

Sygn. akt V ACa 770/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 marca 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – Wydział V Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Artur Lesiak (spr.)
Sędziowie:	SA Maryla Domel – Jasińska SO del. Rafał Terlecki
Protokolant:	sekretarz sądowy Małgorzata Naróg

po rozpoznaniu w dniu 10 marca 2016 r. w Gdańsku na rozprawie

sprawy z powództwa Wojewódzkiego Szpitala (...) w T.

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

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w B.

z dnia 20 kwietnia 2015 r. sygn. akt I C 167/14

I. oddala apelację;

II. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 7.217 (siedem tysięcy dwieście siedemnaście złotych) tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

Na oryginale właściwe podpisy.

Sygn. akt V ACa 770/15

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 20 kwietnia 2015 roku Sąd Okręgowy w B. zasądził od pozwanego N. w W. (...) w B. na rzecz powoda Wojewódzkiego Szpitala (...) w T. kwotę 305.133 zł.

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

Strony łączyła umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w leczeniu szpitalnym w okresie od 1 stycznia 2009 roku, która obowiązywała także do dnia 31 grudnia 2011 roku. W 2011 roku kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umowy wynosiła maksymalnie 126.398.196 złotych. Wartość poszczególnych świadczeń jest stała i jest wyrażona za każdą jednostkę - w przypadku laryngologii i otolaryngologii w kwocie 51 złotych.

Propozycja powodowego Szpitala w ofercie na świadczenia za 2011 rok w zakresie laryngologii i otolaryngologii dziecięcej, została zmniejszona przez pozwanego z powodu braku odpowiednich środków finansowych.

W grupie udzielonych w 2011 roku świadczeń z zakresu laryngologii i otolaryngologii dziecięcej, były duże i średnie zabiegi jamy ustnej, gardła, krtani, uszu i nosa, zapalenia, urazy i wady wrodzone, wymagające hospitalizacji. Hospitalizacja w zakresie otolaryngologii dziecięcej dotyczyła podgłośniowego zapalenia krtani, urazów otwartych twarzoczaszki, ostrych ropnych powikłań zapalenia gardła i szyi oraz powikłań zapalenia ucha środkowego, jak również przypadki rozległych urazów gardła i jamy ustnej. W zakresie laryngologii hospitalizacja dotyczyła usunięcia guzów nowotworowych lub diagnostyki zmian podejrzanych o nowotworowe, przewlekłych stanów zapalnych, które mogły doprowadzić do ciężkiego rozstroju zdrowia z zagrożeniem życia, jak posocznica, zapalenie i ropni mózgu, zapobiegania konsekwencjom przewlekłego niedotlenienia. Świadczenia te nie mogły być udzielone w trybie ambulatoryjnym, jak również nie można było ich wykonać w późniejszym okresie w ramach kolejki pacjentów. Wszystkie zapalenia krtani u dzieci stanowią zagrożenie dla ich życia. Brak prowadzenia leczenia zachowawczego mogłoby spowodować zagrożenie życia, albowiem mogły powstać powikłania.

Lekarz przy badaniu pacjenta wstępnie kwalifikuje go do przyjęcia albo do oczekiwania w kolejce. Na laryngologii dorosłych są tworzone listy kolejkowe pacjentów. Oprócz tego Szpital ma zatwierdzoną procedurę zasad prowadzenia list oczekujących na udzielanie świadczeń zdrowotnych, procedurę postępowania w sprawach nagłych, przyjmowania pacjentów na oddziały szpitalne i jest powołany w szpitalu Zespół (...) w Szpitalu, który ocenia poszczególne przypadki pacjentów, umieszczonych na listach kolejkowych, w skład którego wchodzi naczelną pielęgniarka i lekarz zabiegowy. Ze wszystkich udzielonych świadczeń jest tworzony raport statystyczny w formie elektronicznej, który jest wysyłany pozwanemu. Raport ten zawiera m.in. zakładkę, w której odznacza się, czy świadczenie jest ratującym życie, czy też takim nie jest (kwalifikator T). Świadczenia ratujące życie są rozliczane przez pozwanego w pierwszej kolejności. Z automatu dobierane są takie świadczenia do wysokości limitu w danym miesiącu i jeśli taki limit jeszcze istnieje jego ramach dobierane są także inne świadczenia nie ratujące życie. Nadto świadczenia, które nie zostały rozliczone w danym miesiącu, z powodu braku limitu, mogą być rozliczne w miesiącu kolejnym. Od początku działalności sytuacja w powodowym szpitalu jest taka, że ustalone kwoty limitu na świadczenia nie są wystarczające. W przypadku świadczeń, objętych żądaniem pozwu, nie zostały one oznaczone przez powoda jako ratujące życie. W 2011 roku powodowy Szpital udzielił więcej świadczeń planowych, niż ratujących życie. Od 2009 roku wzrosły koszty pozwanego z tytułu świadczeń ponadlimitowych. Pozwany ma uprawnienia do dokonywania kontroli kwalifikacji świadczeń, lecz za 2011 roku nie przeprowadzono takiej kontroli u powoda, nie było też negatywnych sygnałów w tym zakresie.

Świadczenia, udzielone pacjentom w 2011 roku w zakresie laryngologii i otolaryngologii dziecięcej, w części która nie została sfinansowana przez pozwanego, wymagały natychmiastowego udzielenia pomocy w warunkach ratowania życia i zdrowia, na co wskazuje przebieg urazów i choroby, opisanych w kartach informacyjnych leczenia szpitalnego. Dotyczyły one bowiem dzieci w wieku od 1 do 7 roku życia, przy podgłośniowym zapaleniu krtani i zapaleniu krtani. Brak reakcji ze strony szpitala mógł prowadzić do uduszenia. Występowały też przypadki samoistnego i pourazowego krwawienia z nosa, do jamy ustnej, z drastycznym przebiegiem, z uwagi na możliwość wykrwawienia. W zakresie wieku od 1 do 16 roku życia pacjentów występowały przypadki przerostu migdałka gardłowego, podniebiennych i powikłań, które nieskutecznie były leczone wcześniej w warunkach ambulatoryjnych. W takim wypadku jedynym skutecznym zabiegiem było usunięcie migdałków gardłowych, i także podniebiennych. Tak było w przypadku zabiegów u dzieci, leczonych w powodowym Szpitalu w okresie od 3 stycznia 2011 roku do 2 stycznia 2012 roku. Zabiegi takie wykonuje się w wieku rozwojowym. Odstąpienie od nich było narażeniem dziecka na zagrażające życiu i zdrowiu powikłań w postaci obrzęków i ropni tkanek miękkich oczodołu, zakrzepowego zapalenia żył oczodołu i podstawy czaszki, zapalenia zatok bocznych nosa, wysiękowych a następnie ostrych i ropnych zapaleń ucha środkowego z następnymi

powikłaniami wewnątrzczaszkowymi, mające dalszy negatywny wpływ na rozwój psychiczny i fizyczny dziecka. Takie powikłania w badanych przypadkach już występowały.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie pisemnej opinii biegłego M. K. z dnia 1 listopada 2014 roku, która została uzupełniona opinią z dnia 15 lutego 2015 roku, dokumentacji sporządzonej przez powoda (k. 729-730 akt), oraz w treści zeznań świadka P. Ł..

W ocenie Sądu ewentualne wątpliwości, w tym zarzuty zgłoszone przez stronę pozwaną, zostały wyjaśnione w drodze opinii uzupełniającej tego biegłego, w której biegły jeszcze raz odniósł się do podstaw faktycznych swojej opinii pisemnej, jak również wyjaśnił, że jego opinia dotyczy wszystkich przypadków udzielonych świadczeń, objętych żądaniem pozwu. Sama okoliczność tego, że biegły nie odniósł się szczegółowo do wszystkich świadczeń, udokumentowanych kartami medycznymi, nie podważa jej wiarygodności i zgodności ze stanem faktycznym. Sąd nie wymagał od biegłego, aby w każdym opisanym wypadku, biegły dokonywał szczegółowego rozpisania przypadku chorobowego i udzielonych świadczeń oraz uzasadnienia do ich podjęcia w każdym wypadku. Jak wynika z treści opinii pisemnej nie ulega wątpliwości, że biegły zbadał dokumentację medyczną, znajdującą się w aktach sprawy, i dla przykładu powołał się na nią, na konkretne strony z akt, uzasadniając przyjęte ustalenia. Nie było konieczności, aby w przypadku powielania się opisanych zdarzeń, także je powoływać konkretnie w opinii. Takie opisanie sprawy nie daje Sądowi podstaw do powzięcia wątpliwości co do rzetelności opinii i uznania, że nie ma ona odniesienia do stanu faktycznego. Skoro biegły zbadał dokumentację medyczną w całości, zawartą na kartach 518-728 akt, to w przypadku powzięcia innej oceny, biegły na taką by się powołał. Pomimo tego, że pozwany kwestionował charakter udzielonych świadczeń, że w większości zdaniem pozwanego nie miały one charakteru ratujących życie i w sytuacji zagrażających zdrowiu, że nie były one prawidłowo kwalifikowane, to pozwany nie wykazał swoich racji, a opierał się wyłącznie na własnych twierdzeniach i zeznaniach swoich świadków oraz strony E. K.. Nie powołał się też konkretnie na przypadki, których miałyby to dotyczyć, w przeciwieństwie do biegłego, który potrafił je wskazać. Po czynności opinii uzupełniającej, pozwany nie wnosił żadnych wniosków dowodowych, w tym ewentualnie o opinię Innego biegłego, wskazując jedynie nadal na nierzetelność opinii i to, że biegły zbadał sprawę wybiórczo. Zatem pozwany nie wykazał swoich racji w tym zakresie.

W ocenie Sądu tej że biegły w opinii wskazał wprost na kilka tylko przypadków świadczeń, stawiało jedynie wskazanie dla przykładu, skoro przedmiotem jego badania była całość dokumentacji medycznej, tym samym biegły unikał powtórzeń, co też wynika z wniosków końcowych biegłego. W konsekwencji Sąd w całości podzielił treść opinii biegłego, która stanowiła podstawę ustaleń w sprawie.

Sąd uwzględnił także co do zasady zeznania świadków. Sąd jedynie posiłkowo podzielił także treść zeznań świadka P. Ł., które znajdują potwierdzenie w opinii biegłego. W konsekwencji odmówiono wiarygodności zeznaniom świadka E. M., jako sprzecznych z ustalonym stanem faktycznym i niewiarygodnych w świetle opinii biegłego.

Sąd stanął na stanowisku, w sprawie o takim przedmiocie powód ma jedynie wykazać, że udzielone świadczenie spełnia przesłanki, określone obecnie w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej a poprzednio określone także w art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (tj. Dz.U. z 2007 roku, Nr 14, poz. 89 z późn. zm.), która ma również zastosowanie w niniejszej sprawie, albowiem obowiązywała ona do dnia 30 czerwca 2011 roku, zaś sporne świadczenia były udzielone także w okresie jej obowiązywania, a także w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tj. Dz.U. z 2011 roku, Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.). Bezspornym w sprawie było, że świadczenia objęte żądaniem pozwu, nie zostały sfinansowane przez pozwanego w ramach limitu finansowego, wynikającego z zawartej w 2008 roku umowy, a następnie aneksowanej, z uwagi na jego wyczerpanie w 2011 roku. W ocenie Sądu nie ma decydującego znaczenia fakt, czy w sytuacji, gdy świadczenie zostało udzielone w warunkach, wskazanych wymienionymi wyżej przepisami, świadczeniodawca podjął dodatkowo właściwe działania i czynności, w celu umożliwienia realizacji tych świadczeń jeszcze w ramach limitu, wynikającego z umowy, a jedynie wyjątkowo taki zarzut może mieć znaczenie, z uwagi na to, że obowiązek udzielenia świadczenia w takich warunkach ma charakter ustawowy.

Sąd przytoczył treść art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wskazując, że na powodzie ciąży obowiązek wykazania potrzeby natychmiastowego udzielenia świadczeń.

Sąd wskazał, że biegły o specjalności laryngologicznej potwierdził, że wszystkie badania świadczenia były udzielone w stanach nagłych, wymagających natychmiastowej reakcji, dodatkowo wskazał na konsekwencje, związane z ewentualnym brakiem reakcji ze strony powoda, w postaci zagrożenia zdrowia i życia tych pacjentów. Tym samym w sposób wystarczający wykazano, że świadczenia te były nie tylko ratującymi zdrowie i życie pacjentów, ale nadto były udzielone w stanach nagłych, a nie w ramach planowanych świadczeń. Przypadki miały związek z układem oddechowym, a także dotyczyły organów decydujących o zdrowiu i życiu człowieka, w szczególności dzieci. Sąd miał na uwadze to, że świadczeniami zdrowotnymi, o których mowa w art. 7 ustawy z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy z 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty objęte zostały w zasadzie stany nagłe i niespodziewane, których nie można przewidzieć i nie wystarczy ustalenie, że określony zabieg jest zabiegiem ratującym zdrowie lub życie,

Pozwany powoływał się na to, że w chwili obecnej nie ma bezwarunkowej odpowiedzialności pozwanego za świadczenia udzielane w związku z zagrożeniem życia i zdrowia, wskazując, że zakład opieki zdrowotnej musi mieć na uwadze świadomość dysponowania jedynie określoną pulą środków na wykonanie określonych w umowach usług, i winien właściwie je wykorzystywać. W ocenie Sądu takie twierdzenia, nakładające na świadczeniodawcę dodatkowe obowiązki i tym samym obciążenia dowodowe, nie są uprawnione w świetle postanowień ustawy, na co zwraca uwagę Sąd Najwyższy w najnowszym orzecznictwie. Obowiązki wynikające z przepisów art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy o zawodach lekarza, mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy zatem, zgodnie z art. 56 kc, włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między Narodowym Funduszem Zdrowia, a świadczeniodawcą i obciążyć nimi Fundusz zarządzający środkami publicznymi, z których powinny one być pokryte.

W związku z tym, że obowiązek ma charakter ustawowy, nie może on być ograniczony innymi przepisami o niższej randze, w szczególności umową czy ogólnymi warunkami ustalonymi pomiędzy stronami.

Jedynie w przypadku wykazania, świadczeniodawca świadomie i celowo tak organizuje swoje świadczenia i środki finansowe, że spowodowało to niemożność rozliczenia tych świadczeń w ramach limitu, choć było to realnie możliwe, wówczas zaistniałyby przesłanki do oddalenia takiego roszczenia. Jest to możliwe wyłącznie przy zaistnieniu tej sytuacji wyjątkowej, wymagającej wykazania, że powód swoją wolą świadomie skierował swoje działania w tym kierunku, co de facto przenosi ciężar udowodnienia takiej okoliczności na stronę pozwaną w związku z treścią art. 6 kc. Wbrew stanowisku pozwanego treść umowy łączącej strony i sposób jej wykonywania nie mogą mieć istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. Nie było przesłanek do stwierdzenia, że powód jako świadczeniodawca celowo i świadomie nie zgłosił świadczeń objętych roszczeniem w ramach limitu oraz podejmował czynności, aby nie zgłosić w przewidzianej formie spornych świadczeń do rozliczenia. Z przedłożonych przez powoda dokumentów, a także z zeznań świadków wynika że powód w ramach przysługującego uprawnienia podejmował odpowiednie procedury przy przyjmowaniu pacjentów, tworzył listę kolejową i powołał zespół do oceny kwalifikacji pacjentów. Podnoszona przez pozwanego kwestia zgłoszenia w systemie elektronicznym spornych świadczeń bez oznaczenia ich atrybutem T, jako świadczeń ratujących życie, również nie może zostać oceniona jako świadomie działanie powoda. W ocenie Sądu jest to tylko i wyłącznie element techniczny, który nie wpływa na ocenę tego, czy faktycznie świadczenie takie spełnia przesłanki z art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i w związku z tym czy podlega ustawowemu finansowaniu przez pozwanego. Jak wynika z zeznań świadków, kwalifikacji świadczenia dokonują na samym początku lekarze, przy badaniu pacjenta dokonują odpowiedniego wpisu w systemie. Sąd z urzędu, w związku z prowadzeniem innych spraw sądowych w podobnym przedmiocie wie, że nie jest to później weryfikowane ani przez świadczeniodawcę ani przez oddział Funduszu, w związku z zdarza się, że lekarz nie dokona odpowiedniej klasyfikacji świadczenia w ten konkretny sposób poprzez postawienie kwalifikatora T w systemie i nie wynika to z jego złej woli, tylko z innych niezawinionych okoliczności. Istnienie takiego kwalifikatora, czy też jego brak, nie mają znaczenia także dla pozwanego, albowiem

jak podnosił powód w sytuacji rozliczeń poza limitem umownym nawet to, że w systemie świadczenia posiadają taki kwalifikator, nie ma wpływu na to, że podobnie jak w niniejszej sprawie, nie są one finansowane przez pozwanego.

Sąd powołał się na art. 19 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. z 2008 roku, Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

Sąd uznał, że w przypadkach poddanych ocenie, istniały przesłanki do uznania zasadności twierdzeń powoda, iż świadczenia te spełniały wymagania z art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z, a obecnie art. 15 ustawy o działalności leczniczej i zasądził kwotę 305.133 złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 lutego 2012 roku do dnia zapłaty. Wartość świadczeń wynika z umowy stron i z ustaleń stron, w których wskazano ilość punktów jednostkowych za dane świadczenia oraz jej wartość jednostkową. Sąd w zakresie odsetek wziął pod uwagę stanowisko powoda co do wymagalności roszczenia, liczonej od dnia po upływie 45 dni od zakończenia okresu rozliczeniowego, którym w niniejszej sprawie był cały okres roku 2011.

O kosztach procesu Sąd orzekł zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu, na podstawie art. 98 kpc.

Pozwany w wywiedzionej apelacji zaskarżył powyższy wyrok w całości zarzucając:

1) naruszenie prawa materialnego, to jest art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (tj. Dz. U. z 2007 r., poz. 89 ze zm.), art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tj. Dz. U. z 2006 r. Nr 191, poz. 1410 ze zm.) i art. 5 ust. 33 ustawy z dnia sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) poprzez ich błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie w niniejszej sprawie, a w konsekwencji błędne przyjęcie, że świadczenia objęte pozwem były świadczeniami opieki zdrowotnej udzielonymi w stanach nagłych oraz, że przepisy te stanowią podstawę do dochodzenia roszczeń na drodze sądowej przez świadczeniodawców, którzy mają zawartą umowę Funduszem,

2) naruszenie prawa materialnego, art. 132 i 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. 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 bez zawartej umowy lub w wysokości przekraczającej Pokreślona w umowie ilość i wartość świadczeń, a w konsekwencji kwotę wynikającą z planu finansowego Funduszu,

3) naruszenie prawa procesowego, to jest art. 232 i art. 233 par. 1 kpc poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów polegającej na przyjęciu, że fakt wykonania przez powoda wszystkich świadczeń objętych pozwem w stanach nagłych został udowodniony w świetle zgromadzonych w sprawie dowodów, a w szczególności opinii biegłego nie odnoszącej się do analizy poszczególnych świadczeń objętych pozwem, a opartej jedynie na ogólnych stwierdzeniach,

4) pominięcie okoliczności, iż strona powodowa nie oznakowała w raportach statystycznych świadczeń objętych pozwem, jako tzw. ratujących życie.

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 procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

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.

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 przekonywującej 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 dr n. med. M. K..

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).

Apelujący przekroczenia granic swobody oceny dowodów upatrywał przede wszystkim w tym, że opinia biegłego nie odnosiła się do analizy poszczególnych świadczeń objętych pozwem, a oparta była na ogólnych stwierdzeniach. Na gruncie niniejszej sprawy argument ten był prakseologicznie wadliwy. Opinia biegłego oceniająca szereg typowych, powtarzających się faktów lub zachowań, może ograniczać się do przesądzenia charakteru zjawisk powtarzających się, pod warunkiem wykazania przez biegłego w sposób nie budzący wątpliwości zarówno charakteru faktów lub zachowań, jak i ich powtarzalności. W takiej sytuacji przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego co do każdego z powtarzalnych faktów lub zachowań jest zbędne (por. wyrok Sąd Apelacyjny w Gdańsku z dnia 9 października 2015 r., sygn. akt V ACa 536/15).

Przenosząc powyższe na realia rozpoznawanej sprawy należy stwierdzić, że ani przepisy ustawy, ani orzecznictwo nie precyzują warunków, które powinna spełniać opinia biegłego. Każdorazowo zatem sąd orzekający ocenia, czy konkretne wnioski biegłego w powiązaniu z pozostałym materiałem dowodowym pozwalają na rozpoznanie istoty sprawy. Wbrew twierdzeniom apelującego, biegły szczegółowo zapoznał się z dokumentacją zawartą w aktach (k. 518-728), obejmującą karty informacyjne z leczenia szpitalnego i wskazał, że przypadki leczone były zgodnie z zasadami i aktualną wiedzą medyczną, zaś świadczenia udzielane były w stanach zagrażających życiu i zdrowiu dzieci oraz niecierpiących zwłoki. Biegły przy tym szczegółowo odniósł się do zawartej w kartach informacyjnych leczenia szpitalnego powikłaniach (k. 572, 575, 591, 709, 710), wskazał na poszczególne schorzenia (k. 540, 541, 542, 543, 548, 555, 558, 561, 566, 567, 570, 577, 677) w zakresie zapalenia krtani, samoistnych lub pourazowych krwawień z nosa (k. 531, 590, 722, 726) oraz przerostu migdałka gardłowego, podniebiennych i powikłań (k. 669, 685, 687, 693, 696, 699, 708, 710, 721). Biegły posłużył się zabiegiem technicznym polegającym na tym, że zamiast odnosić się indywidualnie do każdego przypadku z podaniem danych osobowych, wydzielił grupy pacjentów ze względu na przyjętą metodę klasyfikacyjną, posłużył się odesłaniem do konkretnej karty w aktach sprawy i dokonał zbiorczej oceny przypadków (k.920-921). W opinii uzupełniającej biegły wskazał, że ponownie zapoznał się z obszerną dokumentacją medyczną

obejmującą 210 przypadków i podtrzymał swoją ocenę wskazując wyraźnie, że duplikowanie informacji zawartych w 210 kartach informacyjnych z leczenia szpitalnego nie jest w tym przypadku uzasadnione z tego względu, że wszystkie przypadki zostały szczegółowo opisane i udokumentowane, zaś powielanie ich treści wymagałoby poświęcenia dużej ilości czasu bez merytorycznego uzasadnienia (k. 946).

Sąd Okręgowy wskazał, że nie wymagał od biegłego, aby w każdym opisanym wypadku, biegły dokonywał szczegółowego rozpisania przypadku chorobowego i udzielonych świadczeń oraz uzasadnienia do ich podjęcia. Nie ulega wątpliwości, że biegły zbadał dokumentację medyczną, znajdującą się w aktach sprawy, dla przykładu powołał się na nią, na konkretne strony z akt. Pozwany chociaż kwestionował charakter udzielonych świadczeń, poprzestał na głosłownych twierdzeniach. Nie powołał się też konkretnie na przypadki, których miałyby to dotyczyć, w przeciwieństwie do biegłego, który potrafił je wskazać. Po czynności opinii uzupełniającej, pozwany nie wnosił żadnych wniosków dowodowych, w tym ewentualnie o opinię innego biegłego. Zatem pozwany nie wykazał swoich racji w tym zakresie.

Z argumentacją Sądu Okręgowego należy się w pełni zgodzić. Szczegółowe zbadanie wszystkich przypadków udzielonych świadczeń wydłużyłoby znacznie postępowanie, co więcej, generowałoby znaczne koszty, a więc naruszałoby ekonomikę procesową. Przyjęta przez biegłego metoda klasyfikacji poszczególnych przypadków jest przejrzysta, a w korelacji z dokumentacją zawartą w aktach tworzy spójną całość i jest czytelna. W okolicznościach tej sprawy wystarczające było wypowiedzenie się przez biegłego jedynie o pewnej prawidłowości w zakresie udzielania świadczeń medycznych usprawiedliwiającej zgłoszone roszczenie, skoro objęte pozwem świadczenia, w poszczególnych grupach klasyfikacyjnych, miały charakter powtarzający się. Stąd wniosek biegłego, oparty na jego doświadczeniu zawodowym zdobytym jako specjalista otolaryngologii, że wszystkie świadczenia medyczne wykonywane przez powoda związane były z leczeniem chorych w stanach zagrożenia życia, pozwalał na rozstrzygnięcie o żądaniach pozwu.

Nie można pomijać faktu, że świadczenia medyczne udzielane przez powoda były związane z szeroko rozumianą otolaryngologią, co wymaga niezwłocznych działań w celu zapobieżenia bezpośredniego niebezpieczeństwa ciężkiego uszkodzenia ciała bądź zgonu na skutek wykrwawienia, uduszenia bądź dalszych powikłań nieleczzonego schorzenia, zwłaszcza że pacjentami byli małoletni (k. 920-921).

Wbrew zarzutowi sformułowanemu przez pozwanego, badanie i opisywanie każdego pojedynczego przypadku udzielenia przez powoda tego rodzaju świadczeń nie było w okolicznościach sprawy uzasadnione, chociażby zważywszy na znaczne koszty takiej opinii oraz jej czasochłonność prowadzącą niewątpliwie do nieuzasadnionego wydłużenia postępowania. Należy mieć również na względzie, że wszystkie przypadki zostały szczegółowo opisane w kartach informacyjnych z leczenia szpitalnego, zawartych w aktach.

O trafności aprobowanej przez Sąd Okręgowy metody badania przypadków udzielania świadczeń medycznych przez powoda i uznania ich za reprezentatywne dla całości udzielonych świadczeń medycznych przekonują również inne jeszcze fakty. Niewątpliwie pozwany miał wiedzę co do ilości, rodzaju i charakteru świadczeń medycznych udzielonych przez powoda. Co więcej, kontrolował je. Miał zatem wiedzę co do tego, jaki miały charakter, a więc czy były świadczeniami ratującymi zdrowie i życie pacjentów powoda, a także a contrario, które z nich takimi nie były. Mając wiedzę w tym zakresie powinien był wskazać chociażby na przykładowe świadczenia, które nie mogą być, jego zdaniem, kwalifikowane w sposób jaki uczynił to biegły, co mogłoby podważać trafność opisanego wybranych przypadków i ogólnego odniesienia się do pozostałych przypadków udzielania świadczeń medycznych. Strona pozwana natomiast poprzestała jedynie na głosłownym kwestionowaniu opinii biegłego, która - jak wskazała E. K. na rozprawie 8 kwietnia 2015 r. - „wydaje jej się” nierzetelna, ponieważ biegły tylko „rzucił okiem” na dokumentację (k. 966v). Żaden merytoryczny argument w tym zakresie nie został podniesiony.

Konkludując, trafnie Sąd Okręgowy przyjął, że opinia biegłego jest wystarczającym dowodem dla przyjęcia, iż powód udzielił wszystkich świadczeń medycznych, za które domaga się zapłaty, w stanach nagłych, a więc ratujących życie

i zdrowie pacjentów. W świetle wszystkich zebranych dowodów można podzielić zapatrywanie biegłego, że przyjęta przez niego metoda badania jest reprezentatywna dla całości świadczeń stanowiących przedmiot sporu.

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.

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 (tj. Dz. U. z 2007 r., poz. 89 ze zm.) i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tj. Dz.U. z 2011 roku, Nr 277, poz. 1634 z późn.zm.). Przepisy te są źródłem bezwzględnie obowiązującego prawa 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; z dnia 16 kwietnia 2008 roku, V CSK 533/07; z dnia 28 czerwca 2005 roku, I CK 821/04; z dnia 5 sierpnia 2004 roku, III CK 365/03; z dnia 5 listopada 2003 roku, IV CK 189/02).

Wykładnia wskazanego przepisu była prawidłowa. Zasadnie Sąd Okręgowy wskazał, że konieczność racjonalnego gospodarowania środkami publicznymi nie może wyprzedzać obowiązków nałożonych bezwzględnie obowiązującymi przepisami. Dodatkowo wskazał należy, że postępowanie dowodowe nie wykazało jakichkolwiek uchybień w zakresie kwalifikowania i leczenia pacjentów przez powoda.

Sąd Okręgowy nie naruszył również art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tj. Dz. U. z 2006 r. Nr 191, poz. 1410 ze zm.) i art. 5 ust. 33 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.). Wadliwy z punktu widzenia logiki formalnej jest zarzut polegający na koniunkcji błędnej wykładni oraz niewłaściwego zastosowania wskazanych przepisów, z uwagi na rozłączny zakres znaczeniowy tych zarzutów. Przepisy definiują „stan nagły”, który w niniejszej sprawie został ustalony przy pomocy opinii biegłego. W tym zakresie skarżący kwestionował w istocie jej ustalenia, przy czym nie przedstawił stosownej argumentacji pozwalającej na przyjęcie odmiennych ustaleń. Zaniechał również składania stosownych wniosków dowodowych. Przyjęta przez Sąd Okręgowy wykładnia była zatem prawidłowa.

Chybiony był również zarzut naruszenia art. 132 i 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.). 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, w nagłych wypadkach. Zastosowanie miał zatem art. 19 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który nakłada na świadczeniodawcę obowiązek udzielenia pomocy pacjentom znajdującym się w takiej sytuacji niezależnie od zakresu przyznanego limitu. Z tych przyczyn podnoszone przez pozwanego argumenty dotyczące konieczności dostosowywania udzielanych przez powoda świadczeń do możliwości finansowych płatnika – NFZ i

planu finansowego Funduszu 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.

Nie polega na prawdzie zarzut odnoszący się do pominięcia przez Sąd Okręgowy nieoznakowania przez powoda świadczeń w raportach statystycznych. W uzasadnieniu Sąd wyraźnie wskazał, że jest to tylko i wyłącznie element techniczny, który nie wpływa na ocenę tego, czy faktycznie świadczenie takie spełnia przesłanki z art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i w związku z tym czy podlega ustawowemu finansowaniu przez pozwanego. Kwalifikacji świadczenia dokonują na samym początku lekarze, przy badaniu pacjenta dokonują odpowiedniego wpisu w systemie. Nie jest to później weryfikowane ani przez świadczeniodawcę ani przez oddział Funduszu. Istnienie takiego kwalifikatora nie ma znaczenia dla pozwanego, albowiem w sytuacji rozliczeń poza limitem umownym nawet to, że w systemie świadczenia posiadają taki kwalifikator, nie ma wpływu na finansowane przez pozwanego.

Podzielając w pełni tę ocenę wskazać należy, że żaden przepis nie wiąże oceny udzielonych świadczeń z konkretnym oznaczeniem ich w elektronicznym systemie przetwarzania danych. Dane te mają w ocenie Sądu Apelacyjnego jedynie charakter wewnętrzny, na użytek podmiotów dokonujących wymiany informacji. Nie przesądza to o klasyfikacji przypadków, gdyż do takiej oceny konieczna jest opinia biegłego. Przyjęty przez strony sposób wymiany informacji i oznaczania świadczeń był zatem irrelevantny dla oceny zasadności roszczenia. Ponadto skarżący nie wykazał, aby działanie powoda było w tym zakresie celowe i miało jakikolwiek wpływ na finansowanie świadczeń, a także nie przeprowadził kontroli w tym zakresie, choć taki instrument posiada.

W tym stanie rzeczy nie dzieląc 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 § 13 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu. Określając wysokość kosztów postępowania apelacyjnego Sąd II instancji miał na względzie, że w pierwszej instancji nie prowadził sprawy ten sam adwokat.