

Sygn. akt I ACa 873/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 marca 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący	:	SSA Krzysztof Chojnowski (spr.)
Sędziowie	:	SA Elżbieta Borowska SO del. Grażyna Wołosowicz
Protokolant	:	Urszula Westfal

po rozpoznaniu w dniu 7 marca 2013 r. w Białymstoku

na rozprawie

sprawy z powództwa **S. P. Z. O. Z. C. R.w E.**

przeciwko **Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. (...) w O.**

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Olsztynie

z dnia 20 września 2012 r. sygn. akt I C 631/11

I. oddala apelację;

II. zasądza od powodów na rzecz pozwanego kwotę 5.400 złotych tytułem zwrotu kosztów procesu za drugą instancję.

UZASADNIENIE

Powód S. P. Z. O. Z. C. R.w E. wnosił o zasądzenie od pozwanego N. F. Z. W. M. O. W.w O. kwoty 446.281,99 złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 4 marca 2011 roku i kosztami procesu. W ramach kwoty 446.281,99 złotych domagał się kwoty 252.270,27 złotych tytułem należności za zrealizowane w 2010 roku świadczenia medyczne udzielone niezwłocznie z uwagi na zagrożenie zdrowia, przekraczające limity określone w łączącej strony umowie, jako podstawę prawną żądania tej kwoty wskazując art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej w zw. z art. 56 k.c. Pozostale kwoty 194.011,72 złotych domagał się tytułem należności za zrealizowane w 2010 roku świadczenia medyczne, które nie były świadczeniami ratującymi zdrowie udzielonymi w sytuacjach nagłych, albowiem w łączącej strony umowie określono kwotę zobowiązania pozwanego wobec powoda sprzecznie z art. 10f ustawy z

dnia 22 lipca 2006 roku o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń w związku z art. 136 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z czym te postanowienia umowy dotknięte są sankcją nieważności stosownie do art. 58 § 1 i 3 k.c. W przypadku uznania, że świadczenia medyczne nie były udzielane w warunkach art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej powód domagał się zasądzenia całej kwoty 446.281,99 złotych na podstawie art. 10f ustawy z dnia 22 lipca 2006 roku o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń.

Pozwany N. F. Z. W. M. O. W. w O. wnosił o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda kosztów procesu.

Wyrokiem z dnia 20 września 2012 roku Sąd Okręgowy w Olsztynie oddalił powództwo i zasądził od powoda na rzecz pozwanego kwotę 7.200 złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Sąd Okręgowy ustalił, że w dniu 22 grudnia 2005 roku strony zawarły umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - rehabilitacja lecznicza. W § 4 ust. 1 tej umowy strony postanowiły, że kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda w okresie od dnia 1 stycznia 2006 roku do dnia 31 grudnia 2006 roku wynosi maksymalnie 616.140 złotych. Umowa została zawarta na okres od dnia 1 stycznia 2006 roku do dnia 31 grudnia 2008 roku (§ 6 umowy). W § 7 tej umowy strony uregulowały zasady dokonywania zmian umów zawartych na okres dłuższy niż rok. Postanowiono, że ustalenie kwoty zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umowy i planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy dokonywane jest w terminie do dnia 30 listopada danego roku rozliczeniowego (ust. 3). W przypadku nieustalenia kwoty tego zobowiązania w tym terminie umowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem lutego następnego okresu rozliczeniowego (ust. 4). W dniu 21 grudnia 2007 roku strony zawarły do tej umowy aneks nr (...) - obowiązujący od dnia 1 stycznia 2008 roku, w którym postanowiły, że kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 1 stycznia 2008 roku do dnia 31 grudnia 2008 roku wynosi maksymalnie 1.101.053,52 złotych (§ 5 ust. 1). Wskazano, że kwota ta zawiera w sobie kwotę przeznaczoną na wzrost wynagrodzeń w roku 2008 stosownie do postanowień Rozdziału 3 ustawy z dnia 22 lipca 2006 roku o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń w wysokości 174.295,16 złotych (§ 5 ust. 8). W dniu 30 czerwca 2008 roku strony zawarły do tej umowy aneks nr (...) „W związku ze zmianą poziomu finansowania oraz wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484)”, którym zmieniono § 5 ust. 1 umowy i ustalono, że kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 1 stycznia 2008 roku do dnia 31 grudnia 2008 roku wynosi maksymalnie 1.269.933,14 złotych. Aneks ten obowiązywał od dnia 1 lipca 2008 roku, z tym że § 5 ust. 1 umowy wchodził w życie z dniem 1 stycznia 2008 roku. Kolejnym aneksem nr (...) do tej umowy z dnia 4 września 2008 roku przyjętym w wyniku renegeacji kontraktu strony ustaliły, że ogólna wartość kontraktu ulega zwiększeniu o 183.548,34 złotych, co daje maksymalną kwotę zobowiązania pozwanego wobec powoda w okresie od dnia 1 stycznia 2008 roku do dnia 31 grudnia 2008 roku w wysokości 1.453.481,48 złotych. W dniu 30 grudnia 2008 roku aneksem nr (...) do tej umowy kwotę zobowiązania pozwanego wobec powoda ustalono ostatecznie na kwotę 1.535.437,82 złotych, wskazując w § 2 aneksu, iż stanowi to całkowite rozliczenie umowy za 2008 rok.

Nadto Sąd I instancji ustalił, że w dniu 30 grudnia 2008 roku strony zawarły umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - rehabilitacja lecznicza w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, fizjoterapii ambulatoryjnej oraz rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku dziennym, w której ustalono warunki finansowania przez pozwanego świadczeń udzielanych przez powoda w 2009 roku. W dniu 30 grudnia 2009 roku strony zawarły do tej umowy aneks nr (...) obowiązujący od dnia 1 stycznia 2010 roku, w którym ustalono, że kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda w okresie od dnia 1 stycznia 2010 roku do dnia 31 grudnia 2010 roku wynosi maksymalnie 1.079.112,50 złotych. Aneksem nr (...) do tej umowy z dnia 20 maja 2010 roku kwotę zobowiązania pozwanego wobec powoda strony ustaliły na kwotę 1.079.111,94 złotych, zaś aneksem nr (...) do tej umowy z dnia 28 lipca 2010 roku – na kwotę 1.139.067,99 złotych.

Sąd Okręgowy ustalił też, że w 2010 roku powód wykonał świadczenia opieki zdrowotnej na łączną kwotę 1.536.991,18 złotych. Pozwany rozliczył wartość świadczeń udzielonych przez powoda w 2010 roku wyłącznie do kwot limitów określonych w umowie. Pismem z dnia 17 lutego 2011 roku powód zwrócił się do pozwanego o rozliczenie świadczeń

wykonanych ponad limit w 2010 roku załączając wyliczenie oraz fakturę na łączną kwotę 446.281,99 złotych. W zestawieniu tym (fakturze) powód wyszczególnił usługi i kwoty za poszczególne usługi. W załączniku do faktury te usługi i kwoty zostały wyszczególnione nieco inaczej. Natomiast w wezwaniu do zapłaty i w pozwie oraz jego uzasadnieniu powód jeszcze inaczej sprecyzował żądanie. Pozwany ustosunkował się negatywnie do wezwania do zapłaty wskazując, że nie ma możliwości opłacenia świadczeń udzielonych w ramach wypracowanego tzw. ponadlimitu, albowiem wezwanie obejmuje świadczenia nieobjęte umową o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, a przez to nie podlegające finansowaniu w ramach jej realizacji.

Sąd I instancji ustalił również, że powód miał możliwość wykazywania w trakcie roku 2010 i od jego początku świadczeń ratujących zdrowie (pilnych), albowiem w istocie w zakresie rehabilitacji leczniczej przypadki dotyczące ratowania życia nie wchodziły w grę. Świadczenia pilne stanowiły około 30-40% wszystkich świadczeń w ciągu roku. Powód nie odznaczał w systemie świadczeń pilnych. Po upływie 2010 roku powód sam dokonał weryfikacji skierowań i na tej podstawie ustalił kwotę tzw. nadlimitów. Gdyby powód prawidłowo „odznaczał” w systemie komputerowym świadczenia „pilne-cito” co miesiąc, to przy skali tych świadczeń w granicach 30-40% w ciągu roku byłyby one opłacone przez pozwanego. Dopiero od początku 2011 roku powód prawidłowo prowadził kolejkę pacjentów – z rozbiorem na przypadki pilne i planowe (stabilne).

W rozważaniach prawnych Sąd Okręgowy podkreślił, że z art. 7 obowiązującej w okresie objętym pozwem ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 roku, Nr 14, poz. 89 ze zm.) wynika, iż zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Sąd I instancji uznał jednak, że powód nie wykazał, iż udzielił świadczeń medycznych w warunkach określonych w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Dalej Sąd ten podkreślił, że nawet gdyby uznać, iż powód wykazał, że udzielił tzw. świadczeń ponadlimitowych w sytuacjach nagłych z uwagi na zagrożenie zdrowia pacjentów, to i tak roszczenie o zapłatę za tzw. świadczenia ponadlimitowe nie mogło być uwzględnione, albowiem powód nie zgłosił ich w ustalonym trybie do pozwanego z własnej winy, tj. z własnego zaniedbania. Sąd Okręgowy powołując się na wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 3 kwietnia 2012 roku w sprawie I ACa 181/12 (LEX nr 1148149) wskazał, że co do zasady należy podzielić stanowisko, zgodnie z którym zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie, jeżeli wykaże, że nastąpiło to w sytuacji określonej w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Od obowiązku zapłaty za udzielone w takiej sytuacji świadczenie ponadlimitowe Narodowy Fundusz Zdrowia mógłby się jednak uchylić, gdyby wykazał, że powód naruszył postanowienia łączącej strony umowy w taki sposób, że pozbawił Narodowy Fundusz Zdrowia możliwości uregulowania należności za te świadczenia w ramach kontraktu. Nie do zaakceptowania byłoby bowiem przyjęcie koncepcji, że Narodowy Fundusz Zdrowia ma obowiązek płacić za takie świadczenia ratujące życie i zdrowie, udzielone w warunkach niecierpiących zwłoki, które nie zostały rozliczone w ramach limitów ustalonych w umowie między Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcą tylko z tego powodu, że świadczeniodawca nie zgłosił ich do rozliczenia w trybie ustalonym w umowie. Pamiętać bowiem trzeba, że świadczenia medyczne z tej kategorii powinny być rozliczane przede wszystkim w ramach limitów ustalonych w kontrakcie. W ocenie Sądu Okręgowego pozwany wykazał, że świadczenia ratujące zdrowie udzielane w warunkach niecierpiących zwłoki, stanowiące 30-40% wszystkich świadczeń udzielanych w ciągu roku, byłyby rozliczone w ramach umownych limitów, gdyby powód zgłosił je prawidłowo do pozwanego. Gdyby powód zastosował się do zapisów obowiązującej strony umowy oraz obowiązującego w tym zakresie prawa - tj. dołożył zwykłej, przeciętnie wymaganej w danych okolicznościach staranności poprzez terminowe zgłoszenie świadczeń pilnych udzielonych pacjentom, to nigdy nie stałyby się one świadczeniami ponadlimitowymi i dlatego, w ocenie Sądu I instancji, nie ma konieczności sięgania poprzez art. 56 k.c. do innych zapisów, niż wynikające wprost z umowy i obowiązujących wówczas ustaw (ustalonych zwyczajów czy zasad współżycia społecznego). W konsekwencji Sąd Okręgowy uznał, że roszczenie powoda o zapłatę kwoty 252.270,27 złotych oparte o art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w zw. z art. 56 k.c. jest niezasadne. Tym bardziej niezasadne jest roszczenie o zapłatę całej kwoty dochodzonej pozwem w oparciu o tę podstawę prawną.

Sąd Okręgowy nie znalazł też podstaw do uwzględnienia roszczenia powoda o zapłatę pozostałej kwoty 194.011,72 złotych na podstawie art. 10f ustawy z dnia 22 lipca 2006 roku o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076 ze zm.) jak i o zapłatę całej kwoty objętej pozwem w oparciu o ten przepis.

Sąd I instancji podkreślił, że w świetle art. 10f ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń ze świadczeniodawcami, z którymi zawarto umowy zgodnie z art. 10c ust. 1 i 3 tej ustawy, i których oferta została wybrana w trybie, o którym mowa w art. 139 ust. 1 ustawy o świadczeniach (czyli w trybie konkursu ofert lub rokowań), Fundusz jest obowiązany zawrzeć umowy, w których suma kwot zobowiązań, o których mowa w art. 136 pkt 5 ustawy o świadczeniach, będzie nie niższa niż suma kwot zobowiązań, o których mowa w art. 136 pkt 5 ustawy o świadczeniach, wynikających z umów zawartych na 2008 rok według stanu na dzień 1 stycznia 2008 roku, z zastrzeżeniem art. 10g ust 4 ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń. Ten ostatni przepis stanowi, że jeżeli z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy 1) suma kwot zobowiązań, o których mowa w art. 136 pkt 5 ustawy o świadczeniach, jest niższa niż suma kwot zobowiązań Funduszu wynikających z umów zawartych na 2008 rok według stanu na dzień 1 stycznia 2008 roku, lub stawka kapitacyjna jest niższa od stawki kapitacyjnej wynikającej z umowy zawartej na 2008 rok według stanu na dzień 1 stycznia 2008 roku lub 2) świadczeniodawca nie może wykonać umowy - świadczeniodawca wykonuje obowiązek określony w ust. 1 i 2 odpowiednio do wysokości przekazanych środków. Z kolei art. 10g ust. 5 ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń stanowi, że naruszenie wykonania obowiązku, o którym mowa w ust. 1 i 2 polegające na przekroczeniu przez świadczeniodawcę kwoty środków finansowych uzyskanych z tytułu wzrostu kwoty zobowiązania, o której mowa w art. 136 pkt 5 ustawy o świadczeniach, i stawki kapitacyjnej, zgodnie z art. 10c ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, nie stanowi podstawy roszczeń wobec Narodowego Funduszu Zdrowia lub Skarbu Państwa bądź innej jednostki sektora finansów publicznych. Tym samym świadczeniodawca zawsze ma obowiązek wykonywać obowiązek określony w ust. 1 i 2 odpowiednio do wysokości przekazanych środków, albowiem jeżeli przekroczy je, to nie może to być podstawą roszczeń w stosunku do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Tym niemniej Sąd Okręgowy uznał, że w efekcie za cały rok 2010 pozwany swoje zobowiązanie wobec powoda określił na kwotę wyższą, niż wynikająca z przyjętych w trybie konkursu ofert i rokowań kwota uzgodniona między stronami - obowiązująca według stanu na dzień 1 stycznia 2008 roku. W ocenie Sądu Okręgowego z pierwotnej umowy zawartej między stronami - z jej zapisów dotyczących dat granicznych, do których należy ustalić kwotę zobowiązania na następny okres rozliczeniowy wynika, iż na kolejne lata po 2008 roku, odniesieniem jest kwota ustalona na dzień 1 stycznia 2008 roku. W wypadku bowiem nieustalenia jej przynajmniej do początku danego roku, to z końcem lutego umowa ulega rozwiązaniu - Rozdział - Z. dokonywania zmian umów zawartych na okres dłuższy niż rok - § 7. Kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda ustalona w obowiązującym terminie - czyli na dzień 1 stycznia 2008 roku, a więc na podstawie aneksu nr (...) z dnia 21 grudnia 2007 roku - to kwota 1.101.053,52 złotych i w takiej wysokości obowiązywała ona aż do dnia 30 czerwca 2008 roku. W ocenie Sądu Okręgowego kwota zobowiązania obowiązująca „według stanu na dzień 1 stycznia 2008 roku” stanowiąca odniesienie do tego, aby sprawdzić czy nie został naruszony art. 10f ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń jest to kwota 1.101.053,52 złotych. Umowy zawarte pomiędzy stronami obowiązujące na rok 2010 przewyższały wartość umów zawartych w wyniku konkursu ofert według stanu na dzień 1 stycznia 2008 roku, zaś późniejsze przekazywanie dodatkowych środków w ciągu 2008 roku nie ma jakiegokolwiek znaczenia dla określenia wartości umów według stanu na dzień 1 stycznia 2008 roku. W ocenie Sądu przekazywanie w ciągu 2008 roku dodatkowych środków nie wynikało już z uzgodnień stron, które były bezwzględnie konieczne w ogóle do zawarcia kontraktu i ustalenia zobowiązania pozwanego wobec powoda na rok 2010, a jedynie była to dobra wola pozwanego (nie wynikało to bowiem z pierwotnej umowy stron na dany rok). Nie można więc pozwanemu aktualnie czynić z tego tytułu zarzutu i w oparciu o to wywodzić roszczenia. Skoro więc globalnie ustalona kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda w 2010 roku była wyższa, niż ustalona według stanu na dzień 1 stycznia 2008 roku - ostatecznie według dokumentów kwota 1.139.067,99 złotych, a według twierdzeń dyrektora pozwanego jeszcze wyższa, to roszczenie powoda oparte i na tej podstawie prawnej jest nieuzasadnione.

Ponadto w świetle art. 10g ust. 5 ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń i tak naruszenie przepisów tej ustawy nie powoduje, że można wystąpić z konkretnym roszczeniem przeciwko N. F. Z., czy Skarbowi Państwa. W konsekwencji Sąd Okręgowy uznał, że nie może być mowy o naruszeniu przez pozwanego art. 10f ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń w zw. z art. 58 § 1 i 3 k.c. poprzez ustalenie, że umowa w tym zakresie (§ 4 ust. 1 umowy na rok 2010) nie wiąże stron.

O kosztach procesu Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 98 § 1 k.p.c., mając na uwadze zasadę odpowiedzialności za wynik procesu.

Powyższy wyrok w części oddalającej powództwo o zasądzenie kwoty 252.270,27 złotych tytułem należności za wykonane w 2010 roku świadczenia opieki zdrowotnej pilne, ratujące zdrowie, zaskarżył apelacją powód, zarzucając:

1) naruszenie przepisów postępowania, mianowicie art. 233 § 1 k.p.c. przez dowolną, a nie swobodną ocenę zebranego materiału dowodowego, a polegającą na przyjęciu, że powód z własnej winy, tj. z własnego zaniedbania nie zgłosił w umownym terminie wykonania w 2010 roku świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach określonych w art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 roku, Nr 14, poz. 89 ze zm.) przez co naruszył postanowienia wiążącej strony umowy, podczas gdy, jak wynika z zebranego materiału dowodowego, powód nie miał technicznych możliwości zgłaszania wykonanych świadczeń jako pilnych, a nadto obowiązek zgłaszania danych nie wynikał z cywilnoprawnej umowy stron, lecz stanowił odrębny administracyjnoprawny obowiązek, nałożony na świadczeniodawców dopiero od dnia 15 października 2010 roku, a faktycznie wprowadzony do stosowania od 2011 roku,

2) naruszenie prawa materialnego, mianowicie art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 roku, Nr 14, poz. 89 ze zm.) przez uznanie, że wykonane w 2010 roku przez powoda świadczenia opieki zdrowotnej na łączną kwotę 252.270,27 złotych określone jako pilne, ratujące zdrowie, nie są świadczeniami określonymi w powołanym przepisie, podczas gdy świadczenia te były wykonane w warunkach art. 7 tej ustawy,

3) sprzeczność istotnych ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego polegającą na przyjęciu, że powód miał cywilnoprawny obowiązek i faktyczną możliwość zgłaszania w 2010 roku w sprawozdaniach statystycznych wykonanych świadczeń jako pilnych, podczas gdy obowiązek ten (o charakterze administracyjnoprawnym) został na świadczeniodawców, w tym na powoda, nałożony dopiero od dnia 15 października 2010 roku, a nadto powód do 2011 roku nie miał technicznych możliwości przekazywania tych informacji.

Wskazując na powyższe wnosił o zmianę zaskarżonego wyroku w części w zakwestionowanym zakresie i o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kwoty 252.270,27 złotych wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 4 marca 2011 roku do dnia zapłaty oraz kosztami sądowymi i kosztami zastępstwa procesowego według norm przepisanych ewentualnie o uchylenie wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

Ustalenia faktyczne Sądu Okręgowego co do łączących strony umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - rehabilitacja lecznicza, co do ustalonego przez strony poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych na 2010 rok i co do przekroczenia przez powoda tego poziomu są prawidłowe i Sąd Apelacyjny przyjmuje je za własne. Sąd I instancji trafnie uznał też, że żądanie powoda o zasądzenie od pozwanego kwoty 252.270,27 złotych z tytułu udzielonych w 2010 roku świadczeń opieki zdrowotnej ponad limit ustalony w umowie stron nie zasługuje na uwzględnienie.

W pierwszej kolejności należy wskazać, że w odniesieniu do stanu prawnego obowiązującego w spornym okresie w orzecznictwie Sądu Najwyższego dominuje stanowisko, iż świadczeniodawca usług medycznych, który zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może żądać zapłaty za udzielone

świadczenia ponadlimitowe tylko wtedy, gdy do wykonania tych świadczeń doszło w sytuacjach określonych w art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (j.t. Dz. U. z 2007 roku, Nr 14, poz. 89 ze zm.; dalej: ustawa o z.o.z.) i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (j. t. Dz. U. z 2005 roku, Nr 226, poz. 1943 ze zm.; dalej ustawa o z.l.). Przepisy te są źródłem bezwzględnego obowiązku lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej podjęcia interwencji medycznych w opisanych tam sytuacjach. Ustawowy obowiązek natychmiastowego udzielenia świadczeń nie może więc być limitowany umową. Koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy, zgodnie z art. 56 k.c., włączyć do skutków jakie wywołuje umowa zawarta między Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcą i obciążyć nimi Narodowy Fundusz Zdrowia, jako zarządzający środkami publicznymi, z których powinny być one pokryte (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 8 października 2008 roku, V CSK 139/08, LEX nr 602330; z dnia 16 kwietnia 2008 roku, V CSK 533/07, LEX nr 515717; z dnia 28 czerwca 2005 roku, I CK 821/04, LEX nr 603868; z dnia 5 sierpnia 2004 roku, III CK 365/03, LEX nr 276211; z dnia 5 listopada 2003 roku, IV CK 189/02, LEX nr 164009). Sąd Apelacyjny w niniejszym składzie podziela i przyjmuje za własne to stanowisko.

Świadczeniami zdrowotnymi, o których mowa w art. 7 ustawy o z.o.z. i art. 30 ustawy o z.l. 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. Jakkolwiek każde świadczenie medyczne jest udzielane w sytuacji zagrożenia zdrowia ludzkiego, to jednak ustawodawca wyraźnie odróżnił świadczenia medyczne udzielane w normalnych warunkach, gdy udzielenie pomocy nie wymaga natychmiastowego działania i może być odłożone w czasie, od sytuacji, gdy pomoc ta musi być udzielona natychmiast, albowiem jej odroczenie w czasie może skutkować utratą zdrowia lub życia. Każde świadczenie medyczne jest udzielane w sytuacji zagrożenia zdrowia, ale nie każde jest świadczeniem udzielanym w sytuacji wymagającej natychmiastowej pomocy medycznej, której odroczenie w czasie może skutkować utratą zdrowia lub życia (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 13 października 2007 roku, III CSK 123/06, LEX nr 258671 oraz z dnia 4 stycznia 2007 roku, V CSK 396/06, LEX nr 244455).

To, że świadczenia ponadlimitowe udzielone zostały w warunkach określonych w art. 7 ustawy o z.o.z. i art. 30 ustawy o z.l. winien wykazać świadczeniodawca dochodzący od Narodowego Funduszu Zdrowia wynagrodzenia za świadczenia ponadlimitowe. Jest to oczywiste w świetle zasady z art. 6 k.c., zgodnie z którą, ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne i nie budziło też nigdy żadnych wątpliwości w orzecznictwie, w którym jednolicie przyjęto, że to na świadczeniodawcy spoczywa ciężar udowodnienia, iż dochodzone przez niego od Narodowego Funduszu Zdrowia wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe obejmuje wynagrodzenie za świadczenia wykonane w warunkach określonych w art. 7 ustawy o z.o.z. oraz w art. 30 ustawy o z.l. (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 10 maja 2006 roku, III CSK 53/05; LEX nr 258669; z dnia 18 stycznia 2006 roku, V CSK 60/05, LEX nr 258665; z dnia 5 sierpnia 2004 roku, III CK 365/03, LEX nr 276211; z dnia 5 listopada 2003 roku, IV CK 189/02, LEX nr 164009). W niniejszym postępowaniu powód nie sprostał temu obowiązkowi.

W sprawie o zapłatę za świadczenia ponadlimitowe udzielone w warunkach w art. 7 ustawy o z.o.z. głównym dowodem są dowody z dokumentów wskazujących na zakres i charakter spornych świadczeń medycznych. Ocena merytoryczna przedstawionych przez stronę dokumentów niejednokrotnie wymaga jednak wiedzy specjalistycznej w rozumieniu art. 278 k.p.c., czyli przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego (biegłych). Przyjmuje się, że jeżeli sąd nie czuje się kompetentny do dokonania oceny merytorycznej przedstawionych przez stronę dokumentów i uważa, że potrzebne do tego są wiadomości specjalistyczne, które posiada tylko odpowiedni biegły, powinien poinformować o tym strony w celu umożliwienia im złożenia wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego. Dotyczy to w szczególności spraw, w których nie utrzymała się jeszcze praktyka ich dowodzenia. W takich sytuacjach strony, nawet reprezentowane przez profesjonalnego pełnomocnika, mogą działać w przekonaniu, że ocena składanych przez nie dokumentów nie wymaga wiadomości specjalistycznych i nie przekracza możliwości sądu, i mogą nie zdawać sobie sprawy z konieczności

zgłoszenia dowodu z opinii biegłego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 października 2006 roku, III CSK 123/06, LEX nr 258671).

W 2010 roku powód udzielił świadczeń rehabilitacyjnych określonych jako pilne na podstawie skierowań z zewnątrz, w których wskazano, że świadczenie jest pilne, jak i na podstawie skierowań wystawionych przez H. K. - lekarza pracującego u powoda, w których wskazano na pilny charakter świadczenia. Z zeznań świadka H. K. wynika przy tym, że weryfikował on skierowania z zewnątrz i w przypadku stwierdzenia, że świadczenie nie ma charakteru pilnego czynił on odpowiednią adnotację na skierowaniu. Świadek ten wskazał też, że przy kwalifikowaniu świadczeń jako pilnych kierował się wytycznymi konsultanta krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej prof. dr hab. med. J. K. z 2007 roku (k. 361-362). Z wytycznych tych wynika zaś, że przypadki pilne winny być wykonane w okresie krótszym niż 3 tygodnie i w okresie krótszym niż 6 tygodni. W oparciu o te dowody nie można było stwierdzić, że powód udzielił świadczeń w warunkach określonych w art. 7 ustawy o z.o.z., tym bardziej, że pozwany twierdził, że żadne świadczenie rehabilitacyjne, a takich dotyczył spór, nie jest udzielane w powyższych warunkach. Ustalenie, że powód rzeczywiście udzielił świadczeń w warunkach powołanego przepisu wymagało wiadomości specjalnych. Jednakże powód, reprezentowany przez fachowego pełnomocnika, wbrew ciężącemu na nim obowiązkowi procesowemu i mimo wyraźnej sugestii Sądu Apelacyjnego na rozprawie w dniu 7 marca 2013 r., nie podjął inicjatywy w tym kierunku. Oświadczył bowiem, że nie wnosi o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego (k. 407). W tym stanie rzeczy Sąd Apelacyjny nie znalazł podstaw by prowadzić w tym zakresie postępowanie dowodowe z urzędu.

Tym samym musiał upaść zarzut naruszenia art. 7 ustawy o z.o.z.

Skoro powód nie wykazał, że udzielił świadczeń ponadlimitowych w warunkach art. 7 ustawy o z.o.z, to nie mogły odnieść skutku podniesione w apelacji zarzuty naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. i sprzeczności istotnych ustaleń z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego, kwestionujące stanowisko Sądu I instancji, że powód nie może domagać się zasądzenia od pozwanego kwoty 252.270,27 złotych z tytułu udzielonych w 2010 roku świadczeń opieki zdrowotnej ponad limit ustalony w umowie stron z uwagi na to, iż zaniedbał zgłoszenia ich pozwanemu w ustalonym trybie. Badanie, czy powód powinien był zgłosić pozwanemu, że udzielił świadczeń ponadlimitowych w warunkach art. 7 ustawy o z.o.z. i czy z własnej winy nie wykonał tego obowiązku, przez co pozbawił pozwanego możliwości uregulowania należności za te świadczenia w ramach kontraktu byłoby aktualne dopiero wówczas, gdyby powód wykazał, że rzeczywiście udzielił świadczeń ponadlimitowych w warunkach art. 7 ustawy o z.o.z. Tego jednak, jak wskazano powyżej, powód nie udowodnił.

Dlatego apelacja podlegała oddaleniu w oparciu o art. 385 k.p.c.

O kosztach procesu za drugą instancję orzeczono mając na uwadze wynik postępowania odwoławczego oraz treść 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., art. 108 § 1 k.p.c. i art. 109 k.p.c. Apelacja powoda została oddalona w całości i dlatego, zgodnie z zasadą wyrażoną w art. 98 § 1 k.p.c., jest on zobowiązany ponieść w całości koszty procesu za drugą instancję. Powód winien zatem zwrócić pozwanemu poniesione przez niego koszty postępowania odwoławczego, na które składa się wynagrodzenie pełnomocnika, określone w stawce minimalnej wskazanej w § 6 pkt 7 w zw. z § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. z 2002 roku, Nr 163, poz. 1349 ze zm.).