

Sygn. akt V ACa 136/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 25 kwietnia 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – Wydział V Cywilny w składzie:

Przewodniczący:	SSA Włodzimierz Gawrylczyk
Sędziowie:	SA Maria Sokołowska (spr.) SA Katarzyna Przybylska
Protokolant:	sekr. sąd. Magdalena Tobiasz – Ignatowicz

po rozpoznaniu w dniu 18 kwietnia 2013 r. w Gdańsku na rozprawie

sprawy z powództwa Szpitala (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w C.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. (...) w B.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w (...)

z dnia 30 listopada 2012 r. sygn. akt I C 24/12

uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w (...), pozostawiając temu sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego.

Na oryginale właściwe podpisy

UZASADNIENIE

Powód Szpital (...) sp. z o.o. w C. wniósł o zasądzenie od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia w W. (...) na jego rzecz kwoty 258.781,14 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 7 czerwca 2011 roku do dnia zapłaty oraz kosztów procesu.

W uzasadnieniu powód podał, iż zawarł z pozwanym umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne na okres od stycznia do grudnia 2010 roku. W tym okresie powód udzielił świadczeń zdrowotnych ponad limit przyjęty w umowie na Oddziale (...) – hospitalizacja na kwotę 258.781,14 zł. Usługi medyczne składające się na powyższą kwotę były udzielone w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia pacjentów, a w takich sytuacjach na lekarzach ciąży bezwzględny ustawowy obowiązek udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej. Ponadto powód zaznaczył, że wartość tychże usług została wyliczona zgodnie z kosztami realizacji poszczególnych świadczeń przyjętymi przez pozwanego.

Nakazem zapłaty w postępowaniu upominawczym Sąd Okręgowy w (...) orzekł zgodnie z żądaniem pozwu.

Pozwany w sprzeciwie od powyższego nakazu zapłaty wniósł o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie od powoda kosztów procesu.

W uzasadnieniu pozwany podał, iż fakt nie sfinansowania przedmiotowych świadczeń ponad limit określony w umowie jest tylko skutkiem działania powoda, który odmówił podpisania ugody przygotowanej zgodnie z jednolitymi dla wszystkich placówek kryteriami. Dodatkowo wskazał, że usługi medyczne ratujące życie powinny zostać rozliczone przez powoda w ramach umowy, gdyż tego typu świadczenia stanowią ogólnie niewielki procent z całości wszystkich wykonanych świadczeń w roku 2010. Wykonywanie usług ponad limit umowy świadczy o braku zorganizowania przez powoda odpowiedniego systemu kolejkowego, do czego był on zobowiązany w ramach odpowiednich przepisów. Jednocześnie pozwany zaznaczył, iż powód dysponował jedynie określoną pulą środków i powinien nimi racjonalnie dysponować, aby pozostała pewna rezerwa na wypadki nagłe.

Pismem z dnia 12 czerwca 2012 roku powód rozszerzył żądanie pozwu i kwotę 239.632,68 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 17 stycznia 2012 roku do dnia zapłaty, czyli łącznie powód domagał się zapłaty na swoją rzecz kwoty 498.413,82 zł.

W uzasadnieniu powód wskazał, że kwota rozszerzonego powództwa obejmuje wyłącznie świadczenia zdrowotne udzielone na Oddziale (...) w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2011 roku w wypadkach bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów.

Pozwany domagał się oddalenia powództwa także w rozszerzonej części.

Wyrokiem z dnia 30 listopada 2012 r. Sąd Okręgowy w (...) zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 498.413,82 zł wraz z odsetkami szczegółowo w sentencji wyroku opisanymi oraz kwotę 7.217 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sąd ten ustalił, iż w dniu 31 grudnia 2008 roku pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia – (...) w B. zawarł z powodem Szpitalem (...) sp. z o.o. w C. umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne. Strony ustaliły, iż kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2010 roku wynosi maksymalnie 11.575.236 zł. Aneks nr (...) rozszerzono zakres obowiązywania powyższej umowy na okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2011 roku. Umowa obejmowała świadczenia z zakresu „Anestezjologia i intensywne leczenie – hospitalizacja”. W roku 2010 na powyższe świadczenia przeznaczono w umowie kwotę 551.412 zł, zaś w roku kolejnym – 531.485,79 zł.

W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2010 roku powód udzielił nielimitowanych świadczeń pacjentom w zakresie „Anestezjologia i intensywne leczenie – hospitalizacja” na łączną kwotę 258.781,14 zł. Świadczenia składające się na powyższą wartość zostały udzielone w stanach zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów. Specyfika Oddziału (...) w powodowym szpitalu uniemożliwia planowe przyjmowanie pacjentów. Każdy pacjent przed zakwalifikowaniem do leczenia jest bezpośrednio badany przez lekarza anestezjologa, który po niezbędnych konsultacjach podejmuje decyzję o przyjęciu. Powód pismem z dnia 10 stycznia 2011 roku wezwał pozwanego do zapłaty powyższej kwoty wystawiając stosowną fakturę VAT. Pozwany odmówił zapłaty i odesłał fakturę wskazując, iż została wystawiona poza systemem. Po ponowieniu wezwania o zapłatę, pozwany przedstawił projekt ugody, która była dla powoda nie do przyjęcia.

W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2011 roku powód udzielił nielimitowanych świadczeń pacjentom w zakresie „Anestezjologia i intensywne leczenie – hospitalizacja” na łączną kwotę 239.632,68 zł, świadczenia składające się na powyższą wartość zostały udzielone w stanach zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów. Specyfikacja powyższego oddziału nie uległa zmianie. Procedura przyjmowania także pozostała bez zmian w stosunku do roku poprzedniego. Po wystawieniu faktury VAT powód pismem z dnia 26 kwietnia 2012 roku wezwał pozwanego do uregulowania tejże należności.

Powyższy stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił w oparciu o przedstawione przez strony dokumenty, a także na podstawie zeznań świadków M. O. i J. J. – lekarzy powodowego szpitala pracujących na Oddziale(...) które ocenił jako wiarygodne. Na podstawie tych zeznań Sąd I-instancji ustalił, że świadczenia będące przedmiotem procesu były udzielone wyłącznie pacjentom w stanach nagłych, zagrażających ich życiu lub zdrowiu, oraz że przyjmowanie na oddział pacjentów uzależnione było od każdorazowego bezpośredniego badania przez lekarza anestezjologa po odpowiednich konsultacjach, a także że charakter oddziału uniemożliwia prowadzenie listy kolejkowej pacjentów. Powyższe zeznania, łącznie z zasadami doświadczenia życiowego, były dla Sądu Okręgowego wystarczające do przyjęcia, że na Oddziale (...)powodowego szpitala udzielono w 2010 i 2011 roku świadczeń ponad przyjęty w umowie limit wyłącznie w stanach zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów.

Sąd I-instancji pominął dowód z opinii biegłego sądowego z dziedziny anestezjologii i intensywnej terapii, albowiem wszelkie istotne okoliczności z punktu widzenia rozstrzygnięcia zostały w sposób dostateczny wyjaśnione, a nadto przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego w niniejszej sprawie niweczyłoby postulat szybkości postępowania, i wymagałoby poniesienia znacznych kosztów.

Sąd Okręgowy zważył, iż powód domagał się zasądzenia na jego rzecz kwoty odpowiadającej łącznej wartości udzielonych pacjentom świadczeń z rodzaju leczenia szpitalnego, z zakresu „Anestezjologia i intensywna terapia – hospitalizacja”, które zostały wykonane w latach 2010 i 2011, w stanach nagłych, ponad ustalone w umowach limity. Roszczenie to Sąd ocenił na podstawie treści 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.), a także z treści art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 r. nr 112, poz. 664 ze zm.). Według art. 7 nieobowiązującej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Przesłanki wskazane w tym przepisie, przeniesione do art. 15 ustawy o działalności leczniczej, odpowiadają definicji stanu nagłego, zawartej 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. 33 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity – Dz.U. 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.). 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. Według art. 19 ust. 1 wskazanej wyżej ustawy w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie.

Sąd I-instancji zważył, że obowiązki wynikające z powyższych przepisów mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Jeżeli zatem podmiot leczniczy, który zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o świadczenie usług medycznych, udzielił świadczenia pacjentowi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ma roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie względem Narodowego Funduszu Zdrowia. Powołując się na poglądy wypracowane przez orzecznictwo, Sąd ten wskazał, iż określone w umowach ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą przypadków, gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Jeżeli bowiem zachodzi ustawowy obowiązek natychmiastowego udzielenia świadczeń, to nie mogą one być limitowane umową.

W ocenie Sądu Okręgowego materiał dowodowy zebrany w sprawie pozwala na poczynienie ustalenia, że świadczenia z zakresu „Anestezjologia i intensywna terapia – hospitalizacja” udzielone ponad limit zobowiązania wskazany w umowie na lata 2010 i 2011, były świadczeniami podjętymi ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów. Tym samym – zdaniem Sądu – na pozwanym ciąży obowiązek zapłaty za przedmiotowe usługi medyczne wykonane przez powodowy szpital na rzecz świadczeniobiorców. Świadczenia Nielimitowane, których koszt wyniósł łącznie kwotę 498.413,82 zł zostały udzielone pacjentom w placówce powoda, czego pozwany nie kwestionował. Natomiast za faktem udzielenia powyższych Nielimitowanych usług medycznych w przedmiotowym

zakresie w stanach nagłych, czyli zagrażających życiu lub zdrowiu świadczeniobiorców przemawiają – w ocenie Sądu Okręgowego – zeznania świadków, a także zasady doświadczenia życiowego. Z zeznań świadków wynika, że na Oddział (...) powodowego szpitala byli przyjmowani tylko pacjenci w stanie bezpośrednio zagrażającym życiu lub zdrowiu. Te twierdzenia znajdują też potwierdzenie w zasadach doświadczenia życiowego, z których wynika, że nie ma możliwości przyjmowania na wskazany oddział innych pacjentów, niż tylko tych, których życie lub zdrowie jest zagrożone do tego stopnia, że wymagają oni stałej, nieprzerwanej kontroli stanu procesów życiowych. Nie sposób zatem oczekiwać od lekarza, aby w takiej sytuacji odmówił przyjęcia, albowiem wówczas działałby wbrew ciężącemu na nim ustawowemu obowiązkowi ratowania życia lub zdrowia, co skutkowałoby koniecznością poniesienia odpowiedzialności karnej, a niejednokrotnie także i cywilnej. Z tych względów nie jest możliwe wdrożenie na tymże oddziale powoda listy kolejkowej. Nie da się bowiem przewidzieć, kiedy u innych pacjentów szpitala, czy też u świadczeniobiorców z zewnątrz, wystąpi nagle załamanie się procesów życiowych wymagających natychmiastowej interwencji anestezyjologicznej i intensywnej terapii, która to pomoc nie będzie mogła być skutecznie udzielona na żadnym innym oddziale. Sąd I-instancji nie dostrzegł uzasadnienia dla poddawania ocenie bieglego sądowego działań podejmowanych przez lekarza rozstrzygającego o konieczności przyjęcia pacjenta na Oddział (...), w sytuacji, gdy biegły miałby decydować o stanie zdrowia pacjenta z tamtej chwili, tj. z chwili przyjęcia pacjenta na oddział – wyłącznie na podstawie analizy dokumentacji medycznej, a bez naocznego, bezpośredniego kontaktu z pacjentem w tamtym czasie.

Mając te względy na uwadze Sąd Okręgowy uznał dochodzone przez powoda za uzasadnione w świetle art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 15 ustawy o działalności leczniczej.

We wniesionej apelacji pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia (...) w B. zaskarżył wyrok Sądu Okręgowego w całości domagając się jego zmiany poprzez oddalenie powództwa, ewentualnie uchylenia tego wyroku i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania przez Sąd Okręgowy.

Skarżący zarzucił:

- 1) naruszenie art. 227 kpc i art. 258 kpc poprzez dopuszczenie przez Sąd dowodu z zeznań świadków w osobach lekarzy pracujących w powodowym Szpitalu na okoliczność wykonania przez powoda świadczeń zdrowotnych ratujących zdrowie i życie w stanach nagłych;
- 2) naruszenie art. 232 zd. 2 kpc poprzez pominięcie przez Sąd I-instancji dowodu z opinii biegłego dysponującymi wiadomościami specjalnymi,
- 3) art. 233 § 1 kpc poprzez poczynienie przez Sąd I-instancji ustaleń nie mających odzwierciedlenia w dowodach poprzez przyjęcie, że zostało udowodnione, iż sporne świadczenia były świadczeniami ratującymi zdrowie i życie w stanach nagłych.

W odpowiedzi na apelację powód domagał się jej oddalenia oraz zasądzenia kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje

Apelacja pozwanego zasługiwała na uwzględnieniu.

Obecnie, za utrwalone należy uznać poglądy judykatury, według których zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za świadczenia zdrowotne udzielane w warunkach określonych w poprzednio obowiązującym art. 7 ustawy z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (dalej „u.z.o.z.”), a obecnie w art. 15 ustawy z 14.05.2011 r. o działalności leczniczej (dalej „u.d.l.”) i to niezależnie od tego czy zostały one udzielone w ramach umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz ustalonych w tej umowie limitów świadczeń, czy też stanowiły tzw. świadczenia ponadlimitowe (por. przykładowo wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12.03.2009 r., V CSK 272/08 LEX nr 530613 i powołane w jego uzasadnieniu dalsze orzeczenia SN).

Jednocześnie też przyjmuje się, że na zakładzie opieki zdrowotnej, który dochodzi roszczenia o zapłatę za świadczenia medyczne udzielone pacjentom w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia ciąży obowiązek wykazania, że z uwagi na okoliczności poszczególnych przypadków zachodziła potrzeba natychmiastowego udzielenia tych świadczeń. (por. wyżej powołany wyrok SN a także wyrok SN z 14 lutego 2008 r., II CSK 532/07, LEX nr 496387).

W niniejszej sprawie powód dochodzi zapłaty za świadczenia wykonane na oddziale(...)w latach 2010 i 2011, szczegółowo opisanych zarówno w treści uzasadnienia pozwu jak i pisma rozszerzającego powództwo (k: (...) - (...)). W celu wykazania, że świadczenia te zostały udzielone w warunkach zagrożenia życia i zdrowia powód wniósł o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego sądowego (k: 11 i (...) akt). Jednocześnie powód zgłosił szereg wniosków dowodowych, w tym z przesłuchania stron i zeznań św. J. J. i M. O. – lekarzy pracujących na Oddziale (...), przy czym teza dowodowa odnosząca się do tych wniosków dowodowych nie została jednoznacznie sprecyzowana, chociaż, na podstawie uzasadnienia pozwu i pisma procesowego rozszerzającego powództwo można było pośrednio wyprowadzić wniosek, że także te dowody miały wykazać, że skonkretyzowane przez powoda świadczenia były wykonane w warunkach art. 7 u.z.o.z. oraz art. 15 u.d.l.

Tymczasem okoliczności te jako wymagające wiadomości specjalnych mogły być jedynie przedmiotem dowodu z opinii biegłego, a nie zeznań świadków (art. 278 kpc). Zarówno w doktrynie prawa jak i orzecznictwie Sądu Najwyższego zgodnie przyjmuje się, że dowód z opinii biegłego nie może być zastąpiony zeznaniami świadków. O ile bowiem świadek ma zakomunikować swoje spostrzeżenia dotyczące okoliczności faktycznych, o tyle biegły ma poddać te okoliczności wiedzy fachowej. Nawet zatem, kiedy świadek dysponuje wiedzą fachową, jego zeznania pozostają informacją o faktach spostrzeżonych i ocenionych jedynie przez świadka. Natomiast prawidłowość i zasadność tych ocen, należących do wiadomości specjalistycznych, wymaga już udziału biegłego, aby mogła być przyjęta przez Sąd za wiążący element ustaleń faktycznych (por. wyrok SN z 29.02.2008 r., V CSK 457/07, LEX nr 471616).

Słusznie zatem zarzuca skarżący, że Sąd Okręgowy z naruszeniem przepisów postępowania w tym w szczególności art. 258 kpc i art. 278 kpc poczynił ustalenia, co do tego, że świadczenia zdrowotne, za które powód domaga się zapłaty, zostały udzielone w warunkach o jakich mowa w art. 7 u.z.o.z. i art. 15 u.d.l. na podstawie dowodu z przesłuchania świadków – lekarzy zatrudnionych na O.I.O.M-ie powodowego szpitala. Należy też zgodzić się ze skarżącym, że nawet te zeznania nie mogły stanowić podstawy do dokonania takiego ustalenia. Zeznania wskazanych świadków ze względu na ich ogólnikowość i brak odniesienia się do konkretnych przypadków opisanych w pozwie i piśmie procesowym rozszerzającym powództwo, były dalece niewystarczające do przyjęcia, że każdy z tych przypadków odpowiadał warunkom udzielenia świadczenia zdrowotnego w stanie bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta. Na podstawie treści tych zeznań można było co najwyżej wnioskować, jaki jest zakres działania przedmiotowego Oddziału Szpitala i jaka jest praktyka przyjmowania pacjentów na ten Oddział. Oceny tej nie może zmienić odwoływanie się przez Sąd Okręgowy do zasad doświadczenia życiowego, bowiem zasady te nie mogą zastępować dowodu, a jedynie mogą służyć ocenie już przeprowadzonych dowodów po myśli art. 233 § 1 kpc, jako jedno z kryteriów tej oceny. Zastąpić dowód mogły jedynie fakt notoryjnie znany lub fakt znany sądowi z urzędu (art. 228 kpc), jednak na taką argumentację Sąd Okręgowy się nie powoływał, co i tak byłoby wątpliwe wobec tego, że przedmiotem opinii biegłego nie są fakty, lecz wiadomości specjalne oraz powszechnie utrwalonego poglądu, że Sąd nie może zastępować biegłego, choćby ktokolwiek z jego składu posiadał wymagane specjalne wiadomości. (por. wyrok SN z 26.10.2006 r., I CSK 166/06, LEX nr 209297).

Reasumując ten wątek rozważań stwierdzić więc należy, iż uzasadniony okazał się zarzut apelacji dotyczący uchybienia zasadom prawidłowego postępowania dowodowego prowadzonego przez Sąd I-instancji. Uwzględnieniu tego zarzutu nie stoi przy tym na przeszkodzie okoliczność, że po wydaniu przez Sąd Okręgowy postanowienia oddalającego wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego, pełnomocnik pozwanego nie zgłosił zastrzeżenia do protokołu, w trybie art. 162 kpc. Wniosek ten bowiem został złożony przez powoda i był konsekwencją spoczywającego na nim ciężaru dowodu (art. 6 kc). Oddalenie tego wniosku przez Sąd mogło wywołać u pozwanego przekonanie, że wywarło negatywne skutki dla powoda. Dlatego też nie leżało w jego interesie składanie zastrzeżenia o jakim mowa w art. 162 kpc. W takich warunkach – w ocenie Sądu Apelacyjnego – pozwany może podnosić zarzuty dotyczące naruszenia

przez Sąd I-instancji przepisów postępowania w dalszym jego toku, w tym we wniesionej apelacji. Zarzuty te – jak wyżej wskazano – są uzasadnione.

Oznacza to, że rozstrzygając niniejszą sprawę Sąd Okręgowy nie przeprowadził postępowania dowodowego w zasadniczym zakresie tj. w zakresie pozwalającym na ustalenie czy świadczenia zdrowotne, za które powód domaga się zapłaty były wykonywane w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta. Przeprowadzone na tą okoliczność dowody z zeznań świadków są nieprzydatne dla stwierdzenia tej okoliczności. Oznacza to, że rozstrzygnięcie niniejszej sprawy wymaga w zasadzie przeprowadzenie postępowania dowodowego w całości, co w myśl art. 386 § 4 kpc powoduje konieczność uchylenia zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania przez Sąd I-instancji.

Niezależnie od powyższego Sąd I-instancji w ogóle nie odniósł się do zarzutu pozwanego zgłoszonego już w sprzeciwie do nakazu zapłaty, że świadczenia zdrowotne będące przedmiotem dochodzonego roszczenia powód mógł rozliczyć w ramach umowy łączącej strony. Z ustaleń poczynionych w sprawie wynika, że umowa ta obejmowała świadczenia z zakresu „Anestezjologia i intensywne leczenie – hospitalizacja”, na które w roku 2010 przeznaczono kwotę 551.412 zł, a w roku 2011 – 531.485,79. Tak więc przynajmniej część świadczeń zdrowotnych udzielona na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii powodowego szpitala była rozliczona w ramach wskazanych limitów. Dotyczyło to świadczeń ratujących zdrowie i życie, skoro – jak wynika z twierdzeń powoda, na przedmiotowym oddziale były wykonywane wyłącznie takie świadczenia. Nie znajduje bowiem uzasadnienia stanowisko, że każde świadczenie zdrowotne udzielone w warunkach art. 7 u. z.o.z. i art. 15 u.d.l. powinno być opłacone ponad ustalony w umowie limit finansowania, gdyż podważałoby sens przeznaczania określonych środków w ramach umowy na finansowanie takich właśnie świadczeń. Wyjaśnienia więc wymaga jakie zasady obowiązywały strony przy rozliczaniu przedmiotowych świadczeń i dlaczego powód nie zgłosił do rozliczenia świadczeń skonkretyzowanych w podstawie faktycznej dochodzonego roszczenia. Wątpliwość wywołuje przede wszystkim to, że wśród wskazanych przez powoda świadczeń znaczna ich część została wykonana już w pierwszych miesiącach każdego roku (zdarzały się nawet przypadki ze stycznia i lutego 2010 i 2011 r.), a z opisu stanu pacjentów wynika, że były to przypadki szczególnie drastyczne. Powstaje więc pytanie dlaczego świadczenia udzielane właśnie tym pacjentom nie zostały rozliczone w ramach limitów ustalonych w umowie, skoro niewątpliwie w tym czasie limit ten nie został jeszcze przekroczony. Ustalenie, że powód naruszył obowiązujące pomiędzy stronami zasady rozliczania świadczeń ratujących życie lub zdrowie w taki sposób, że pozbawił pozwanego możliwości uregulowania należności za te świadczenia w ramach kontraktu, umożliwiłoby pozwanemu uchylenie się od obowiązku za nie zapłaty. Podobny pogląd wyraził Sąd Apelacyjny we Wrocławiu w wyroku z dnia 3.04.2012 r, I ACa 181/12 (LEX nr 1148149) wskazując, że nie do zaakceptowania byłoby przyjęcie koncepcji, że NFZ 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 NFZ 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 umowie. Przytoczony pogląd, Sąd Apelacyjny w składzie rozpoznającym niniejszą sprawę w pełni podziela.

Nieodniesienie się przez Sąd Okręgowy do omawianych kwestii, stanowiących istotny zarzut merytorycznej obrony pozwanego oznacza, że Sąd ten nie rozpoznał istoty sprawy w rozumieniu art. 386 § 4 kpc. Występują więc dwie podstawy wskazane w tym przepisie powodujące konieczność uchylenia zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I-instancji. Obok przesłanki nierozpoznania istoty sprawy zachodzi także przesłanka konieczności przeprowadzenia postępowania dowodowego w całości, o czym była już mowa w uzasadnieniu.

Przy ponownym rozpoznaniu sprawy rzeczą Sądu Okręgowego będzie przeprowadzenie postępowania dowodowego we wskazanych wyżej kierunkach, w tym przeprowadzenieawnioskowanego przez powoda dowodu z opinii biegłego. Niezbędna jest też analiza umowy łączącej strony i poczynienie ustaleń w jaki sposób była wykonywana, a to w celu wyjaśnienia dlaczego wszystkie albo przynajmniej niektóre ze świadczeń, za które powód domaga się zapłaty nie zostały rozliczone w ramach limitów ustalonych w umowie.