

Sygn. akt V ACa 660/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 1 października 2018r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku V Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: SSA Anna Daniszewska

Sędziowie: SA Mariusz Wicki

SO (del.) Leszek Jantowski (spr.)

Protokolant: stażysta Dorota Fiertek

po rozpoznaniu w dniu 17 września 2018r. w Gdańsku

na rozprawie

sprawy z powództwa (...) Szpitala (...) im. dr. W. B. w G.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w B.

z dnia 19 kwietnia 2017 r., sygn. akt I C 848/12

1. oddala apelację,

2. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 11.250 (jedenaście tysięcy dwieście pięćdziesiąt) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

SSO (del.) Leszek Jantowski SSA Anna Daniszewska SSA Mariusz Wicki

Na oryginale właściwe podpisy.

Sygn. akt V ACa 660/17

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 24 grudnia 2012 r. powód (...) Szpital (...) im. dr W. B. w G. domagał się zasądzenia od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia w W. kwoty 3.094.119,72 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 listopada 2012 r. do dnia zapłaty. W piśmie procesowym z 16 września 2013r. (k. 392) powód ograniczył żądanie o kwotę 5.865 zł.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o jego oddalenie.

Wyrokiem z dnia 19 kwietnia 2017 r. Sąd Okręgowy w B.:

1. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 2.510.532,32 zł (dwa miliony pięćset dziesięć tysięcy pięćset trzydzieści dwa 32/100) wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 lutego 2012 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku i dalszymi odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 do dnia zapłaty;

2. oddalił powództwo w pozostałej części;

3. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 4.516,39 (cztery tysiące pięćset szesnaście 39/100) zł tytułem kosztów procesu;

4. kosztami sądowymi obciążył Skarb Państwa.

Powyższe rozstrzygnięcie zostało oparte na następujących ustaleniach i rozważaniach:

Podstawą do udzielania przez powoda świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego jest umowa zawarta z pozwanym Narodowym Funduszem Zdrowia określająca zakres świadczeń ujętych w planie rzeczowo - finansowym. W dniu 31 grudnia 2008 r. powód zawarł z pozwanym umowę nr (...) (...) (...), której przedmiotem było udzielanie przez powoda jako świadczeniodawcy świadczeń opieki zdrowotnej. Umowa została zawarta na okres od dnia 1 stycznia 2009r. do dnia 31 grudnia 2011 r.

Maksymalna kwota zobowiązania pozwanego z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 1 stycznia 2009 r. do dnia 31 grudnia 2009 r. została ustalona na kwotę 83.246.012,00 zł. Umowa ta była wielokrotnie aneksowana w przedmiocie wysokości kwoty z tytułu realizacji umowy, która ostatecznie ukształtowała się na poziomie 98.539.178,00 zł. Pozwany zapłacił powodowi kwotę świadczeń do wysokości ustalonego limitu.

Dalej Sąd ustalił, że powód przestrzegał przepisów, w szczególności art. 19, 20 oraz 21 ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a w szczególności prowadził na bieżąco listy oczekujących

na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Powód składał pozwanemu wnioski o przesunięcie środków finansowych między zakresami w ramach umowy.

Powód rozliczał się z pozwanym za pomocą systemu elektronicznego przekazującego dane pacjenta. Raport jest weryfikowany, powód otrzymywał zwrot raportu statystycznego i na tej podstawie generował żądanie zapłaty. Wszystkie podmioty, które wiąże umowa z Narodowym Funduszem Zdrowia, zobowiązani są do tworzenia list oczekujących. Do Narodowego Funduszu Zdrowia przekazywane są informacje dotyczące liczby oczekujących oraz średni czas oczekiwania. Powód tworzył listy kolejkowe, w pierwszej kolejności udzielał świadczeń ratujących życie. Powód nie ma możliwości przewidzenia liczby pacjentów w stanach nagłych. Plan finansowy określa maksymalny poziom finansowania. Istnieje możliwość przeznaczenia środków finansowych, które nie zostały rozdysponowane, na finansowanie nadwykonań. Zasada rozliczenia świadczeń oparta jest o umowę, pozwany rozlicza świadczenia do wysokości limitu wynikającego z umowy. Za świadczenia mieszczące się w limicie umowy pozwany zapłacił w całości. Nie zostały zapłacone świadczenia ponadlimitowe. O kolejności rozliczenia świadczeń decyduje system elektroniczny. W pierwszej kolejności rozliczane są świadczenia dla osób uprawnionych i ubezpieczonych.

W ramach tej grupy rozliczane są świadczenia ratujące życie a następnie świadczenia pozostałe. Pozwany nie weryfikuje danych zawartych w raportach, to świadczeniodawca decyduje, jak w raporcie statystycznym oznacza dane świadczenie. Powód nie ma możliwości nieudzielenia świadczenia w stanie zagrożenia zdrowia i życia, ma obowiązek przyjęcia takiego pacjenta. Powód nie oznaczał w systemie świadczeń jako ratujących, bądź nie ratujących życie.

W zdecydowanej większości (w 821 przypadkach na (...)) świadczenia medyczne objęte pozwem udzielone zostały w stanie nagłym polegającym lub przewidywanym krótkim czasie pojawienia się objawów pogorszenia zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała, lub utrata życia, wymagające podjęcia natychmiastowych czynności medycznych ratunkowych lub leczenia.

Powyższy stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił w oparciu o przedstawione przez strony dokumenty, zeznania świadków, a także opinię wydaną przez instytut naukowy.

Jako wiarygodne Sąd uznał zeznania świadków: A. S. na okoliczność rozliczania świadczeń w ramach umowy jak i ponad limitów - ich odrzucenia z zapłaty przez pozwanego, świadka M. W. na okoliczność sytuacji ekonomicznej pozwanego oraz finansowania nadwykonań, świadka B. S. na okoliczność tworzenia i prawidłowości prowadzenia przez powoda list oczekujących oraz świadka A. K. na okoliczność realizacji przez powoda umowy udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalnego.

Jako wiarygodne Sąd Okręgowy uznał także zeznania świadków E. B., H. D. oraz D. G., Z. G., J. A., A. P., S. T., J. Z., A. M., I. N., L. C., P. K., K. D., I. H., H. M., T. C., J. F., A. Z. na okoliczność pilności udzielania świadczeń pacjentów. Zeznania te były zdaniem Sądu szczerze i w przeważającej mierze znalazły odzwierciedlenie w treści opinii instytutu oraz zebranej dokumentacji medycznej.

Sąd Okręgowy podzielił wnioski wynikające z opinii sądowo-lekarskiej sporządzonej przez biegłych Interdyscyplinarnego Centrum Medycznych (...). Opinia ta jest logiczna, przekonująca i odpowiada wymogom zawartym w treści przepisu art. 285 § 1 k.p.c. Sąd podkreślił, że biegli, pomimo niezwykle obszernej dokumentacji medycznej, w sposób szczegółowy i skrupulatny analizowali każdy przypadek wykonanego przez powoda świadczenia ponadlimitowego, wnioski sformułowane przez instytut zostały przy tym uzasadnione w sposób przekonujący, przystępny i zrozumiały dla osób nie posiadających specjalistycznej wiedzy medycznej. W rezultacie Sąd uznał opinię sporządzoną przez instytut za miarodajną dla oceny stanu faktycznego przedmiotowej sprawy. W uzupełniającej opinii pisemnej biegli wyjaśnili w ocenie Sądu wyczerpująco wątpliwości pozwanego, przynajmniej w takim zakresie, w jakim wątpliwości te były skonkretyzowane. Jednocześnie Sąd podzielił w pełni stanowisko biegłych, że opinia oddaje stan najlepszej wiedzy medycznej, a uzasadnianie każdego przypadku wywodem naukowym oznaczałoby w istocie powielanie do opinii treści literatury medycznej, na podstawie której opiniujący pracują i która jest podstawą ich wiedzy i codziennej pracy.

Przechodząc do rozważań Sąd Okręgowy uznał, że powództwo w przeważającej części zasługiwało na uwzględnienie.

Sąd odwołał się do treści przepisu 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), wedle którego w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Przytoczył także treść art. 5 pkt 33 w zw. z art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. nr 191, poz. 140 ze zm.) definiujący pojęcie „stanu nagłego”. Wskazał także na treść przepisu art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013r., poz. 217 t.j.), wedle którego podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Wyjaśnił – z odwołaniem się do orzecznictwa i poglądów doktryny - , 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. Określane 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. Wynagrodzenie za świadczenia wykonane w stanach nagłych może dotyczyć nie tylko sytuacji, kiedy świadczeniodawca nie zawarł umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w ogóle, ale również kiedy umowę zawarł, jednak pomimo zapewnienia właściwej organizacji pracy liczba potrzebnych do wykonania świadczeń znacznie przekroczyła liczbę określoną w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W konsekwencji Sąd Okręgowy uznał, że większość świadczeń objętych przedmiotowym pozwem wykonanych ponad limit zobowiązania wskazany w umowie za rok 2009, były świadczeniami podjętymi ze względu na stan zagrożenia życiu lub zdrowiu pacjentów. Udzielenie tych świadczeń wymagane było ze względu na stan zdrowia pacjentów, który wymagał natychmiastowej reakcji, a ich niepodjęcie lub odroczenie skutkowało mogło bezpośrednim zagrożeniem życia lub zdrowia pacjentów. Opierając się na zeznaniach świadków, opinii instytutu oraz mając na uwadze doświadczenie życiowe Sąd Okręgowy stwierdził, że świadczenia zdrowotne udzielane na oddziałach: anestezjologii i intensywnej terapii, neonatologii, urologii, otolaryngologii, neurochirurgii, chirurgii dziecięcej, ortopedii, endokrynologii, pediatrii, chirurgii ogólnej, pulmonologii, neurologii, neurochirurgii, nefrologii, kardiologii, kardiologii dziecięcej, gastroenterologii oraz chorób wewnętrznych są ze swej istoty bardzo często świadczeniami podejmowanymi bezpośrednio w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów. Ponadto rodzaje wykonanych tam zabiegów charakteryzują się wysoką złożonością oraz wymagają szybkiego działania ze strony zakładu opieki zdrowotnej. Jednocześnie powód tworzył listy oczekujących, racjonalnie prowadził politykę finansową, brak jakichkolwiek dowodów wskazujących na niewłaściwe i rozrzutne gospodarowanie środkami. Sąd podkreślił, że sfera formalna i ekonomiczna w zderzeniu z prawnym obowiązkiem ratowania życia ludzkiego i brakiem stuprocentowej przewidywalności ilości takich przypadków w danym roku, nie może pozostać rozstrzygająca.

Odnosząc się do zagadnienia raportowania w systemie informatycznym udzielonych świadczeń „ponadlimitowych”, Sąd zwrócił uwagę, że część świadków zeznała, iż świadczenia spełniające przesłanki wskazane w ustawie nie zostały odpowiednio zgłoszone pozwanej. Zgodnie z § 3 ust. 13a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczególnego sposobu rejestrowania tych

informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, wszystkie świadczenia określone jako ratujące życie lub zdrowie pacjentów powinny być przez podmiot je udzielający raportowane i właściwie oznaczone w prowadzonym przez Narodowy Fundusz Zdrowia programie informatycznym. W ocenie Sądu Okręgowego kwestia ta nie miała większego wpływu na merytoryczne rozstrzygnięcie niniejszej sprawy, albowiem już z samych przepisów prawa wynika obowiązek zapłaty przez Narodowy Fundusz Zdrowia powodowi odpowiedniej kwoty będącej zapłatą za dokonane poza limitem wyznaczonym przez umowę stron świadczenia zdrowotne udzielone pacjentom w trybie regulowanym przez ustawę.

Tym samym zdaniem Sądu I instancji na pozwanym ciąży obowiązek zapłaty za przedmiotowe usługi medyczne wykonane przez powodowy zakład opieki zdrowotnej na rzecz świadczeniobiorców. Zobowiązanie pozwanej do zapłaty powodowi za świadczone usługi medyczne wynika z umowy zawartej pomiędzy stronami o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej - zawartych na podstawie przepisu art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Zgodnie z treścią przepisu art. 155 ust. 1 w/w ustawy do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. Dokonując interpretacji umowy zawartej pomiędzy stronami należy odwołać się także do przepisu art. 56 i 65 k.c. a co do wykonania umowy art. 354 k.c., co oznacza, że łącząca

strony umowa wywołuje nie tylko skutki wynikające z jej treści ale także z innych przepisów ustawy, w tym art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 roku, poz. 217). Z powyższego przepisu wynika wprost, iż udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta jest ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy.

Odnosząc się do kosztów świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach określonych w treści przepisu art. 15 w/w ustawy Sąd Okręgowy stwierdził, że zgodnie z treścią przepisu art. 56 k.c., mającego zastosowanie przy interpretacji umowy łączącej strony, koszty te należy włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej tym samym obciążyć tymi kosztami pozwanej zarządzającego środkami publicznymi, z których świadczenia te powinny zostać pokryte. Wobec powyższego, świadczeniodawcy przysługuje umowne wynagrodzenie nie tylko za ustalone i udzielone umową świadczenia opieki zdrowotnej, ale także za ponadlimitowe świadczenia udzielone ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Powodowi należy się zatem umowne wynagrodzenie od

pozwanego za wykonane świadczenia zdrowotne bez względu na limit ustalony w zawartych umowach, jeżeli świadczenia za które powód dochodzi zapłat zostały udzielone w warunkach art. 15 ustawy o działalności leczniczej. Wartość świadczeń udzielonych przez powoda w warunkach zagrażających zdrowiu i życiu

pacjentów wynosiła 2.510.532,32 zł. Pozostałe świadczenia, jak wynika z opinii biegłych, były świadczeniami planowymi i nie spełniały kryteriów świadczeń udzielonych w stanach nagłych, ratujących życie. Jak wynika z przedłożonych przez powoda zestawień wartości świadczeń (k. 892-928), wartość świadczeń, które nie zostały udzielone w warunkach zagrożenia życia i zdrowia wynosi łącznie kwotę 577.722,40 zł. Powód ograniczył też żądanie o kwotę 5865 zł, jednak nie cofnął w tej części pozwu ani nie zrzekł się roszczenia. W związku z powyższym o te właśnie kwoty należało pomniejszyć żądanie wskazane w pozwie i przyznać na jego rzecz kwotę 2.510.532,32 zł z tytułu udzielonych przez niego nadwykonań za rok 2009.

Odnosząc się do wartości świadczeń objętych żądaniem pozwu oczywistym było w ocenie Sądu Okręgowego, iż powód określając ich wartość świadczeń opierał się na obowiązującej wycenie świadczeń zdrowotnych dokonanej przez pozwanego. Pozwany zresztą nie kwestionował sposobu wyliczenia wartości poszczególnych świadczeń, a jedynie swój obowiązek zapłaty za nie co do zasady.

Sąd Okręgowy nie podzielił także podniesionego zarzutu przedawnienia. Ostateczny termin rozliczenia przypada na 45 dni po zakończeniu roku, zatem za rok 2009 na 14 lutego 2010 r.

Mając powyższe okoliczności, Sąd Okręgowy orzekł jak w punkcie pierwszym wyroku. Odsetki Sąd zasądził od dnia 15 lutego 2012 r. do dnia 31 grudnia 2015r. i dalsze odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016r. - zgodnie z żądaniem pozwu - na podstawie art. 481 k.c. W punkcie drugim wyroku Sąd oddalił powództwo w pozostałej części.

O kosztach postępowania Sąd orzekł jak w punkcie trzecim wyroku na podstawie przepisu art. 100 k.p.c. Powód wygrał proces w znacznej części (81,29%). Na należne powodowi koszty procesu złożyło się wynagrodzenie reprezentującego go profesjonalnego pełnomocnika wraz z uiszczoną opłatą skarbową od pełnomocnictwa w kwocie łącznej 4.516,39 zł.

W punkcie czwartym wyroku Sąd, na podstawie przepisu art. 113 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, kosztami sądowymi obciążył Skarb Państwa.

Apelację od tego wyroku wniosła strona pozwana, zaskarżając go w części zasądzającej roszczenie powoda (pkt 1), zarzucając mu:

1) naruszenie prawa materialnego - art. 132 i art. 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm. - dalej: „ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”) poprzez ich niezastosowanie i błędne przyjęcie, że każde świadczenie zdrowotne udzielone w stanie nagłym powinno być opłacone ponad ustalony w umowie limit finansowania;

1) naruszenie prawa materialnego - art. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez jego niezastosowanie dla oceny prowadzenia przez powoda listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego;

2) naruszenie prawa materialnego - art. 56 k.c. w zw. art. 354 k.c. poprzez ich niezastosowanie dla ustalenia, czy powód nie uchybił obowiązkowi starannego realizowania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności poprzez nieoznaczenie świadczeń jako ratujących życie w raportach statystycznych, tak aby świadczenia będące przedmiotem sporu zostały rozliczone w ramach umowy oraz właściwego prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia;

3) naruszenie przepisów postępowania - art. 224 § 1 k.p.c. poprzez zamknięcie rozprawy w sytuacji gdy sprawa nie została dostatecznie wyjaśniona do rozstrzygnięcia w wyniku pominięcia analizy umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej łączącej strony i sposobu jej realizacji w okresie od dnia 1 stycznia 2009 r. do dnia 31 grudnia 2009 r.,

nierozpatrzenia zarzutu pozwanego niewykazania przez powoda, że prowadził on prawidłową gospodarkę środkami finansowymi przewidzianymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, planował udzielanie świadczeń, tak aby świadczenia będące przedmiotem sporu zostały rozliczone w ramach umowy;

4) naruszenie przepisów postępowania - art. 233 k.p.c. w zw. z art. 285 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie zasady swobodnej oceny dowodów przez przyjęcie, że „biegli w sposób szczegółowy i skrupulatny analizowali każdy przypadek wykonanego przez powoda świadczenia ponadlimitowanego, wnioski sformułowane przez instytut zostały przy tym uzasadnione w sposób przekonujący, przystępny i zrozumiały dla osób nie posiadających specjalistycznej wiedzy medycznej” (uzasadnienie str. 7);

5) naruszenie prawa materialnego - § 22 w zw. z § 21 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484 - dalej „owu”) poprzez jego niezastosowanie dla oceny zasadności roszczenia w sytuacji, gdy z treści tego przepisu wynika, iż świadczeniodawcy nie przysługuje roszczenie przeciwko Funduszowi o zapłatę za świadczenia wykonane ponad kwotę zobowiązania odpowiednio w rodzajach albo zakresach świadczeń, których dotyczyło zmniejszenie kwoty zobowiązania;

6) naruszenie prawa materialnego - art. 19 ust. 4 i 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez jego niezastosowanie dla oceny zasadności roszczenia i przyjęcie, że powodowi należy się wynagrodzenie wynikające z umowy a nie wynagrodzenie wg uzasadnionych kosztów.

Wskazując na powyższe zarzuty skarżący wniósł o:

1) zmianę zaskarżonego wyroku w pkt 1 poprzez oddalenie powództwa, względnie

uchylenie zaskarżonego wyroku w tym zakresie i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania;

1) zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania wywołanych postępowaniem apelacyjnym, z uwzględnieniem kosztów postępowania przed Sądem I instancji, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W odpowiedzi na apelację (k.993-10010 powód wniósł o jej oddalenie.

Sąd Apelacyjny ustalił i zważył co następuje:

Apelacja nie była uzasadniona.

Sąd Apelacyjny podziela ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd Okręgowy i przyjmuje je za własne, co czyni zbędnym ich ponowne przytaczanie . Podobnie Sąd Apelacyjny podziela dokonaną przez Sąd pierwszej instancji ocenę zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, oraz ocenę prawną zgłoszonego przez stronę powodową roszczenia.

Przechodząc do poszczególnych zarzutów apelacji w pierwszej kolejności należało odnieść się do zarzutów naruszenia przepisów prawa procesowego, bo od tego zależała ocena, czy Sąd I instancji dopuścił się naruszenia przepisów prawa materialnego.

Co do zarzutu naruszenia art. 233 k.p.c. w zw. z art. 285 § 1 k.p.c. , to miało ono polegać na przekroczeniu zasady swobodnej oceny dowodów przez przyjęcie wniosków wynikających z opinii instytutu - (...) „Lex (...)”

Wprawdzie dowód z opinii biegłego – podobnie jak i dowód z opinii instytutu - również podlega ocenie przy zastosowaniu kryteriów określonych w art.233§1 k.p.c.. to jednak dokonując takiej oceny sąd winien kierować się takimi kryteriami, jak zgodność z zasadami logiki, poziom wiedzy biegłych, sposób motywowania ich stanowiska, podstawy teoretyczne opinii, a także stopień stanowczości wyrażonych w niej wniosków (por. postanowienie Sądu

Najwyższego z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC nr 4 z 2001 r. poz. 64, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 listopada 2000 r., IV CKN 1383/00 Lex nr 52544).

Dodatkowo należy wskazać, że dowód z opinii biegłego ma szczególny charakter, gdyż korzysta się z niego w wypadkach wymagających wiadomości specjalnych. Z tego względu nie mają do niego zastosowania wszystkie zasady dotyczące postępowania dowodowego, a w szczególności art. 217 § 1 k.p.c. Nie można zatem przyjąć, że sąd obowiązany jest dopuścić dowód z kolejnych biegłych, czy też opinii innego instytutu w każdym wypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony. Sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z dalszej opinii, gdy zachodzi taka potrzeba, a więc wtedy, gdy opinia, którą dysponuje, zawiera istotne luki, bo nie odpowiada na postawione tezy dowodowe, jest niejasna, czyli nienależycie

uzasadniona lub nieweryfikowalna, to jest gdy przedstawiona analiza nie pozwala organowi orzekającemu skontrolować jego rozumowania co do trafności jego wniosków końcowych (por. postanowienie Sądu Najwyższego z 19 sierpnia 2009 r., III CSK 7/09, LexPolonica nr 2413061, Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 24 kwietnia 2015 r. V ACa 470/14 LEX nr 1751193).

Przenosząc te rozważania na grunt niniejszej sprawy Sąd Apelacyjny podzielił

wnioski, które przyjął Sąd I instancji odnośnie przedmiotowej opinii. Zgodzić należało się z Sądem Okręgowym, że biegli sporządzający opinię w imieniu instytutu w sposób bardzo szczegółowy i skrupulatny dokonali analizy każdego przypadku wykonanego przez powoda świadczenia ponadlimitowego. Wnioski zawarte w opinii są jasne i zrozumiałe, oraz przekonujące w świetle zasad doświadczenia życiowego. W ocenie Sądu Apelacyjnego za wystarczające należało uznać przyjętą w opinii metodologię polegającą na skondensowanym opisie przyczyn przyjęcia każdego pacjenta do powodowego szpitala oraz wniosków wynikających z analizy stanu zdrowia w chwili przyjęcia pod kątem tego, czy pacjent był przyjmowany w stanie nagłym zagrożenia zdrowotnego (k.685). Trafnie także uznał Sąd Okręgowy za wystarczające, logiczne i przekonujące w świetle zasad doświadczenia życiowego wyjaśnienia biegłych, z których wynika, że przy tak znacznej ilości pacjentów poddanych analizie, zbędnym byłoby szczegółowe – z odwołaniem się do literatury medycznej- uzasadnianie, dlaczego w poszczególnych przypadkach mogło dojść do stanu zagrożenia życia (k.932-934), w sytuacji, gdy strona pozwana nie podnosiła konkretnych zarzutów odnośnie poszczególnych przypadków.

Za chybiony należało uznać także zarzut naruszenia art. 224 § 1 k.p.c., który miał polegać na przedwczesnym zamknięciu rozprawy - w sytuacji gdy sprawa nie została dostatecznie wyjaśniona do rozstrzygnięcia. Zdaniem skarżącego Sąd Okręgowy pominął analizę umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej łączącej strony w okresie od dnia 1 stycznia 2009 r. do dnia 31 grudnia 2009 r. i sposobu jej realizacji, a także nie rozpatrzył zarzutu pozwanego odnoszącego się do wykazania przez powoda, że prowadził prawidłową gospodarkę środkami finansowymi przewidzianymi w umowie, w tym planował udzielanie świadczeń, tak aby świadczenia będące przedmiotem sporu zostały rozliczone w ramach umowy.

Zgodnie z art.224 §1 k.p.c. przewodniczący zamyka rozprawę po przeprowadzeniu dowodów i udzieleniu głosu stronom. Przepis ten pozostaje w związku z regulacją zawartą w art. 217 k.p.c. dającą stronie kompetencję do przytaczania i zgłaszania aż do zamknięcia rozprawy okoliczności faktycznych i dowodów na uzasadnienie swoich wniosków lub dla odparcia wniosków i twierdzeń strony przeciwnej.

W świetle aktualnego brzmienia art.224§1 k.p.c. brak jest podstaw do formułowania zarzutu niewyjaśnienia wszystkich okoliczności faktycznych istotnych

dla rozstrzygnięcia sprawy. Jedynie przy uwzględnieniu treści art.224 §1 k.p.c. w brzmieniu obowiązującym do jego nowelizacji dokonanej z dniem 5 lutego 2005 r. (art.1 pkt 30 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o zmianie ustawy - Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. nr 172 z 2004r . poz.1804) podnoszenie takiego zarzutu byłoby ewentualnie uzasadnione. Przepis ten przed nowelizacją stanowił, że przewodniczący zamyka rozprawę, gdy sąd uzna sprawę za dostatecznie wyjaśnioną. Aktualnie z przepisu tego wynika, że przewodniczący zamyka

rozprawę po przeprowadzeniu dowodów i udzieleniu głosu stronom. Skarżący wywodzi we wniesionej apelacji, że sprawa nie została dostatecznie wyjaśniona, bowiem Sąd I instancji skoncentrował się wyłącznie na ustaleniu, czy świadczenia, których dotyczy żądanie pozwu były świadczeniami ratującymi życie udzielonymi w sprawach nagłych. Zdaniem skarżącego powód winien był wykazać, że pomimo podjętych działań w zakresie organizowania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i gospodarowania posiadanymi środkami finansowymi w związku z udzieleniem świadczeń pacjentom wymagającym natychmiastowej interwencji medycznej, nie był w stanie przestrzegać wartości finansowej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Powołał się przy tym na stanowisko Sądu Apelacyjnego w Gdańsku, zgodnie z którym między innymi rzeczą powoda jest wykazanie, że objęte sporem świadczenia nie mogły być sfinansowane w ramach kontraktów (tak Sąd Apelacyjny w Gdańsku z dnia 5 kwietnia 2013 r., sygn. akt I ACa (...)).

Sąd Apelacyjny w niniejszym składzie podziela jednak stanowisko Sądu I instancji, że zasadniczą kwestią wymagającą rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie było ustalenie, czy udzielone przez powoda świadczenia ponadlimitowe były udzielone w stanach nagłych, trafnie odwołując się do wyrażonego w judykaturze poglądu, zgodnie z którym określone w umowach ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą przypadków, gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Kwestia ta będzie wyjaśniona w związku z oceną zarzutów naruszenia przepisów prawa materialnego.

Reasumując Sąd Apelacyjny uznał zarzuty naruszenia przepisów prawa procesowego za nietrafne.

Odnosnie zarzutu naruszenia prawa materialnego to jest art.132 i 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz.1510) podkreślić należy, że przepisy te zostały zawarte w dziale VI wymienionej ustawy zatytułowanym: „postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami” i regulują tryb zawierania umów pomiędzy świadczeniodawcą a NFZ oraz niezbędne składniki tych umów. Skarżący w istocie kwestionował możliwość, aby świadczenia zdrowotne udzielone w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego mogły być finansowane w wysokości przekraczającej określoną w umowie ilość i wartość świadczeń. Tymczasem z opinii instytutu wynika

jednoznacznie, że świadczenia udzielone 821 pacjentom wymienionym w zestawieniu przedłożonym przez powoda (k.469-472, k.892-928), były świadczeniami ratującymi ich życie lub zdrowie i zostały udzielone w trybie nagłym, tj. w stanie, gdy odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo życia. Sąd Apelacyjny podziela w całej rozciągłości i przyjmuje za własne rozważania Sądu Okręgowego odnoszące się do przesłanek uznania przedmiotowych świadczeń za udzielone w stanach nagłych, ratujących życie.

W rezultacie, skoro przedmiotowe świadczenia zostały udzielone w stanach nagłych, zastosowanie miał art.19 ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który nakłada na świadczeniodawcę obowiązek udzielenia pomocy pacjentom niezależnie od zakresu przyznanego limitu. Komplementarnym do tego obowiązku jest przysługujące podmiotowi leczniczemu roszczenie o wynagrodzenie za wykonanie ponadlimitowych świadczeń w stanie nagłym w wysokości uzasadnionych kosztów ich udzielenia (art. 19 ust.4 i 5 cytowanej ustawy). Nie budzi już przy tym sporu, że skoro przepisy art. 19 ust. 4 i 5 ustawy tworzą roszczenie o zapłatę wynagrodzenia za udzielenie świadczenia w stanach nagłych dla podmiotów, którzy nie zawarli umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, to tym bardziej takie roszczenie przysługuje podmiotom, które taką umowę zawarły, ale przekroczyły limit określony umową.

Z poczynionych ustaleń wynika, że przypadki wyżej wskazanych pacjentów dotyczyły stanów nagłych, w których udzielone przez powoda świadczenia były świadczeniami ratującymi życie lub zdrowie. Jak słusznie zresztą zwrócił uwagę Sąd Okręgowy z istoty świadczeń udzielanych na anestezjologii i intensywnej terapii, neonatologii, urologii, otolaryngologii, neurochirurgii, chirurgii dziecięcej, ortopedii, endokrynologii, pediatrii, chirurgii ogólnej, pulmonologii, neurologii, neurochirurgii, nefrologii, kardiologii, kardiologii dziecięcej, gastroenterologii oraz chorób wewnętrznych są ze swej istoty bardzo często świadczeniami podejmowanymi bezpośrednio w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów. Z tych przyczyn podnoszone przez pozwanego argumenty dotyczące konieczności dostosowywania udzielanych przez powoda świadczeń do możliwości finansowych płatnika i jego planu finansowego,

nie mogły odnieść zamierzonego skutku (por. także Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku V Wydział Cywilny z dnia 8 kwietnia 2016 r. V ACa 793/15, Legalis nr 1507909). W konsekwencji nie mógł uznany za trafny zarzut naruszenia § 22 w zw. z § 21 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484 - dalej „owu”). Roszczenie o zapłatę wynagrodzenia za świadczenia ponadlimitowe ma bowiem źródło w ustawie, w wyżej cytowanym art. 19 ust.4 i 5 w zw. z art. 19 ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Tym samym za chybione należało także uznać zarzuty naruszenia art. 56 k.c. w zw. art. 354 k.c. mające polegać na ich niezastosowaniu dla oceny, czy powód nie uchybił obowiązkowi starannego realizowania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - w szczególności poprzez nieoznaczanie świadczeń jako ratujących życie w raportach statystycznych. Zgodzić się bowiem należało z Sądem Okręgowy, że kwestia oznaczeń świadczeń w raportach statystycznych jako ratujących życie jest prawnie irrelevantna dla oceny wymagalności roszczenia o zapłatę świadczenia udzielonego w warunkach przymusu ustawowego. Istotny jest bowiem wykazanie, czy takie świadczenie miało charakter świadczenia udzielonego w stanach nagłych, zagrożenia życia lub zdrowia, a nie to, czy w właściwy sposób takie świadczenie oznaczono w raporcie.

Co do zarzutu naruszenia art. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, to skarżący pominął, że Sąd I instancji rozważał spełnienie przez stronę powodową warunków określonych w tym przepisie, w szczególności ustalił, że powód prowadził na bieżąco listy oczekujących na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Jak słusznie jednak zauważył Sąd Okręgowy okoliczność ta w istocie nie ma prawnego znaczenia dla oceny roszczenia powoda. Prowadzenie list kolejkowych jest zupełnie odrębną kwestią od obowiązku udzielenia świadczenia w stanach nagłych, które ze swej istoty udzielane są zazwyczaj poza jakąkolwiek kolejką.

Co do zarzutu naruszenia art. 19 ust.4 i 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, które miało polegać na przyjęciu, że powodowi należy się wynagrodzenie wynikające z umowy a nie wynagrodzenie według uzasadnionych kosztów poniesienia tych świadczeń, to w istocie, przepis art. 19 ust.4 dopuszcza możliwość przyznania wynagrodzenia uwzględniającego wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej. W ocenie Sądu Apelacyjnego pojęcie „uzasadnione koszty” nie musi być bynajmniej utożsamiane z pojęciem „rzeczywistych kosztów”. Trudno bowiem sobie wyobrazić, w jaki sposób podmiot udzielający świadczenia w sytuacjach nagłych miałby wykazać poniesienie rzeczywistych kosztów tych świadczeń, w oderwaniu od zobiektywizowanych kryteriów przyjętych np. w ramach umowy obejmującej te same świadczenia, ale w granicach ustalonego limitu.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego zagadnienie to winno być także rozstrzygane na płaszczyźnie rozkładu ciężaru dowodu (art. 6 k.c.), a mianowicie, czy na podmiocie udzielającym świadczeń w stanach nagłych spoczywa ciężar dowodu, że dochodzone należności obejmują uzasadnione koszty udzielonych świadczeń, czy też to Narodowy Fundusz Zdrowia winien wykazać, iż deklarowane przez świadczeniodawcę wydatki nie odpowiadają rzeczywiście poniesionym kosztom.

W sprawie bezspornym było, że zawarta pomiędzy stronami umowa nie precyzowała wysokości wynagrodzenia za udzielenie świadczeń ponad limit w

warunkach przymusu ustawowego. Bezspornym jednak było to, że dochodzona kwota została wyliczona w oparciu o kryteria wypracowane przez strony w umowie.

W ocenie Sądu Apelacyjnego dokonując wyboru kryteriów dla ustalenia wynagrodzenia za świadczenia udzielone ponad limit umowy, to właśnie regulacje umowne powinny zostać wzięte pod uwagę w pierwszej kolejności. Skoro strony wypracowały w umowie pewne kryteria, na podstawie których ustalona została kwota za wykonane świadczenia w ramach limitu, nie sposób uznać, aby istniały przekonujące argumenty służące zakwestionowaniu tego wyliczenia. Brak jest uzasadnionych podstaw ku temu, aby dokonać zróżnicowania wartości świadczeń w zależności od tego, czy zostały one udzielone w ramach limitu, czy też nie. W obydwu przypadkach placówka lecznicza ponosi tożsame koszty,

związane z koniecznością zapewnienia pacjentowi należytej obsługi lekarsko - pielęgniarstwa, miejsca na oddziale, lekarstw i innych środków leczniczych czy wyżywienia. Zdaniem Sądu Apelacyjnego nie można nakładać na stronę powodową obowiązku wyliczenia udzielanych świadczeń medycznych z uwzględnieniem poszczególnych kosztów związanych ze świadczeniem ponadlimitowym. Jak już to bowiem wskazano, uwzględniając zasady doświadczenia życiowego byłoby to praktycznie niemożliwe (podobnie Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 26 stycznia 2017r. I ACa (...), LEX nr 2250114, tak też Sąd Apelacyjny w Warszawie wyroku z dnia 15 grudnia 2017r. V ACa 942/17, LEX nr 243018).

W ocenie Sądu Apelacyjnego pogląd wyrażony w wyroku Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 27 sierpnia 2015 r. III CSK 455/14 (OSNC-ZD 2017/2/19), wedle którego podmiotowi leczniczemu, który zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, przysługuje roszczenie o wynagrodzenie za wykonanie ponadlimitowych świadczeń w stanie nagłym w wysokości uzasadnionych kosztów ich udzielenia (art. 132 ust. 4 w zw. z art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 581) nie oznacza, aby nie można było tych kosztów obliczać właśnie w oparciu o kryteria określone w umowie. (podobnie Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 8 kwietnia 2016 r. , V ACa 793/15 Legalis nr 1507909, Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 6 maja 2016 r. V ACa 852/15, Legalis Numer 1522768). Nie bez znaczenia jest bowiem to, że same kontrakty opierają się w istocie na prognozach w zakresie kosztów leczenia pacjentów w danym okresie, albowiem przewidują wynagrodzenia za świadczenia wykonane dopiero w przyszłości. Skoro istniała wiarogodna podstawa do wyliczenia wynagrodzenia za świadczenia ponadlimitowe w postaci stosowanych przez analogię regulacji kontraktowych, obciążenie świadczeniodawcy obowiązkiem szczegółowego, rozpisania tych świadczeń było zbędne (tak też w cytowanym wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 26 stycznia 2017r. I ACa (...)). Skoro strona pozwana zarzuca, że koszt ten jest inny, aniżeli ustalony w oparciu o kryteria umowne, w

szczególności niższy, to zdaniem Sądu Apelacyjnego winna ten fakt wykazać (art. 6 k.c.). Inaczej byłoby, gdyby powód w ogóle nie był związany kontraktem z NFZ, a zatem nie istniałyby jakiegokolwiek umowne kryteria mogące być podstawą dla wyliczenia należności za świadczenia ponadlimitowe. Niezależnie od tego Sąd Apelacyjny podziela wyrażony w doktrynie pogląd, że obowiązujący model rozliczania świadczeń nie tworzy warunków do dokonania nawet próby szacunkowego określenia tych kosztów, bowiem świadczeniodawca musiałby szczegółowo rozpisywać każde wykonane świadczenie już w chwili jego udzielania. Wymaganie wykazania uzasadnionych kosztów jest w rezultacie przerzuceniem obowiązku finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach przymusu ustawowego na świadczeniodawców, którzy obiektywnie nie są w stanie ich dowieść. (tak: Grzegorz Głanowski glosa do wyroku SN z dnia 27 sierpnia 2015r. III CSK 455/14, PiM 2016/2/154-16).

Z tych też względów Sąd Apelacyjny uznał zarzuty apelacji za chybione i na podstawie wyżej cytowanych przepisów oraz art. 385 k.p.c. oddalił apelację.

O kosztach postępowania Sąd orzekł zgodnie z wyrażoną w art. 98 k.p.c. zasadą odpowiedzialności za wynik postępowania i zasądził od pozwanego na rzecz powoda zwrot kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Ich wysokość ustalona została w oparciu o przepisy Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U z 2015r.poz.1800). Zgodnie z § 2 pkt. 8 w zw. z §10 ust.1 pkt.2 cytowanego Rozporządzenia – przy uwzględnieniu wartości przedmiotu zaskarżenia wynoszącego ponad 2.000.000,- zł (do 5.900.000,-zł), wysokość tych kosztów wynosiła 11.050,-zł i taką też kwotę Sąd zasądził w punkcie drugim wyroku.