

Sygn. akt V ACa 714/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 lutego 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – Wydział V Cywilny w składzie:

Przewodniczący:	SSA Włodzimierz Gawrylczyk
Sędziowie:	SA Artur Lesiak (spr.) SA Maria Sokołowska
Protokolant:	sekretarz sądowy Małgorzata Naróg

po rozpoznaniu w dniu 19 lutego 2016 r. w Gdańsku na rozprawie

sprawy z powództwa (...) w B.

przeciwko (...) w W. (...) w B.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w B.

z dnia 1 czerwca 2015 r. sygn. akt I C 598/12

I. oddala apelację;

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

Na oryginale właściwe podpisy.

Sygn. akt V ACa 714/15

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 1 czerwca 2015 roku Sąd Okręgowy w B. zasądził od pozwanego (...) w W. (...) w B. na rzecz powoda (...) w B. kwotę 382.965 zł.

Powyższe rozstrzygnięcie zostało oparte na następujących ustaleniach faktycznych i rozważaniach Sądu pierwszej instancji.

Powód (...) w B. udziela świadczeń zdrowotnych w ramach publicznej służby zdrowia. Podstawą udzielania przez powoda świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w roku 2011 była umowa z dnia 13 stycznia 2011 r. nr (...)o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki

długoterminowej, zmieniana następnie aneksami (...). Kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia 2011r. wyniosła maksymalnie 757.680 zł.

Powód w roku 2011 wykonał świadczenia zdrowotne z zakresu zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie ponad wskazany limit. Świadczenia te dotyczyły 20 pacjentów - 11 kobiet i 9 mężczyzn, zaś ich wartość opiewała na kwotę 382.965 zł. Powód pismem z dnia 27 lutego 2012r., a następnie pismami z dnia 19 kwietnia 2012r. i 1 sierpnia 2012r. zwracał się do pozwanego o uregulowanie powyższej kwoty. Pozwany odmawiał zapłaty powołując się na ograniczone środki finansowe oraz wystawienie faktur poza systemem informatycznym.

Świadczenia, za które powód domaga się zapłaty zostały wykonane w stanach bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia pacjentów. Świadczenia te polegały na mechanicznym wentylowaniu pacjentów w warunkach domowych, co stanowiło kontynuację leczenia szpitalnego pacjentów przyjętych na oddział pulmonologii bezpośrednio z oddziałów intensywnej terapii lub w stanie z życia i zdrowia - odłączenie tych pacjentów od respiratora stanowiłoby zagrożenie dla ich życia lub zdrowia i powodowałoby konieczność hospitalizacji. Wskazanie do tego typu leczenia jest zawsze udokumentowane, decyduje o nim ordynator oddziału, lekarz prowadzący oraz anestezjolog. Bez wspomagania wentylacji pacjent nie może funkcjonować. Kontynuacji tych świadczeń nie można planować ani przesuwać. W ramach terapii pacjent wyposażony jest w respirator bądź inne przyrządy takie jak maski, ustniki, dostarczane przez szpital, a także wizytowany przez pielęgniarkę oraz lekarza. W przypadku pacjentów K. K. i B. S. zastosowano inwazyjną, a nie nieinwazyjną wentylację mechaniczną (respirator podłączony do rurki intubacyjnej lub tracheotomijnej). Zaprzestanie terapii tą metodą prowadziło do zagrożenia życia.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił za pomocą okoliczności bezspornych, a także dokumentów przedłożonych przez strony, których autentyczności i wiarygodności żadna z nich nie kwestionowała.

Sąd dał wiarę zeznaniom świadka M. M., w których wskazywała ona na charakter spornych świadczeń, dotyczący osób przekazanych z oddziałów intensywnej terapii lub przyjętych w stanach zagrożenia życia, wyjaśniała procedurę ich leczenia, specyfikę świadczeń w powodowym szpitalu, a także ewentualne konsekwencje braku kontynuacji terapii, w postaci zagrożenia nagłym załamaniem zdrowia i zagrożeniem życia pacjentów.

Sąd dał wiarę zeznaniom złożonym w charakterze strony przez E. K., w tym znaczeniu, iż potwierdzały one stanowisko prezentowane przez pozwanego, co do braku możliwości zakwalifikowania spornych świadczeń jako świadczenia ratujące życie lub zdrowie. Kwestia zasadności takiego stanowiska podlegała jednak ocenie w świetle całokształtu zebranego w sprawie materiału dowodowego.

W związku z koniecznością posiadania wiadomości specjalnych Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego prof. dr hab. R. J.. Sąd pomocniczo wziął pod uwagę wnioski opinii z dnia 30 czerwca 2014 r., które miały charakter ogólny i wyjaśniały specyfikę terapii polegającej na nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej. W szczególności jednak Sąd oparł się na wnioskach opinii z dnia 24 listopada 2014 r. i 17 marca 2015 r., w których biegła odniosła się konkretnie do okoliczności objętych żądaniem pozwu. W ocenie Sądu opinie te zostały sporządzone z uwzględnieniem zasad wiedzy fachowej, były racjonalne i logiczne.

Sąd zważył, że zgodnie z treścią przepisu art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013r., poz. 217) podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Przepis ten koresponduje z uregulowaniem art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodzie lekarza i lekarza denty, zgodnie z którym lekarz ma obowiązek udzielać 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 przypadkach niecierpiących zwłoki.

W praktyce orzeczniczej dominują przykłady, które utożsamiają określony w powołanych przepisach obowiązek „natychmiastowego udzielenia świadczenia”, ze stanem „nagłego” pogorszenia stanu zdrowia pacjenta np. pacjent

z udarem mózgu, zawałem serca, poszkodowani w wypadkach drogowych), co koresponduje przepisem art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2014 roku, poz. 619), który stanowi, iż w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Stan nagły zaś definiuje się zgodnie z art 5 pkt. 33 ww. ustawy, jako taki o którym mowa w art. 3 pkt. 8 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. nr 191, poz. 140 ze zm.).

W przedmiotowej sprawie bezspornym było, iż powód nie jest objęty w ogóle systemem ratownictwa medycznego, a także, iż udzielane świadczenia nie zostały udzielone w trybie „nagłym”, o którym mowa we wskazanych przepisach.

Z całokształtu materiału dowodowego wynikało jednak, iż świadczenia te były świadczeniami ratującymi życie i zdrowie pacjentów, jako że ich zaniechanie skutkowałoby w krótkim czasie znacznym pogorszeniem zdrowia pacjentów, co stanowiłoby zagrożenie ich życia.

W niniejszej sprawie z wiarygodnych zeznań świadka M. M. wynikało bowiem, iż sporne świadczenia polegały na mechanicznym wentylowaniu pacjentów w warunkach domowych, co stanowiło kontynuację leczenia szpitalnego pacjentów przyjętych na oddział pulmonologii bezpośrednio z oddziałów intensywnej terapii lub w stanie zagrożenia życia i zdrowia. Odłączenie tych pacjentów od respiratora stanowiłoby zagrożenie dla ich życia lub zdrowia i powodowałoby konieczność natychmiastowej hospitalizacji. Świadek zeznała, iż wskazanie do tego typu leczenia jest zawsze udokumentowane i decydują o nim ordynator oddziału, lekarz prowadzący oraz anestezyjolog - nie są to pacjenci planowi, zaś kontynuacji tych świadczeń nie można planować ani przesuwać. Bez wspomaganie wentylacji pacjent nie może funkcjonować.

Okoliczności te potwierdzały także wnioski opinii biegłego z dnia 24 listopada 2014 r., w których wskazano, iż pacjenci których dotyczą sporne świadczenia „ze względu na swój stan zdrowia, rozpoznana u nich przewlekłą niewydolność oddechową uniemożliwiająca bez leczenia codzienne funkcjonowanie, muszą być poddani nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej z dodatkowym przyjmowaniem tlenu lub bez tlenu. Odłożenie w czasie udzielenia tego świadczenia lub jego zaniechanie stanowiłoby zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta. Byłoby także sprzeczne z zasadami wiedzy i sztuki medycznej (k. 210 akt).

Nadto w opinii z dnia 17 marca 2015 r. biegła wyjaśniła, iż w przypadku pacjentów (...)zastosowano inwazyjną a nie nieinwazyjną wentylację mechaniczną (respirator podłączony do rurki intubacyjnej lub tracheotomijnej). Zaprzestanie terapii tą metodą prowadziło do zagrożenia życia (k 231 akt).

Wobec powyższego, charakter wykonywanych świadczeń, jakkolwiek specyficzny w porównaniu z typowymi w tego rodzaju sprawach, choćby ze względu na miejsce ich wykonywania, podłączenie do respiratora w domu, świadczy o wypełnianiu przesłanek art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013r., poz. 217).

W ocenie Sądu bowiem, określone w tym przepisie „stan zagrożenia życia lub zdrowia” skutkujący obowiązkiem natychmiastowego udzielenia świadczeń, należy rozumieć także jako stan w którym zaniechanie określonego postępowania lekarskiego spowoduje w krótkim czasie znaczne pogorszenie zdrowia i stanowi zagrożenie życia, co miało miejsce w przypadkach objętych przedmiotowym sporem. Z zebranego w sprawie materiału dowodowego wynikało bowiem, iż nie można było odmówić kontynuacji świadczeń nie ryzykując zagrożeniem życia czy zdrowia pacjenta. W tym kontekście należy także wskazać, iż o takim zakwalifikowaniu spornych świadczeń decyduje ich charakter i specyfika wypełniająca wskazaną przesłankę ustawową, nie zaś sposób ich oznaczenia przez pozwanego.

W świetle powyższego trzeba zatem zauważyć, iż obowiązki wynikające z przepisu art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Jeżeli zatem podmiot leczniczy, który zawarł z (...)umowę o świadczenie usług medycznych, udzielił świadczenia pacjentowi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ma roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie względem (...). W orzecznictwie wypracowanym na kanwie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ale niewątpliwie zachowującym aktualność także obecnie (w szczególności w odniesieniu do świadczeń mających miejsce

przez zmianą przepisów), powszechnie wskazuje się, iż określone w umowach ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą przypadków, gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia zdrowia. Jeżeli bowiem zachodzi ustawowy obowiązek natychmiastowego udzielenia świadczeń, to nie mogą one być limitowane umową.

Powodowi należy się zatem umowne wynagrodzenie od pozwanego za wykonane świadczenia zdrowotne w kwocie 382.965 zł bez względu na limit ustalony w zawartych umowach.

Mając na uwadze powyższe Sąd na podstawie wskazanych przepisów zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 382.965 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 6 września 2012r. do dnia zapłaty. O odsetkach orzeczono w oparciu o art. 481 k.c.

O kosztach postępowania orzeczono w oparciu o art. 98 k.p.c., zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu.

Pozwany przegrał proces w całości, zobowiązany jest zatem do zwrotu na rzecz powoda kwoty 7.217 zł, na którą złożyło się wynagrodzenie pełnomocnika powoda obliczone zgodnie z § 6 pkt 7 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu wraz z opłatą od pełnomocnictwa.

Kosztami sądowymi, od których strony były zwolnione, Sąd w oparciu o art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych obciążył Skarb Państwa.

Pozwany w wywiezionej apelacji zaskarżył powyższy wyrok w całości zarzucając:

1) naruszenie prawa procesowego, to jest przepisu art. 233 § 1 k.p.c. oraz art. 232 k.p.c. polegających na:

a) nierozpoznanie istoty sprawy w związku z całkowitym pominięciem merytorycznych zarzutów pozwanego, że powód nie wykazał, aby prowadził w 2011r. roztropną gospodarkę środkami finansowymi przewidzianymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze tj., że planował ich udzielanie w sposób umożliwiający utrzymanie się w wartościowym limicie zakontraktowanych świadczeń na 2011r.; jak wynika z przeprowadzonych przed sądem dowodów świadczenia opieki zdrowotnej, za udzielenie, których zapłaty domaga się powód stanowią kontynuację wcześniej rozpoczętego leczenia; zatem udzielanie tych świadczeń - w przypadku gdy proces leczenia rozpoczął się u powoda - mogło i powinno być wcześniej zaplanowane; powód nie przedstawił jakiegokolwiek dowodu, że udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem sporu objęte jest jakimkolwiek planowaniem, z przeprowadzonego postępowania dowodowego wynika, że powodowy szpital udzielał świadczeń opieki zdrowotnej w maksymalnych granicach swego potencjału, pomijając kwestię wartości finansowania świadczeń na podstawie zawartej z pozwanym umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

b) błędnym ustaleniu, że świadczenia objęte przedmiotem sporu były świadczeniami wymagającymi natychmiastowego ich udzielenia, ustalając tę okoliczność Sąd pierwszej instancji pominął fakt, iż świadczenia, których dotyczy spór stanowią kontynuację wcześniej podjętego procesu leczenia, niewątpliwie istniała potrzeba ich udzielenia, jednakże przy udzielaniu świadczeń powodowy szpital powinien tę potrzebę przewidzieć i uwzględnić przy udzielaniu wszystkich świadczeń z tego zakresu; powód nie wykazał, iż udzielając takich świadczeń opieki zdrowotnej, dokonywał przesunięć na inny - późniejszy termin pacjentów oczekujących na rozpoczęcie procesu leczenia lub że nie było to możliwe,

c) niewyjaśnieniu, pomimo zarzutu pozwanego, czy powód mógł tak zorganizować udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu, którego dotyczy spór, aby nie przekroczyć uzgodnionego wartościowego limitu zakontraktowanych świadczeń. Powód na tę okoliczność nie przeprowadził jakiegokolwiek dowodu. Sąd pierwszej instancji zaś pomijając tę kwestię milczeniem nie rozpoznał zatem istoty sporu.

2) naruszenie prawa materialnego, to jest art. 132 i art. 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) poprzez

błędne przyjęcie, że świadczenia zdrowotne udzielone w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego mogą być udzielane i finansowane w wysokości przekraczającej określoną w umowie ilość i wartość świadczeń, a w konsekwencji kwotę wynikającą z planu finansowego Funduszu. Takie założenie stawia „pod znakiem zapytania” sens funkcjonowania systemu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, ustawy o finansach publicznych, prowadzi bowiem do wniosku, że pozwany musi zapłacić za wszelkie świadczenia udzielone przez świadczeniodawcę oraz, że jest on zwolniony z podejmowania działań, które zapobiegą przekroczeniu wartości zakontraktowanych przez pozwanego świadczeń. Gdyby taka była wola ustawodawcy, to niewątpliwie wynikałaby ona wprost z przepisów prawa. Tymczasem ustawodawca przewidział, że finansowanie świadczeń odbywa się w oparciu o zawarte umowy, nota bene po przeprowadzeniu konkursów, w toku których niezadowolonemu świadczeniodawcy przysługuje prawo kwestionowania rozstrzygnięć, w tym przed sądami administracyjnymi. Trudno przyjąć, a tak w świetle orzeczenia Sądu pierwszej instancji należałoby uczynić, że racjonalny ustawodawca wprowadził regulacje prawne, których stosowanie absorbuje różne podmioty bez jakiegokolwiek potrzeby. W konsekwencji Sąd pierwszej instancji ograniczył się tylko do częściowego zbadania „problemu”, co pozwala stwierdzić, iż Sąd pierwszej instancji nie rozpoznał istoty sporu,

3) naruszenie art 354 k.c., uznając w istocie, że powód wykonał prawidłowo przyjęte zobowiązania wynikające z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, skoro orzekł, że pozwany winien w okolicznościach faktycznych sprawy zapłacić powodowi dochodzoną kwotę, w ocenie pozwanego nie było ku temu podstaw, w związku z naruszeniami przepisów, opisanymi wyżej,

4) naruszenie przepisu art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r o działalności leczniczej (Dz.U. z 2013 r., poz. 217) w związku z jego nieprawidłowym zastosowaniem, rzeczoną przepis obejmuje stany nagle i niespodziewane, których nie można było przewidzieć, przepis ten nie odnosi się do świadczeń, które wprawdzie ratują życie, jednak stosowane są u chorych leczonych przewlekłe, wymagających regularnego poddawania się zabiegom medycznym. Tak jak wskazał wyżej pozwany świadczenia, których dotyczy spór (przewlekła niewydolność oddechowa) są niewątpliwie świadczeniami ratującymi życie, jednakże są świadczeniami udzielanymi chorym przewlekłe, stanowiących kontynuację leczenia podjętego wcześniej, których udzielanie mogło być i powinno być przez powoda przewidziane i zaplanowane, niesłusznie zatem Sąd pierwszej instancji uznał za wiarygodne twierdzenie, iż udzielanie tego rodzaju świadczeń nie można zaplanować, skoro z opinii biegłego wynika, że świadczenia te muszą być udzielane codziennie. Możliwość zaś zaplanowania udzielania świadczeń pozwala utrzymać się świadczeniodawcy w limicie zakontraktowanych świadczeń.

W oparciu o powyższe zarzuty pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego orzeczenia poprzez oddalenie powództwa, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego orzeczenia i przekazanie sprawy Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania, a nadto o zasądzenie kosztów według norm przepisanych.

Powód w odpowiedzi na apelację wniósł o jej oddalenie i zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd Apelacyjny podziela dokonane przez Sąd Okręgowy ustalenia faktyczne i rozważania w zakresie oceny materiału dowodowego oraz podstawy prawnej rozstrzygnięcia, przyjmując je za podstawę także własnego rozstrzygnięcia i odwołuje się do nich bez potrzeby ich powtarzania.

Odnosząc się w pierwszej kolejności do zarzutu nierozpoznania istoty sprawy, jako najdalej idącego, trzeba wskazać, że nie był on uzasadniony. Uchybienia tego powód błędnie upatrywał w pominięciu merytorycznych zarzutów pozwanego, że powód nie wykazał, aby prowadził w 2011r. roztropną gospodarę środkami finansowymi przewidzianymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze. Skarżący zarzuca zatem w rzeczywistości niewyjaśnienie przez Sąd Okręgowy okoliczności faktycznych

istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, nie zaś nierozpoznanie istoty sprawy. Na podstawie poglądów dominujących w doktrynie i orzecznictwie przyjmuje się bowiem, że nierozpoznanie istoty sprawy odnosi się do roszczenia będącego podstawą powództwa i zachodzi, gdy sąd pierwszej instancji nie orzekł w ogóle merytorycznie o żądaniach stron, zaniechał zbadania materialnej podstawy żądania pozwu albo pominął merytoryczne zarzuty pozwanego. A zatem, do nierozpoznania istoty sprawy przez sąd pierwszej instancji dojdzie w szczególności w razie oddalenia powództwa z uwagi na przyjęcie przedawnienia roszczenia, prekluzji lub braku legitymacji procesowej strony, której oceny sąd drugiej instancji nie podziela (zob. w szczególności wyrok SN z dnia 23 września 1998 r., II CKN 897/97; wyrok SN z dnia 14 maja 2002 r., V CKN 357/00). Innymi słowy, oceny, czy sąd pierwszej instancji rozpoznał istotę sprawy, dokonuje się na podstawie analizy żądań pozwu i przepisów prawa materialnego stanowiących podstawę rozstrzygnięcia, nie zaś na podstawie ewentualnych wad postępowania wyjaśniającego. Z kolei niewyjaśnienie okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy nie jest równoznaczne z nierozpoznanie istoty sprawy (zob. wyrok SN z dnia 22 kwietnia 1999 r., II UKN 589/98, OSNP 2000, nr 12, poz. 483, M.P. Wójcik, Komentarz do art. 386 k.p.c., LEX).

Odnośnie zarzutu braku wykazania przez powoda prowadzenia w 2011 r. roztropnej gospodarki finansowej należy stwierdzić, że tak postawiony zarzut jest sformułowany zbyt ogólnie, aby mógł być przedmiotem rozpoznania. Formułując taki zarzut na pozwanym spoczywał ciężar wykazania okoliczności, które wskazywałyby na zasadność jego stanowiska. Nie można zaaprobować poglądu, że na powodzie ciąży co do zasady obowiązek wykazywania prowadzenia prawidłowej gospodarki, bez wskazania przez pozwanego konkretnych zarzutów wskazujących na niegospodarność lub rozrzutność podmiotu udzielającego świadczeń medycznych, czy wręcz przeznaczania przez ten podmiot uzyskanych środków finansowych na cele inne niż przewidziane w kontrakcie.

Skuteczność zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. wymaga wskazania jaki konkretnie dowód przeprowadzony przez Sąd został przez niego oceniony wadliwie, w czym wadliwość tej oceny się wyraża i jaki wywarła ona wpływ na wynik sprawy. Mógłby być on skutecznie podniesiony tylko wówczas, gdyby skarżący wykazał uchybienie podstawowym regułom służącym ocenie wiarygodności i mocy poszczególnych dowodów, tj. regułom logicznego myślenia, zasadzie doświadczenia życiowego i właściwego kojarzenia faktów. Powyższą regułą, należy rozwinąć i rozumieć w ten sposób, że nawet, jeżeli na podstawie zebranego materiału dowodowego, można wywnioskować inną wersję wydarzeń, zbliżoną do twierdzeń skarżącego, ale jednocześnie, wersji przyjętej przez Sąd pierwszej instancji nie można zarzucić rażącego naruszenia szeroko pojętych reguł inferencyjnych, to stanowisko skarżącego stanowić będzie tylko i wyłącznie polemikę ze słusznymi i prawidłowymi ustaleniami Sądu.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, Sąd pierwszej instancji prawidłowo zastosował zasadę swobodnej oceny dowodów. Wniesiona apelacja nie zawiera przekonującej argumentacji, która mogłaby wskazywać na to, że Sąd Okręgowy naruszył podstawowe zasady logicznego rozumowania i inferencji. Lektura uzasadnienia Sądu pierwszej instancji wskazuje, że w sposób wszechstronny, zgodnie z zasadą swobodnej oceny dowodów dokonał analizy zgromadzonego materiału dowodowego, w tym opinii biegłego sądowego prof. dr hab. n. med. R. J., której pozwany nie podjął nawet próby zakwestionowania. Sąd Okręgowy, w wyniku prawidłowo przeprowadzonego postępowania dowodowego, uwzględniającego zasady rozkładu ciężaru dowodu, ustalił wszystkie istotne dla rozstrzygnięcia sprawy okoliczności, które znajdowały odzwierciedlenie w zaoferowanym przez strony materiale dowodowym. Prawidłowo skoncentrował się na ustaleniu czy udzielone przez powoda świadczenia ponad limit były świadczeniami ratującymi życie i zdrowie pacjentów, wskazując jednocześnie, że w judykaturze ugruntowane jest stanowisko, zgodnie z którym określone w umowach ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą tych przypadków. Na podstawie zeznań świadka M. M. zważył, że mechaniczne wentylowanie pacjentów w warunkach domowych stanowiło kontynuację leczenia szpitalnego pacjentów przyjętych na oddział pulmonologii bezpośrednio z oddziałów intensywnej terapii lub w stanie zagrożenia życia i zdrowia. Wskazanie do tego typu leczenia było udokumentowane i decydował o nim ordynator oddziału, lekarz prowadzący oraz anestezjolog. Nie byli to pacjenci planowi, zaś kontynuacji świadczeń nie można było planować ani przesuwac. Z powyższego wynika, że w związku z uznaniową decyzją odpowiedniego zespołu lekarzy, wydaną na podstawie całokształtu dokumentacji konkretnego przypadku w okolicznościach dalszego leczenia pacjentów w stanie zagrożenia życia lub intensywnej terapii nie było możliwe zaplanowanie stosowania tego rodzaju

terapii, ponieważ okoliczności te – z natury rzeczy nagle i nieprzewidywalne – nie są objęte przewidywaniem i wnioskowaniem. Skarżący zupełnie pominął tę okoliczność, że dalsze leczenie związane było właśnie z uprzednim zagrożeniem życia lub intensywną terapią, stanowiącym przesłankę kwalifikującą do zastosowania go. Implikuje to niemożliwość przeprowadzenia całości świadczeń w granicach finansowania przez Fundusz w ramach kontraktu.

W związku z powyższym - wbrew twierdzeniom apelacji - nie było możliwe przesunięcie terminu udzielania świadczeń. Z opinii biegłej, datowanej 24 listopada 2014 r. wynika, że odłożenie w czasie tych świadczeń lub jego zaniechanie stanowiłoby zagrożenie dla życia i zdrowia pacjentów a także byłoby sprzeczne z zasadami wiedzy i sztuki medycznej (k. 210 akt). Tezy apelacji, stanowiące w tym zakresie gołosłowną polemikę, nie znajdują potwierdzenia w ustaleniach Sądu Okręgowego i materiale dowodowym sprawy. Brak jest podstaw, by Sąd polemizował z opinią specjalisty, natomiast strona pozwana nie wykazała wadliwości w tym zakresie. Jak podkreśla się w orzecznictwie, w odróżnieniu od oceny dowodu z zeznań świadka, ocena dowodu z opinii biegłego przez sąd nie jest dokonywana według kryterium wiarygodności w tym znaczeniu, że nie można „nie dać wiary biegłemu”, odwołując się do wewnętrznego przekonania sędziego, czy też zasad doświadczenia życiowego. Opinia biegłego podlega, tak jak inne dowody, ocenie według art. 233 § 1 k.p.c., jednakże co odróżnia ją pod tym względem, to szczególne dla tego dowodu kryteria oceny, które stanowią: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej. Opinia biegłego nie może być weryfikowana, a zwłaszcza dyskwalifikowana, bez posłużenia się wiedzą specjalistyczną. Sąd naruszałby art. 233 § 1 k.p.c., polemizując w sferze wymagającej wiadomości specjalnych z wnioskami biegłego, bez uzupełnienia stanowiska biegłego lub bez zasięgnięcia opinii innego biegłego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 lipca 2005 r., sygn. akt II UK 277/04).

Z powyższych względów nie mógł również odnieść zamierzonego skutku zarzut naruszenia art. 232 k.p.c. W literaturze i orzecznictwie wskazuje się, że przepis art. 232 k.p.c. w zdaniu pierwszym jest skierowany do stron i nakłada na nie obowiązek wskazywania dowodów dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. W tej części zatem nie może zostać naruszony przez sąd, skoro nie jest on adresatem zawartej w nim normy prawnej.

Chybiony jest również zarzut naruszenia art. 132 i 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 poz. 581 ze zm.). W pierwszej kolejności podkreślić należy, że wskazane przez skarżącego przepisy zawarte zostały w dziale VI wymienionej ustawy zatytułowanym: „postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami” i regulują tryb zawierania umów pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem oraz niezbędne składniki tych umów. Z uzasadnienia apelacji wynika, że skarżący w istocie kwestionuje możliwość, że świadczenia zdrowotne udzielone w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego mogą być finansowane w wysokości przekraczającej określoną w umowie ilość i wartość świadczeń. Odnosząc się do tak postawionego zarzutu wskazać należy, że z opinii biegłego wynika w sposób bezsporny, że wszystkie świadczenia, które zostały przez powoda udzielone pacjentom były świadczeniami ratującymi życie lub zdrowie. Z opinii biegłej wynika, że nieinwazyjna wentylacja mechaniczna jest metodą leczenia przewlekłej niewydolności oddechowej. W oddziałach szpitalnych stosowana jest przy ostrej niewydolności oddechowej. Stanowi rozwiązanie alternatywne dla tracheostomii, przy czym pozwala uniknąć wielu powikłań charakterystycznych dla tlenoterapii przy tej metodzie. W przeciwieństwie do intubacji, nieinwazyjna wentylacja mechaniczna pozwala uniknąć zapalenia płuc, skraca pobyt na oddziale intensywnej terapii i zmniejsza śmiertelność. W warunkach domowych metoda ta jest stosowana między innymi przy stwardnieniu bocznym zanikowym w przypadku niedowładu mięśni oddechowych, rdzeniowym zaniku mięśni oraz dystrofii mięśniowej przy osłabieniu mięśni powodującym hiperkapnię nocną i dzienną, znaczne upośledzenie wentylacji płuc. W niektórych przypadkach nieinwazyjna wentylacja mechaniczna jest również niezbędną procedurą ratującą życie. Odłożenie w czasie tego świadczenia lub jego zaniechania stanowiłoby zagrożenie dla życia i zdrowia pacjentów. Byłoby także sprzeczne z zasadami wiedzy i sztuki medycznej. Metodę zastosowano u pacjentów z rozpoznaną przewlekłą niewydolnością oddechową uniemożliwiającą bez leczenia codzienne funkcjonowanie.

W przypadku świadczeń z zakresu dializoterapii, które stanowią przedmiot kontrowersji orzeczniczych, a których niewykonanie wprawdzie zawsze stwarza zagrożenie życia nie zawsze występowała przesłanka natychmiastowości

zagrożenia dla życia lub zdrowia pacjenta jako konsekwencja zaniechania natychmiastowego udzielenia świadczenia. W orzecznictwie podkreśla się przy tym konieczność zaplanowania zabiegów stosownie do przyznanego funduszy bez wytworzenia stanu bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia pacjentów.

W niniejszej sprawie zastosowanie inwazyjnej i nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej powiązane było przyczynowo z przedłużeniem leczenia na oddziale intensywnej terapii, natomiast odłożenie w czasie zabiegu mogłoby prowadzić do zgonu pacjenta. Doświadczenie życiowe wskazuje, że niedostarczenie odpowiedniej ilości tlenu żywemu organizmowi prowadzi do eutanazji. Zastosowanie miał zatem art. 19 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który nakłada na świadczeniodawcę obowiązek udzielenia pomocy pacjentom w nagłych wypadkach niezależnie od zakresu przyznanego limitu. Za „nagle” w tym przypadku należy uznać zatem nie tylko zdarzenia wymagające bezpośredniej i natychmiastowej ingerencji podmiotu leczniczego, ale również takie, co do których nie było możliwe ich odłożenie w czasie bez ciężkich skutków dla życia i zdrowia ludzkiego. Jak już wykazano powyżej wszystkie przypadki pacjentów objęte powództwem były dokładnie analizowane przez biegłego, który jednoznacznie i kategorycznie stwierdził, że wszystkie świadczenia były świadczeniami ratującymi życie lub zdrowie i nie było możliwe ich przesunięcie. Z tych przyczyn podnoszone przez pozwanego argumenty dotyczące konieczności dostosowywania udzielanych przez powoda świadczeń do możliwości finansowych płatnika – (...)i planu finansowego(...)nie mogą odnieść zamierzonego skutku. Trudno przyjąć argumentację skarżącego, że regulacja w takim kształcie stawia pod znakiem zapytania sens funkcjonowania systemu finansowania świadczeń z opieki zdrowotnej i ustawy o finansach publicznych. Prawo do ochrony życia i zdrowia człowieka stanowi dużo istotniejszą wartość, niż planowe wykonanie budżetu instytucji państwowych.

Zarzut naruszenia art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej był nietrafny. Przepis nakłada na zakłady opieki zdrowotnej bezwzględny obowiązek udzielenia świadczeń zdrowotnych w stanach nagłych. Obowiązek ten ciąży przy tym nie tylko na samych zakładach opieki zdrowotnej, ale także bezpośrednio na ich personelu medycznym, to jest - lekarzach, pielęgniarkach i położnych, co wynika z art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty (Dz.U. z 2008 r., Nr 136, poz. 857 ze zm.), art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. Nr 174, poz. 1039). Z tego też względu osoby, które udzieliły pomocy medycznej w wypadkach nagłych mogą domagać się od Państwa zwrotu kosztów udzielenia tej pomocy. Jak wskazał Sąd Najwyższy, czynności prawne wywołują nie tylko skutki w nich wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy (art. 56 k.c.) (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 sierpnia 2004 r. sygn. akt III CK 365/03; z dnia 15 grudnia 2004 r., sygn. akt IV CK 361/04; z dnia 13 lipca 2005 r., sygn. akt I CK 18/05). Dlatego zakres obowiązku (...) świadczenia za wykonane przez zakłady opieki zdrowotnej usługi medyczne obejmuje także te usługi, które świadczeniodawca zobowiązany był wykonać z mocy szczególnych przepisów ustawy, nawet jeżeli nie zostały one określone w umowie i objęte uzgodnionym wynagrodzeniem.

Jak zważył powyżej Sąd Apelacyjny, również przypadki w niniejszej sprawie kwalifikowały się pod normę zawartą w tym przepisie. W wyniku nałożonego na podmiot leczniczy obowiązku publicznoprawnego po stronie podmiotu potrzebującego natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia powstaje roszczenie o udzielenie takiego świadczenia. Nieudzielenie świadczenia rodzić może odpowiedzialność odszkodowawczą, a także prawną-karną. Ustawowy, bezwzględny wymóg natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego obejmuje zarówno sytuacje, gdy nieudzielenie natychmiastowe takiego świadczenia może skutkować utratą życia, jak i sytuacje, gdy nieudzielenie natychmiastowe świadczenia medycznego może skutkować utratą zdrowia. Strona powodowa udowodniła powyższe okoliczności, gdyż z przeprowadzonych w sprawie dowodów (a w szczególności z opinii biegłego) wynika niezbicie, że powodowy zakład opieki zdrowotnej udzielił świadczeń zdrowotnych w stanie zagrożenia życia lub pogarszającego się stanu zdrowia wymienionych pacjentów, wymagających niezwłocznej pomocy medycznej. Koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy, zgodnie z art. 56 k.c., włączyć do skutków jakie wywołuje umowa zawarta między (...) a świadczeniodawcą i obciążyć nimi (...), jako podmiot zarządzający środkami publicznymi, z których powinny być one pokryte. Tym samym niezasadnym był również zarzut naruszenia art. 354 k.c., ponieważ zgodnie z zasadą *impossibilium nulla obligatio est*

nie była elementem treści zobowiązania powoda możliwość przewidzenia i zaplanowania świadczeń w stosunku do osób, które znalazły się w stanie bezpośrednio zagrażającym ich życiu lub zdrowiu.

W tym stanie rzeczy nie podzielając wskazanych wyżej zarzutów apelacji ani argumentacji zgłoszonej na ich poparcie, na podstawie art. 385 k.p.c. oddalono apelację.

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. 108 § 1 k.p.c. w zw. z § 6 pkt 7 w zw. z § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. 2013r. poz. 490 ze zm.).