

Sygn. akt V ACa 820/12

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 października 2012 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – Wydział V Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Jacek Grela (spr.)
Sędziowie:	SA Artur Lesiak SO del. Mariusz Struski
Protokolant:	stażysta Aleksandra Ćwiek

po rozpoznaniu w dniu 30 października 2012 r. w Gdańsku na rozprawie

sprawy z powództwa Szpitala Wojewódzkiego (...)

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Bydgoszczy

z dnia 21 maja 2012 r. sygn. akt I C 365/10

I zmienia zaskarżony wyrok:

a w punkcie 1 (pierwszym) poprzez oddalenie powództwa,

b w punkcie 4 (czwartym) w ten sposób, że zasądza od powoda na rzecz pozwanego kwotę 7.200 (siedem tysięcy dwieście) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu;

I zasądza od powoda na rzecz pozwanego kwotę 5.400 (pięć tysięcy czterysta) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

Na oryginale właściwe podpisy.

**1**

Sygn. akt V ACa 820/12

## UZASADNIENIE

Powód Szpital Wojewódzki (...) wniósł o zasądzenie od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału w B. na jego rzecz kwoty 6.137.718,35 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 1 stycznia 2010 roku, to jest wraz z upływem rocznego okresu rozliczeniowego z pozwanym wynikającym z zawartej z nim umowy o świadczenia zdrowotne, z tytułu świadczeń zdrowotnych udzielonych przez powoda ponad limit określony w wyżej wymienionej umowie z pozwanym, to jest z tytułu tzw. „nadwykonań” w okresie od 14 lipca 2009 roku do 31 grudnia 2009 roku /k.2-7/.

W uzasadnieniu powód podał, iż jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, w systemie publicznej opieki zobowiązany jest do udzielania świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym oraz świadczeniobiorcom w rozumieniu art. 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, na podstawie umów ze świadczeniodawcą - Narodowym Funduszem Zdrowia. Przy zawieraniu umowy w 2009 roku pozwany, zdaniem powoda, nadużył swojej dominującej pozycji i zmusił szpital do przyjęcia limitów świadczeń, które nie były adekwatne do potrzeb pacjentów. Oznacza to, że zrealizowane przez powoda świadczenia ponad wielkości określone w umowie, w realizacji obowiązku ustawowego, nie były w istocie finansowane przez pozwanego. Według obliczeń powoda, pozwany nie zapłacił za tzw. „nadwykonania” o łącznej wartości 6.137.718,35 zł. Powód dodał, że świadczenia te były udzielone zasadnie, w sytuacjach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów. Jednocześnie powód zaznaczył, iż w chwili przyjęcia pacjenta do szpitala nie można jednoznacznie i bezspornie ocenić, czy zaistniała jednostka chorobowa nie zagraża jego życiu lub zdrowiu.

Pozwany w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na kosztów postępowania /k. 145-153/.

W uzasadnieniu pozwany podał, iż przedmiotowa umowa z 2009 roku została zawarta w granicach swobody kontraktowania. Ponadto pozwany wskazał, że strona

## **2**

powodowa nie udowodniła faktu, iż wskazane świadczenia, udzielone ponad limit, były udzielane w stanach nagłych, o których mowa w art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Ponadto w trakcie roku 2009 powód, mimo ciążącego na nim obowiązku, nie przedstawiał tych świadczeń pozwanemu do rozliczenia jako świadczeń ratujących życie i zdrowie w ramach limitu umownego. Taki charakter powód nadał tym usługom dopiero po 2009 roku. Natomiast zgodnie z umową rozliczał tylko świadczenia, które nie miały charakteru nagłego. W ocenie pozwanego, przedstawiony dowolny sposób rozliczania udzielonych usług w ramach umowy nie znajduje oparcia w obowiązujących przepisach. Niezależnie od powyższego pozwany zaznaczył, że zakład opieki zdrowotnej musi mieć świadomość dysponowania jedynie określoną pulą środków na wykonanie określonych w umowie usług, tym samym winien roztropnie nimi gospodarować, zapewniając rezerwę na wypadki nagłe.

Pismem procesowym z dnia 21 lutego 2011 roku powód ograniczył żądanie pozwu i wniósł o zasądzenie kwoty 6.106.732,35 zł /k. 132-133/.

Wyrokiem z dnia 21 maja 2012 r., zapadłym w sprawie o sygn. akt I C 365/10,

Sąd Okręgowy w Bydgoszczy:

1/ zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 6.106.732,35 zł (sześć milionów sto sześć tysięcy siedemset trzydzieści dwa 35/100 złote) z ustawowymi odsetkami od dnia 11 maja 2010 r. do dnia zapłaty;

2/ umorzył postępowanie w części kwoty 30.986 zł (trzydzieści tysięcy dziewięćset osiemdziesiąt sześć złotych);

3/ oddalił powództwo w pozostałej części;

4/ zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 7.217 zł (siedem tysięcy dwieście siedemnaście złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu;

5/ kosztami sądowymi, od których zwolniony został powód, obciążył Skarb Państwa.

Podjęte rozstrzygnięcie, Sąd Okręgowy uzasadnił w następujący sposób:

Strony łączyła umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, która została zawarta na 2009 rok. Zakresy świadczeń zostały określone w

### **3**

planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik nr 1 do umowy. Sumę zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umowy w tym okresie ustalono maksymalnie na kwotę 73.844.748 zł.

Pismem z dnia 12 sierpnia 2009 roku skierowanym do wszystkich ordynatorów oddziałów powoda, dyrektor tej placówki, w związku z pismem pozwanego o braku możliwości finansowania świadczeń udzielonych ponad ustalone limity, przypomniał o obowiązku przestrzegania tychże limitów na 2009 rok. Jednocześnie przypomniał o zasadach obowiązujących przy przyjęciu pacjenta do szpitala.

Pismem z dnia 10 października 2009 roku dyrektor powoda z uwagi na znaczne przekroczenie przez szpital limitów świadczeń, zobowiązał ordynatorów do nieprzyjmowania pacjentów do leczenia planowego.

Pozwany nie zapłacił powodowi za świadczenia udzielone pacjentom w 2009 roku na Oddziałach: Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Dziecięcym, Dziecięcym Obserwacyjnym, Dermatologii, Kardiologii z Ośrodkiem Wszczepiania Stymulatorów, Neurochirurgii, Neurologii, Okulistyki, Urologii, I -III Chorób Wewnętrznych, Pulmonologii, Diagnostyki i Leczenia Raka Płuc - o łącznej wartości 6.106.732,35 zł. Świadczenia, które wygenerowały powyższy koszt zostały udzielone pacjentom ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. W trzecim kwartale 2009 roku zaniechano wykonywania zabiegów planowych, zapisując pacjentów w kolejce do leczenia na przyszły rok.

Powód wezwał pozwanego do zapłaty za świadczenia udzielone pacjentom, które nie zostały opłacone z powodu wyczerpania określonych w umowie środków na 2009 rok. Pozwany zaproponował zawarcie ugody. Jej warunki nie spotkały się z akceptacją powoda.

Powyższy stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił w oparciu o przedstawione

przez strony dokumenty oraz na podstawie zeznań świadków i stron postępowania.

Sąd meriti uznał za wiarygodne dowody z dokumentów zebrane w sprawie, albowiem zostały sporządzone we właściwej formie, przewidzianej dla tego typu dokumentów. Były przejrzyste i jasne. Ich autentyczność nie budziła wątpliwości Sądu.

Jego zdaniem, na walor wiarygodności zasługiwały zeznania świadków (...), B. W., I. N., G. R., (...), M. P., G. K., J. J., B. D., J. O., J. S., (...), M. N. (1) i C. F.. Wskazani świadkowie ordynatorzy lub zastępcy ordynatorów oddziałów powodowego szpitala, na których doszło do tzw. „nadwykonań” - zgodnie podali, iż pacjenci wyszczególnieni w załączonym do pozwu wykazie wymagali udzielenia stosownych świadczeń zdrowotnych ze względu na stan zagrożenia zdrowia lub życia. Natomiast odmowa udzielenia niezbędnej pomocy w przypadku tychże pacjentów ze względu na wyczerpanie środków przewidzianych limitem określonym w umowie, stałaby w sprzeczności z etyką lekarską, a także mogłaby skutkować odpowiedzialnością lekarza, który odmówił przyjęcia na oddział z tego powodu. Zeznania przytoczonych wyżej świadków nie budziły wątpliwości Sądu I instancji.

Sąd a quo dał wiarę również zeznaniom powoda dyrektora szpitala (...) i jego zastępcy S. K., a także zeznaniom pozwanego - dyrektora W. K..

Strony procesu wskazały, iż podjęły próby w celu ugodowego rozstrzygnięcia zaistniałego sporu. Ponadto przedstawiły swoje racje, które tkwią u podstaw przyjętych stanowisk. Sąd nie znalazł podstaw do kwestionowania tychże zeznań.

W tym stanie rzeczy, Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powód w oparciu o treść art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity -Dz. U. 2004 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm. - dalej: „uśoz.”) domagał się zasądzenia na jego rzecz kwoty odpowiadającej łącznej wartości udzielonych pacjentom świadczeń ponad limit zobowiązania pozwanego ustalonego w umowie. Innymi słowy, powód żądał zapłaty z tytułu tzw. „nadwykonań”. Wskazywał, że przedmiotowe usługi medyczne były udzielane świadczeniobiorcom w stanach nagłych.

## 5

W ocenie Sądu a quo, w pierwszej kolejności wyjaśnienia wymagało pojęcie „stan nagły”, które użyte zostało w przepisie stanowiącym podstawę prawną roszczenia pozwu. Definicja tego zwrotu zawarta została w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2006 r. Nr 191, poz. 1410 ze zm.), do której wprost odwołuje się art. 5 ust. 33 uśoz. Pojęcie to, w całości brzmiące jako „stan nagły zagrożenia zdrowotnego” oznacza stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. W kontekście tej definicji należy przywołać także - dodał Sąd orzekający - art. 7 nieobowiązującej już ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity - Dz. U. 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm. -dalej „uzoz”), który jednakże ma zastosowanie do stanu faktycznego ustalonego w mniejszej sprawie. Przepis ten stanowi, iż zakład

opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Analiza tego przepisu pozwala na stwierdzenie, iż przesłanki w nim określone w zasadzie odpowiadają definicji „stanu nagłego”, na który powołuje się art. 19 uśoz. Artykuły te wyraźnie podkreślają i eksponują zarówno natychmiastowość świadczenia, jak i bezpośredniość występującego zagrożenia zdrowia lub życia. Zdaniem Sądu a quo, dotychczasowe wywoły uzupełnić należy o treść art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity - Dz. U. 2011 r. Nr 277, poz. 1634 ze zm. - dalej „uzi”), zgodnie z którym lekarz ma obowiązek udzielić pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych wypadkach niecierpiących zwłoki. Choć zakres tego przepisu jest nieco odmienny od zakresu art. 19 uśoz, bowiem dotyczy także lekkich przypadków niecierpiących zwłoki, jednakże przyjąć należy, iż zarówno art. 19 uśoz, jak i art. 7 użoz oraz art. 30 uzi co do zasady dotyczą tych samych sytuacji, które charakteryzują się koniecznością podjęcia natychmiastowej interwencji lekarskiej ze względu na istnienie bezpośredniego

## 6

zagrożenia zdrowia lub życia pacjenta (M. Dercz, T. Rek, Komentarz do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, Warszawa 2007, str. 52). Zakład opieki zdrowotnej, odmawiając udzielenia świadczeń zdrowotnych pacjentowi w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia, który poniósł w związku z tym szkodę, naraża się na odpowiedzialność cywilną, natomiast jego pracownicy - na odpowiedzialność karną (M. Nesterowicz, Odpowiedzialność cywilna za ograniczenie dostępności do leczenia i nieuzyskanie świadczenia zdrowotnego w nowym systemie opieki zdrowotnej, Pr. i Med. 2000, nr 6- 7, str. 5).

Sąd meriti podkreślił, że obowiązki wynikające z powyższych przepisów mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Tym samym, zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie, jeżeli tylko wykaże, że nastąpiło to w sytuacji określonej w art. 7 użoz (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12.03.2009 roku, VCSK 272/08, LEX nr 530613).

Uwzględniając powyższe rozważania natury ogólnej, Sąd Okręgowy, w oparciu o dowody przedstawione przez powoda, doszedł do przekonania, że świadczenia udzielone ponad limit zobowiązania ustalony w umowie, były świadczeniami podjętymi ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów. W związku z tym, na pozwanym ciążył obowiązek zapłaty za przedmiotowe usługi medyczne wykonane przez powodowy szpital na rzecz świadczeniobiorców. Konkluzja ta wyłania się przede wszystkim z treści zeznań świadków powołanych w niniejszej sprawie, którzy kompleksowo przedstawili, w jakich wypadkach, pomimo przekroczenia limitu zobowiązania wskazanego w umowie, dochodziło do przyjęcia pacjentów na poszczególnych oddziałach powodowego szpitala i w efekcie do podjęcia interwencji leczniczych. Świadkowie - ordynatorzy lub zastępcy ordynatora poszczególnych oddziałów powoda, na których miały miejsce „nadwykonania” - zgodnie podali, że w czwartym kwartale 2009 roku nie przeprowadzano zabiegów planowych zgodnie z decyzją dyrektora placówki. Od tego czasu udzielano świadczeń medycznych jedynie pacjentom w stanach nagłych, którzy zgłaszali się do szpitala z

konkretnymi dolegliwościami lub byli przywożeni na przykład z miejsca wypadku. Wykaz świadczeniobiorców przyjętych do powodowego szpitala w stanie zagrożenia

7

zdrowia lub życia został załączony do pozwu wraz z wyliczeniem kosztów udzielenia pomocy medycznej. W ocenie Sądu a quo, wykaz ten został przygotowany na podstawie gruntownej analizy historii chorób przeprowadzonej przez lekarzy powodowego szpitala i wobec tego trudno kwestionować jego rzetelność. Stan wykorzystania limitu środków nie mógł w wypadkach tych świadczeniobiorców uzasadniać odesłania ich do innych placówek, czy też wyznaczenia im późniejszych terminów przyjęcia. Brak działań ze strony powoda naraziłby wskazanych w wykazie pacjentów na poważne pogorszenie zdrowia lub nawet zgon. Świadkowie - specjaliści w swoich dziedzinach medycznych - wskazali też konkretne przykłady chorób, z jakimi zgłaszali się pacjenci, a także podawali, jakie mogłyby być następstwa natury zdrowotnej w przypadku odmowy udzielenia im bezzwłocznej pomocy lekarskiej. Trudno zatem przyjąć - dodał Sąd I instancji - iż świadkowie ci nie wypowiadali się o faktach. Na podstawie tych zeznań Sąd uznał, iż wskazanym świadczeniobiorcom, w przypadku braku działań ze strony powoda, groziłaby co najmniej utrata zdrowia. W tym miejscu nie sposób odmówić racji powodowi w zakresie stwierdzenia, iż w chwili przyjęcia pacjenta do szpitala nie można jednoznacznie ocenić tego, czy zgłaszana przez niego jednostka chorobowa zagraża zdrowiu lub życiu. W takim wypadku ze względów etycznych, a także prawnych, nie można żądać od lekarza, aby z uwagi na przekroczony limit środków odesłał pacjenta do innej placówki, czy też kazał mu przyjść w nowym roku. Niejednokrotnie, postawienie prawidłowej diagnozy wymaga przeprowadzenia szeregu badań, które ze swej istoty generują określone koszty. Dopiero wówczas lekarz dysponuje niezbędną wiedzą na temat stanu zdrowia pacjenta i wtedy może racjonalnie ocenić, czy jest ono poważnie zagrożone. Skoro przy pierwszym zetknięciu ze świadczeniobiorcą lekarz nie jest w stanie w oparciu o przesłanki medyczne i tym samym bez obciążeń natury moralnej podjąć decyzji o odmowie jego przyjęcia do szpitala z uwagi na brak bezpośredniego zagrożenia jego zdrowia lub życia, nieuzasadnionym wydaje się obciążenie szpitala kosztami niezbędnej hospitalizacji tegoż pacjenta w przypadku wykorzystania limitu przyznaných środków. Sytuacje takie, zdaniem Sądu a quo, winny także być objęte dyspozycją art. 7 uzo. Dopiero, gdy wiadomym jest, że pacjent nie wymaga natychmiastowej pomocy medycznej, a mimo to otrzymuje świadczenie, zaś limity

8

uległy już wyczerpaniu, wówczas Narodowy Fundusz Zdrowia zwolniony jest z konieczności finansowania takiej usługi. Jednakże w niniejszej sprawie sytuacja taka nie miała miejsca.

Przytoczone wyżej okoliczności pozwoliły na uwzględnienie roszczenia powoda bez konieczności przeprowadzania dowodu z opinii biegłych, którzy mieliby ocenić każdy przypadek z osobna pod kątem istnienia przesłanek z art. 7 uzo. Po pierwsze, powód ostatecznie nie wniósł o przeprowadzenie takiego dowodu. Nie domagał się tego również pozwany. Natomiast Sąd meriti nie znalazł podstaw do dopuszczenia takiego dowodu z urzędu zgodnie z treścią art. 232 zd. 2 k.p.c. Po drugie, powód wywodził swoje żądanie z faktu udzielenia świadczeń medycznych ponad limit określony w umowie około 2500 świadczeniobiorcom. Przeanalizowanie każdego przypadku z

osobna przez biegłych różnych specjalności, na podstawie zachowanych historii chorób, stałoby w sprzeczności z zasadami ekonomiki procesu, albowiem diametralnie zahamowałyby niniejsze postępowanie na kilka lat. Po trzecie, biegli na podstawie historii chorób dysponowałiby wiedzą na temat poszczególnych pacjentów, której niejednokrotnie nie posiadał lekarz w chwili podejmowania decyzji o przyjęciu świadczeniobiorcy na dany oddział szpitala. Okoliczność ta znacznie zamazywałaby wartość takiej opinii dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy. I wreszcie po czwarte, powód na podstawie zaproponowanych środków dowodowych, zgodnie z art. 6 k.c., wykazał słuszność swojego stanowiska, co sprawiło, iż przeprowadzenie dowodu z opinii biegłych okazało się zbędne. Zaistniałe pomiędzy stronami okoliczności sporne zostały w sposób dostateczny wyjaśnione.

Mając powyższe na uwadze, Sąd I instancji, na podstawie art. 7 uzoż, zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 6.106.732,35 zł z ustawowymi odsetkami od dnia

11 maja 2010 roku, czyli od dnia następnego po upływie terminu wyznaczonego pozwanemu wezwaniem do zapłaty z dnia 22 kwietnia 2010 roku, do dnia zapłaty (punkt 1 wyroku).

Na mocy art. 355 § 1 k.p.c. Sąd a quo umorzył postępowanie w części kwoty 30.986 zł, w związku z ograniczeniem żądania pozwu (punkt 2 wyroku).

W pozostałym zakresie Sąd I instancji oddalił powództwo (punkt 3 wyroku).

## 9

Zgodnie z art. 98 § 1 k.p.c. strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu). Z racji faktu, iż pozwany przegrał niniejszy proces, Sąd a quo na podstawie przytoczonego przepisu i § 6 pkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. Nr 163, poz. 1349) zasądził od niego na rzecz powoda kwotę 7.217 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego (punkt 4 wyroku).

Postanowieniem z dnia 28 października 2010 roku Sąd Okręgowy w Bydgoszczy zwolnił powoda od kosztów sądowych /k. 139/. Wobec tego Sąd meriti na mocy art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (tekst jednolity - Dz. U. 2010 r. Nr 90, poz. 594 ze zm.) kosztami sądowymi, od których zwolniony został powód, obciążył Skarb Państwa (punkt 5 wyroku).

Powyższe rozstrzygnięcie w całości zaskarżył apelacją pozwany i zarzucając naruszenie przepisów procesowych, tj.:

1 art. 227 k.p.c. i art. 258 k.p.c. poprzez dopuszczenie przez Sąd I instancji dowodu z przesłuchania świadków w osobach ordynatorów oddziałów powodowego Szpitala i Zastępcy Dyrektora powodowego Szpitala na okoliczność wykonania przez powoda świadczeń zdrowotnych ratujących zdrowie i życie w stanach nagłych,

2 art.232 zdanie drugie k.p.c. poprzez pominięcie przez Sąd I instancji dowodu z

opinii biegłego dysponującego wiadomościami specjalnymi,

3 art.233 § 1 k.p.c. poprzez poczynienie przez Sąd 1 instancji ustaleń niemających odzwierciedlenia w dowodach poprzez przyjęcie, że zostało udowodnione, iż sporne świadczenia były świadczeniami ratującymi zdrowie i życie w stanach nagłych oraz, że od IV kwartału 2009r. zaniechano przyjmowania pacjentów planowych;

wniósł o:

1 zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości,

## **10**

1 zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny ustalił i zważył, co następuje:

Apelacja pozwanego okazała się uzasadniona.

Na wstępie, przypomnieć należy, że w myśl art. 227 k.p.c. przedmiotem dowodu są fakty mające dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie.

Powszechnie przyjmuje się w doktrynie, że fakty mające znaczenie prawne dzielą się na trzy grupy:

- 1 fakty prawotwórcze,
- 2 fakty tamujące powstanie prawa,
- 3 fakty niweczące prawo.

(por. T. Wiśniewski „Przebieg procesu cywilnego” Warszawa 2009 str. 188).

Z reguły, fakty prawotwórcze zobowiązana jest wykazać i udowodnić strona powodowa, natomiast, fakty tamujące powstanie prawa i fakty niweczące prawo, winna wykazać i udowodnić strona pozwana. Oczywiście, w okolicznościach danej sprawy, może wystąpić modyfikacja rozkładu ciężaru dowodu.

W przedmiotowej sprawie, powód zobowiązany był wykazać fakt prawotwórczy w postaci zrealizowania przez niego tzw. ponad limitowych świadczeń medycznych, w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Innymi słowy, świadczenia te winny się charakteryzować koniecznością podjęcia natychmiastowej interwencji lekarskiej ze względu na istnienie bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia pacjenta.

Zdaniem Sądu ad quem, powód - wbrew odmiennemu stanowisku Sądu I instancji - nie sprostał temu obowiązkowi.

Należy zauważyć, że strona powodowa - jako materiał dowodowy - zaproponowała zestawienia dołączone do pozwu oraz zeznania świadków - ordynatorów i zastępców ordynatorów poszczególnych oddziałów powodowego szpitala.

## **11**

Jednocześnie, należy podkreślić, że jednym ze sposobów obrony pozwanego w



procesie jest zaprzeczenie. Pozwany NFZ skorzystał z takiej możliwości już w odpowiedzi na pozew (k. 145-153 akt).

Ponadto, pozwany jednoznacznie podniósł, że powód nie udowodnił, iż świadczenia objęte pozwem były udzielane, a jeżeli tak, to że były udzielane w stanach nagłych. Zdaniem pozwanego, dowodem na okoliczność udzielenia spornych świadczeń winna być dokumentacja źródłowa a nie zestawienie dołączone do pozwu,. Nadto, pozwany zauważył, że ocena dokumentacji medycznej powinna być dokonana przez osoby gwarantujące obiektywną ocenę, legitymujące się wiedzą specjalistyczną z zakresu medycyny oraz niezwiązane z powodem. Dodał, że powód nie zaoferował takiego dowodu, zgodnie z regułą zawartą w art. 6 k.c. (k. 147 akt).

Sąd Apelacyjny podziela stanowisko pozwanego. W istocie, przy jednoznacznym zaprzeczeniu strony pozwanej, powód zobowiązany był wykazać i udowodnić, że wykonał określone świadczenia medyczne w odpowiednim okresie i o danej wartości oraz że świadczenia te miały miejsce w stanach nagłego zagrożenia zdrowia i życia pacjentów.

Bezspornie, w pierwszym rzędzie powód winien zaoferować źródłową dokumentację medyczną, potwierdzającą i obrazującą wykonanie określonego świadczenia medycznego wobec zindywidualizowanego pacjenta. Sąd odwoławczy zdaje sobie sprawę z ogromnych trudności przedstawienia tak obszernej dokumentacji medycznej. Jednakże, żaden przepis prawa nie pozbawił pozwanego możliwości zapoznania się z tym materiałem, skoro w wyniku realizacji określonych świadczeń medycznych, byłby on potencjalnie zobowiązany do zapłaty określonej sumy pieniężnej.

W wyniku przedstawienia źródłowej dokumentacji medycznej, mogłaby zajść taka sytuacja procesowa, że pozwany uznałby żądanie w całości lub w części. Być może, pewne fakty zostałyby przez niego przyznane. Jednakże, tam gdzie pozwany zakwestionowałby określone świadczenie medyczne pod kątem jego wykonania w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia pacjenta, powód zobowiązany byłby do kontynuowania inicjatywy dowodowej.

## **12**

W myśl reguły rozkładu ciężaru dowodu, powód zobowiązany był wykazać i udowodnić, że określone świadczenie było wykonane w stanie nagłym zagrożenia zdrowia lub życia danej osoby.

Niewątpliwie, już na pierwszy rzut oka, wyłania się konstatacja, że ocena danego świadczenia pod kątem jego nagłości wykonania w stanie zagrożenia zdrowia i życia określonego pacjenta, wymaga wiadomości specjalnych. Jednocześnie należy podkreślić, że dla dokonania tej oceny nie jest miarodajny dowód z zeznań świadków i stron. Jednocześnie, nie można zgodzić się z pozwanym, że Sąd a quo winien a priori pominąć wniosek dowodowy powoda o przesłuchanie w charakterze świadków ordynatorów i zastępców ordynatorów poszczególnych oddziałów powodowego szpitala. Otóż, wypowiedzi tych osób mogły okazać się pomocne do dokonania oceny charakteru poszczególnych świadczeń medycznych przez biegłych specjalistów.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, nie powinno być wątpliwości, że oceny danego świadczenia pod kątem jego nagłości wykonania w stanie zagrożenia zdrowia i życia

określonego pacjenta, winien dokonać biegły (Instytut) w formie odpowiedniej opinii.

Sąd Najwyższy wielokrotnie podkreślał, że dowód z opinii biegłego nie może być zastąpiony innymi dowodami.

Jeżeli jest w sprawie kwestia sporna wymagająca wiadomości specjalnych (art. 278 §

1 k.p.c.), to nie można zaniechać przeprowadzenia dowodu z biegłych, tylko dlatego, że zostały zebrane w sprawie dotyczącej spornej kwestii inne dowody. Nie wymagałyby dowodu fakty przyznane w toku postępowania (art. 229 k.p.c.) lub gdyby okoliczności sporne zostały już dostatecznie wyjaśnione zgodnie ze stanowiskiem strony zgłaszającej dowód (art. 217 § 2 k.p.c.) - por. wyrok SN z dnia 13.12.2010 r.,

III SK 16/10, niepublikowany, zamieszczony w LEX nr 818602.

Niewątpliwie, ustalenie faktu wymagającego wiadomości specjalnych, jeżeli fakt ten jest sporny, nie jest możliwe na podstawie innych dowodów (świadców, dokumenty itp.), ale możliwe jest dokonanie w tym zakresie ustaleń na podstawie art. 6 k.c. (por. wyrok SN z dnia 11.03.2010 r., IV CSK 388/09, niepublikowany, zamieszczony w LEX nr 1111021).

Bezspornie, powód nie złożył wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego.

### **13**

Jawi się kwestia, czy Sąd meriti winien taki dowód dopuścić z urzędu (art. 232 zd. 2 k.p.c.).

Otóż, w ocenie Sądu Apelacyjnego - w okolicznościach rozpoznawanej sprawy — nie zaistniały żadne takie, szczególne okoliczności, które uzasadniałyby podjęcie przez Sąd a quo inicjatywy dowodowej z urzędu. Strona powodowa reprezentowana była przez profesjonalnego pełnomocnika. Pozwany, w odpowiedzi na pozew, zasugerował jakiego dowodu oczekiwaliby od powoda. Poza tym, zbędnym było podejmowanie próby uzyskania wypowiedzi biegłego specjalisty, w sytuacji, gdy brak jest w materiale dowodowym dokumentacji źródłowej, na podstawie której biegły mógłby sformułować wnioski opinii. Powód, pomimo sugestii pozwanego, zawartej w odpowiedzi na pozew, nie przedłożył takiej dokumentacji.

Powód przedstawił tylko określone zestawienia, zawierające pewne dane na temat wykonanych świadczeń medycznych. Tymczasem, takie niepodpisane zestawienie nie stanowi jakiegokolwiek dokumentu, w świetle przepisów art. 244-245 k.p.c. Gdyby nosiło ono podpis mogłoby zostać uznane za dokument prywatny (art. 245 k.p.c.), korzystający z domniemania autentyczności, a więc domniemania pochodzenia od wystawcy oraz z domniemania, że zawarte w nim oświadczenie pochodzi również od wystawcy. Ale nawet wtedy, dokument taki stanowiłby jedynie potwierdzenie stanowiska strony powodowej, wymagającego wzmocnienia stosownym materiałem dowodowym (tu: źródłową dokumentacją medyczną i odpowiednią opinią biegłego).

W rezultacie, słuszne okazało się stanowisko apelującego - wbrew odmiennemu pogładowi Sądu Okręgowego - że powód nie wykazał i nie udowodnił dochodzonego roszczenia. Nie sprostął on obowiązkowi wypływającemu z reguły rozkładu ciężaru dowodu (art. 6 k.c.). Prawidłowo podniósł skarżący (choć błędnie przywołał

dyspozycję art. 233 § 1 k.p.c., gdyż przepis ten dotyczy oceny zebranego materiału dowodowego, a nie błędów w ustaleniach faktycznych), że w przedmiotowej sprawie Sąd a quo dopuścił się sprzeczności poczynionych ustaleń z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego. Niewłaściwym było - co już podkreślono powyżej - poczynienie ustaleń dotyczących oceny danych świadczeń medycznych pod kątem ich nagłości wykonania w stanie zagrożenia zdrowia i życia określonego pacjenta, w

#### **14**

oparciu o treść zestawień, niemających waloru nawet dokumentu prywatnego i na podstawie zeznań świadków i zeznań strony powodowej.

W tym stanie rzeczy, Sąd Apelacyjny, na podstawie art. 386 § 1 k.p.c., orzekł, jak w punkcie I a sentencji.

Konsekwencją takiego stanowiska było rozstrzygnięcie o kosztach postępowania, zarówno pierwszoinstancyjnego, jak i odwoławczego.

O kosztach tych orzeczono na podstawie art. 108 § 1, 98 i 99 k.p.c. w zw. z § 2 ust. 1 i

1 w zw. z § 6 pkt 7 i § 6 pkt 7 w zw. z § 12 ust. 1 pkt. 2 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 z ze zm.).

Na koszty te składało się wynagrodzenie pełnomocnika pozwanego w kwocie 7200 zł, gdy chodzi o pierwszą instancję i w kwocie 5400 zł, za instancję odwoławczą.