na samych zakładach opieki zdrowotnej, ale także bezpośrednio na ich personelu medycznym, to jest lekarzach, pielęgniarkach i położnych, co wynika z art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (t.j. z Dz.U. z 2008 r., Nr 136, poz. 857 ze zm.), dalej: art. 30 u.z.l., art. 12 ust. 1 ustawy dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. Nr 174, poz. 1039) oraz uchylonego już, ale mającego zastosowanie do niniejszej sprawy art. 19 ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. z 2009 r., Nr 151, poz. 1217, ze zm.).

W orzecznictwie słusznie podkreśla się, że skoro uprawnienie do uzyskania natychmiastowej pomocy medycznej w stanach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia jest wyrazem ochrony życia i zdrowia gwarantowanej przez Państwo, a na podmiotach udzielających świadczeń medycznych ciąży bezwzględny obowiązek ratowania życia i zdrowia ludzkiego w przypadkach nagłych, to koszty realizacji tego obowiązku powinny obciążać Państwo. Z tego też względu osoby, które udzieliły pomocy medycznej w wypadkach nagłych mogą domagać się od Państwa zwrotu kosztów udzielenia tej pomocy. Roszczenie to przysługuje przy tym nie wobec Skarbu Państwa, ale w stosunku do Narodowego Funduszu Zdrowia, jako że stanowi on państwową osobę prawną, do której zadań, zgodnie z art. 97 ust. 3 pkt 2a-3b u.ś.o.z., należy finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. Obowiązek zwrotu kosztów udzielenia pomocy medycznej w przypadkach nagłych ma więc swoje umocowanie w przepisach powszechnie obowiązujących i jako taki nie może zostać ograniczony za pomocą czynności prawnych, w tym umów. Umowa uchylająca lub ograniczająca powyższy obowiązek byłaby nieważna z mocy art. 58 § 1 k.c. (por. wyrok SN z 13.07.2005 r., I CK 18/05, OSP 2006, z. 6, poz. 70 z glosą aprobującą M. Nestorowicza, PiM2006, nr 23, s. 146). W związku z powyższym, przewidziane w umowach o udzielanie opieki zdrowotnej kwoty zobowiązań NFZ wobec zakładów opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 136 pkt 5 u.ś.o.z., nie obejmują zobowiązań wynikających z wykonania świadczeń zdrowotnych udzielanych w stanach nagłych w sytuacji, gdy ich realizacja przekracza określone tam limity (por. wyrok SN z 5.11.2003 r., IV CK 189/02, LEX nr 164009). Należy przy tym dodać, że zgodnie z art. 19 ust. 4 u.ś.o.z., roszczenie o wynagrodzenie za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone w stanie nagłym przysługuje również osobom, które udzieliły takich świadczeń pomimo niezawarcia umowy o świadczenie opieki zdrowotnej. Z tej przyczyny błędne są twierdzenia skarżącego, według którego do ubiegania się zwrotu kosztów udzielenia świadczeń zdrowotnych w wypadkach nagłych konieczne jest podpisanie umowy.

Odnosząc powyższe uwagi do realiów rozpoznawanej sprawy, należy stwierdzić, że stronie powodowej przysługiwało wobec NFZ roszczenie o zwrot kosztów udzielenia świadczeń w sytuacjach nagłych. Oczywiście, do zasądzenia żądanej przez stronę powodową kwoty konieczne było wykazanie przez nią, że udzieliła świadczeń w powyższych warunkach, ponieważ to na zakładzie opieki zdrowotnej, który dochodzi roszczenia o zapłatę za świadczenia medyczne udzielone pacjentom w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia ciąży dowód wykazania tego, że z uwagi na okoliczności poszczególnych przypadków zachodziła potrzeba natychmiastowego udzielenia tych świadczeń (por. wyrok SN z 14.02.2008 r., II CSK 532/07, LEX nr 469387; wyrok SN z 5.11.2003 r., IV CK 189/02, LEX nr 164009). Strona powodowa udowodniła powyższe okoliczności, gdyż z przeprowadzonych w sprawie dowodów (a w szczególności z opinii biegłych) wynika niezbicie, że w okresie od dnia 1.01.2009 r. do dnia 31.12.2009 r. powodowy szpital udzielił świadczeń zdrowotnych w stanie zagrożenia życia lub pogarszającego się stanu zdrowia wymagających niezwłocznej pomocy medycznej 170 pacjentom, a koszty tych świadczeń, wynoszące 304.470 zł, nie zostały pokryte przez NFZ.

Skarżący wskazał, że udzielone przez stronę powodową świadczenia medyczne nie dotyczyły sytuacji nagłych, jednak twierdzenia te nie znajdują oparcia w zebranych w sprawie materiałach dowodowych. Przed przejściem do dalszych

rozważań w tej kwestii należy wskazać, że przez świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w stanach nagłych, o których mowa w art. 19 ust. 1 u.ś.o.z. (jak też w art.7 u.z.o.z., art. 12 u.d.l. i art. 30 u.z.l.), należy rozumieć takie świadczenia, które są realizowane w stanie polegającym 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, wymagającym podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia, co wynika z art. 5 pkt 33 u.ś.o.z. w zw. z art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym Dz.U. Nr 191, poz.1410 ze zm. (por. M. Dercz i T. Rek, Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz, 2010, ABC, art. 7, t. 4; K. Baka, Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, 2010, ABC, art. 5, rozdz. „Stan nagły”, t. 2; A. Pietraszewska-Macheta, ibidem, art. 19, rozdz. „Przesłanki wystąpienia stanu nagłego”, t. 1). Trzeba więc podkreślić, że w hipotezie art. 19 ust. 1 u.ś.o.z. zawierają się nie tylko nagłe wypadki zagrożenia utratą życia, ale też nagłe wypadki zagrożenia utratą zdrowia (por. wyrok SN z 13.10.2006 r., III CSK 123/06, LEX nr 258671). Zagrożenie utratą życia lub zdrowia musi jednak w każdym wypadku być nagłe, co oznacza, że świadczeniami zdrowotnymi udzielanymi w sytuacjach nagłych nie będą takie, które co prawda ratują życie lub zdrowie, jednak stosowane są u chorych leczonych przewlekłe, wymagających regularnego poddawania się zabiegom medycznym (por. wyrok SN z 4.01.2007 r., V CSK 396/06, LEX nr 244455).

Świadczenia udzielone przez powodowy szpital, z których wywodzi on rozpoznawane roszczenie, miały charakter świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w stanach nagłych, w powyższym rozumieniu. Z powołanych już opinii biegłych wynika bowiem, że wskazane wcześniej świadczenia w 170 ze 183 zbadanych przypadków zostały udzielone w stanach zagrożenia życia lub pogarszającego się stanu zdrowia, wymagających podjęcia natychmiastowej interwencji medycznej. Z tej też przyczyny nie można zgodzić się ze stwierdzeniem skarżącego, że powyższe świadczenia nie były udzielane w stanach nagłych.

Skarżący niesłusznie też zarzucił, że strona pozwana udzielając pomocy w przypadkach nagłych była zobowiązana do zastosowania procedur przewidzianych w art. 20 i 30 u.ś.o.z. Tzw. kolejka medyczna, uregulowana w art. 20 u.ś.o.z., pozwala na ustalenie określonej kolejności świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom. Procedura ta nie może jednak być stosowana w sytuacjach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia, ponieważ ze swej natury wymagają one udzielenia pomocy w pierwszym rzędzie, z pominięciem pozostałych świadczeń ustalonych w kolejce (por. M. Dercz i T. Rek, Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz, 2010, ABC, art. 7, t. 3; A. Pietraszewska-Macheta, Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, 2010, ABC, art. 20, t. 1; wyrok WSA w Warszawie z 17.11.2005 r., VI SA/Wa 1003/05, LEX nr 192536 z glosą T. Zimnej). Natomiast prawo wyboru świadczeniodawcy, uregulowane w art. 30 u.ś.o.z., polega na tym, że pacjent jest uprawniony do wyboru zakładu opieki zdrowotnej, z którego usług będzie korzystał, a nie na tym, że zakład opieki zdrowotnej może skierować pacjenta (w tym zwłaszcza znajdującego się w stanie nagłym) do innego zakładu opieki zdrowotnej.

Dalej wskazać należy, że skarżący słusznie podnosi, że zgodnie z art. 58 u.ś.o.z. pacjent może korzystać z leczenia szpitalnego, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne, jednak wyciąga z tego nieuprawniony wniosek, że tylko świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego mogą mieć charakter ratujący życie lub zdrowie. Świadczenia ratujące zdrowie lub życie w wypadkach nagłych mogą być udzielane zarówno w zakresie leczenia szpitalnego, jak i leczenia ambulatoryjnego. Zgodnie z art. 5 pkt 1 u.ś.o.z. leczenie ambulatoryjne wyróżnia się jedynie tym, że nie wymaga ono opieki całodobowej albo całodziennej, ale nie zakresem świadczeń medycznych jako takich. Jest bowiem możliwe udzielenie pomocy medycznej w wypadku nagłym również w stosunku do pacjenta niewymagającego całodobowej lub całodziennej opieki. Często takie świadczenie będzie polegało na wykonaniu jednorazowego zabiegu, co może mieć miejsce w przypadku usunięcia ciała obcego z przewodu oddechowego - po wykonaniu takiego zabiegu pacjent z reguły może udać się do domu i nie wymaga całodobowej czy całodziennej opieki.

Zgodzić się jednakże należy z apelującym, że szpital realizując świadczenia ratujące życie i zdrowie nie w pełni realizował ustalenie umowy co do sposobu rozliczania świadczeń medycznych. Nie jest on przecież powołany jedynie do realizacji świadczeń planowych, jego obowiązkiem jest udzielanie pomocy ratującej życie i zdrowie. Oczywiście w momencie kontraktacji usług medycznych żaden świadczeniodawca nie jest w stanie przewidzieć ile procedur w wypadkach nagłych ratujących życie i zdrowie będzie musiał zastosować. Te ostatnie procedury muszą być jednakże

w momencie kontraktacji także przewidziane, ale w sytuacji, gdy wyczerpie się limit umowny są nadal realizowane. To niewątpliwie odróżnia procedurę planową od ratującej życie i zdrowie. Ta pierwsza nie zostanie zrealizowana po wyczerpaniu limitu, ta druga zawsze – w ramach posiadanych przez szpital środków zakontraktowanych lub poza nimi, o ile ulegną wyczerpaniu. Sposób rozliczania udzielanych świadczeń został ustalony stanowiącym element umowy komunikatem NFZ, który zawiera schemat dokonywanych rozliczeń (vide k 113). Okoliczność tą ustala Sąd I Instancji a strona powodowa nie przeczy, że do takiego sposobu rozliczeń była zobowiązana.

W praktyce zakładów opieki zdrowotnej zdarza się niejednokrotnie, że świadczeniodawca nie planuje realizacji świadczeń w racjonalny sposób, na podstawie liczby świadczeń zawartych w umowie, realizując wszelkie możliwe świadczenia, które jest w stanie wykonać przy określonym potencjale jednostki. Po stwierdzeniu, że zrealizowano większą ilość świadczeń niż wynika to z umowy, kieruje roszczenie do NFZ, uzasadniając przekroczenie limitów koniecznością udzielania świadczeń ratujących życie i zdrowie.

W niniejszej sprawie bezsporne jest, że przedstawione podczas trwania umowy świadczenia ratujące życie i zdrowie były rozliczane w drodze zwiększenia limitu zawartej umowy (vide k 84-86). Świadczenia przedstawione obecnie do rozliczenia pochodzą z okresu I połowy roku jeżeli chodzi o oddziała ginekologiczno-położniczy i w zdecydowanej większości z pierwszego kwartału na oddziale pediatrycznym. Zgodzić się zatem można z apelującym, że przekroczenie limitów usprawiedliwiane obecnie koniecznością ratowania życia i zdrowia było konsekwencją nieracjonalnej gospodarki szpitala, która do rozliczenia przedstawiała w danym okresie zabiegi planowe, a ratujące życie i zdrowie w zakresie dochodzonym pozwem, dopiero po zakończeniu trwania umowy i wyczerpaniu limitu.

Uchybieniem, którego dopuścił się powodowy szpital w zakresie wykonywania umów wiążących go ze stroną pozwaną, było także to, że w rozliczeniach z NFZ nie oznaczał on świadczeń udzielanych w sytuacjach nagłych literą (...). Fakt ten był między stronami bezsporny. Usprawiedliwiane tej sytuacji stwierdzeniem słuchanego w charakterze strony Prezesa zarządu, że „lekarze stracili czujność” nie może odnieść żadnego skutku. Stosowania właściwego oznaczenia miało na celu właśnie możliwość monitorowania przez NFZ świadczeń, które muszą być sfinansowane mimo wyczerpania miesięcznego limitu, co umożliwia racjonalną gospodarkę posiadanymi przez stronę pozwaną środkami.

Skarżący przede wszystkim jednakże słusznie zarzucił, że Sąd Okręgowy bezzasadnie pominął treść ugód zawartych przez strony w 2010 r. Mocą tych ugód strona powodowa zrzekła się wszelkich roszczeń wobec NFZ z tytułu świadczeń medycznych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego udzielanych w 2009 r. Zawarcie ugód o podanej treści wywołuje skutek w postaci wygaśnięcia roszczeń powodowego szpitala wobec NFZ. Nie można przy tym zgodzić się ze stwierdzeniem strony powodowej, że analizowane ugody dotyczą wyłącznie świadczeń uregulowanych w umowach stron czy też płatności wynikających ze wzrostu wynagrodzeń, a nie tzw. świadczeń ponadlimitowych. W ugodach strony wyraźnie wskazały, że ich zakres obejmuje świadczenia opieki zdrowotnej w ilości przekraczającej liczby jednostek rozliczeniowych określonych w umowach stron. Co więcej, zawieranie ugód regulujących zobowiązania stron z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych w umownych limitach byłoby pozbawione sensu w sytuacji, w której świadczenia te zostały już między stronami rozliczone. Nie można też zgodzić się ze stroną powodową, że w postanowieniach ugód nie ma mowy o udzielaniu świadczeń w każdych okolicznościach. Wręcz przeciwnie, w każdej z ugód strony oświadczyły, że ustalona zapłata ze strony NFZ wyczerpuje wszelkie roszczenia strony powodowej wobec strony pozwanej związane z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego, udzielonych w każdych okolicznościach w 2009 r. Strony nie wskazały przy tym wyraźnie, że chodzi również o świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w stanach nagłych, jednak skoro była mowa o świadczeniach udzielanych „w każdych okolicznościach”, to świadczenia te bez wątpienia mieściły się w tym zakresie. Strona powodowa nie wykazała bowiem co innego niż świadczenia ratujące życie i zdrowie miałyby mieścić się w pojęciu „każdych okoliczności.” Słuchany w charakterze strony powodowej Prezes zarządu wprawdzie podał, że ugody dotyczyły tylko umów a nie nadwykonań, ale jego przesłuchanie jest sprzeczne z treścią zawartej ugody.

W ocenie sądu Apelacyjnego, zgodnie z art. 65 k.c. oświadczenie woli strony należy wyklądać zgodnie z ustalonymi pomiędzy stronami zwyczajami. Poza sporem jest, że po zakończeniu trwania umowy, strona pozwana kompleksowo rozliczała pozostałe należności dotyczące minowego okresu. Nic przecież nie stało na przeszkodzie, gdyby dać wiarę przesłuchaniu strony powodowej, aby w sposób wyraźny określić, że umowa nie wyczerpuje wszelkich zobowiązań w stosunku do Narodowego Funduszu Zdrowia, tym bardziej, że przecież na datę zawarcia umowy wysokość należności z tytułu świadczeń udzielonych w warunkach ratujących życie i zdrowie była już znana, choćby z tego powodu, że świadczenia te pochodziły o ile dotyczą oddziału pediatrycznego w zdecydowanej większości z okresu styczeń – marzec, zaś w przypadku oddziału ginekologiczno – położniczego styczeń – lipiec.

Nie można także uznać, czego zresztą strona powodowa wprost nie podnosiła, że zawierając te ugody działała w błędzie wywołanym przez drugą stronę. Strony są profesjonalistami w obrocie związanym ze świadczeniami medycznymi, Prezes zarządu strony powodowej miał świadomość wysokości należności związanej z udzielonymi świadczeniami ratującymi życie i zdrowie. Trudno dać mu wiarę, że zawarł tę ugodę tylko dlatego, że dyrektor strony pozwanej zapewniał go, że sprawa ndwykonań to sprawa przyszłości, tym bardziej, że do zawarcia ugód dochodzi po zakończeniu umowy na rok 2009 r. Ponadto strona powodowa w terminie przewidzianym w art.88 § 2 nie uchyliła się od skutków ewentualnego błędu. Już przecież z pisma strony pozwanej datowanego na dzień 24 marca 2010 r. (vide k 13,) a ostatecznie z odpowiedzi na pozew (data doręczenia 26 października 2010r.) strona powodowa powzięła wiadomość , że w ocenie strony pozwanej zawarte ugody wyczerpują wszelkie roszczenia.

Podsumowując, strona powodowa w drodze ugód skutecznie zrzekła się roszczenia dochodzonego w niniejszej sprawie, dlatego też Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zmienił zaskarżony wyrok w punkcie I w ten sposób, że oddalił powództwo.

Zmiana rozstrzygnięcia sprawy wymagała również modyfikacji orzeczenia o kosztach postępowania przed Sądem Okręgowym.

W związku z tym Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. w zw. z art. 397 § 2 k.p.c. zmienił postanowienie o kosztach zawarte w punkcie III zaskarżonego orzeczenia, zasądzając na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c. od strony powodowej na rzecz strony pozwanej kwotę 7.217 zł, na którą złożyły się wydatki na opłatę skarbową od pełnomocnictwa w wysokości 17 zł (vide: k. 111) oraz wynagrodzenie radcy prawnego w stawce 7.200 zł wynikającej z § 2 ust. 1 i 2 oraz § 6 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. Nr 163, poz. 1349 ze zm.), dalej: rozporządzenia w sprawie opłat za czynności radców prawnych.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd drugiej instancji orzekł na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. zasądzając stronie powodowej na rzecz strony pozwanej kwotę 22424 zł, na którą złożyły się wydatki na: opłatę od apelacji w wysokości 15.224 zł (vide: k. 423) oraz wynagrodzenie radcy prawnego w stawce 7200 zł wynikającej z § 2 ust. 1 i 2, § 6 pkt 6 i § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie opłat za czynności radców prawnych.

mw