

Sygn. akt I ACa 340/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 15 września 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSA Bożena Wiklak (spr.)

Sędziowie: SA Anna Beniak

del. SO Jacek Świerczyński

Protokolant: stażysta Lidia Milczarek

po rozpoznaniu w dniu 15 września 2015 r. w Łodzi na rozprawie

sprawy z powództwa **Wyższej Szkoły (...) w Ł.**

przeciwko **Narodowemu Funduszowi Zdrowia - (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w Ł.**

o zapłatę

na skutek apelacji strony pozwanej

od wyroku częściowego Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 29 grudnia 2014 r. sygn. akt I C 177/12

1. **oddala apelację,**

2. **zasądza od Narodowego Funduszu Zdrowia – (...) Oddziału Wojewódzkiego w Ł. na rzecz Wyższej Szkoły (...) i Umiejętności w Ł. kwotę 2.700 (dwa tysiące siedemset) zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.**

Sygn. akt. I ACa 340/15

UZASADNIENIE

Powód Wyższa Szkoła (...) w Ł. (obecnie Wyższa Szkoła (...) w Ł.), pozwem o zapłatę z dnia 17 października 2011 r., złożonym wraz z wnioskiem o wydanie nakazu zapłaty w postępowaniu upominawczym, wniósł o zasądzenie na swoją rzecz od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia Oddziału Wojewódzkiego w Ł. kwoty 2.799.836,16 zł z należnymi odsetkami, na którą składały się:

- kwota 2.453.699,16 zł z odsetkami od dnia 16 czerwca 2011 r. do dnia zapłaty z tytułu zwrotu kosztów pozalimitowych świadczeń zdrowotnych
- oraz kwota 346.137 zł z odsetkami od dnia 21 września 2011 r. do dnia zapłaty, którą pozwany potrącił powodowi z tytułu, jego zdaniem, błędnego zakwalifikowania przez powoda świadczeń zdrowotnych jako nienależnych, wykonanych w sytuacjach koniecznych w ramach limitu wynikającego z zawartych umów,

a także o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Nakazem zapłaty w postępowaniu upominawczym z 2 listopada 2011 r. Sąd Okręgowy w Łodzi uwzględnił powództwo. Od powyższego nakazu zapłaty pozwany wniósł sprzeciw, w którym domagał się oddalenia powództwa w całości.

W sprawie Sąd Okręgowy w Łodzi wydał dwa wyroki częściowe.

Wyrokiem częściowym z dnia 9 lipca 2012 r. Sąd Okręgowy zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 1.513.373,76 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 16 czerwca 2011 r. do dnia zapłaty. Po weryfikacji dołączonej do pozwu dokumentacji medycznej pozwany uznał, że świadczenia wykonane przez powoda ponad umowny limit, których wartość wyniosła 1.513.373,76 zł, dotyczą świadczeń udzielonych na rzecz ubezpieczonych w okolicznościach zagrożenia zdrowia lub życia. Wobec stanowiska pozwanego Sąd I instancji uznał tę okoliczność za bezsporną.

Drugim wyrokiem częściowym z dnia 4 września 2013 r. Sąd Okręgowy zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 357.714 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 16 czerwca 2011 r. do dnia zapłaty i oddalił powództwo w zakresie kwoty 53.397 zł. Rozstrzygnięcie dotyczyło zasadności udzielonych przez powoda nadlimitowych świadczeń na oddziale chirurgii o łącznej wartości 411.111 zł, wyszczególnionych w tabelach sporządzonych przez powoda w punktach od 2F do 2J i 2U (k. 487-497). Zasądzona kwota dotyczyła zapłaty za świadczenia, które zostały wykonane w warunkach ratowania życia lub zdrowia ubezpieczonych. Sąd Okręgowy ustalił w oparciu o opinię biegłego chirurga, że pozostałe świadczenia wykonywana na tymże oddziale nie były wykonywane w ramach przymusu ustawowego.

Oba orzeczenia są prawomocne.

Zaskarżonym wyrokiem częściowym z dnia 29 grudnia 2014 r. Sąd Okręgowy w Łodzi rozstrzygającym w zakresie żądania o zapłatę kwoty 2.799.836,16 zł zasądził od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia - (...) Oddziału Wojewódzkiego w Ł. na rzecz powoda Wyższej Szkoły (...) w Ł. kwotę 182.886 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 16 czerwca 2011 r. do dnia zapłaty (pkt 1) i oddalił powództwo w zakresie kwoty 89.403 zł (pkt 2).

Przedmiotem sporu, objętym powyższym wyrokiem częściowym, są świadczenia udzielone przez powoda ponad limit określony w umowie zawartej pomiędzy stronami, wyszczególnione w tabelach sporządzonych przez powoda pod pozycjami:

- 2 K – świadczenia z powodu chorób zwyrodnieniowych krążków międzykręgowych (k. 486-487),
- 2 T - świadczenia z powodów bólów brzucha (k. 490-493),
- 2 V - świadczenia z powodu chorób tarczycy (k. 494),
- 2 X ponowne hospitalizacje (k. 494-495).

Powyższy wyrok zapadł na podstawie poczynionych przez Sąd Okręgowy ustaleń faktycznych, które Sąd Apelacyjny podzielił i przyjął za własne. Ich istotne elementy przedstawiają się następująco:

Wszyscy pacjenci z pierwszej grupy wyżej wskazanych świadczeń, udzielonych z powodu chorób zwyrodnieniowych krążków międzykręgowych, zostali przyjęci do oddziału powodowego szpitala z powodu zespołu bólowego kręgosłupa w przebiegu dyskopatii szyjnej lub lędźwiowej i u wszystkich przewidywano w krótkim okresie czasu pojawienie się objawów pogorszenia zdrowia (kat. B).

Podobna sytuacja miała miejsce w trzeciej grupie pacjentów (2 V), którym udzielono świadczeń w związku z chorobami tarczycy. Wszyscy pacjenci zostali skierowani celem leczenia operacyjnego wola guzowatego tarczycy. U wszystkich wykonano strumektomię, a niewykonanie tego zabiegu groziłoby w przewidywalnie krótkim okresie czasu pojawieniem się objawów pogorszenia zdrowia pacjentów (kat. B).

Natomiast wśród pacjentów z drugiej grupy (2 T), którym udzielono świadczenia z powodów bólów brzucha, jedynie 25 pacjentów znajdowało się w stanie nagłego zagrożenia życia lub w stanie, co do którego w krótkim okresie czasu można było przewidzieć pojawienie się objawów pogorszenia zdrowia (kat. A i B). Byli to pacjenci, u których rozpoznano chorobę nowotworową (6 pacjentów), podniedrożność (4 pacjentów), ostry nieżyt żołądkowy jelitowy (4 pacjentów), wrzodziejące zapalenie jelita grubego (1 pacjent), krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego (2 pacjentów), żółtaczkę mechaniczną (1 pacjent), krwaki powłok brzusznych (1 pacjent), uraz głowy bez utraty przytomności (1 pacjent), co do pozostałych prowadzono obserwację w różnych kierunkach (5 pacjentów) (k. 671).

Dwie pacjentki M. D. i F. S. nie wymagały leczenia chirurgicznego, lecz - ginekologicznego. Pozostali pacjenci nie wymagali leczenia ani obserwacji na oddziale szpitalnym (kat. D). W ich przypadku wystarczyłoby wykonanie badań w warunkach ambulatoryjnych. Dotyczy to w szczególności pacjentów z zapaleniem błony śluzowej żołądka, wrzodem dwunastnicy, zapaleniem błony śluzowej odbytnicy oraz ze spastycznym zapaleniem jelita grubego, a także pacjentów, u których wykonywano kolonoskopię w związku z podejrzeniem guza jelita grubego oraz pacjentów z podejrzeniem ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Żaden z pacjentów z tej grupy nie był przyjęty w stanie nagłego zagrożenia życia ani w stanie, w którym w krótkim okresie czasu można było przewidzieć pojawienie się objawów pogorszenia zdrowia tychże pacjentów. Wszyscy zostali wypisani po dwóch, trzech dobach, w stanie dobrym, bez dolegliwości. Schorzenia tych pacjentów wymagały leczenia, ale nie w warunkach szpitalnych, które jest uzasadnione dopiero po wystąpieniu powikłań. Wykonanie kolonoskopii również nie wymaga warunków szpitalnych, a w przypadkach, których dotyczy spór, wynik badania okazał się u wszystkich pacjentów negatywny, co przesądza o braku uzasadnienia do hospitalizacji.

Z czwartej grupy pacjentów (2 X), ponownie hospitalizowanych, jedynie u dwóch pacjentek - M. S. i H. J. - nie występował stan zagrożenia życia lub przewidywanego w krótkim okresie czasu pogorszenia zdrowia (kat. D). We wszystkich pozostałych przypadkach taki stan występował (kat. A i B). Niemniej u 4 pacjentów z tejże grupy - J. M. (kat. B), M. S. (kat. A), W. Z. (kat. A) i L. G. (kat. B) - system sprawozdawczy wykazał błąd z uwagi na okoliczność, że odstęp pomiędzy hospitalizacjami tychże pacjentów nie przekraczał 14 dni. Pozostałe świadczenia z grupy 2 X również zostały udzielone w okresach krótszych niż 14 dni w stosunku do poprzednich hospitalizacji, jednak w systemie rozliczeniowym świadczenia posiadają status świadczeń zweryfikowanych poprawnie.

Łączna wartość świadczeń objętych wyżej wskazanymi grupami przypadków, z włączeniem dwóch pacjentek M. D. i F. S., które wymagały leczenia ginekologicznego, według stawek obowiązujących przy rozliczeniu z Narodowym Funduszem Zdrowia wynosi kwotę 272.289 zł, stanowiącą wartość przedmiotu sporu, o której Sąd Okręgowy orzekł w zaskarżonym wyroku częściowym.

Z powyższej sumy kwota 190.587 zł stanowi wartość świadczeń, które zostały zakwalifikowane do kategorii A i B, tj. dotyczących przypadków, w których występował stan zagrożenia życia lub przewidywane w krótkim okresie czasu pogorszenie zdrowia, natomiast kwota 81.702 zł stanowiła wartość świadczeń z kategorii D, tj. kategorii, gdzie nie występował stan zagrożenia życia czy możliwość pogorszenia w przewidywanym krótkim okresie czasu pogorszenia stanu zdrowia. Wartość świadczeń udzielonych 4 osobom, w których przypadku system sprawozdawczy wykazał błąd, wynosi 7.701 zł.

Integralną część umowy stron stanowiło zarządzenie nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne. Zgodnie z § 23 pkt 10 i 12 ww. zarządzenia, przy wykazywaniu świadczeń do rozliczenia, świadczeniodawca zobowiązany jest do przestrzegania określonych w tymże zarządzeniu zasad, w tym: jeżeli odrębne hospitalizacje odbywają się w okresie pomiędzy świadczeniami nie przekraczającym 14-stu dni, co do zasady rozlicza się je jako jedno świadczenie, chyba, że dyrektor Oddziału Funduszu, na umotywowany wniosek świadczeniodawcy, w uzasadnionych medycznie przypadkach, wyrazi zgodę na oddzielne rozliczenie świadczeń związanych z ponowną hospitalizacją.

Powyższych ustaleń w zakresie odnoszącym się do tego, które z udzielonych świadczeń zostały wykonane w warunkach przymusu ustawowego, Sąd Okręgowy dokonał w oparciu o opinię pisemną biegłego chorób wewnętrznych i

gastroenterologii dr n.med. M. Ł. (k. 670- 676), pisemne opinie uzupełniające (k. 719-721, k. 722-724, k. 725-726) oraz ustną opinię biegłego (k. 747-748, nagranie 00:05:06-01:22:16).

Wartość udzielonych świadczeń (niezakwestionowaną skutecznie przez pozwaną) Sąd I instancji ustalił w oparciu o załączoną do akt sprawy dokumentację, w tym m.in. przedstawione przez powódkę zestawienia udzielonych świadczeń (k. 460-560).

Sąd I instancji uwzględnił także zgodne oświadczenia pełnomocników stron na rozprawie z dnia 29 października 2014 r. dotyczące wyłączenia pacjentek ginekologicznych (k. 748, nagranie 01:22:16 i nast.) oraz z dnia 15 grudnia 2014 r. dotyczące wystąpienia statusu błędu w systemie rozliczeniowym co do 4 pacjentów z grupy „ponowne hospitalizacje” (k. 884, nagranie 00:02:07 i nast.).

Oceniając materiał dowodowy Sąd Okręgowy uznał, że opinia biegłego chorób wewnętrznych i gastroenterologii jest spójna i logiczna oraz nie została przez stronę skutecznie zakwestionowana. Wszystkie zastrzeżenia do opinii, które strony zgłosiły, zarówno na piśmie, jak i ustnie na rozprawie, zostały wyczerpująco wyjaśnione, a nieścisłości uzupełnione.

Sąd I instancji zaznaczył również, że w zakresie zagadnienia, które powtórne hospitalizacje spełniały warunki formalne co do zgłoszenia przez powoda pozwanemu umotywowanego wniosku jako odrębne rozliczenie, oparł się na aktualnych na dzień zamknięcia rozprawy wydrukach systemu rozliczeniowego (k. 832-861), w którym jedynie co do 4 pacjentów, co zgodnie przyznały obie strony, figurował status błędu w rozliczeniu. Powód nie wykazał, że w stosunku do ww. 4 konkretnych pacjentów, złożył umotywowane wnioski o odrębne rozliczenia, zgodnie z postanowieniami stanowiącego integralną część umowy stron zarządzenia Prezesa NFZ (k. 776-802). Pozwany zaś nie wykazał, aby w pozostałych przypadkach w grupie 2 X status błędu w rozliczeniu istniał wcześniej i został samodzielnie usunięty przez powoda.

W świetle powyższych ustaleń Sąd I instancji doszedł do przekonania, że powództwo w zakresie zwrotu wartości świadczeń udzielonych ponad ustalony w umowie limit pacjentom z grup 2 K, 2 T, 2 V i 2 X jest zasadne zasądzonej w części.

Sąd Okręgowy podkreślił, że w sprawie poza sporem pozostaje kwestia przesądzona już w pierwszym wyroku częściowym, iż bez względu na limit określony umową zakład opieki zdrowotnej ma obowiązek udzielania świadczenia pacjentowi i ma prawo żądania zwrotu kosztów tego świadczenia od Narodowego Funduszu Zdrowia, o ile świadczenie to było udzielone w warunkach tak zwanego przymusu ustawowego tj. było to świadczenie nagłe, ratujące życie lub zdrowie pacjenta, którego nie można odroczyć w czasie.

Zgodnie z treścią przepisu art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Ponadto, przepis art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty nakłada na każdego lekarza obowiązek udzielenia 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 ocenie Sądu I instancji koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy zgodnie z art. 56 k.c. włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między NFZ a świadczeniodawcą i obciążyć nimi NFZ jako zarządzającego środkami publicznymi, z których świadczenia te powinny być pokryte.

Powyższe stanowisko nie zmienia faktu, że co do zasady strony wiąże zawarta umowa o udzielaniu (finansowaniu) świadczeń zdrowotnych, a NFZ obowiązany jest świadczyć tylko w granicach kwot określonych w umowie za wykonanie świadczeń w niej określonych.

Wszystkie ponadlimitowe wydatki świadczeniodawcy o tyle będą podlegać zwrotowi przez NFZ, o ile świadczeniodawca wykaże, że poniósł je w warunkach przymusu ustawowego, a więc w sytuacjach nagłych dla ratowania życia lub zdrowia ludzkiego.

W ocenie Sądu Okręgowego w przedmiotowej sprawie wyżej wymieniony charakter mają świadczenia udzielone przez pozwanego w kategorii określonej przez biegłego jako kategoria A (stan nagłego zagrożenia życia) i w kategorii B (stan polegający na przewidywalnym w krótkim okresie czasu pojawieniu się objawów pogorszenia zdrowia).

Łączna wartość tych świadczeń (objętych opinią biegłego M. Ł.) według zgodnego oświadczenia stron wynosi 190.587 zł. Od tej kwoty Sąd Okręgowy odjął 7.701 zł z tytułu świadczeń udzielonych pacjentom J. M., M. S., W. Z. i L. G., co do których wprawdzie wystąpiło zagrożenie zdrowia lub życia, jednak powód nie dopełnił warunków formalnych należytego umotywowania odrębnego rozliczenia tych pacjentów jako oddzielnych świadczeń w sytuacji, gdy wcześniejsza hospitalizacja odbyła się w okresie krótszym niż 14 dni.

Sąd Okręgowy podniósł, że warunek zachowania wskazanego trybu został określony w cytowanym wyżej § 23 ust. 10 i 12 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne. Zarządzenie to, co zgodnie przyznały obie strony, było włączone do umowy i było powodowi znane. Powód jednak nie dysponuje dowodem złożenia do dyrektora Oddziału Funduszu odpowiednich umotywowanych wniosków, a brak spełnienia warunków formalnych w rozliczeniach tych świadczeń potwierdza status błędu w rozliczeniu. W tych przypadkach (dot. 4 ww. pacjentów) udzielenie świadczeń w warunku ratowania życia lub zdrowia pacjentów nie zwalnia powoda z obowiązku dopełnienia warunków formalnych określonych w zawartych między stronami umowach, w tym w wyżej cytowanym zarządzeniu.

Status błędu nie występuje natomiast w stosunku do pozostałych pacjentów objętych sporem. Wobec powyższego Sąd I instancji uznał, że formalne błędy rozliczenia w tych wypadkach nie wystąpiły, a merytorycznie - z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia pacjentów – udzielone świadczenia kwalifikują się do uznania za świadczenia udzielone w sytuacji przymusu ustawowego.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Okręgowy uznał żądanie powoda w zakresie zapłaty za świadczenia objęte zaskarżonym wyrokiem częściowym za zasadne w kwocie 182.886 zł, natomiast wartość pozostałych świadczeń objętych przedmiotowym wyrokiem w kwocie 7.701 zł oraz 81.702 zł (łącznie 89.403 zł) dotyczyła świadczeń bądź niewykonanych w ramach przymusu ustawowego bądź niespełniających warunków formalnych należytego zgłoszenia do systemu rozliczeniowego, co skutkowało oddaleniem powództwa w tej części.

W zakresie żądania o zasądzenie odsetek ustawowych, Sąd Okręgowy orzekł analogicznie jak w poprzednich wyrokach częściowych, przyjmując, że pozowany pozostaje w opóźnieniu ze spełnieniem świadczenia od dnia 16 czerwca 2011 r. (tj. od następnego dnia po dniu, który powód wyznaczył pozwanemu jako termin zapłaty).

Apelację od powyższego wyroku wniósł pozwany, zaskarżając rozstrzygnięcie w części zasądzającej od pozwanego na rzecz powoda kwotę 182.886 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 16 czerwca 2011 r. do dnia zapłaty (pkt 1 wyroku) i zarzucił naruszenie przepisów prawa materialnego tj.:

1. art. 6 k.c. w zw. z art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) przez jego niezastosowanie i w wyniku tego przyjęcie, że powód udowodnił w procesie, że z tytułu wykonywania świadczeń, w stanach nagłych w rozumieniu ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2006 r. Nr 191, poz. 1410), należy mu się wynagrodzenie w zasądzonej kwocie, chociaż powód nie przedstawił dowodów potwierdzających poniesienie kosztów w tej wysokości, ani że świadczenia te zostały udzielone w niezbędnym zakresie, choć ciężar takiego dowodu obciążał powoda,

2. art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) oraz art. 132 ust. 1 oraz art. 136 ww. ustawy w zw. z art. 56 k.c. poprzez

przyjęcie, że umowa stron, która określa m.in. rodzaj i zakres udzielanych świadczeń, zasady rozliczeń pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia, a świadczeniodawcą oraz maksymalną kwotę zobowiązania, jest podstawą do ustalenia wynagrodzenia powoda także za świadczenia opieki zdrowotnej nie objęte tą umową, w każdym przypadku, gdy o celowości udzielenia świadczenia zadecyduje sam powód, bez konieczności ustalania uzasadnionych kosztów każdej hospitalizacji,

3. art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. 2013 r., poz. 217 ze zm.), art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. 2011 r. Nr 277 poz. 1634 ze zm.), w zw. z art. 56 k.c. oraz w zw. z art. 5 ust. 33, art. 19 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. 2013 r. Nr 757 ze zm.) poprzez ich niewłaściwe zastosowanie i w konsekwencji błędne przyjęcie, że świadczenia zostały wykonane i to w warunkach przymusu ustawowego, w dochodzonej wysokości i tym samym uzasadnionym jest żądanie zwrotu kosztów ich udzielenia w ramach umowy zawartej z oddziałem NFZ,

a także naruszenie przepisów postępowania tj.

1. art. 232 k.p.c. poprzez uznanie sprawy za dostatecznie wyjaśnioną zgromadzonymi dowodami mimo braku wykazania przez powoda wysokości kosztów poniesionych przez niego na dodatkowe hospitalizacje, do których wykazania konieczna była inicjatywa dowodowa powoda,

2. art. 233 § 1 k.p.c. przez jego niezastosowanie tj. danie wiary nieudowodnionym twierdzeniom powoda, iż należy mu się wynagrodzenie za świadczenia udzielone poza umową w wysokości ustalonej zgodnie z zasadami wyceny świadczeń określonymi w umowie,

3. art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. poprzez brak rozważenia całokształtu materiału dowodowego i naruszenie granic swobodnej oceny dowodów poprzez uznanie wniosków opinii biegłego sądowego bez rozważenia ich w kontekście zasad prawidłowego rozumowania, logiki i doświadczenia życiowego,

4. art. 328 § 2 k.p.c. przez jego niezastosowanie tj. niewyjaśnienie motywów rozstrzygnięcia w zakresie uznania za zasadną kwoty mimo kwestionowania przez pozwanego nie tylko jej zasadności, ale także wysokości.

W konkluzji skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w całości, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku oraz przekazanie sprawy Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania w tym zakresie, a także o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W odpowiedzi na apelację powód wniósł o jej oddalenie i zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

W pierwszej kolejności odnieść należy się do podniesionego przez stronę pozwaną zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c., którego naruszenia skarżący upatruje w jego niezastosowaniu tj. daniu wiary nieudowodnionym twierdzeniom powoda, że należy mu się wynagrodzenie za świadczenia udzielone poza umową w wysokości ustalonej zgodnie z zasadami wyceny świadczeń określonymi w umowie, a także w braku rozważenia całokształtu materiału dowodowego i naruszenie granic swobodnej oceny dowodów poprzez uznanie wniosków opinii biegłego sądowego bez rozważenia ich w kontekście zasad prawidłowego rozumowania, logiki i doświadczenia życiowego.

Jak wskazuje się w już utrwalonym orzecznictwie Sądu Najwyższego zarzut naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c. byłby skuteczny wówczas, gdyby skarżący wykazał uchybienie podstawowym regułom służącym ocenie wiarygodności i mocy poszczególnych dowodów, tj. regułom logicznego myślenia, zasadzie doświadczenia życiowego i właściwego

kojarzenia faktów (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 grudnia 2005 r., sygn. akt III CK 314/05, Lex nr 172176). Ocena mocy i wiarygodności dowodów, przeprowadzona w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia, mogłaby być skutecznie podważona w postępowaniu odwoławczym tylko wówczas, gdyby pozwany wykazał, a nie jedynie wskazał, że zawiera ona błędy logiczne, wewnętrzne sprzeczności itp. W przedmiotowej sprawie Sąd Okręgowy w sposób wszechstronny, bezstronny i zgodnie z zasadą swobodnej oceny dowodów dokonał analizy zgromadzonego materiału dowodowego, w tym opinii biegłego sądowego z zakresu chorób wewnętrznych i gastroenterologii M. Ł.. Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 9 stycznia 2004 r. sygn. akt IV CK 339/02 wskazał, że wiarygodność i moc poszczególnych dowodów nie podlega klasyfikacji parametrycznej, stąd przekonanie uczestników postępowania może być odmienne od przekonania składu orzekającego. Rozwiązanie pozornej sprzeczności istnienia dwóch usprawiedliwionych sądów (mniemań) tkwi w ustawowym przyznaniu kompetencji składowi orzekającemu ustalenia według swobodnego uznania, którą spośród prawdopodobnych wersji uznaje za prawdziwą. Sam fakt, że dowód przeprowadzony w sprawie został oceniony niezgodnie z intencją skarżącego nie oznacza zatem naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Ocena dowodów należy bowiem do sądu orzekającego i nawet w sytuacji, w której z dowodu można było wywieść wnioski inne niż przyjęte przez sąd, do naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. dojść może tylko wtedy, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej, albo wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo – skutkowych.

Wbrew twierdzeniom skarżącego strona powodowa skutecznie zdołała uargumentować i udowodnić, że świadczenia dochodzone w przedmiotowym postępowaniu, wskazane w zestawieniu strony powodowej pod pozycjami 2 K i 2 V oraz udzielone 25 pacjentom z grupy 2 T i 8 pacjentom z grupy 2 X, były świadczeniami udzielonymi w okolicznościach zagrożenia dla zdrowia bądź życia lub przewidywanego w krótkim czasie pogorszenia zdrowia. Powyższe zostało przede wszystkim potwierdzone przez biegłego lekarza sądowego, który w swojej opinii odniósł się do każdego przypadku wskazując, który z nich mógł zostać uznany za przypadek nagły, kwalifikujący się do natychmiastowej pomocy.

Należy przy tym podkreślić, że zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego, opinia biegłego nie może być weryfikowana, a zwłaszcza dyskwalifikowana, bez posłużenia się wiedzą specjalistyczną. Sąd naruszałby art. 233 § 1 k.p.c., polemizując w sferze wymagającej wiadomości specjalnych z wnioskami biegłego, bez uzupełnienia stanowiska biegłego lub bez zasięgnięcia opinii innego biegłego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 lipca 2005 r., sygn. akt II UK 277/04, opubl. OSNP 2006/5-6/97). Jak podkreśla się ponadto w orzecznictwie w odróżnieniu od oceny dowodu z zeznań świadka, ocena dowodu z opinii biegłego nie jest dokonywana według kryterium wiarygodności w tym znaczeniu, że nie można „nie dać wiary biegłemu”, odwołując się do wewnętrznego przekonania sędziego, czy też zasad doświadczenia życiowego. Opinia biegłego podlega, tak jak inne dowody, ocenie według art. 233 § 1 k.p.c., jednakże co odróżnia ją pod tym względem, to szczególne dla tego dowodu kryteria oceny, które stanowią: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej (H. Pietrkowski - Zarys metodyki pracy sędziego w sprawach cywilnych - Warszawa 2006r.). Opinia biegłego sądowego z zakresu chorób wewnętrznych i gastroenterologii dr n.med. M. Ł. jest rzeczowa, przekonywująca, przejrzysta i logicznie uzasadniająca podstawy, na których biegły uznał dany przypadek za nagły, oparta ponadto na wiedzy i doświadczeniu biegłego. Opinie tę zatem jako kompletną i wyczerpującą należało zaakceptować.

Zauważyć przy tym należy, że pozwany, pomimo że w sposób dość lakoniczny w jednym z zarzutów kwestionuje przyjęcie przez Sąd pierwszej instancji w ustaleniach, że dla konieczności udzielenia świadczenia wystarczająca jest taka kwalifikacja przez biegłego chorób wewnętrznych i gastroenterologii bez konieczności wyjaśnienia przyczyn każdej hospitalizacji oraz zakresu udzielonego świadczenia pod względem jego niezbędności, to nie rozwinął tego zarzutu w uzasadnieniu apelacji, skupiając swe wywody jedynie na zarzucie nieudowodnienia, w jego ocenie, przez stronę powodową wysokości udzielonych świadczeń.

Pozwany odniósł się bliżej jedynie do świadczeń z powodu chorób tarczycy, podnosząc, że Sąd Okręgowy pominął całkowicie informację biegłego zawartą w opinii pisemnej, że co do wszystkich tych świadczeń (kat. B), skierowania na

leczenie wystawione były na około 1 do 2 miesięcy przed przyjęciem do szpitala, były to przyjęcia w trybie planowym, a w pisemnej opinii uzupełniającej biegły nie udzielił odpowiedzi na pytanie, jaki powinien być maksymalny czas oczekiwania na przyjęcie pacjenta do oddziału celem wykonania strumektomii (pismo procesowe pozwanego z dnia 28 lipca 2014 r. k. 689 i nast.), wskazując, iż oceny takiej dokonać może biegły endokrynolog. Niemniej pozwany zdaje się nie zauważać, iż biegły ponownie odniósł się do tej kwestii w ustnej opinii uzupełniającej. Biegły podkreślił, że każdy z pacjentów został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego (wycięcia guza tarczycy), nie do leczenia profilaktycznego, nie jest to tryb nagły (kat. A), jednak nie można tego typu operacji przesuwac na odległy termin, „lepiej operować od razu, niż czekać, bo stan pacjenta może się pogorszyć”, co przesądziło o zaliczeniu tychże pacjentów do kategorii B (protokół rozprawy z dnia 21 października 2014 r. k. 748, nagranie 01:17:06 i nast.).

W tej sytuacji, przy braku jurekycznej argumentacji, nie zasługuje na uwzględnienie powyższy zarzut. Nie można bowiem uznać, że opinia biegłego cechuje się dowolnością i uznaniowością, czy jest niepełna, a tym samym, że nie daje się zweryfikować. Założenia przyjęte przez biegłego zostały zaakceptowane przez Sąd Okręgowy, a skoro, jak się okazało, odpowiadają one prawu, nie ma podstaw do czynienia z tego tytułu zarzutu Sądowi I instancji.

Dodatkowo, co należy stanowczo podkreślić, strona pozwana po złożeniu przez biegłego M. Ł. opinii uzupełniającej nie zakwestionowała jej i nie wnosila o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego. Oznacza to, że jej zarzutów podnoszonych w apelacji do opinii biegłego nie można uznać za skuteczne.

Nie sposób zgodzić się z również z twierdzeniami skarżącego, że powód nie udowodnił wysokości dochodzonego roszczenia.

Pamiętać należy, że zakres obowiązku NFZ za wykonane przez zakłady opieki zdrowotnej usługi medyczne obejmuje też te usługi, które świadczeniodawca zobowiązany był wykonać z mocy szczególnych przepisów ustawy, nawet jeżeli nie zostały one określone w umowie i objęte uzgodnionym wynagrodzeniem. W takich przypadkach przepisy nakładają wprost na lekarzy i zakłady opieki zdrowotnej bezwzględny obowiązek udzielenia pomocy medycznej. Bezspornie umowa z Funduszem nie precyzowała, kto ma wykonywać ponadlimitowe świadczenia w przypadkach niecierpiących zwłoki, a także nie precyzowała ceny za wykonane świadczenia poza limitem, same klauzule umowne ograniczały się jedynie do wykazania limitu ilościowego w zakresie świadczeń zdrowotnych i przyznanego za nie wynagrodzenia. Nie można przyjąć, że powód udzielając pomocy medycznej w nagłych przypadkach w takiej sytuacji ma działać na własne ryzyko i w chwili obecnej ma ponosić tego finansowe konsekwencje. Zważywszy, że odpowiedzialność za ciągłość i powszechną dostępność świadczeń zdrowotnych ponosi publiczna osoba prawna, jaką jest Narodowy Fundusz Zdrowia, uznać należy, że to pozwany winien pokryć koszty świadczeń udzielnych w warunkach ratujących zdrowie bądź życie. W ocenie Sądu Apelacyjnego powód sprostął ciężarowi dowodowemu także w zakresie udowodnienia zasadności wysokości przyznanego roszczenia.

Strona powodowa wskazała, że świadczenia te wyliczyła analogicznie jak w przypadku świadczeń finansowanych przez NFZ na podstawie łączącej strony umowy, czego strona pozwana skutecznie nie kwestionowała w toku postępowania, wskazując jedynie, że z kwoty dochodzonej przez powoda powinny być odjęte koszty, które można byłoby uznać za stałe np. koszty wynagrodzeń pracowników, amortyzacji urządzeń itp.

Zaznaczyć przy tym należy, że w orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmuje się, że jeżeli źródłem zobowiązania jest umowa, to stosunek zobowiązaniowy dookreślają przepisy Kodeksu cywilnego i innych ustaw (art. 56 k.c.), w tym także przepisy dyspozytywne o ile nie zostały wyłączone przez odmienną wolę stron wyrażoną w umowie. Przepisy bezwzględnie obowiązujące natomiast są źródłem obowiązku w każdym wypadku, chyba że stosownie do art. 58 k.c. dojdzie do nieważności całej umowy a nie jej poszczególnych postanowień (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 sierpnia 2000 r., III CK 365/03 niepubl.).

Artykuł 56 k.c. stanowi bowiem, że czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy, z zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów. Sens normatywny tego przepisu - jak podkreśla się w nauce - polega na rozszerzeniu zakresu skutków czynności prawnej przez powiązanie z nią skutków wynikających z ustawy, zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów. Na tle art. 56 k.c. trzeba więc

odróżnić skutki czynności prawnej wyrażone w samej czynności prawnej, czyli w konstytuujących ją oświadczeniach woli, od innych następstw tej czynności wyznaczonych ustawami, zasadami współżycia społecznego lub ustalonymi zwyczajami, które łącznie określają treść stosunku prawnego. Wspomniane inne następstwa czynności prawnej powstają z mocy art. 56 k.c., choćby nie były przez strony zamierzone.

Ustawą w rozumieniu art. 56 k.c. są przepisy powszechnie obowiązującego prawa wynikające ze źródeł wskazanych w art. 87 Konstytucji, a zakres oddziaływania ustawy na skutki czynności prawnej zależy od charakteru konkretnej normy prawnej. Normy bezwzględnie obowiązujące kształtują skutki czynności prawnej nawet wbrew odmiennej woli stron wyrażonej w oświadczeniach woli, a normy względnie obowiązujące wchodzą w grę tylko w braku odmiennej woli stron i uzupełniają treść złożonych przez nie oświadczeń woli (zob. uchwały składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 30 maja 1990 r., III CZP 8/90, OSNCP 1990, nr 10-11, poz. 124 i z dnia 30 marca 2006 r., III CZP 130/05, OSNC 2006, nr 11, poz. 177 oraz wyroki Sądu Najwyższego z dnia 25 marca 2004 r., II CK 207/03, niepubl., z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK 365/03, niepubl., z dnia 3 listopada 2004 r., III CK 546/03, niepubl. i z dnia 18 listopada 2005 r., IV CK 203/05, niepubl., z dnia 23 stycznia 2014 r., II CSK 251/13, opubl. w Lex).

Sąd Najwyższy podkreślał także, że koszty świadczeń medycznych udzielonych ubezpieczonemu w warunkach przymusu ustawowego należy zgodnie z art. 56 k.c. włączyć do skutków jakie wywołuje umowa zawarta między NFZ a świadczeniodawcą i obciążyć nimi Narodowy Fundusz Zdrowia jako podmiot zarządzający środkami publicznymi, nie można bowiem nałożyć na zakłady opieki zdrowotnej obowiązku ponoszenia kosztów świadczeń ponadlimitowych (por. wyrok z dnia 12.12.2006 r., sygn. akt II CSK 279/06; wyrok z dnia 10.05.2006 r., sygn. akt III CSK 53/05, wyrok z dnia 29.03.2006 r. sygn. akt IV CSK 158/05, wyrok z dnia 3.11.2004 r., sygn. akt III CSK 546/03).

Rozwiązania tego nie podważa przyjęte w art. 3 powołanej ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia uregulowanie opierające stosunek zobowiązaniowy pomiędzy świadczeniodawcą a tym Funduszem na umowie o udzielenie świadczeń. Zgodnie z art. 56 k.c. czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz także wynikające z ustawy, a więc z art. 7 powołanej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Przepisy te są wprost adresowane do zakładów opieki zdrowotnej, a udzielenie natychmiastowego świadczenia zdrowotnego jest własnym ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy. Zatem słusznie Sąd Okręgowy, uznając postanowienia umowy ograniczające limit w zakresie świadczeń zdrowotnych w wypadkach zagrożenia życia i zdrowia za nieważne, nie naruszył też przepisu art. 58 § 3 k.c. (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 grudnia 2006 r., II CSK 279/06, obubl. w Lex).

Powyższa interpretacja umowy stron, wbrew zarzutom pozwanego, w żaden sposób nie prowadzi także do wykluczenia reguł otrzymywania wynagrodzenia przez świadczeniodawców za świadczenia ponadlimitowe wskazanych w art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z art. 132 ust. 1 oraz art. 136 tejże ustawy dotyczących obowiązku zawierania umów i limitowania świadczeń. Nie podlega dyskusji, iż świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia (uwzględniającego uzasadnione koszty) za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym (art. 19 ust. 4 ww. ustawy), o czym była mowa powyżej.

Nie sposób również podzielić argumentacji skarżącego, że Sąd pierwszej instancji naruszył art. 328 § 2 k.p.c. przez jego niezastosowanie tj. niewyjaśnienie motywów rozstrzygnięcia w zakresie uznania za zasadną kwoty mimo kwestionowania przez pozwanego nie tylko jej zasadności, ale także wysokości. Sąd Okręgowy sprostął wszystkim wymogom stawianym dla uzasadnienia wyroku, powołał podstawę prawną swego rozstrzygnięcia, wskazał również jakie fakty i w oparciu o jakie dowody ustalił. W sprawie przeprowadzone zostały dowody z dokumentów, z których wynikały niesporne okoliczności w sprawie (w tym wydruki z systemu rozliczeniowego, zarządzenie stanowiące zał. do umowy stron), a także dowody z przedstawionych przez powoda zestawień świadczeń wraz opisem przypadków (i załączonymi wyselekcjonowanymi historiami chorób poszczególnych pacjentów) oraz wskazaniem symbolu świadczenia, przypisanej do niego liczby punktów, ceny za punkt oraz kwoty finalnej refundacji, które nie zostały skutecznie zakwestionowane przez pozwaną. Sąd I instancji odniósł się także do dowodu z opinii biegłego, którą w całości podzielił i na jej podstawie ustalił sporne okoliczności. Poza powyższymi dowodami nie były w sprawie

przeprowadzane inne dowody, których moc dowodową i wiarygodność Sąd Okręgowy miałby określać i wskazywać w motywach wyroku. Pozwany zarzucił przy tym także, że nie odnalazł w uzasadnieniu wyroku rozważań dotyczących wykazania dlaczego koszty powoda na udzielanie świadczeń są równe ich wycenie ustalonej przez strony w umowie, niemniej biorąc pod uwagę fakt, iż skarżony przez pozwanego wyrok jest trzecim wyrokiem częściowym w sprawie, zaś pozwany nie kwestionował drugiego z rozstrzygnięć, w którym analogicznie tj. w oparciu o zestawienie powoda ustalono wartość przedmiotu sporu, nie sposób czynić zarzutu, iż istotnym błędem Sądu I instancji było nierozwinięcie przytoczonej przez pozwanego konstatacji. W tych okolicznościach nie można uznać za zasadny podnoszony przez pozwanego zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c.

W świetle powyższego należy się jednak odnieść się do przyjętej przez Sąd Okręgowy wartości udzielonych świadczeń i podkreślić, iż pozwany przez ponad 2 lata nie zweryfikował kwot wskazanych w zestawieniu powoda, powołując się na rzekomy brak dostępu do dokumentacji medycznej.

Po wydaniu w sprawie pierwszego wyroku częściowego pozwany kwestionował roszczenia powoda dotyczące świadczeń o łącznej kwocie 1.286.462,40 zł (w tym 346.137 zł z tytułu niezasadnego potrącenia oraz 940.325,40 zł z tytułu tzw. nadwykonań). O ile pozwany odniósł się szczegółowo do rozliczenia kwoty 346.137 zł, w pozostałym zakresie nie zindywidualizował zarzutów co do żadnego z konkretnych świadczeń.

Pismem złożonym na rozprawie w dniu 21 sierpnia 2013 r. strona pozwana, w nawiązaniu do zobowiązania Sądu I instancji do przedstawienia wartości kwotowej świadczeń zakwalifikowanych według biegłego do poszczególnych grup, oświadczyła, że nie jest możliwe zadośćuczynienie zobowiązaniu bez przedstawienia przez powoda stronie pozwanej kopii dokumentacji każdego pacjenta w określonym zakresie, a brak dokumentacji medycznej uniemożliwia merytoryczną ocenę. Pozwany wskazał, że ustalenie wartości świadczeń wymaga następujących danych: 1. rozpoznania (biegły posłużył się w opinii własny kluczem opisowo-objawowym), 2. kodu (...) udzielonych świadczeń, 3. numeru grupy wskazanej do rozliczenia, 4. liczby dni hospitalizacji (k. 617).

Zarządzeniem z dnia 3 września 2013 r. zobowiązano pozwanego do zapoznania się z dokumentacją medyczną z akt sprawy (k. 637).

W replice powoda (pismo procesowe z dnia 12 września 2013 r. k. 654) słusznie wytknięto pozwanemu niekonsekwencję, bowiem pozwany we wniosku o wyłączenie sędziego z dnia 21 listopada 2011 r. sam przyznał, że wraz z pozwem doręczono Oddziałowi Funduszu obszerną dokumentację medyczną, załączając fotografię kartonów z dokumentacją. Do dnia 2 września 2013 r. pozwana nie podnosiła, że dokumentacja medyczna, którą otrzymała jako załączniki do pozwu nie odpowiada dokumentacji złożonej do akt sprawy, ewentualnie nie obejmuje wszystkich świadczeń objętych przedmiotem sporu. Tym samym w ocenie powoda podnoszone przez pozwanego argumenty należało uznać za sprekludowane.

W konsekwencji już na etapie wydawania drugiego wyroku częściowego w sprawie Sąd Okręgowy nie uwzględnił zarzutu pozwanego, uznając powyższe twierdzenie za całkowicie niewiarygodne w świetle zdjęć wykonanych przez samego pozwanego do wniosku o wyłączenie sędziego sygn. akt I Co 226/11 (k. 4), które pokazują obszerność załączników do odpisu pozwu. Co więcej, pracownik pozwanego K. O. oświadczyła, iż zapoznała się z przedstawioną jako podstawa roszczenia dokumentacją (k. 341).

Wobec powyższego Sąd Apelacyjny podzielił stanowisko Sądu I instancji w przedmiotowej sprawie i uznał, że pozwany - skutecznie i w terminie - nie wykazał, że nie miał możliwości zapoznania się z niezbędnymi materiałami.

Z powyższych względów nie mógł również odnieść zamierzonego rezultatu zarzut naruszenia art. 232 k.p.c. poprzez uznanie sprawy za dostatecznie wyjaśnioną zgromadzonymi dowodami mimo braku wykazania przez powoda wysokości kosztów poniesionych przez niego na dodatkowe hospitalizacje, do których wykazania konieczna była inicjatywa dowodowa powoda.

W orzecznictwie wskazuje się, że przepis art. 232 k.p.c. w zdaniu pierwszym jest skierowany do stron i nakłada na nie obowiązek wskazywania dowodów dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. W tej części zatem nie może zostać naruszony przez sąd, skoro nie na sąd nakłada określone obowiązki. W zdaniu drugim, odnoszącym się do sądu, dopuszcza możliwość przeprowadzenia przez sąd dowodów niewskazanych przez strony, do czego nie było podstaw w rozpoznawanej sprawie, a zatem również w tej części omawiany przepis nie mógł zostać naruszony przez Sąd Okręgowy. W szczególności nie było podstaw do dopuszczenia przez Sąd z urzędu dowodu z opinii biegłego z zakresu rachunkowości. Trudno bowiem oczekiwać w tym przypadku, aby biegły z zakresu rachunkowości, który nie ma wiedzy z zakresu procedur medycznych, jedynie na podstawie ksiąg rachunkowych czy bilansu, które są zestawieniem globalnym a nie rozpisaniem na poszczególnych pacjentów oraz trybu ich przyjęcia, był w stanie oszacować koszt kwestionowanych świadczeń podjętego ponad limit określony umową, biorąc przy tym pod uwagę, że w jej ramach przecież wykonywane były również świadczenia związane z przypadkami nagłymi. Skoro w umowie strony wypracowały pewne kryteria, na podstawie których ustalona została kwota za wykonane świadczenia w ramach limitu brak jest podstaw do kwestionowania tego wyliczenia. Podkreślić należy, że obie strony są profesjonalistami, ponadto zwłaszcza skarżąca ma bardzo duże doświadczenie w rozliczaniu nadwykonań, bo dokonuje tego corocznie od wielu lat. Każda ze stron dysponuje również wyspecjalizowaną obsługą prawną – finansową, ma zatem możliwość przeprowadzenia stosownych badań, ocen i analiz dotyczących kosztów obciążeń pracy szpitalem na danego pacjenta. Nad powołaniem biegłego do oszacowania wysokości należności za wykonane tego rodzaju świadczeń, w ocenie Sądu Apelacyjnego, można byłoby ewentualnie zastanawiać się jedynie w sytuacji, gdyby strony nie łączyła żadna umowa i nie byłoby podstaw do wyliczenia wynagrodzenia za wykonane świadczenia.

Uzasadnienie omawianego zarzutu wskazuje, że skarżącemu chodzi o niewłaściwie określony przez Sąd pierwszej instancji rozkład ciężaru dowodu, co jednak może być skutecznie podważane jedynie w ramach, podniesionego z resztą przez skarżącego, zarzutu naruszenia art. 6 k.c. w związku z odpowiednim przepisem prawa materialnego kształtującym zasady odpowiedzialności stron. Zamiar wykazania, że Sąd Okręgowy bezpodstawnie uznał za udowodnioną określoną okoliczność wymaga przytoczenia jako naruszonych odpowiednich przepisów postępowania cywilnego dotyczących oceny dowodów i ustalania stanu faktycznego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 maja 2006 r., sygn. akt III CSK 53/05, LEX nr 258669). Pamiętać przy tym należy, że opinia biegłego nie może być źródłem materiału faktycznego sprawy, gdyż rolą biegłego nie jest dokonywanie samodzielnych ustaleń faktycznych istotnych dla zastosowania określonej normy prawnej. Strona powodowa wykazała, na jakiej podstawie wyliczyła dochodzoną kwotę. W okolicznościach przedmiotowej sprawy strona pozwana nie zdołała podważyć wyliczenia dokonanego przez powoda. Wobec postawy procesowej pozwanego, istotą przedmiotowej sprawy o zapłatę za udzielone świadczenia w stanach nagłych było ustalenie, czy świadczenia, za które świadczeniodawca dochodzi zapłaty, zostały wykonane pacjentom znajdującym się w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia. Nie doszło zatem do naruszenia art. 232 k.p.c. Także nie można uznać za skutecznie podniesiony zarzut naruszenia art. 6 k.c. Sąd Okręgowy mógłby bowiem naruszyć przepis art. 6 k.c. jedynie wówczas, gdyby nałożył na powoda bądź pozwanego ciężar dowodzenia okoliczności, których te strony nie podnosiły i nie wywodziły z nich skutków prawnych. Sytuacja taka, o czym była mowa powyżej, nie miała zaś miejsca.

Z powyższych względów nie sposób również uznać, że Sąd pierwszej instancji naruszył podnoszony przez pozwanego przepis art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Oczywiście, do zasądzenia żądanej przez stronę powodową kwoty konieczne było wykazanie przez nią, że udzieliła świadczeń w warunkach nagłych, ponieważ to na zakładzie opieki zdrowotnej, który dochodzi roszczenia o zapłatę za świadczenia medyczne udzielone pacjentom w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia ciąży dowód wykazania tego, że z uwagi na okoliczności poszczególnych przypadków zachodziła potrzeba natychmiastowego udzielenia tych świadczeń (por. wyrok Sądu Najwyższego z 14 lutego 2008 r., sygn. akt II CSK 532/07, LEX nr 469387; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 2003 r., sygn. akt IV CK 189/02, LEX nr 164009). Strona powodowa udowodniła powyższe okoliczności, gdyż z przeprowadzonych w sprawie dowodów (a w szczególności z opinii biegłego) wynika niezbicie, że powodowy szpital udzielił świadczeń zdrowotnych w stanie zagrożenia życia lub pogarszającego się stanu zdrowia wymagających niezwłocznej pomocy medycznej, których wartość powódka oparła na wyliczeniach wynikających z łączącej strony umowy. Jak była o tym mowa powyżej utrwalone jest stanowisko, zgodne z którym koszty świadczeń udzielonych

ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy, zgodnie z art. 56 k.c., włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między kasą chorych (obecnie NFZ) a świadczeniodawcą i obciążyć nimi kasę chorych (obecnie NFZ) jako podmiot zarządzający środkami publicznymi, z których powinny być one sfinansowane.

Zdaniem pozwanego w oparciu o art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej oprócz ustalenia, że świadczenia będące przedmiotem roszczenia są wykonane w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w rozumieniu art. 3 pkt 8 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, konieczne jest ustalenie, czy świadczenia zostały udzielone w niezbędnym zakresie, w rozumieniu art. 19 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki oraz czy żądane przez świadczeniodawcę wynagrodzenie mieści się w pojęciu uzasadnionych kosztów. Pozwany podnosi, że kosztami uzasadnionymi zgodnie z art. 19 ww. ustawy, który reguluje stosunki pozaumowne, są w ocenie pozwanego wyłącznie koszty hospitalizacji (osobodoba) i wykonania wskazanych w dokumentacji medycznej pacjenta badań oraz zastosowanego leczenia lub wykonanych procedur powstałe dodatkowo, czyli wynikające z nieprzewidzianych i wcześniej nie pokrytych wydatków powoda. Wycena świadczeń przedstawiona przez powoda zawiera zaś także koszty wynagrodzeń pracowników, którzy za świadczenia ponadlimitowe nie otrzymują dodatkowego wynagrodzenia, amortyzacji sprzętu, która dla świadczeń ponadlimitowych nie jest naliczana dodatkowo i kosztów ogólnych, które nie rosną wraz z dodatkowymi świadczeniami. Koszty te nie wchodzą zatem w zakres uzasadnionych kosztów, a to oznacza, że powód zobowiązany był wykazać realną wysokość uzasadnionych kosztów. Skoro tego nie uczynił, Sąd nie mógł zasądzić kwoty dochodzonej pozwem, gdyż brak było dowodów na poniesienie przez powoda kosztów w tej właśnie wysokości. Pozwany wskazał, że wartość tych kosztów jest możliwa do ustalenia przez powoda, dla każdej hospitalizacji, a dopiero gdyby to okazało się niemożliwe, pomocna mogłaby okazać się do wyliczenia przynajmniej proporcji tych kosztów do kosztów ogólnych opinia biegłego z zakresu rachunkowości. Sąd Okręgowy trafnie jednak uznał, iż pozwany nie zakwestionował skutecznie wskazanych przez powoda kwot w toku procesu, pomimo że został do tego wezwany, zaś dopuszczenie dowodu z opinii biegłego z zakresu rachunkowości, z przyczyn powołanych powyżej było niezasadne. Nadto, podzielić należy argument strony powodowej, iż odwołanie się w przepisach ww. ustawy do pojęcia uzasadnionych kosztów, nie oznacza, że ustawodawca wykluczył sytuację, w której wynagrodzenie odpowiadałoby cenie kontraktowej ustalonej przez strony w łączącej je umowie o udzielanie świadczeń w tożsamym rodzaju i zakresie. Przedłożone w toku postępowania zestawienie kosztów poniesionych przez powoda odpowiada cenie kontraktowej ustalonej w umowie stron za wskazane w nim świadczenia, co jest zgodne nie tylko z ww. przepisami, ale również ze stanowiskiem przyjętym przez Sąd Najwyższy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 grudnia 1996 r., sygn. akt II CSK 287/06, opubl. w Lex).

Pozwany wskazał, że Fundusz ma obowiązek zapłacić tylko za te świadczenia, które wypełniają przesłanki stanu nagłego zdefiniowanego w art. 3 pkt 8 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym tj. stanu polegającego na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagającego podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Zarówno biegły sądowy, jak i Sąd Okręgowy uwzględnił treść ww. przepisu, grupując poszczególnych pacjentów do kategorii oznaczonych odpowiednio jako A i B, na co jednoznacznie wskazał w uzasadnieniu skarżonego wyroku.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację jako niezasadną, zasądzając na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. w zw. art. 391 § 1 k.p.c. od strony pozwanej na rzecz strony powodowej kwotę 2.700 zł, na którą złożyło się wynagrodzenie radcy prawnego wynikające z § 2 ust. 1 i 2 oraz § 6 pkt. 6 i § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (t.j. Dz.U.2013.490 ze zm.).