

Sygn. akt V ACa 142/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 3 listopada 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Katowicach V Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Tomasz Pidzik
Sędziowie:	SA Olga Gornowicz-Owczarek SO del. Ryszard Biegun (spr.)
Protokolant:	Diana Starzyk

po rozpoznaniu w dniu 3 listopada 2016 r. w Katowicach

na rozprawie

sprawy z powództwa (...) Spółki Akcyjnej w W.

przeciwko (...) w C.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Katowicach

z dnia 8 grudnia 2015 r., sygn. akt XIII GC 348/15

1. oddala apelację;
2. zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 10.800 (dziesięć tysięcy osiemset) złotych tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.

SSO del. Ryszard Biegun	SSA Tomasz Pidzik	SSA Olga Gornowicz-Owczarek
-------------------------	-------------------	-----------------------------

Sygn. akt V ACa 142/16

UZASADNIENIE

Powódka (...) Spółka Akcyjna w W. w pozwie skierowanym przeciwko (...) w C. domagała się zasądzenia kwoty 219.076 zł z ustawowymi odsetkami od kwoty 109.538 zł od 1 sierpnia 2012 r. i od kwoty 109.538 zł od 1 października 2012 r. kosztów procesu.

Powódka dochodziła zapłaty składki z tytułu zawartej umowy obowiązkowego ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych. Pozwany nie zapłacił trzeciej i czwartej raty składki w wysokości po 109.538 zł, a termin płatności rat upłynął w dniach 31 lipca 2012 r. i 30 września 2012 r. W świetle obowiązujących przepisów ubezpieczenie pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych należy do kategorii ubezpieczeń obowiązkowych, zgodnie z art. 11 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. Pozwany odmówił zapłaty informując powoda o rozwiązaniu umowy ubezpieczenia w dniu 30 czerwca 2012 r., powołując się na art. 145 ust. 1 ustawy prawo zamówień publicznych. W ocenie powódki przepis ten nie może stanowić podstawy od odstąpienia pozwanego od umowy ubezpieczenia, chociażby z uwagi na cel tej umowy, tj. ochronę interesu majątkowego podmiotu leczniczego przed roszczeniami ze strony poszkodowanych pacjentów i zapewnienia im możliwości dochodzenia świadczeń z tytułu zdarzenia medycznego, co leży w interesie publicznym.

Pozwany w odpowiedzi na pozew, wniósł o oddalenie powództwa i obciążenie powoda kosztami procesu. Podkreślił, iż umowa ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych nie jest obowiązkowa, a fakultatywna. W związku z odroczeniem obowiązku zawarcia umowy z tytułu zdarzeń medycznych do 1 stycznia 2016 r., podmiot leczniczy do tego czasu może zawrzeć umowę takiego ubezpieczenia, ale nie ma takiego obowiązku. W przypadku braku polisy, podmiot leczniczy ponosi pełną odpowiedzialność z tytułu zdarzeń medycznych, zatem brak ubezpieczenia nie pozbawia pacjentów prawa dochodzenia świadczeń. Zdaniem pozwanego z dniem 30 czerwca 2012 r. skutecznie rozwiązał umowę na świadczenie usług ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych. W przepisie art. 145 prawa zamówień publicznych ustawodawca przewidział szczególny przypadek odstąpienia od umowy, w sytuacji gdy realizacja zamówienia przestała leżeć w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy. Z uwagi na dramatycznie złą sytuację finansową pozwanego, stanowiącą zagrożenie dla dalszego funkcjonowania szpitala, olbrzymie problemy z zakupem leków i podstawowych środków medycznych oraz z uwagi na zmianę charakteru umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych, realizacja umowy z powodów przestała leżeć w interesie publicznym. Pozwany mógł sobie pozwolić jedynie na ponoszenie najbardziej niezbędnych kosztów. W chwili zawarcia między stronami umowy nie można było przewidzieć odroczenia obowiązku zawarcia takiej umowy, gdyż dopiero 29 czerwca 2012 r. został ogłoszony akt prawny zmieniający przepisy w tym zakresie, a więc w trakcie realizacji zamówienia. Wobec tego powódka nie może domagać się zapłaty składki za okres od 1 lipca do 31 grudnia 2012 r.

Zaskarżonym wyrokiem sygn. akt XIII GC 348/15/B z dnia 8 grudnia 2015 r.

Sąd Okręgowy w Katowicach w pkt. 1 zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 219.076 zł z ustawowymi odsetkami od kwot: 109.538 zł od dnia 1 sierpnia 2012 roku; 109.538 zł od dnia 1 października 2012 roku; w pkt. 2 zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 18.171 zł tytułem kosztów postępowania, w tym kwotę 7.217 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego.

Sąd ten ustalił następujący stan faktyczny sprawy.

W dniu 5 stycznia 2012 r. powodowy zakład ubezpieczeń zawarł z pozwanym szpitalem umowę obowiązkowego ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych. Przedmiotem ubezpieczenia były szkody majątkowe lub niemajątkowe będące następstwem zdarzeń medycznych, o których mowa w art. 67a ustawy o prawach pacjenta. Okres ubezpieczenia trwał od 1 stycznia do 31 grudnia 2012 r., a wysokość składki ustalono na kwotę 438.152 zł. Płatność składki została rozłożona na cztery raty po 109.538 zł każda z rat, przy czym płatność III raty miała nastąpić do 30 czerwca 2012 r., a IV raty do 30 września 2012 r.

Do umowy zastosowanie miały ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych, ustawa o działalności leczniczej i ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia, o którym mowa z art. 67k ust. 11 ustawy o prawach pacjenta.

Pozwany z tytułu składki ubezpieczeniowej wpłacił w dniu 20 stycznia 2012 r. kwotę 109.538 zł oraz z w dniu 23 marca 2012 r. kwotę 109.538 zł, czyli I i II ratę składki.

Pismem z dnia 27 czerwca 2012 r. pozwany zwrócił się do powódki o prolongatę płatności III raty składki ubezpieczeniowej w wysokości 109.538 zł do dnia 31 lipca 2012 r., w związku z brakiem środków finansowych.

W dniu 26 czerwca 2012 r. zawarto aneks do umowy ubezpieczenia, w którym przedłużono termin płatności III raty składki do dnia 31 lipca 2012 r. oraz przedłużono okres ubezpieczenia do dnia 31 grudnia 2013 r.

Pismem z 29 maja 2012 r. pozwany oświadczył, że odstępuje od umowy z dniem 30 czerwca 2012 r., z uwagi na brak środków finansowych oraz zmianę przepisów, która spowodowała, że ubezpieczenie stało się niecelowe.

W piśmie z dnia 12 października 2012 r. pozwany stwierdził, że odstąpienie od umowy z dniem 30 czerwca 2012 r. było skuteczne.

Pismem z 12 czerwca 2013 r. powódka wezwała pozwanego do zapłaty kwoty 219.076 zł z tytułu niezapłaconych rat składki ubezpieczeniowej.

W odpowiedzi na to wezwanie pozwany poinformował, że w związku z nowelizacją ustawy o działalności leczniczej, odraczającą do 1 stycznia 2014 r. obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia od zdarzeń medycznych, na mocy art. 145 prawa zamówień publicznych, rozwiązał z (...) z dniem 30 czerwca 2012 r. przedmiotową umowę.

Pismem z dnia 22 grudnia 2014 r. powódka ponownie wezwała pozwanego do dobrowolnego spełnienia świadczenia w wysokości 219.076 zł. W odpowiedzi pozwany podtrzymał swe stanowisko dotyczące odmowy zapłaty w związku ze skutecznym rozwiązaniem umowy.

W dniach od 17 lipca do 10 sierpnia 2012 r. w pozwanym szpitalu hospitalizowana była pacjentka, która przeszła operację stawu biodrowego lewego tzw. endoprotezoplastykę. W szpitalu pacjentka zaraziła się bakterią gronkowca złocistego. Wojewódzka Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w K. w orzeczeniu z dnia 8 września 2014 r. orzekła, iż opisane zdarzenia miało cechy zdarzenia medycznego w rozumieniu ustawy o prawach pacjenta. Orzeczenie to zostało podtrzymane, w wyniku ponownego rozpoznania, orzeczeniem z dnia 12 listopada 2014 r. W wyniku postępowania likwidacyjnego powódka zaproponowała pacjentce wypłatę odszkodowania w wysokości 32.500 zł. Pozwany szpital stwierdził, że kwota ta jest zawyżona.

W toku postępowania przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych pozwany zwrócił uwagę na fakt, iż w okresie którego dotyczyło roszczenie, szpital nie był ubezpieczony od zdarzeń medycznych w (...).

Sąd ocenił, że roszczenie powoda było uzasadnione w całości.

Pozwany podnosił, iż rozwiązał umowę ubezpieczenia poprzez oświadczenie o odstąpieniu od niej dokonane pismem z dnia 29 maja 2012 r., ze skutkiem na dzień 30 czerwca 2012 r., powołując się na regulację art. 145 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 907 ze zm.), który stanowił, iż w razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o tych okolicznościach. Pozwany, jako okoliczności powodujące, że dalsze wykonanie umowy nie leżało już w interesie publicznym, wykazywał brak dostatecznych środków finansowych oraz zmianę przepisów, co w jego ocenie spowodowało, że ubezpieczenie od zdarzeń medycznych stało się niecelowe i że tych okoliczności nie można było przewidzieć w chwili zawierania umowy ubezpieczenia. Pozwany podał, że w skutek zmiany przepisów, która spowodowała, w jego ocenie, że obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia od zdarzeń medycznych został w

wyniku nowelizacji ustawy o działalności leczniczej zniesiony i umowa ta przybrała charakter fakultatywny, a skoro pozwany borykał się z problemami finansowymi, to odstąpienie od umowy, która nakładała na niego obowiązek zapłaty kwoty 219.076 zł, było w kontekście art. 145 ust. 1 prawa zamówień publicznych uzasadnione i skuteczne. Wobec skutecznego rozwiązania umowy ze skutkiem na dzień 30 czerwca 2012r., brak jest podstaw do żądania zapłaty III i IV raty składki wywodzonego w pozwie.

Zgodnie z art. 12 ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. z 2012 r. poz. 742) strony umów określonych w art. 27 ustawy, o której mowa w art. 1, zawartych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, dostosują postanowienia tych umów do treści art. 27 ust. 8 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w terminie do dnia 1 sierpnia 2012 r. Ustawa ta weszła w życie z dniem 30 czerwca 2012 r. Zgodnie z art. 27 ust. 8 znowelizowanej ustawy o działalności leczniczej umowa ulega rozwiązaniu w wypadkach wskazanych w punktach 1 – 4. Według Sądu skoro umowa została zawarta na początku stycznia 2012 r., pod rządem ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym przed nowelizacją, to nie można uznać, iż w wyniku uznania fakultatywności umów ubezpieczenia od zdarzeń medycznych, przekształceniu takiemu z mocy prawa uległa umowa stron.

Sąd podniósł, że umowa została zawarta w ramach obowiązkowego ubezpieczenia. Cechą umowy ubezpieczenia jest jej ciągłość zapewniająca ubezpieczonemu ochronę jego interesów. Zatem zmiana charakteru umowy, która w okresie wejścia w życie nowelizacji ustawy o działalności leczniczej była skutecznie zawarta i wykonywana, podlegać jedynie mogła modyfikacjom, których dokonanie wymuszały przepisy nowelizacyjne, ale nie powodowała w żadnym wypadku przekształcenia się ważnie zawartych umów. Ustawodawca wprowadzając, w art. 11 ust. 2 ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej, możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych w okresie do 31 grudnia 2015 r., miał na myśli nowe umowy, które mogły, ale nie musiały być zawarte, ale w żadnej mierze nie stanowił podstawy do dokonywania zmiany charakteru umów zawartych przed datą wejścia w życie nowelizacji przedmiotowej ustawy, a tym samym nie dawał podstawy do odstąpienia od wcześniej zawartych umów w ramach obowiązkowego ubezpieczenia, tak jak to miało miejsce w niniejszej sprawie.

W ocenie Sądu nie można twierdzić, iż wskazane zmiany w obowiązujących przepisach dały pozwanemu podstawę do uznania, że dalsze wykonanie umowy nie leżało w interesie publicznym.

Sąd podzielił stanowisko wyrażone w wyroku z dnia 7 lipca 2011 r. Sądu Apelacyjnego w Warszawie sygn. akt I ACa 13/11, stwierdzającym, że istotna zmiana okoliczności wskazana w art. 145 ust. 1 prawa zamówień publicznych (p.z.p.) jest wprawdzie zdarzeniem o mniejszym stopniu intensywności niż nadzwyczajna zmiana stosunków wymieniona w art. 3571 k.c., tym niemniej sformułowanie „istotna” wskazuje na zmianę znaczącą, a jednocześnie będącą następstwem zdarzeń występujących bardzo rzadko, niezwykle, w każdym razie nieobjętą zwykłym ryzykiem kontraktowym, z którym powinni się liczyć kontrahenci. Istotna zmiana okoliczności może mieć swoje źródło w zdarzeniach natury faktycznej (np. odstąpienie przez gminę od umowy budowy szkoły, związane z koniecznością natychmiastowej naprawy szkód popowodziowych), jak i prawnej (np. odstąpienie od umowy, której przedmiot świadczenia przestał być niezbędny z uwagi na zdjęcie obowiązku realizacji określonego zadania). Zmiana okoliczności musi prowadzić do stanu, w którym wykonanie zamówienia nie leży w interesie publicznym. W najbardziej ogólnym ujęciu przyjąć należy, iż chodzi o bezcelowość realizacji zamówienia dla interesu publicznego, którego realizację winien zapewniać zamawiający jako podmiot realizujący zadania publiczne, wynikające z przepisów prawa. Zaistnienie istotnej zmiany okoliczności prowadzącej do stanu, w którym wykonanie nie leży w interesie publicznym nie może być przewidywalne w chwili zawarcia umowy. Jakkolwiek by nie interpretować przesłanek odstąpienia od umowy w sprawie zamówienia publicznego, wyrażonych w art. 145 ust. 1 p.z.p., przepis ten może być stosowany wyłącznie w sytuacjach wyjątkowych. W systemie prawa polskiego interes publiczny nie jest przecież dobrem absolutnie nadrzędnym wobec interesów indywidualnych i winien podlegać ochronie bardziej daleko idącej wyłącznie w sytuacjach obiektywnie usprawiedliwionych. Wykonawca, jak każdy podmiot zawierający umowę ze swoim kontrahentem, czyni to w przeświadczeniu, iż wzajemne zobowiązania zostaną wykonane.

Odnosząc te rozważania do stanu faktycznego i prawnego sprawy Sąd zauważył, że wskazywane przez pozwanego przyczyny, dla których w jego ocenie dalsze wykonanie umowy nie leżało w interesie publicznym, nie mogą stanowić podstaw do skutecznego odstąpienia od umowy ubezpieczenia na mocy art. 145 ust. 1 p.z.p. Pozwany podkreślał, że jego sytuacja finansowa jest bardzo trudna, niemniej jednak sytuacja finansowa szpitala, jako podstawa do odstąpienia od umowy ubezpieczenia od zdarzeń medycznych, nie jest do pogodzenia z rozumieniem interesu publicznego. Naczelnym zadaniem podmiotu leczniczego – szpitala jest zapewnienie opieki medycznej ludności. Dobro pacjentów i zapewnienie im należytej opieki zdrowotnej jest nadrzędnym dobrem, które musi podlegać ochronie. Opieka medyczna nad pacjentami, co oczywiste, obciążona jest wysokim stopniem ryzyka wystąpienia tzw. zdarzeń medycznych, czyli zdarzeń mających charakter wypadku ubezpieczeniowego, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową. Jest niewątpliwie wyrazem praw pacjentów do należytej opieki medycznej oraz stanowi także zabezpieczenie danego podmiotu leczniczego przed wystąpieniem zdarzeń medycznych. Ubezpieczenie od zdarzeń medycznych pełni zatem doniosłą funkcję, zarówno w odniesieniu do poszkodowanych jak i ubezpieczonych podmiotów leczniczych. Zakład ubezpieczeń przejmuje bowiem na siebie ryzyko wystąpienia zdarzeń medycznych objętych ochroną ubezpieczeniową i przejmuje obowiązek wypłaty ewentualnego roszczenia odszkodowawczego. Przykładem jest tutaj sprawa zakażenia jednej z pacjentek pozwanego szpitala bakterią gronkowca złocistego, podczas jej hospitalizacji w pozwanym szpitalu w okresie ubezpieczenia. W ocenie Sądu dobro i ochrona pacjentów, rozumiana jako interes publiczny, jako dobro o charakterze nadrzędnym, uzyskuje prymat nad interesem o pozwanego o charakterze czysto ekonomicznym. Trudna sytuacja finansowa szpitala nie może uzasadniać bowiem zniweczenia ochrony praw pacjentów w razie zaistnienia zdarzenia medycznego, a do tego prowadziło w zasadzie odstąpienie od umowy ubezpieczenia. Argumentacja szpitala, że nawet pozostając poza obrębem ubezpieczenia, szpital i tak ponosił cywilną odpowiedzialność za ewentualne zdarzenia medyczne, jest w kontekście wskazywanej przesłanki ekonomicznej, co najmniej niezrozumiałe. Podstawową funkcją ubezpieczenia jest przejęcie przez zakład ubezpieczeń ryzyka zajścia zdarzenia powodującego obowiązek wypłaty odszkodowania, jak i wypłatę świadczenia. Zatem szpital, pozbawiony ochrony ubezpieczeniowej, narażał się na znacznie wyższe ryzyko ekonomiczne niż kwota stanowiąca żądanie pozwu, albowiem nie można przewidzieć, ani ilości zdarzeń medycznych, które mogą mieć miejsce, ani tym bardziej wysokości ewentualnych odszkodowań.

W przypadku umów w sprawach zamówień publicznych zamawiającemu przyznano prawo do odstąpienia od umowy w celu ochrony interesu publicznego przed realizacją świadczeń zbędnych z punktu widzenia jego ochrony. Trudno uznać, że interes publiczny w ujęciu zaprezentowanym powyżej nie zasługiwał na ochronę. Do skorzystania przez zamawiającego z prawa do odstąpienia od umowy konieczne jest jednoczesne spełnienie wszystkich przesłanek określonych w ww. przepisie, a więc zaistnienie istotnej zmiany okoliczności oraz stwierdzenia, że na skutek istotnej zmiany okoliczności zaistniał stan, w którym wykonanie umowy nie leżało w interesie publicznym, a także niemożność przewidzenia zmiany okoliczności i jej następstw w chwili zawarcia umowy. Zmiana okoliczności musi prowadzić do stanu, w którym wykonanie zamówienia nie leży w interesie publicznym. W najbardziej ogólnym ujęciu przyjęć należy, iż chodzi o bezcelowość realizacji zamówienia dla interesu publicznego, którego realizację winien zapewniać zamawiający jako podmiot realizujący zadania publiczne, wynikające z przepisów prawa. Problem niecelowości wykonywania umowy z interesem publicznym powinien być postrzegany z uwzględnieniem zadań publicznych realizowanych przez poszczególne kategorie zamawiających. Bez wątpienia interes podmiotu zamawiającego nie zawsze jest tożsamy z interesem publicznym (por. Prawo zamówień publicznych. Komentarz J. Jerzykowski). Z taką właśnie sytuacją mamy do czynienia w niniejszej sprawie, albowiem nie negując problemów finansowych, z którymi boryka się pozwany szpital, nie można interesu pozwanego przedkładać ponad interes publiczny wyrażający się w ochronie praw pacjentów. Pozwany bowiem wprost twierdził, że uzasadnieniem dla odstąpienia od umowy były trudności ekonomiczne, czyli brak środków na opłacenie pozostałych dwóch rat składki ubezpieczeniowej.

W związku z powyższym Sąd uznał rozwiązanie (odstąpienie) od umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych za nieuprawnione w świetle art. 145 p.z.p.

Wobec tego umowa nadal wiązała strony i pozwany miał obowiązek zapłaty należnej składki w łącznej kwocie 219.076 zł, zgodnie z ustalonymi w umowie regulami, czyli ratałnie, a mianowicie III ratę w kwocie 109.538 zł do dnia 31 lipca 2012 r. oraz IV ratę w kwocie 109.538 zł do dnia 30 września 2012 r.

Zgodnie z art. 805 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę.

Wobec tego Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 219.076 zł z ustawowymi odsetkami na mocy art. 481 § 1 i § 2 k.c. od kwot po 109.538 zł od 1 sierpnia 2012 r. i od 1 października 2012 r., czyli od dni następujących po upływie terminów zapłaty III i IV raty składki ubezpieczeniowej.

O kosztach procesu orzeczono po myśl art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c.

Apelację od wskazanego wyroku złożył pozwany zaskarżając go w całości, zarzucając mu:

1) naruszenie przepisów prawa procesowego, tj.:

- art. 233 § 1 kpc, poprzez brak oceny przez Sąd I Instancji wiarygodności i mocy wszystkich dowodów zgłoszonych przez pozwanego;
- art. 236 kpc przez nie rozpatrzenie przez Sąd I Instancji wszystkich dowodów zgłoszonych przez pozwanego;
- art. 328 § 2 kpc poprzez nie ustosunkowanie się przez Sąd I Instancji w uzasadnieniu wyroku do wniosku pozwanego zawartego w jego odpowiedzi na pozew o dopuszczenie dowodu z przesłuchania świadka: O. P. - główny księgowy u pozwanego - na okoliczność sytuacji finansowej pozwanego w 2012 roku.

2) naruszenie przepisów prawa materialnego, tj.:

- art. 145 ustawy z dnia 29.01.2004 roku Prawo zamówień publicznych (Dz.U.2010.113.759 t.j. z późn. zm), przez błędną jego wykładnię, w wyniku której Sąd I Instancji uznał rozwiązanie (odstąpienie) od umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych za nieuprawnione;
- art. 5 ustawy z dnia 23.04.1964 roku Kodeks cywilny (Dz.U. 1964.16.93 z późn. zm.) - z ostrożności procesowej - poprzez zasądzenie od pozwanej na rzecz powódki kwoty 219.076 zł z ustawowymi odsetkami i kosztami procesu pomimo, że roszczenie powoda nie może być uznane za uzasadnione z uwagi na naruszenie zasad współżycia społecznego.

W skazując na powyższe zarzuty wnosił o zmianę zaskarżonego wyroku w całości i oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie pod powoda na rzecz pozwanego zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych - za obie instancje (7.200 zł za I Instancje i 10.800 zł za II instancje), kosztów opłaty skarbowej od pełnomocnictwa (17 zł) oraz kosztów opłaty sądowej od apelacji (10.954 zł); względnie wnoszę o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania.

Powódka w odpowiedzi na apelację pozwanego wносиła o jej oddalenie i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje :

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd Apelacyjny w całości podziela ocenę dowodów dokonaną przez Sąd Okręgowy, poczynione w oparciu o nie ustalenia faktyczne przyjmując je za własne oraz w zasadniczej części jego stanowisko prawne prowadzące do uznania, że powództwo było zasadne. Zarzuty apelacji nie podważają trafności wydanego wyroku.

Zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. jest zasadny, jednak nie prowadzi do możliwości zmiany zaskarżonego wyroku. Skarżący trafnie podnosi, że Sąd Okręgowy nie wyjaśnił w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku przyczyny braku rozpoznania wniosku o dopuszczenie dowodu z przesłuchania świadka O. P.. Uchybienie to nie miało jednak wpływu na treść wyroku.

Należy wskazać, że w istocie sporne stanowiska stron nie były zogniskowane na tym czy rzeczywiście stan finansów pozwanego pozwalał mu na uregulowanie dochodzonej pozewem składki, czy to uniemożliwiało. Twierdzenie to pojawiło się już w piśmie pozwanego z dnia 29 czerwca 2012 r. o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia i można sądzić, że powódka przyjęła je do wiadomości, nie uważając go jednak za istotne w sprawie. Powódka w piśmie procesowym z dnia 12 października 2015r. ustosunkowując się do odpowiedzi na pozew nie negowała twierdzeń pozwanego o jego złej kondycji finansowej w 2012 r., jak i nie odniosła się do wniosku pozwanego o przesłuchanie świadka na tę okoliczność. Pozwała to uważać w trybie art. 230 k.p.c., że nie była ona sporna, wobec czego nie było potrzeby prowadzić w tym zakresie postępowania dowodowego. Tak więc, o ile rzeczywiście Sąd Okręgowy powinien był odnieść się do wniosku dowodowego, to zaniechanie tego i nie przeprowadzenie dowodu, nie miało skutku na prawidłowość jego końcowego rozstrzygnięcia.

Tym niemniej należy zauważyć, że twierdzenie o złej sytuacji finansowej pozwanego pierwotnie stanowiło tylko o żądaniu przez pozwanego prolongaty w zapłacie III raty składki, prowadząc do zawarcia przez strony aneksu do umowy jakim przesunęły obowiązek zapłaty tej składki z dnia 30 czerwca 2012 r. na dzień 31 lipca 2012 r. Również to utwierdza w przyjęciu, że powódka nie negowała sytuacji finansowej pozwanego.

Poza opisanym uchybieniem uzasadnienie zaskarżonego wyroku w pełni odpowiada wymogom określonym wskazanym przepisem, skutkiem tego tak umotywowane orzeczenie poddaje się kontroli instancyjnej.

Zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. nie zasługiwał na podzielenie. Pozwany formułując go w petitum apelacji nie wskazał wyraźnie jakie dowody Sąd Okręgowy miał ocenić niewłaściwie a w związku z tym, które jego ustalenia faktyczne były wadliwe bądź niepełne. O ile dotyczyć to miało, co wynikałoby z uzasadnienia apelacji, braku przeprowadzenia dowodu z zeznań świadka na ustalenia sytuacji finansowej pozwanego w 2012 r., to jak była mowa powyżej, zagadnienie to nie było sporne w sprawie. Przede wszystkim jednak zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. nie może dotyczyć dowodu jakiego sąd nie przeprowadził, bowiem z natury rzeczy ten przepis odnosi się do dowodów skutecznie przeprowadzonych w postępowaniu. W ujęciu jakie przyjmuje apelacja Sąd Okręgowy po prostu nie mógł naruszyć wskazanej normy procesowej.

Konkludując, ustalenia faktyczne Sądu Okręgowego były prawidłowe.

W tym miejscu należy stwierdzić, że wnioski dowodowe pozwanego zawarte w apelacji podlegały oddaleniu gdyż nie odnosiły się do wykazania faktów istotnych z punktu widzenia rozstrzyganej sprawy (art. 227 k.p.c.), lecz jedynie dotyczyły wyjaśnienia stanowiska prawnego pozwanego, jakie opierał na poglądach doktryny prawa, które miały prezentować dokumenty załączone do apelacji. Niezależnie od tego wnioski te były spóźnione w rozumieniu art. 381 k.p.c., bowiem nie było przeszkód w złożeniu tego rodzaju wniosków (abstrahując od ich merytorycznej wartości) w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji.

Podstawowe znaczenie dla sprawy na zagadnienie skuteczności odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez pozwanego.

Na wstępie należy przyznać rację pozwanemu, że Sąd Okręgowy niezasadnie podstawą oceny prawnej uczynił również art. 12 ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. z 2012 r. poz. 742). Według niego strony umów określonych w art. 27 ustawy, o której mowa w art. 1, zawartych przed dniem wejścia

w życie niniejszej ustawy, dostosują postanowienia tych umów do treści art. 27 ust. 8 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w terminie do dnia 1 sierpnia 2012 r. Przepis ten nie ma zastosowania w sprawie, bowiem odnosi się on do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, gdy tymczasem strony łączyła umowa ubezpieczenia. Tym niemniej trzeba zauważyć, że Sąd Okręgowy ocenił również treść art. 11 ust. 2 ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej, dotyczący możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych w okresie do 31 grudnia 2015 r.

Należy uznać, że w sprawie zastosowanie miał art. 11 ust. 1 wskazanej ustawy stanowiący, że przepisy art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. b, art. 25 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 oraz art. 108 ust. 1 pkt 3 w zakresie dotyczącym art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy, o której mowa w art. 1, oraz art. 25 ust. 1a-1f ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się od dnia 1 stycznia 2014 r.

Art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. b stanowił, że podmiot leczniczy jest obowiązany spełniać następujące warunki, a to zawrzeć w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 umowę ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - w przypadku podmiotu leczniczego prowadzącego szpital. Art. 25 ust. 1 pkt. 2 stanowił, że umowa ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta obejmuje zdarzenia medyczne w rozumieniu tej ustawy, które miały miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej.

Zarzut naruszenia art. 145 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 907 ze zm. - dalej : pzp) nie okazał się trafny. Przepis ten stanowił, że w razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o tych okolicznościach.

Dla oceny zasadności zarzutu skutecznego odstąpienia od umowy nie ma pierwszoplanowego znaczenia charakter ubezpieczenia, a mianowicie to czy jest ono obowiązkowe bądź fakultatywne. W doktrynie prawa dotychczas nie ma zresztą co do tego zgodności (szerzej por. Kowalewski E., Mogilski W.W., Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych, Prawo Asekuracyjne 2012, Nr 1, str. 3-23, w szczególności str. 13-18, J. Preis, W sprawie charakteru prawnego ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, Wiadomości Ubezpieczeniowe 2015, nr 2, str. 139-151).

Natomiast przy ocenie zasadności dalszego utrzymywania stosunku prawnego stron, istotniejszy jest cel umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych. Jak wskazuje się w literaturze, ubezpieczenie to jest zawierane na rzecz pacjenta, to on jest podmiotem ochrony ubezpieczeniowej, szpital jedynie zawiera umowę na jego rachunek w trybie art. 808 k.c. Tymczasem w umowie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC) pacjent jest tylko poszkodowaną osobą trzecią, podmiotem chronionym jest zakład medyczny, przedmiotem jego odpowiedzialność cywilna wobec pacjenta. Akcentuje się, że celem wprowadzenia ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, wobec krytycznej oceny sądowego trybu uzyskiwania świadczeń z umowy ubezpieczenia OC (wysokie koszty, długie terminy, trudności dowodowe), było ułatwienie pacjentom dochodzenia roszczeń i oderwanie ich od zasady winy.

Już sama ta zasadnicza różnica w obu ubezpieczeniach sprawia, że nie może być uznany za przekonujący argument pozwanego dotyczący możliwości zaspokojenia interesu pacjenta w drodze skorzystania z zawartego przez pozwanego ubezpieczenia OC. Argument ten jest wręcz przeciwny, bowiem odniesiony do wskazanych przyczyn wprowadzenia ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych, uzmysławia, że pacjent mając tylko możliwość korzystania z polisy OC szpitala, znalazłby się w gorszej sytuacji proceduralnej, niż wcześniej. Obiektywną potrzebę istnienia ubezpieczenia na rzecz pacjentów potwierdziło postępowanie dotyczące zdarzenia medycznego w szpitalu prowadzonym przez pozwanego, które doprowadziło do wydania orzeczenia o uznaniu odpowiedzialności pozwanego z tytułu zdarzenia medycznego.

W konkluzji należy uznać, że skarżący niezasadnie pojęcie braku interesu publicznego w dalszym wykonywaniu umowy ubezpieczenia, upatruje tylko w braku konieczności uiszczenia składki ubezpieczeniowej motywowanego swoją niedobłą sytuacją finansową, tymczasem pomija szerszy interes publiczny, który stał za wprowadzeniem tego rodzaju ubezpieczenia, a jaki przejawia się w zapewnieniu pacjentom należyj im ochrony ubezpieczeniowej o odmiennym charakterze niż ta jaka zabezpiecza interes pozwanego na podstawie ubezpieczenia OC.

Interes publiczny wyraża się nie tylko w istnieniu należycie działającej i zabezpieczonej finansowo służby zdrowia, lecz również w tym, że w razie niepowodzenia leczenia, niezależnego od stopnia doinwestowania szpitala i winy jego personelu, poszkodowany pacjent bądź jego spadkobiercy, mogą liczyć na zaspokojenie słusznego interesu majątkowego w drodze zastosowania uproszczonej procedury dochodzenia roszczeń odszkodowawczych.

Nie można natomiast uważać, że zmiana stanowiska przez ustawodawcę co do daty wejścia w życie przepisów, systematyczne przedłużanie pełnego obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów, miałyby stanowić podstawę do przyjęcia, że interes publiczny nie przemawiał za trwałością umowy ubezpieczenia zawartej w 2012r. Przeciwnie, skoro ustawodawca taki obowiązek co do zasady wprowadza, lecz tylko go odracza w czasie, a co więcej, nawet przewiduje możliwość zawarcia umowy w okresie przejściowym, to znaczy, że nie zmieniła się motywacją jaka stała za wprowadzeniem w 2012r. tej nowej instytucji do prawa ubezpieczeń, skutkiem czego nie sposób uważać, że dalsze realizowanie umowy nie miałyby być w interesie publicznym.

Zarzut naruszenia art. 5 kc, nie jest usprawiedliwiony.

W pierwszej kolejności trzeba zaznaczyć, że ma charakter zarzutu podniesionego po raz pierwszy w postępowaniu apelacyjnym, co pozwala go pominąć w myśl art. 381 k.p.c. Przed sądem pierwszej instancji pozwany koncentrował swoją obronę na zagadnieniu istnienia podstaw skutecznego wypowiedzenia umowy z racji zmiany stanu prawnego i sytuacji finansowej czyniących zasadnym zakończenie umowy stron w nadzwyczajnym trybie art. 145 ust. 1 pzp.

Z kolei wprawdzie nie jest wykluczona dopuszczalność dokonywania przez sąd z urzędu oceny sposobu wykonywania prawa podmiotowego (por. wyrok

Sądu Najwyższego z dnia 23 maja 2013 r., IV CSK 660/12), lecz w realiach rozpoznawanej sprawy uwzględniając instytucjonalny charakter obu stron, fakt zastępowania pozwanego przez profesjonalnego pełnomocnika, Sąd Okręgowy w ogóle nie miał obowiązku brania pod uwagę z urzędu naruszenia art. 5 k.c. Nawet zaś gdyby był uczynił w tym względzie rozważania, nie mogły one prowadzić do skutku oczekiwanego przez apelującego.

Należy bowiem przyjąć, że już te argumenty, które już doprowadziły do uznania braku zasadności podstaw stosowania art. 145 ust.1 pzp, przemawiają za brakiem możliwości uznania skuteczności zarzutu naruszenia art. 5 kc. Na pierwszym miejscu bowiem należy stawiać interes pacjentów jako uprawnionych do ubezpieczenia, nie zaś sam tylko interes majątkowy pozwanego jako ubezpieczającego.

Niezależnie od powyższego, oceniany na obecnym etapie procesu zarzut naruszenia art. 5 k.c., nie przedstawia się jako zasadny. Umowa ubezpieczenia jest umową odpłatną dwustronnie zobowiązującą. Przyjęte założenie, że pozwany nie wypowiedział skutecznie umowy ubezpieczenia, oznacza, iż skarżący był objęty ochroną ubezpieczeniową udzieloną przez powoda w drugim półroczu 2012r. Według art. 805 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Obowiązkiem ubezpieczyciela jest gotowość do spełnienia świadczenia w razie wystąpienia zdarzenia określonego umową, jego brak oczywiście nie daje podstaw do negatywnej oceny zachowania w postaci żądania zapłaty składki.

Należy negatywnie ocenić stanowisko pozwanego, że skoro w 2012 r. i następnych trzech latach, czyli okresie gdy pacjenci w oparciu o art. 67 c ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j.t. Dz.U. 2016.186) mogli dochodzić roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych, po stronie pozwanego nie powstał obowiązek zapłaty odszkodowania, to tym samym jego żądanie zapłaty składki ubezpieczeniowej może być uznane za

nadużycie prawa. Stanowisko pozwanego stoi w sprzeczności z elementarną zasadą prawa ubezpieczeń odnoszącą się do odpowiedzialności ubezpieczyciela za zdarzenie przyszłe i, co do zasady, niepewne. Wynika to z samej istoty umowy ubezpieczenia, dotyczy ona wypadku ubezpieczeniowego jako zdarzenia jedynie potencjalnie możliwego. Stąd umowę taką określa się również jako losową. Nie można przyjąć, że skoro okazało się, iż w praktyce można by uważać udzieloną ochronę za zbędną, to tym samym żądanie zapłaty składki jest nadużyciem prawa i ma stać w sprzeczności z zasadami współżycia społecznego. Ubezpieczający zawsze powinien się liczyć z tym, że środki uiszczone na poczet składki okażą się wydatkowane zbędnie, jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe nie dojdzie do skutku, tak jak ubezpieczyciel musi mieć świadomość, że zawarta umowa zobowiąże go w przyszłości do świadczenia o wielokrotnie wyższej wysokości niż otrzymana składka.

Z kolei, jak już sygnalizowano, gdy nadchodził termin wymagalności III raty, także dochodzonej w obecnej sprawie, pozwany o tyle tylko upatrywał w swojej trudnej sytuacji majątkowej przesłanki zmiany zakresu obowiązków wobec zakładu ubezpieczeń, że wnosił o zmianę terminu płatności o jeden miesiąc, na co powódka przystąpiła godząc się zawarcie aneksu do umowy. Zatem obecną argumentację pozwanego w tej materii należy uważać za podniesioną wyłącznie dla celów procesu.

Trzeba również zauważyć, że pomimo upływu ponad czterech lat od powstania obowiązku pozwanego, jednak jego sytuacja nie stała się na tyle dramatyczna, aby doprowadziła do jego likwidacji.

Nie jest przekonujący argument, że pozwany respektując wymogi ustawy nakazujące zawarcie umowy ubezpieczenia, jest w gorszej sytuacji niż podmioty, które ten obowiązek zlekceważyły. Powódka nie może ponosić negatywnych skutków braku konsekwencji ustawodawcy i jakości stanowionego prawa, w szczególności jeśli spełnił wobec pozwanego swoje świadczenie z umowy.

Dlatego apelacja jako bezzasadna podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono 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. w zw. z § 2 pkt w zw. z § 12 ust. 1 pkt. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U.2015.1804).

SSO del. Ryszard Biegun SSA Tomasz Pidzik SSA Olga Gornowicz – Owczarek

(...)

1. (...)

2. (...)

3. (...)

4. (...)

(...)