

Sygn. akt V ACa 587/20

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 27 maja 2021 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – V Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Rafał Terlecki (spr.)
Sędziowie:	SA Leszek Jantowski SA Wiesław Łukaszewski
Protokolant:	stażysta Angelika Ragus

po rozpoznaniu w dniu 27 maja 2021 r. w Gdańsku na rozprawie

sprawy z powództwa Zespołu Opieki Zdrowotnej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w B.
przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...)Oddziałowi Wojewódzkiemu w B.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w B.

z dnia 15 lipca 2020 r., sygn. akt I C 749/15

I. oddala apelację;

II. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 8.100 (osiem tysięcy sto) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

SSA Wiesław Łukaszewski SSA Rafał Terlecki SSA Leszek Jantowski

Na oryginale właściwe podpisy.

Sygn. akt V ACa 587/20

UZASADNIENIE

Pozwem przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziału (...) w B., powód Zespół Opieki Zdrowotnej SPZOZ w B. dochodził zapłaty kwoty 271.230,96 złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 19 maja 2014 roku do dnia zapłaty, z tytułu udzielonych świadczeń w warunkach przymusu ustawowego w 2013 roku z zakresu chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej oraz ginekologii i położnictwa oraz o zasądzenie kosztów procesu.

W treści uzasadnienia pozwu podniesiono, że strony łączyła umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, która w swojej treści oraz zawartych do umowy aneksów, określa limity udzielania świadczeń zdrowotnych. Udzielone przez powoda świadczenia zdrowotne finansowane są z środków publicznych przez pozwanego – Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddziału (...) w B.. Powód odwołał się do treści art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej-Polskiej, przewidującego prawo do ochrony zdrowia, w zakresie szczegółowo uregulowanym ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. Ust. Z 2008 r., Nr. 164, poz. 1027 z późn. Zm) zgodnie z którym powód był zobowiązany do udzielenia osobom uprawnionym świadczeń zdrowotnych również w ilości większej niż w założonych limitach obejmujących świadczenia planowane. Do powyższego dochodzi również obowiązek wyrażony w art. 15 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, które potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Ponadto, powód wskazał, iż zgodnie z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, zgodnie z którym lekarz ma obowiązek udzielić pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

Jak wskazała strona powodowa pozwanego wezwano do zapłaty niewłócznie po zakończeniu okresu rozliczeniowego obejmującego rok 2014. Pozwany, w odpowiedzi wskazał, iż wniosek zostanie rozpoznany niezwłocznie po zakończeniu wszelkich rozliczeń oraz analizę przedmiotowych świadczeń oraz możliwości finansowych. Powód ponowił swój wniosek w maju 2014 r., żądając zapłaty w kwocie 421.202,64 zł wskazując w zakresie których świadczeń nastąpiło przekroczenie narzuconych limitów, w tym nadwykonania związane z wykonanymi w sytuacjach nagłych świadczeniami ratującymi życie lub zdrowie pacjentów. Na skutek rozmów między stronami zawarta została ugoda w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień i regulująca zapłatę za świadczenia zdrowotne z tego zakresu udzielone świadczeniobiorcom ponad limit. Powód potwierdził, iż otrzymał kwotę wynikająca z ugody w terminie. Na kolejny wniosek powoda dotyczący rozliczenia wykonanych przez powoda świadczeń ratujących życie pozwany odmówił takiego rozliczenia stwierdzając, że jest ona spóźniona. Powód, po rozliczeniu ustalił, że z zakresu chorób wewnętrznych należna jest kwota 185.202,68 złotych, z zakresu chirurgii ogólnej kwota 79.528,28 złotych, zaś z zakresu ginekologii i położnictwa kwota 6.500 złotych, wskazując że wszystkie świadczenia miały charakter ratujących życie. Powód dochodzi odsetek od daty upływu 14 dni od pisma z dnia 5 maja 2014 roku, w którym najpóźniej zgłosił roszczenie. Powód wniósł także o zasądzenie kosztów w sprawie o zawezwanie do próby ugodowej, która toczyła się pod sygnaturą I Co 181/15 przed Sądem Rejonowym w B., albowiem pozwany bez szerszego uzasadnienia odmówił zgody na zawarcie ugody i nie stawił się na posiedzenie pojednawcze.

Pozwany w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie od powoda kosztów procesu według norm przepisanych. Nadto wniósł o przeprowadzenie dowodu z zeznań świadków oraz odpisów dokumentów, jak i o oddalenie wniosku powoda o zasądzenie od pozwanego zwrotu kosztów postępowania pojednawczego toczącego się w Sądzie Rejonowym w B. sygn.. akt I Co 181/15.

Jak wskazał pozwany, kwestionując roszczenie zarówno co do zasady, jak i co do wysokości dokonano zapłaty za wszystkie świadczenia z umowy do limitu. Podniósł, iż pozwany nie wykazał aby przedmiotowe świadczenia, objęte żądaniem, zostały udzielone w stanach nagłych, ratujących życie lub zdrowie, i nie zostały tak oznaczone w raportach. Podniesiono, że kwota 112,32 złotych została zapłacona, zaś w przypadku innego pacjenta powód zgłosił roszczenie wyższe o 11,60 złotych. Zarzucono także, że powód nie planował świadczeń tak, aby nie przekroczyć limitu finansowego, i nie wykazał że prowadził racjonalną gospodarkę środkami z umowy, w tym tworzenie list oczekujących pacjentów. Podniesiono także, że w sprawie o zawezwanie do próby ugodowej powód nie żądał zwrotu kosztów wywołanych taką próbą (k. 38-44 akt).

W toku rozprawy w dniu 25 stycznia 2016 roku powód cofnął powództwo w zakresie kwoty 123,92 złotych wraz z odsetkami i rzekł się w tej części roszczenia (k. 85 akt).

Wyrokiem z dnia 15 lipca 2020 r., wydanym w sprawie I C 749/15 Sąd Okręgowy w B. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 228.174,96 zł (dwieście dwadzieścia osiem tysięcy sto siedemdziesiąt cztery złote 96/100)

wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 19 maja 2014 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku oraz z dalszymi odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty. W pkt. 2 Sąd Okręgowy umorzył postępowanie co do kwoty 123,92 zł (sto dwadzieścia trzy złote 92/100) wraz z odsetkami od tej kwoty. W pozostałej części powództwo oddalono. Ponadto, Sąd Okręgowy zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 17.432,15 zł (siedemnaście tysięcy czterysta trzydzieści dwa złote 15/100) tytułem zwrotu kosztów procesu. Pozostałymi kosztami sądowymi obciążono Skarb Państwa.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny :

W treści uzasadnienia Sąd Okręgowy zważył, iż strony łączyła umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w leczeniu szpitalnym w okresie od dnia 1 kwietnia 2013 roku do 31 grudnia 2016 roku. W 2013 roku kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umowy wynosiła maksymalnie 10.666.552 złotych. Jak wskazał Sąd, pismem z dnia 5 maja 2014 roku powód wezwał pozwanego do zapłaty za wykonane świadczenia w leczeniu szpitalnym ponad limit ustalony w umowie, także w zakresie chorób wewnętrznych, położnictwo i ginekologia oraz chirurgii ogólnej. W maju 2014 roku strony zawarły ugodę w przedmiocie dodatkowego wynagrodzenia za świadczenia w rodzaju opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, na kwotę 5.592 złotych. Przed wytoczeniem powództwa powód wezwał pozwanego do próby ugodowej. W odpowiedzi pozwany oświadczył na piśmie, że nie wyraża zgody na zawarcie ugody w tej sprawie.

Sąd Okręgowy dalej wskazał, iż powód w objętym sprawą zakresie świadczeń, realizował je ponad limit objęty umową. W powodowym szpitalu w 2013 roku obowiązywał system kolejek i kalendarz w przyjmowaniu, za wyjątkiem przypadków pilnych. Na oddziale chorób wewnętrznych czas oczekiwania pacjentów był podobny, jak w innych podobnych jednostkach, na oddziale chirurgicznym wynosił do 16 dni, zaś w innych oddziałach ten czas był zdecydowanie dłuższy do 60 dni. Na oddziale chirurgicznym wystąpiły nadwykonania z uwagi na pilne przypadki. Zdaniem lekarzy tego szpitala jednostka była niedoszacowana przez pozwanego w zakresie limitów środków, dyrekcja starała się o podwyższenie limitów. W 2013 roku powód występował o podwyższenie kontraktu. Wysokość kontraktu była negocjowana przez poprzedni podmiot leczniczy, przed powodem, który w następstwie cesji wszedł w wartość kontraktu. Powód przekazując raporty z udzielonych świadczeń do pozwanego, w zakresie świadczeń objętych żądaniem pozwu, nie oznaczył ich w systemie jako ratujące życie. W zakresie świadczeń z dziedziny ginekologii, nie jest możliwe ich przesunięcie z uwagi na specyfikę ciąży. Powodowy szpital był w tym okresie nową jednostką, która powstała, jego kontrakt w 2013 roku był niższy, niż w 2012 roku w stosunku do szpitala w G. i dopiero po czterokrotnym zwiększeniu limitu, doszło do poziomu z 2012 roku. Jako samodzielna jednostka, realizowała więcej świadczeń niż w G.. Ustalając roszczenie w tej sprawie powód uwzględnił stawki jednostkowe z świadczenie z umowy.

Świadczenia, udzielone pacjentom w 2013 roku przez powoda z zakresu chorób wewnętrznych, w części która nie została sfinansowana przez pozwanego, jedynie w 19 przypadkach ze zgłoszonych w pozwie pacjentów, nie zostały udzielone w stanach nagłych ratujących życie lub zdrowie, w rozumieniu art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Pozostałe na łączną kwotę 144.590,68 złotych zostały udzielone w powyższych warunkach. Przypadki te dotyczyły udarów, nadciśnienia tętniczego, utraty przytomności, hemochromatozy, chorób serca, bradykardii, zaburzeń krążenia i odwołanie interwencji lekarskiej mogłoby spowodować niebezpieczeństwo ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, prowadząc do śmierci. Pacjenci ci byli hospitalizowani z powodu wskazań medycznych. W przypadku części wskazanych w pozwie świadczeń z tego zakresu rozpoznanie wymagało wiedzy neurologicznej.

Świadczenia, udzielone pacjentom w 2013 roku przez powoda z zakresu chirurgii ogólnej, w części która nie została sfinansowana przez pozwanego, jedynie w 2 przypadkach pacjentów, ze zgłoszonych w sprawie, nie zostały udzielone w stanach nagłych ratujących życie lub zdrowie, w rozumieniu art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Pozostałe świadczenia, dotyczące 25 pacjentów na łączną kwotę 77.084,28 złotych zostały udzielone w powyższych warunkach. Te świadczenia były prawidłowo kwalifikowane jako stany zagrażające życiu pacjenta. Dotyczyły one różnego rodzaju zapaleń organów wewnętrznych, krwawienia wewnątrz organizmu, miażdżycy i niedokrwienia kończyn, skrajnej anemii, urazów po wypadku

Świadczenia, udzielone pacjentom w 2013 roku przez powoda z zakresu ginekologii i położnictwa, w części która nie została sfinansowana przez pozwanego, we wszystkich 6 przypadkach ze zgłoszonych w pozwie pacjentów, zostały udzielone w stanach nagłych ratujących życie lub zdrowie, w rozumieniu art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry, na łączną kwotę 6.500 złotych. Przypadki te dotyczyły obfitego krwawienia i bolesności, konieczności wykonania zabiegu łyżeczkowania, bóli w podbrzuszu, stanu ciężarnej kobiety po upadku, zagrożeniem porodu przedwczesnego.

Powyższy stan faktyczny Sąd I instancji ustalił na podstawie wskazanych wyżej pisemnych opinii biegłych z zakresu chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej oraz położnictwa i chorób kobiecych. W ocenie Sądu Okręgowego opinie główne i uzupełniające były jasne, logiczne, jednoznaczne, oparte zostały na podstawie dowodów z dokumentów - właściwej dokumentacji medycznej pacjentów, i zostały wydane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną we wskazanych dziedzinach. Biegli szczegółowo odnieśli się do każdego przypadku z osobna, i wskazali na konieczne przesłanki do ustaleń końcowych. Strony nie zakwestionowały skutecznie wszystkich ustaleń biegłych, opinie biegłych z zakresu chorób wewnętrznych i chirurgii zostały uzupełniona, na skutek zarzutów powoda, i biegli po części przychyliłi się do uwag powoda, w pozostałym zakresie jednoznacznie podtrzymali swoje wcześniejsze ustalenia. Podnieść należy, że biegły z zakresu chorób wewnętrznych w trzech przypadkach pacjentów wskazał na konieczność wypowiedzenia się w sprawie neurologa. Powód nie wnosił o taki dowód, a swoje zastrzeżenia do opinii odniósł wyłącznie do zbadanych przez biegłego przypadków. Uznać zatem należało, że niniejsza sprawa w zakresie świadczeń ponadlimitowych z zakresu chorób wewnętrznych, podlegała rozstrzygnięciu wyłącznie w zakresie zbadanym przez biegłego. Co do opinii biegłego z zakresu położnictwa strony nie wniosły żadnych uwag. Uwzględniono także dowody z dokumentów, które nie były kwestionowane przez strony, i nie budziły też wątpliwości Sądu co do ich treści i formy. Sąd Okręgowy wziął także pod uwagę zeznania świadków i strony pozwanej, uzupełniająco dla ustaleń w stanie faktycznym. W ocenie Sądu I instancji treść zeznań świadków powoda nie została skutecznie zakwestionowana przez pozwanego, zaś sam pozwany poprzez zeznania zawnioskowanych świadków potwierdził fakt istnienia w powodowym szpitalu systemu tzw. kolejek w przyjmowaniu pacjentów planowych.

Na kanwie powyższych ustaleń faktycznych, Sąd Okręgowy doszedł do przekonania, że powództwo zasługiwało na uwzględnienie w części:

W ocenie Sądu I instancji roszczenia powoda w rozpoznawanej sprawie były w znacznej części uzasadnione. Odnosząc się generalnie do problemu finansowania świadczeń ponadlimitowych, bo na takie powoływał się powód, Sąd meriti stanął na stanowisku, w sprawie o takim przedmiocie, powód ma jedynie wykazać, iż udzielone świadczenie spełnia przesłanki, określone obecnie w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2013 roku, poz. 217 z późn.zm.), a poprzednio określone w art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2007 roku, Nr 14, poz. 89 z późn.zm.), a także w oparciu o art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2011 roku, Nr 277, poz. 1634 z późn.zm.). Bezsprzeczne w sprawie było w ocenie Sądu Okręgowego to, że świadczenia objęte żądaniem pozwu, nie zostały sfinansowane przez pozwanego w ramach limitu finansowego, wynikającego z zawartej w dniu umowy, z uwagi na jego wyczerpanie w 2013 roku. Nadto, w ocenie Sądu I instancji, 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, a także dodatkowo wobec charakteru tych świadczeń w niniejszej sprawie, co nie było kwestionowane nawet przez świadków strony pozwanej.

Jak wskazał Sąd Okręgowy zgodnie z obowiązującym, w okresie udzielania świadczeń, art. 15 ustawy o działalności leczniczej, powód nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Jest to powtórzenie zasady, określonej wcześniej w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Z kolei w art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry wskazuje się, że 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 związku z podstawą faktyczną żądania powoda, to na nim, jako dochodzącym roszczenia o zapłatę za świadczenia medyczne udzielone pacjentom w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia, ciąży obowiązek wykazania, że z uwagi na okoliczności poszczególnych przypadków zachodziła potrzeba natychmiastowego udzielenia tych świadczeń, (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 lutego 2008 r., II CSK 532/07, Lex nr 496387). Świadczeniodawcy przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie, jeżeli tylko wykaże, że nastąpiło to w sytuacji określonej w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 12 marca 2009 roku, V CSK 272/08, Lex nr 530613). Ostatnim potwierdzeniem tego stanowiska w ocenie Sądu Okręgowego jest wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 marca 2016 roku w sprawie II CSK 275/15 (Lex nr 2041114), z treścią którego zgodnie z art. 7 poprzednio obowiązującej ustawy o zoz nie można odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Z art. 30 ustawy z 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty wynika, że lekarz ma obowiązek udzielać pomocy 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. Natomiast według art. 19 ust. 1 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w sytuacjach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Z regulacji tych wynika ustawowy obowiązek udzielenia świadczenia pacjentowi, w sposób bezzwłoczny (natychmiastowy), jeżeli wymaga tego stan pacjenta (zagrożenie życia i zdrowia). Wskazane formuły ustawowe mają charakter ogólny i powinny być uściślane m.in. w zależności od rodzaju i stanu chorobowego zagrożenia życia i zdrowia pacjenta, a te z kolei mogą determinować rodzaj i zasięg zastosowanej terapii medycznej. Rzecz jasna, decydujące oceny w tym zakresie mogą być formułowane przy wykorzystaniu wiedzy medycznej i doświadczenia diagnostyczno-terapeutycznego. Na świadczeniodawcy ciąży obowiązek udowodnienia, że dochodzone przez niego od NFZ wynagrodzenie za świadczenie ponad limitowe obejmuje wynagrodzenie za świadczenie dokonane w ramach określonych w art. 7 ustawy o zoz (obecnie art. 15 ustawy o działalności leczniczej).

Na wniosek powoda, przy akceptacji pozwanego, Sąd dopuścił dowody z opinii biegłych o specjalności, których dotyczyły sporne świadczenia. Biegli jednoznacznie i w sposób jasny oraz logiczny wskazali, w odniesieniu do 27 badanych przypadków z zakresu chirurgii, do 57 przypadków z zakresu chorób wewnętrznych i do 6 przypadków z zakresu ginekologii i położnictwa, charakter tych świadczeń, w szczególności czy zostały udzielone przez powoda w stanach nagłych, wymagających natychmiastowej reakcji ze względów życiowych, czy też nie, dodatkowo wskazał na charakter schorzeń, ich wpływ na stan zagrożenia zdrowia i życia konkretnych pacjentów, czy skutek świadczenia. Z uwagi na powyższe, w ocenie Sądu Okręgowego w sposób wystarczający wykazano, że przypadku tych świadczeń medycznych, były one ratującymi zdrowie i życie pacjentów, ale nadto - wbrew twierdzeniom pozwanego w odpowiedzi na pozew - były udzielone w związku z tym w stanach wymagających reakcji. W związku z tym Sąd I instancji miał na uwadze to, że świadczeniami zdrowotnymi, o których mowa w art. 15 ustawy o działalności leczniczej, i art. 30 ustawy z 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty objęte zostały w zasadzie stany ratujące życie, co wyraźnie wskazano w opinii biegłych. Nie wystarczy ustalenie, że określony zabieg jest zabiegiem ratującym zdrowie lub życie, konieczne jest ponadto ustalenie, że pacjent potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia lub że jest to przypadek niecierpiący zwłoki. W przepisach tych chodzi zatem o taki stan, w którym odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 8 października 2008 roku, V CSK 139/08, Lex nr 602330). Jak wskazali biegli, uzasadnione świadczenia wymagały konieczności podjęcia, w celu ratowania życia pacjentów. Oczywiście, biegli wskazali także na niezasadność takich świadczeń w pozostałych 21 przypadkach.

Powyższe, przesądziło w ocenie Sądu Okręgowego o zasadności powództwa w powyższej części świadczeń. Pozwany wprawdzie 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, np. rozkładając w czasie udzielanie świadczeń i tworząc system kolejek. Faktycznie w orzecznictwie sądów powszechnych spotyka się pogląd, iż w sytuacji, gdy świadczeniodawca nie wykaże dodatkowo,

że nie był w stanie udzielić świadczenia ratującego zdrowie lub życie jeszcze w ramach limitu, że nie podejmował czynności zmierzających do racjonalnego gospodarowania środkami i w związku z tym racjonalnego organizowania świadczeń, nie może skutecznie domagać się pokrycia ich kosztów od oddziału NFZ w ramach procesu sądowego. Jak wskazał Sąd Okręgowy takie twierdzenia, nakładające na świadczeniodawcę dodatkowe obowiązki i tym samym obciążenia dowodowe, nie są uprawnione w świetle postanowień ustawy, na co zwrócił uwagę Sąd Najwyższy w najnowszym orzecznictwie. Sąd w tej sprawie podzielił jednoznaczny pogląd, wyrażony już w wyroku z dnia 12 marca 2009 roku, wskazywanym wcześniej, że obowiązki wynikające z przepisów poprzedniego przepisu art. 7 ustawy o zoz, 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. Potwierdził to Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 10 stycznia 2014 roku (I CSK 161/13, Lex nr 1438639), iż wskazane przepisy są adresowane bezpośrednio do zakładów opieki zdrowotnej i lekarzy. Wynika z nich, że udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia albo zdrowia jest własnym ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy będącego zakładem opieki zdrowotnej czy lekarzem. Należy jednak podkreślić, że nie wyłączają one obowiązków Narodowego Funduszu Zdrowia wynikających z innych ustaw. Obowiązki wynikające z powołanych przepisów art. 7 ustawy o zoz, czy obecnie art. 15 ustawy o działalności leczniczej, i art. 30 ustawy z 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. W ocenie Sądu Okręgowego 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 (dawniej: właściwą kasą chorych), a świadczeniodawcą i obciążyć nimi Fundusz zarządzający środkami publicznymi, z których powinny one być pokryte. Sąd Okręgowy podniósł nadto, że przy okazji prezentowanych jednoznacznych obowiązków po stronie Funduszu, nie wskazuje się na dodatkowe ewentualne przesłanki, które muszą być spełnione, aby Fundusz był obciążony kosztami udzielonych świadczeń. 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 umowy. W treści aktualnego po 2006 roku orzecznictwa Sądu Najwyższego Sąd meriti nie zauważył, aby obowiązek ustawowy pokrycia kosztów świadczeń, udzielonych w trybie art. 7 ustawy o zoz, czy obecnie art. 15 ustawy o działalności leczniczej, był ograniczany w sposób, na który wskazywał pozwany w niniejszym procesie, czyli w szczególności poprzez nałożenie dodatkowych rygorów i obowiązków po stronie świadczeniodawcy. Wskazuje się przy tym, że przewidziane w umowach o udzielanie opieki zdrowotnej kwoty zobowiązań NFZ wobec zakładów opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 136 pkt 5 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, także nie obejmują zobowiązań wynikających z wykonania świadczeń zdrowotnych udzielanych w stanach przewidzianych w ustawie (tak m.in. Sąd Apelacyjny we Wrocławiu w wyroku z dnia 11 grudnia 2013 roku, I ACa 1205/13, Lex nr 1451886). Zatem oznacza to jednak to, że faktycznie każde świadczenie zdrowotne udzielane w warunkach art. 7 ustawy o zoz czy art. 15 ustawy o działalności leczniczej powinno być opłacane ponad ustalony w umowie limit finansowania. Takie założenie być może stoi w pewnej sprzeczności z sensem przeznaczania określonych środków w ramach umowy na finansowanie świadczeń zdrowotnych określonych w poszczególnych zakresach umowy, ale w niniejszej sprawie przecież Sąd nie dokonuje oceny samej umowy, tylko faktycznie obowiązku, który wynika z ustawy, i który w konsekwencji ustawowo także nakłada obowiązek finansowania po stronie pozwanego Funduszu. Nie budzi wątpliwości, że wynikający z umowy limit finansowania obejmuje nie tylko świadczenia nie mające cech nagłości ratujące życie (np. świadczenia planowane), ale także te wykonywane w warunkach art. 7 czy art. 15 wskazanych ustaw, i jeżeli te ostatnie są wykonywane w okresie, kiedy limit finansowania wynikający z umowy jeszcze się nie wyczerpał, winny być rozliczane w ramach tego limitu, jeśli natomiast limit uległ wyczerpaniu, jak w niniejszej sprawie, podlegają rozliczeniu na podstawie obowiązku ustawowego, jedynie po wyczerpaniu przesłanek nagłości świadczenia ratującego zdrowie lub życie świadczeniobiorcy. Sąd Okręgowy zauważył, że jedynie w przypadku wykazania, iż 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. Ale 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. Wyjątkowość takiej sytuacji Sąd Okręgowy uzasadnił podkreślanym obowiązkiem ustawowym o charakterze bezwzględny w udzieleniu takich świadczeń, a w konsekwencji ich finansowaniu. Oczywiście zatem nie do zaakceptowania byłaby sytuacja, w której świadczeniodawca związany umową, wstrzymuje rozliczanie świadczeń o charakterze nagłym ratujących życie, aby dopiero po wyczerpaniu limitu umownego przedstawić je do rozliczenia, ale to wymaga inicjatywy po stronie pozwanej i ma charakter wyjątkowy, przy ewidentnie złej woli po stronie świadczeniodawcy. Stąd też - wbrew stanowisku pozwanego - treść umowy łączącej strony i sposób jej wykonywania nie może mieć istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy niniejszej, na co wskazuje także Sąd Najwyższy w komentowanych dwóch wyrokach z 2009 i 2014 roku. W okolicznościach niniejszej sprawy, nie było żadnych podstaw do stwierdzenia, że powód jako świadczeniodawca, celowo i świadomie nie zgłosił świadczeń objętych roszczeniem w ramach limitu, czy aby nie zgłosił ich w pierwszej kolejności, oraz że podejmował czynności, aby nie zgłosić w przewidzianej formie spornych świadczeń do rozliczenia. Jak wynika z przeprowadzonego postępowania dowodowego, powód wykazał, że dokonywał systemu kolejkowego pacjentów. Wniósł i starł się o wyższy limit. Dalej, z opinii biegłych wynika, że czynności w większości badanych przypadków, musiały zostać podjęte w celu ratowania zdrowia i życia pacjentów. Bezsprzeczne musi być ustalenie - niezależnie od dokonanej powyżej oceny obowiązku ustawowego po stronie pozwanej - że zawarta pomiędzy stronami umowa dotyczyła limitu wszystkich świadczeń, także tych udzielanych w stanach nagłych. Ocena taka wynika z wiedzy posiadanej w oparciu o inne podobne sprawy i z generalnych zasad rozliczeń szpitali z NFZ, oraz z treści przedłożonej umowy. Sąd Okręgowy podzielił przy tym pogląd, że ewentualny błąd w systemie w oznaczeniu świadczenia nie ma wpływu na ustalenie obowiązku ich finansowania przez pozwanego, a tym samym na samą kwalifikację świadczenia. Odpowiednio, jedynie w sytuacji wykazania przez pozwanego celowego działania powoda w tym kierunku, możliwa jest odmowa uwzględnienia roszczenia, ale w sprawie niniejszej brak przesłanek do dokonania podobnej oceny, że brak oznaczenia w systemie rodzaju świadczenia było świadomym działaniem powoda. Jak wynika z treści dowodów z dokumentów, powód wezwał pozwanego do zapłaty za świadczenia ponad limit, pozwany nie podnosił zaś tej okoliczności.

Poza powyższymi przesłankami, które skłaniają Sąd Okręgowy do dokonanej oceny prawnej, jest jeszcze jeden ważny argument za takim ujmowaniem obowiązku pozwanego przy świadczeniach ponad limitowych, spełniających przesłanki z art. 15 ustawy o działalności leczniczej. Otóż zgodnie z art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2008 roku, Nr 164, poz. 1027 z późn.zm.) także świadczeniodawcy, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługuje prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej. W celu uzyskania wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa wniosek do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i ich kosztów oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności udzielenia świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych (ust. 5 art. 19 tej ustawy). Zgodnie z tym przepisem, roszczenie o wynagrodzenie za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone w stanie nagłym przysługuje również osobom, które udzieliły takich świadczeń pomimo nie zawarcia umowy o świadczenie opieki zdrowotnej. Z tej przyczyny błędne jest twierdzenie, według którego do ubiegania się zwrotu kosztów udzielenia świadczeń zdrowotnych w wypadkach nagłych konieczne jest podpisanie umowy (tak Sąd Apelacyjny we Wrocławiu w wyroku z dnia 19 stycznia 2012 roku, I ACa 1337/11, Lex nr 1164675). Sens tego jest taki, iż wydaje się, że w przypadku podmiotu, który zawarł umowę z NFZ na finansowanie świadczeń szpitalnych, która obejmuje także świadczenia ratujące życie, jego sytuacja w opisanych okolicznościach sprawy byłaby gorsza, aniżeli podmiotu który umowy nie zawarł. Podmiot, który umowy nie zawarł, ma jedynie obowiązek złożyć wniosek o finansowanie wraz z rachunkiem, wykazem świadczeń i ich kosztów oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności ich udzielenia, a zatem spoczywa na nim taki sam ciężar wykazania okoliczności ich udzielenia, jak powoda w niniejszej sprawie. Ale podnieść trzeba, że taki podmiot bez umowy dalszych rygorów nie ma, w szczególności nie musi odwoływać się do treści umowy, wykazywać, że mógł sfinansować świadczeń w limicie (bo takiego nie ma), wykazywać, że podejmował racjonalną gospodarkę organizacyjną itp., w przeciwieństwie do podmiotu, który ma zawartą umowę z NFZ. Oznacza to, że spełnienie samych przesłanek z art. 19 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku, stanowi podstawę do finansowania

świadczenia, w ostateczności na drodze procesu cywilnego. Inne traktowanie podmiotu, który posiada zawartą umowę, nie jest niczym uzasadnione, co więcej w przypadku świadczeń nagłych skłaniałoby do stwierdzenia, że w lepszej sytuacji byłby podmiot, który umowy nie posiada, albowiem zawsze w takiej sytuacji przy wykazaniu przesłanek, otwarta jest droga do otrzymania finansowania. Powodowałoby to nieuprawnione i niezgodne z zasadami współzycia społecznego odmienne potraktowanie podmiotu, który jednak w zgodzie z systemem zawarł umowę i w sposób uporządkowany jej zasadami, choć czasem niezrozumiałymi i ze sprzecznościami, prowadzi działalność leczniczą. Nie ma uzasadnienia do braku równego potraktowania obu podmiotów, w przeciwnym wypadku zakłady lecznicze mogłyby próbować kreować swoją sytuację prawną w zakresie świadczeń nagłych ratujących życie poza umową, i wówczas korzystać z przywileju „jedynie” wykazywania samych przesłanek świadczenia nagłego z art. 7 czy 15 powoływanych wyżej ustaw. Nie można niejako karać m.in. powoda za to, że ma zawartą umowę, i kazać mu dodatkowo wykazywania dodatkowych przesłanek z umowy, aby otrzymać finansowanie świadczenia, które faktycznie ma swoje źródło ustawowe i bezwzględnie obowiązujące. Ten argument dodatkowy przesądził, iż Sąd Okręgowy w niniejszej sprawie uznał, że kwestie wykraczające poza przesłanki z art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, nie mogą mieć znaczenia dla ustalenia obowiązku finansowania przez pozwanego. Jedynie na marginesie Sąd wskazał, że po dniu 1 września 2020 roku komentowany przepis ulegnie nowelizacji, poprzez określenie rygorów możliwego żądania zwrotu wartości udzielonego świadczenia, zatem wydaje się, że ustawodawca zauważył tutaj konieczną różnicę do zaakcentowania, jednak zmiana ta nie odnosi się do dnia wyrokowania w sprawie.

W konsekwencji powyższego, mając na uwadze opinie biegłych, Sąd Okręgowy uznał, że łącznie w 90 przypadkach udzielonych świadczeń w trzech wskazanych zakresach, poddanych ocenie, istniały przesłanki do uznania zasadności twierdzeń powoda, iż świadczenia te spełniały przesłanki, na łączną kwotę 228.174,96 złotych (tj. 144.590,68 złotych z zakresu chorób wewnętrznych, 77.084,28 złotych z zakresu chirurgii ogólnej i 6.500 złotych z zakresu ginekologii i położnictwa). Wartość ta wynika z podliczenia poszczególnych wartości świadczeń, wskazanych w zestawieniach pacjentów do pozwów i mając na uwadze ustalenia biegłych, przy uwzględnieniu tego, iż powód przy wyliczeniu wziął pod uwagę stawkę świadczenia za jeden punkt udzielonego świadczenia, wynikającego z zawartej umowy. Pozwany nie kwestionował wartości świadczeń i przyjętej przez powoda stawki. Brak w tym przypadku podstaw do wykazywania przez powoda faktycznej, rzeczywistej wartości udzielonych świadczeń w oparciu o art. 19 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wobec zgodnych ustaleń stron przy umowie. Skoro sama umowa określała limit dla świadczeń limitowych i ponad limitowych, a zatem dla wszystkich udzielonych, to jednolity winien być sposób określania ich wartości, zresztą umownych, albowiem mając na uwadze pewne zasady doświadczenia życiowego, a także zawodowego w związku z prowadzeniem innych spraw o podobnym przedmiocie, Sąd Okręgowy obiektywnie wskazać może, że faktycznie wartość takich świadczeń jest wyższa, od tej ustalonej umownie, która jest wartością uśrednioną i zaniżoną w stosunku do potrzeb powoda.

W związku z tym, na wskazanej wyżej podstawie, Sąd Okręgowy zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 228.174,96 złotych, wraz z należnym odsetkami od dnia 19 maja 2014 roku, zgodnie z żądaniem pozwu, do dnia zapłaty, na podstawie art. 481 kc (punkt 1 wyroku). Roszczenie o odsetki było uzasadnione wcześniejszym wezwaniem do zapłaty, na podstawie art. 455 kc. W zakresie kwoty 123,92 złotych wraz z należnymi od tej kwoty odsetkami, Sąd I instancji umorzył postępowanie na podstawie art. 355 kpc, wobec cofnięcia powództwa w tej części wraz ze zrzeczeniem się roszczenia (punkt 2 wyroku).

W konsekwencji Sąd Okręgowy oddalił powództwo w pozostałej części, uznając w oparciu o opinię biegłego z zakresu chorób wewnętrznych i z zakresu chirurgii ogólnej, że w przypadku 21 świadczeń, nie zostały one udzielone w 2013 roku ze wskazań ratujących życie, jak również mając na uwadze to, że 3 z nich dotyczyły innej specjalności (punkt 3 wyroku).

O kosztach procesu Sąd orzekł w punkcie 4 wyroku, zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu, na podstawie art. 98, 99 i 100 kpc, mając na uwadze uwzględnienie powództwa w 85 %. W zakresie tych kosztów Sąd Okręgowy wziął pod uwagę wynagrodzenia pełnomocników stron w stawce minimalnej, określonej przepisami obowiązującego w dacie wniesienia pozwów rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych (7.200 złotych), uwzględniając przy tym uiszczoną przez powoda

opłatę sądową od pozwu, opłatę skarbową w kwocie 17 złotych po stronie powoda oraz kwotę uiszczoną przez powoda zaliczki na poczet opinii biegłych w kwocie 1.000 złotych. Tym samym Sąd I instancji nie uwzględnił wniosku powoda o zasądzenie także kosztów postępowania na skutek wniosku o zawezwanie do próby ugodowej. Jak wynika z przedłożonych dokumentów pozwany wcześniej, przed terminem posiedzenia, wyraził swoje stanowisko w sprawie oświadczając, że nie wyraża zgody na zawarcie ugody, po drugie zaś, powód nie wykazał, aby faktycznie wniósł o zwrot kosztów w tym postępowaniu, i nie jednocześnie zaprzeczył w tym zakresie twierdzeniu pozwanego. Jednocześnie Sąd obciążył Skarb Państwa pozostałymi kosztami sądowymi (punkt 5 wyroku).

Apelację (k.404-408) od powyższego wyroku wniósł pozwany, w części zasądzającej powództwo (pkt 1), zarzucając :

1) naruszenie przepisów postępowania - art. 224 § 1 k.p.c. poprzez zamknięcie rozprawy w sytuacji, gdy sprawa nie została dostatecznie wyjaśniona do rozstrzygnięcia tj.

- brak ustaleń co do daty wyczerpania limitu świadczeń wynikających z umowy, co w konsekwencji uniemożliwiło ustalenie, które świadczenia będące przedmiotem żądania wykonane w trybie nagłym jako ratujące życie i zdrowie powód zrealizował po przekroczeniu limitu umowy i za które przysługuje mu wynagrodzenie oraz
- brak ustaleń co do uzasadnionych kosztów udzielenia świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem sporu;

Podnosząc powyższe zarzuty 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;

2) 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 treści uzasadnienia powód wskazał, iż w toku postępowania Sąd I instancji skoncentrował się na ustaleniu, czy świadczenia, których dotyczy żądanie pozwu były świadczeniami ratującymi życie udzielonymi w stanach nagłych oraz czy powód podejmował wszelkie możliwe czynności mogące zracjonalizować koszty i limity. Zdaniem pozwanego koniecznym zaś było także dokonanie ustaleń w jakiej dacie nastąpiło wyczerpanie limitu świadczeń wynikającego z umowy. Okoliczność ta nie była przedmiotem rozważań i ustaleń Sądu I instancji. Powód udzielał świadczeń opieki zdrowotnej w 2013 roku w oparciu o zawartą umowę począwszy od 1 kwietnia 2013 r. Warto przy tym zauważyć, iż wśród świadczeń za które powód domaga się zapłaty były świadczenia z pierwszego kwartału 2013 r. tj. z kwietnia, maja czy czerwca, kiedy oczywistym jest, że limit świadczeń nie został jeszcze wyczerpany.

W niniejszej sprawie Sąd I instancji ustalił, które przypadki objęte pozwem stanowiły przypadki nagłe, ratujące życie - łącznie 90 świadczeń. Po ustaleniu w jakiej dacie nastąpiło wyczerpanie limitu świadczeń wynikającego z umowy byłoby możliwe do ustalenia, które ze świadczeń zostały udzielone po wyczerpaniu limitu. W ocenie skarżącego ustaleń takich Sąd I instancji nie dokonał, zaś w świetle powołanego wyroku Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 27 czerwca 2017 r. V ACa 546/16, jest oczywistym, że świadczenia udzielone przed wyczerpaniem limitu kontraktu powinny zostać rozliczone w granicach i na zasadach określonych w umowie, ponieważ jeżeli świadczenie zostało udzielone w czasie, kiedy w danym okresie rozliczeniowym nie został jeszcze wyczerpany limit świadczeń finansowanych przez NFZ, jego rozliczenie powinno nastąpić w ramach umówionego limitu i do jego wysokości.

Zdaniem pozwanego, nieustalenie konkretnej daty przekroczenia limitu umowy powoduje brak możliwości ustalenia czy konkretne świadczenie zostało udzielone przed czy po przekroczeniu limitu kontraktu. Uniemożliwia to ocenę, czy za świadczenie należy się powodowi dodatkowe wynagrodzenie, czy też nie. Z tego względu pozwany podnosi zarzut braku ustaleń faktycznych

W odpowiedzi na apelację (k. 418-422) pełnomocnik powoda wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych, a także o przeprowadzenie rozprawy na podstawie art. 374 k.p.c.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja pełnomocnika pozwanego, jako bezzasadna nie zasługiwała na uwzględnienie i nie mogła skutkować wnioskowaną przez skarżącego zmianą wyroku poprzez oddalenie powództwa, czy też względnie uchyleniem zaskarżonego wyroku do ponownego rozpoznania przez Sąd I instancji.

Stosownie do normatywnej treści art. 382 k.p.c., Sąd odwoławczy orzeka na podstawie materiału zebranego w postępowaniu w pierwszej instancji oraz w postępowaniu apelacyjnym. Postępowanie apelacyjne polega więc na merytorycznym rozpoznaniu sprawy, co oznacza, że wyrok Sądu drugiej instancji musi opierać się na jego własnych ustaleniach faktycznych i prawnych. W ocenie Sądu Apelacyjnego, Sąd pierwszej instancji przeprowadził bowiem postępowanie w wymaganym zakresie, w sposób wyczerpujący poddał ocenie wszystkie zgromadzone w sprawie dowody i na ich podstawie dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych. Ustaloną przez Sąd Okręgowy podstawę faktyczną, jak i jej prawną ocenę Sąd Apelacyjny przyjął za własną i czyniąc ją integralną częścią swojego rozstrzygnięcia, uznał za zbędne przytaczanie jej *in extenso* w motywacyjnej części niniejszego orzeczenia. Należy zgodzić się z Sądem Okręgowym, iż na kanwie przedmiotowej sprawy roszczenia powoda były w znacznej części uzasadnione.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, zamierzonego skutku procesowego nie wywołują zarzuty naruszenia prawa procesowego nakierowane na podważenie czynności postępowania dowodowego i ustaleń faktycznych Sądu pierwszej instancji. Nie ma racji skarżący, gdy podnosi zarzut naruszenia art. 224 §1 k.p.c., w sposób przez siebie opisany w motywach środka odwoławczego. 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 stanach nagłych oraz czy powód podejmował wszelkie możliwe czynności mogące racjonalizować koszty i limity. Zdaniem skarżącego powód winien był wykazać, kiedy doszło do wyczerpania limitu świadczeń wynikających z umowy. Ustalenie daty tej w konsekwencji uniemożliwiłoby ustalenie, które świadczenia będące przedmiotem żądania wykonane w trybie nagłym jako ratujące życie i zdrowie powód zrealizował po przekroczeniu limitu umowy i za które przysługuje mu wynagrodzenie oraz co do uzasadnionych kosztów udzielenia świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem sporu. Podnosząc ten zarzut powód w istocie odwołuje się do brzmienia tego przepisu do dnia 5 lutego 2005 roku, kiedy rzeczywiście do zamknięcia rozprawy mogło dojść jedynie wówczas, gdy sąd uznał sprawę za dostatecznie wyjaśnioną. Natomiast przepis ten w obecnym brzmieniu stanowi, że przewodniczący zamyka rozprawę po przeprowadzeniu postępowania dowodowego i udzieleniu głosu stronom. Redakcja przywołanego przepisu wskazuje wyraźnie, iż zamknięcie rozprawy następuje w braku dalszych wniosków dowodowych stron, gdy jednocześnie brak jest podstaw do dopuszczenia dowodu przez sąd z urzędu. Jak wskazuje analiza akt nie budzą wątpliwości okoliczności związane z zamknięciem rozprawy. Zgodnie z protokołem rozprawy z dnia 10 lipca 2020 r. w trakcie posiedzenia pełnomocnicy stron nie złożyli dalszych wniosków dowodowych. Następnie udzielono głos stronom oraz zamknięto rozprawę (k. 377).

Nie sposób ponadto zgodzić się, że Sąd I instancji nie przeprowadził dowodów mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy i przedwcześnie postanowił o zamknięciu rozprawy. Przez nierozpoznanie istoty sprawy w znaczeniu szerszym rozumie się braki w uzasadnieniu Sądu, całkowicie lub w znacznym zakresie uniemożliwiające odczytanie motywów rozstrzygnięcia i, w konsekwencji, czyniące niemożliwym realizację jednej z podstawowych funkcji uzasadnienia, jaką jest kontrolowalność decyzji (tak m. in. Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 29 września 2017 r., V CZ 51/17, Legalis, jak również Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z dnia 28 kwietnia 2016 r., sygn. akt I ACa 1126/15, Legalis, jak również K. Markiewicz: Komentarz do art. 328 k.p.c. [w:] K. Piasecki, A. Marciniak [red.], Kodeks postępowania cywilnego. Tom I. Komentarz do art. 1-366, C.H.Beck, 2016, Legalis). Podkreślić należy, iż w toku postępowania przed Sądem I instancji powód nie zgłosił żadnych wniosków dowodowych, które zostałyby pominięte, czy też oddalone przez tenże Sąd. W toku przedmiotowego postępowania Sąd Okręgowy przeprowadził

wszelkie dowody wnioskowane przez strony, w tym przez pozwanego. Co znamienne, wnioski dowodowe strony pozwanej nie prowadziły do ustalenia daty wyczerpania limitu świadczeń. Okoliczność ta podniesiona została dopiero w apelacji pozwanego.

Decyzja o zamknięciu rozprawy należy do uprawnień Przewodniczącego, a jej ewentualna przedwczesność może zostać podnoszona przez formułowanie zarzutów naruszenia określonych przepisów, normujących przebieg postępowania dowodowego, pozbawienia prawa do obrony lub też nierozpoznania istoty sprawy, przy czym Sąd Apelacyjny nie dopatrywał się zaistnienia w sprawie dwóch ostatnich okoliczności. Podzielić należy pogląd, iż zarzut naruszenia art. 224 § 1 k.p.c. może zostać uznany za zasadną podstawę kasacji wtedy, gdy strona skarżąca wykaże, że sąd drugiej instancji nie przeprowadził dowodów mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy i przedwześnie postanowił o zamknięciu rozprawy. Zarzut naruszenia tego przepisu nie może jednak służyć wykazywaniu sprzeczności w materiale dowodowym oraz błędów w ocenie dowodów. (por. wyrok z dnia 20 stycznia 2000 r., II UKN 324/99 (OSNAPiUS 2001 r. nr 11, poz. 390).

W ocenie Sądu Apelacyjnego, zarzut podniesiony w apelacji, pomimo tego, że budzić może pewne wątpliwości co do tego, czy nie był spóźniony w świetle złożonego przez pełnomocnika powoda wyliczenia, co do poszczególnych umów również należy uznać za niezasadny. Pismem procesowym z dnia 4 maja 2020 r. pełnomocnik powoda przedstawił umowy o wykonywanie świadczeń zdrowotnych z pozwanym. Tym samym, jedyna okoliczność podniesiona w toku postępowania apelacyjnego, która nie była kwestionowana przed Sądem Okręgowym nie uzasadnia zmiany zaskarżonego orzeczenia. W treści wyżej wskazanego pisma strona powodowa wskazała, iż dochodzi zapłaty za świadczenia ratujące życie i udzielone w stanach nagłych, wykonywane w okresie od kwietnia do grudnia 2013 r. Wskazano nadto, iż każda z zawieranych przez powoda umów, opisanych w treści pisma rozliczenia była odrębnie. W związku z powyższym, nawet niewykonanie świadczeń o wartości ustalonej w którejkolwiek z umów nie ma wpływu na wynagrodzenie z innego zakresu tej umowy, a tym bardziej na wynagrodzenie z innego zakresu umowy. W przypadku niewykonania przez powoda limitu w danym zakresie świadczeń pozwany wypłacał mu wynagrodzenie obejmujące wyłącznie wartości faktycznie wykonanych świadczeń objętych danym zakresem w danej umowie. W treści pisma w strona powodowa opisała w sposób szczegółowy zawarte z pozwanym umowy o wykonywanie świadczeń zdrowotnych.:

1. Umowa nr (...) o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej ambulatoryjnej opieka specjalistyczna, zawarta w dniu 18 kwietnia 2013 r. zmieniona późniejszymi aneksami. Przedstawiono arkusz zawierający wartości w poszczególnych zakresach wynikająca z umowy z rozbiciem na miesięczne okresy rozliczeniowe, i z podziałem na wartości umowne faktycznie wykonane w danych miesiącach oraz wartości zapłacone Jak wynika z ww. arkusza, w dwóch zakresach doszło do nadwykonania, pozwany wypłacił wynagrodzenie o wartości świadczeń faktycznie wykonanych;
2. Umowa nr (...) o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w zawarta w dniu 13 maja 2013 r. zgodnie z którą kwota obowiązaną NFZ wobec świadczeniodawcy w okresie od 1.05.2013 r. do 31.12.2013 r. na maksymalną kwotę 695.271,60 zł, zmieniona późniejszymi aneksami. Umowa ta przewidywała jako sposób rozliczeń wynagrodzenie ryczałtowe, w związku z czym nie była rozliczana wartość świadczeń faktycznie wykonanych. a pozwany wypłacił wynagrodzenie o wartości świadczeń faktycznie wykonanych;
3. Umowa nr (...) o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne)zawarta w dniu 18 kwietnia 2013 r.. zgodnie z którą kwota zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy w okresie od 1.04.2013 r. do 31.12.2013 r. została ustalona na maksymalną kwotę 52.1 13.60 zł, zmieniona późniejszymi aneksami. Limit ustalony w umowie został przekroczony, a pozwany wypłacił wynagrodzenie za faktycznie wykonane świadczenia (czyli w wysokości wyższej niż ustalony limit);
4. Umowa nr (...) o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej - rehabilitacja lecznicza zawarta w dniu 18 kwietnia 2013 r. zgodnie z którą kwota zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy w okresie 1.04.2013 r. do 31.12.2013 r. została ustalona na maksymalną kwotę 353.448 zł, zmieniona późniejszymi aneksami. Limit wartości świadczeń

przewidziany tą umową nie został wykonany, a pozwany zapłacił powodowi wynagrodzenie w wartości świadczeń faktycznie wykonanych (czyli w wysokości niższej niż ustalony limit);

5. Umowa nr (...) o zdrowotnej - opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień zawarta w dniu 18 kwietnia 2013 r., zgodnie z którą kwota zobowiązania NFZ wobec świadczeniobiorcy w okresie od 1.04.2013 r. do 31.12.2013 r. została ustalona na maksymalną kwotę 109.476 zł, zmieniona późniejszymi aneksami. Zgodnie z rozliczeniem, limit w jednym zakresie świadczeń nie został osiągnięty, a w drugim został przekroczony. Pozwany wypłacił powodowi wynagrodzenie w wysokości wartości świadczeń faktycznie wykonanych.

6. Umowa nr (...) o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej - świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej zawarta w dniu 18 kwietnia 2013 r., zgodnie z którą kwota zobowiązania świadczeniodawcy w okresie od 1.04.2013 r. do 31.12.2013 została ustalona na maksymalną kwotę 816.216, zł, zmieniona późniejszymi aneksami. Limit wartości świadczeń przewidzianych umową nie został wypełniony;

7. Umowa nr (...) udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - ratownictwo medyczne zawarta w dniu 13 maja 2013 r. zgodnie z którą kwota zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy w okresie od I r. została ustalona na maksymalną kwotę 2.801.700,- zł, zmieniona późniejszymi aneksami; Limit wartości świadczeń przewidziany umową nie został w przypadku jednego zakresu wypełniony, w związku z czym pozwany wypłacił powodowi nagrodzenie o wartości świadczeń wykonanych faktycznie (niższe niż ustalone w umowie);

8. Umowa nr (...) o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne zawarta w dniu 18 kwietnia 2013 r. zgodnie z którą kwota zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy w okresie od 1.04.2013 r. do 31.12.2013 r. została ustalona na maksymalną kwotę 10.666.552,- zł, zmieniona późniejszymi aneksami. Umowa przewidywała finansowanie 14 zakresów świadczeń (określając limit wartości tych świadczeń). Powód w jednym z nich nie osiągnął limitu wartości (i otrzymał wynagrodzenie za świadczenia wykonane faktycznie, czyli niższe niż przewidziane w umowie), w dziewięciu wykonał świadczenia w wysokości przewidzianej limitem, a w czterech przekroczył wartości określone umową.

Skarżący wskazał nadto, iż łączna kwota limitu rocznego rozliczana była między stronami w transzach miesięcznych. Tym samym umowa przewidywała dwa rodzaje limitów – miesięczny oraz roczny. Świadczenia wykonane ponad limit w jednym miesiącu mogły być rozliczone w limicie kolejnego miesiąca. Jak więc wynika z powyższych rozliczeń, w czasie obowiązywania umowy, powód wykonał tylko w zakresie 1 kwartału umowy świadczenia o wartości łącznie wyższej o 177.573,76 zł niż wynikało to z limitów narzuconych umową, które jego później zostały zwiększone. Tym samym, chybiona jest argumentacja skarżącego, iż do przekroczenia limitu nie mogło dojść w miesiącach kwietniu i maj 2013 r.

Mając na uwadze powyższe nie budzi wątpliwości ustalenie Sąd Okręgowy, iż roszczenie jest zasadne w części, w której zostało uwzględnione. Podzielić należy rozważania Sądu I instancji, iż nie było żadnych podstaw do stwierdzenia, że powód jako świadczeniodawca, celowo i świadomie nie zgłosił świadczeń objętych roszczeniem w ramach limitu, czy aby nie zgłosił ich w pierwszej kolejności, oraz że podejmował czynności, aby nie zgłosić w przewidzianej formie spornych świadczeń do rozliczenia. Ponadto, jak ustalono w toku postępowania dowodowego powód miał korzystać z systemu kolejkowego pacjentów, jak i wnioskował o zwiększenie limitów wynikających z umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. W ocenie Sądu Apelacyjnego Sąd I instancji prawidłowo skoncentrował się na ustaleniu czy udzielone przez powoda świadczenia ponad limit były udzielone w stanach nagłych, wskazując jednocześnie, że w judykaturze ugruntowane jest stanowisko, zgodnie z którym określane w umowach ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą przypadków, gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Podzielić należało rozważania Sądu Okręgowego, iż obowiązki wynikające z poprzedniego przepisu art. 7 ustawy o zoz i art. 30 ustawy o zawodach lekarza ma charakter bezwzględny i wyprzedza ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne i winno być opłacane ponad ustalony limit finansowania.

W świetle powyższego, uznać należało, że wbrew stanowisku apelacji, w żaden zresztą sposób nieuzasadnionemu, lektura pisemnych motywów kwestionowanego rozstrzygnięcia pozwala sformułować wniosek, iż Sąd I instancji *expressis verbis* wskazał dowody, na których oparł kwestionowane rozstrzygnięcie, jak również szczegółowo wyjaśnił motywy stanowiska, przyjętego u jego podstaw. Uzasadnienie zaskarżonego wyroku realizuje zatem funkcje przypisywane temu dokumentowi – pozwala na zrekonstruowanie toku rozumowania Sądu Rejonowego i, tym samym, umożliwia zweryfikowanie poczynionych przez ów Sąd ustaleń w toku kontroli instancyjnej.

Przypomnieć należy, iż Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Ocena dowodów polega na ich zbadaniu i podjęciu decyzji, czy została wykazana prawdziwość faktów, z których strony wywodzą skutki prawne. Celem Sądu jest tu dokonanie określonych ustaleń faktycznych, pozytywnych bądź negatywnych i ostateczne ustalenie stanu faktycznego stanowiącego podstawę rozstrzygnięcia. Ocena wiarygodności mocy dowodów przeprowadzonych w danej sprawie wyraża istotę sądenia w części obejmującej ustalenie faktów, ponieważ obejmuje rozstrzygnięcie o przeciwnych twierdzeniach stron na podstawie własnego przekonania sędziego powziętego w wyniku bezpośredniego zetknięcia ze świadkami, stronami, dokumentami i innymi środkami dowodowymi. Powinna odpowiadać regułom logicznego rozumowania wyrażającym formalne schematy powiązań między podstawami wniosku i wnioskami oraz uwzględniać zasady doświadczenia życiowego wyznaczające granice dopuszczalnych wniosków i stopień prawdopodobieństwa ich występowania w danej sytuacji. Jeżeli z określonego materiału dowodowego Sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena Sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.) i musi się ostać choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne.

Wbrew twierdzeniom apelującego powoda należy stwierdzić, że Sąd Rejonowy w rozpoznawanej sprawie dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych w oparciu o cały zgromadzony materiał dowodowy, co pozwoliło na zasądzenie roszczenia powoda. Dokonując oceny dowodów Sąd Okręgowy nie przekroczył granicy swobodnej ich oceny. Wyprowadził bowiem z zebranego w sprawie materiału dowodowego wnioski logicznie prawidłowe. Poza tym ocena dowodów odpowiada warunkom określonym przez prawo procesowe – Sąd pierwszej instancji oparł swoje przekonanie na dowodach prawidłowo przeprowadzonych, z zachowaniem zasady bezpośredniości oraz dokonał oceny na podstawie wszechstronnego i bardzo wnikliwego rozważenia zebranego w sprawie materiału. Sąd Apelacyjny nie znalazł podstaw, aby zakwestionować dokonaną ocenę dowodów, dzielając w całości argumentację przytoczoną przez Sąd Okręgowy w uzasadnieniu tej oceny.

W tym stanie rzeczy nie dzielając 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 § 2 pkt 7 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 w sprawie opłat za czynności radców prawnych.

SSA Leszek Jantowski	SSA Wiesław Łukaszewski	SSA Rafał Terlecki
----------------------	-------------------------	--------------------

Na oryginale właściwe podpisy.