

Sygn. akt I ACa 1701/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 września 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSA Wiesława Kuberska

Sędziowie: SA Małgorzata Stanek

SA Dorota Ochalska - Gola (spr.)

Protokolant: stażysta Weronika Skalska

po rozpoznaniu w dniu 7 września 2016 r. w Łodzi na rozprawie

sprawy z powództwa **Wojewódzkiego Szpitala (...) z siedzibą w Z.**

przeciwko **Narodowemu Funduszowi Zdrowia z siedzibą w W.**

o zapłatę

na skutek apelacji strony pozwanej

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 5 października 2015 r. sygn. akt I C 935/13

1. **oddala apelację;**

2. **zasądza od Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W. na rzecz Wojewódzkiego Szpitala (...) z siedzibą w Z. kwotę 5.400 (pięć tysięcy czterysta) zł tytułem zwrotu kosztów zastępstw a procesowego w postępowaniu apelacyjnym.**

Sygn. akt I ACa 1701/15

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 5 października 2015 roku Sąd Okręgowy w Łodzi, w sprawie z powództwa Wojewódzkiego Szpitala (...) w Z. przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. o zapłatę, zasądził od Narodowego Funduszu Zdrowia w W. na rzecz Wojewódzkiego Szpitala (...) w Z. kwotę 233.168,00 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 15 lutego 2013 r. do dnia zapłaty oraz kwotę 9.882,00 zł tytułem zwrotu kosztów procesu, oddalił powództwo w pozostałej części i nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Łodzi kwotę 11.740 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych od uwzględnionej części powództwa.

Powyższy na podstawie następujących ustaleń faktycznych Sądu pierwszej instancji, które w tym zakresie Sąd Apelacyjny w pełni akceptuje i przyjmuje za własne:

Wojewódzki Szpital (...) w Z. jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. W 2011 roku Szpital ten zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia- (...) Oddziałem Wojewódzkim z siedzibą w Ł. umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego. W dniu 30 grudnia 2011 roku strony zawarły aneks do tej umowy, na mocy którego okres obowiązywania umowy uległ przedłużeniu do dnia 31 stycznia 2012 roku, nastąpiła

zmiana sygnatury umowy (051/110013/03/010/12/A) oraz ustalono wartość świadczeń udzielanych przez (...) im. M. S.-Curie w Z. w styczniu 2012 r. w zakresie neurologii na kwotę 271.960 złotych.

W dniu 10 lutego 2012 roku, na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 t.j.), powód zawarł z pozwanym umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne (nr (...)) na okres od dnia 1 lutego 2012 roku do dnia 31 grudnia 2012 roku. W umowie strony ustaliły, że kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec powoda jako świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od 1 lutego 2012 roku do dnia 31 grudnia 2012 roku wynosić będzie maksymalnie 12.760.020 zł, przy czym w zakresie neurologii będzie to kwota 2.900.248 zł.

Wynikające z powyższych umów wynagrodzenie pozwany uregulował w całości.

Ze sprawozdania z realizacji umowy za 2012 rok sporządzonego przez powoda wynika, że pozostały nierozliczone świadczenia z zakresu neurologii na łączną kwotę 238.108 złotych, przy czym łączna ilość pozycji z umowy nr (...) wynosi 6 pacjentów (14.144 zł), a z umowy nr (...) pacjentów (223.964 zł).

Pismem z dnia 12 kwietnia 2012 roku powód wezwał stronę pozwaną do zapłaty kwoty 144.891,30 zł z tytułu świadczeń wykraczających ponad limit objęty umową nr (...), w tym świadczeń udzielonych w ramach neurologii w kwocie 14.144 zł, przesyłając pozwanemu fakturę VAT nr (...). W piśmie z dnia 18 kwietnia 2012 roku NFZ- (...) Oddział Wojewódzki w Ł. poinformował powoda, że jest zobowiązany do dokonania zapłaty za świadczenia zrealizowane w danym okresie do ustalonej na ten okres maksymalnej kwoty zobowiązania, nie ma możliwości dokonania zapłaty wynikającej z wezwania i w załączeniu odesłał fakturę VAT.

W wykazie nierozliczonych świadczeń wymienieni są poszczególni pacjenci ze zdefiniowanymi dla nich: numerem księgi głównej, datą przyjęcia i wypisu ze szpitala, peselem, imieniem i nazwiskiem, procedurą medyczną (nazwa usługi sprawozdanej), kodem usług i zakresu świadczeń, ilością punktów i kwotą. Łączna ilość pozycji z umowy nr (...) pacjentów i z umowy nr (...) pacjentów.

Założenia i okoliczności wpływające na ocenę, czy pacjent był w tzw. „stanie nagłym” są następujące:

- 1) pacjenci byli przywożeni do Wojewódzkiego Szpitala (...) w Z. zespołami karetek Wojewódzkiej (...) (lub np. Falek (...) w Ł.) - w praktyce odsetek pacjentów znajdujących się w sytuacjach zagrożenia życia czy zdrowia jest wysoki;
- 2) pozostali pacjenci przyjmowani do powodowego Szpitala byli z reguły: kierowani przez lekarzy POZ, lekarzy specjalistów (...), zgłoszenia własne pacjentów oraz przeniesienia z innych oddziałów szpitalnych, przeniesienia z Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, których odsetek jest wysoki ze względu na sytuacje zagrożenia życia czy zdrowia;
- 3) pacjenci kierowani do Wojewódzkiego Szpitala (...) w Z. ze względu na wielkość Szpitala, dostępność wielu Oddziałów oraz z możliwością szerokiej diagnostyki (laboratoryjnej i obrazowej) byli pacjentami skomplikowanymi (tzw. „trudne przypadki”) - w stosunku do mniejszych Szpitali;
- 4) Szpital obsługuje stosunkowo duży obszar terytorialny i do dużych Ośrodków kierowani są często pacjenci „wielochorobowi” tzn. z licznymi obciążeniami chorobowymi;
- 5) przyjmowani pacjenci byli w podeszłym wieku, z chorobami nowotworowymi, niewydolnością i chorobami serca, niewydolnością nerek, uzależnieni od alkoholu i dlatego częstość występowania przypadków nagłych w takich Ośrodkach będzie zdecydowanie większa w stosunku do Ośrodków dysponujących mniejszym zapleczem (odsetek hospitalizacji zakończonych zgonem pacjenta wyniósł 8/87 -9,19%). Najpełniejszą ocenę stanu klinicznego pacjenta (i ewentualnego zakwalifikowania jako stan nagły) ma lekarz badający i oceniający pacjenta w chwili przyjęcia do oddziału. Ocena w takim przypadku dokonywana jest w oparciu o pełen stan kliniczny pacjenta (badanie przedmiotowe, podmiotowe), dostępną dokumentację medyczną i wyniki badań.

W przeważającej większości wykazane przez powoda świadczenia odnoszą się do stanów nagłych (udzielonych pacjentom ze względu na zagrożenie zdrowia i życia). Najczęściej wykazane świadczenia to m.in.: A49, A50 (udar mózgu), A45 (choroby naczyń mózgowych leczenie zachowawcze), A66 (padaczka), A46 (przemijające niedokrwienie mózgu). Wśród łącznie 87 przypadków wskazanych przez powoda jako nadwykonania są:

- 83 przypadki spełniające kryteria tzw. stanu nagłego,

- 2 przypadki - przyjęcia planowe (pozycja 33 - nr ks głównej 2012-15- (...) - 0: 81 punktów rozliczeniowych, cena jednostkowa 52 zł za punkt = 4.212zł oraz z pozycja 53 - nr ks głównej 2012-15- (...) - 0: 14 punktów rozliczeniowych, cena jednostkowa 52 zł za punkt = 728 zł);

- 2 przypadki pilne (pozycja 41 - nr ks głównej 2012-5070-0: 70 punktów rozliczeniowych, cena jednostkowa 52 zł za punkt = 3.640zł oraz pozycja 4 nr księgi głównej 2012-15-539-0: 16 punktów rozliczeniowych, cena jednostkowa 52 zł za punkt = 832 zł).

Pacjenci w tzw. „stanie nagłym” potrzebowali udzielenia świadczenia w trybie natychmiastowym ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. U pacjentów hospitalizowanych w tzw. „stanie nagłym” i „przyjęcie pilne” ewentualna zwłoka w udzieleniu świadczeń medycznych mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Odsetek ewentualnych pacjentów planowych lub takich, których można nie przyjąć w trybie nagłym - a skierowanych w ten sposób jest znikomy. Pacjenci kierowani do Oddziału Neurologii, z reguły wymagają pogłębionej diagnostyki - nie wystarczy samo badanie przedmiotowe przez neurologa w Izbie Przyjęć, z reguły konieczne jest np. wykonanie diagnostyki obrazowej np. CT głowy i inne.

Wskazane przez powoda przyczyny przyjęcia do szpitala (np. rwa kulszowa, dyskopatia) dotyczą raportowania przedstawionego pozwanemu po hospitalizacji, a nie przyczyn, dla których przyjmowano pacjenta, przed wykonaniem dalszych badań. Podstawą kwalifikowania wypadków jako pilny, nagły i planowy nie była sytuacja pacjenta przy wypisie ze szpitala, kiedy znane są wyniki badania, ale decydował o tym moment przy przyjęciu pacjenta. Utrudniony kontakt z pacjentem może być podstawą do hospitalizacji (w przypadku jednej z pacjentek z utrudnionym kontaktem jej hospitalizacja w powodowym szpitalu zakończyła się zgonem), a z kolei ból głowy może być również podstawą do hospitalizacji, gdyż może okazać się tętniakiem.

W rozważaniach Sąd Okręgowy podkreślił, że w niniejszej sprawie powodowy Szpital dochodził zapłaty kwoty 238.108 zł, wskazując, że na kwotę tę składa się zapłata za świadczenia udzielone przez niego w warunkach zagrożenia życia i zdrowia pacjentów w zakresie leczenia szpitalnego - neurologii w 2012 roku.

Warunki udzielania, zakres, zasady i tryb finansowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2008, Nr 164, poz. 1027).

Okolicznością bezsporną jest, że powód zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia (...) Oddziałem Wojewódzkim w Ł. umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w 2012 roku. Przepisy wyżej wskazanej ustawy nie zawierają żadnych regulacji w kwestii dotyczącej rozliczeń między świadczeniodawcą i Narodowym Funduszem Zdrowia z tytułu udzielonych przez powoda świadczeń medycznych. Przepis art. 136 powołanej ustawy określa jedynie konieczne elementy treści takiej umowy, w tym w szczególności rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem, a świadczeniodawcami oraz kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy.

Sąd pierwszej instancji podkreślił, że rozważana kwestia rozliczeń musi być zatem rozstrzygnięta między innymi na podstawie wiążącej strony umowy, z uwzględnieniem jednak art. 56 k.c., a także przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności

lecniczej - Dz.U. 2011, Nr 112, poz. 654), art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. 2011, Nr 277, poz. 1634) oraz art. 68 ust. 2 Konstytucji RP.

Sąd Okręgowy zaznaczył, że świadczeniodawcy przysługuje wobec Narodowego Funduszu Zdrowia roszczenie o wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe spełnione na rzecz osób ubezpieczonych w okolicznościach, w których było zagrożone zdrowie lub życie tych osób. Udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia albo zdrowia jest własnym ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy będącego zakładem opieki zdrowotnej, czy lekarzem. Nie wyłączają one obowiązków Narodowego Funduszu Zdrowia wynikających z innych ustaw. Obowiązki te mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne.

Zdaniem Sądu Okręgowego koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy zatem, zgodnie z art. 56 k.c., 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. Określone w umowach limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą sytuacji, w których istnieje konieczność natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia. Skoro więc istnieje ustawowy obowiązek udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a obowiązek sfinansowania udzielonych ubezpieczonym przez zakłady opieki zdrowotnej świadczeń spoczywa na Funduszu, to zdaniem Sądu pierwszej instancji należy uznać, że zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie, jeżeli tylko wykaże, że nastąpiło to w sytuacji określonej w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Dodatkowo, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie „kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej” (Dz. U. z dnia 13 października 2005 r.) wydane na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.) wskazuje iż: świadczeniodawca umieszcza świadczeniobiorcę, z wyjątkiem świadczeniobiorcy znajdującego się w stanie nagłym, na liście oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, zwanej dalej „listą oczekujących”, na podstawie następujących kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej: stanu zdrowia świadczeniobiorcy; rokowania co do dalszego przebiegu choroby; chorób współistniejących mających wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie, zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.

Świadczeniodawca, stosując kryteria medyczne kwalifikuje świadczeniobiorcę do kategorii medycznej:

- „przypadek pilny” - jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia,
- „przypadek stabilny” - w przypadku innym niż stan nagły;
- i przypadek, o którym mowa w lit a.

Świadczeniobiorcę zakwalifikowanego do kategorii medycznej „przypadek pilny” umieszcza się na liście oczekujących przed świadczeniobiorcami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej „przypadek stabilny”.

Zgodnie zaś z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z dnia 20 października 2006 r.) stan nagłego zagrożenia zdrowotnego to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania się zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia; przypadek pilny - to taki, w którym istnieje konieczność pilnego- udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego

pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia; przypadek stabilny - zachodzi w przypadku innym niż stan nagły i przypadek pilny.

Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027), a w szczególności biorąc pod uwagę treść art. 19 ust. 1 tej ustawy, w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Sytuację, w której świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym są udzielane przez świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zostały uregulowane w art. 19 ust. 4 i 5 powołanej ustawy. I w tym przypadku świadczeniodawcy przysługuje wynagrodzenie, które uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej.

W świetle powyższego Sąd Okręgowy przyjął, że nie ma wątpliwości, iż powód udzielił świadczeń 83 pacjentom znajdującym się w stanie nagłym oraz 2 pacjentom w stanie pilnym. W związku z tym Sąd pierwszej instancji uznał, że żądanie powoda zasługuje na uwzględnienie w przeważającej części (poza 2 przypadkami planowanymi). Podkreślił, że biegły szczegółowo analizował przypadki udzielonych świadczeń i wskazał podstawy kwalifikowania ich jako udzielonych w stanach nagłych i pilnych. Ocena dokonana przez biegłego pozwoliła rozwiązać wątpliwości dotyczące ustalenia występowania stanu nagłego i pilnego, jakie miała strona pozwana. Strona pozwana otrzymała od powodowego szpitala raporty, w których była określona przyczyna przyjęcia pacjentów, ustalona po przeprowadzonej już hospitalizacji, a nie przyczyna z chwili przyjęcia. W związku z tym wiele z tych przyczyn mogło rzeczywiście budzić wątpliwości pozwanego. Okoliczność ustalenia przyczyny hospitalizacji w chwili przyjmowania pacjenta w kontekście kwalifikacji jej jako stanu nagłego czy pilnego ma istotne znaczenie, jeśli uwzględni się różne objawy chorób, możliwość dalszego rozwoju dolegliwości bez dokładnej diagnostyki (np. silne bóle kręgosłupa pacjenta po dźwignięciu ciężaru bez wykonania badań nie wykluczają dalszych uszkodzeń, a po badaniach zdiagnozowano rwę kulszową i taką przyczynę wskazano w raporcie). Konsekwencją takich ustaleń jest uznanie, że mimo wyczerpania środków zakontraktowanych umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, powodowy Szpital nie mógł odmówić udzielenia pomocy pacjentom zgłaszającym się w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia.

W związku z powyższym, Sąd pierwszej instancji zasądził od Narodowego Funduszu Zdrowia w W. na rzecz Wojewódzkiego Szpitala (...) w Z. kwotę 233.168,00 zł.

Sąd Okręgowy oddalił powództwo w zakresie kwoty 4.940 zł jako nieuzasadnione, bowiem dotyczyło ono świadczeń udzielonych w 2 przypadkach przyjęcia planowanego.

O odsetkach ustawowych od zasądzonej na rzecz powoda kwoty Sąd pierwszej instancji orzekł na podstawie art. 481 § 1 i § 2 zd. 1 k.c., przyjmując jako termin początkowy ich naliczania 15 luty 2013 roku, to jest następny dzień po upływie terminu wyznaczonego zgodnie z ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (14 lutego 2013 roku) dla rozliczenia kontraktu, który to termin nie był kwestionowany przez stronę pozwaną.

O kosztach procesu Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art.100 k.p.c. obciążając pozwanego obowiązkiem zwrotu wszystkich kosztów powodowi, który uległ tylko w nieznacznej części swojego żądania (strona powodowa wygrała spór w 98%).

Na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, w zw. 100 k.p.c. Sąd Okręgowy nakazał pobrać od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia w W. na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Łodzi kwotę 11.740 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych od uwzględnionej części powództwa.

Apelację od powyższego wyroku wniosła strona pozwana, zaskarżając go w części uwzględniającej powództwo tj. w zakresie pkt 1 i 3 wyroku, zarzucając mu:

1) naruszenie prawa materialnego poprzez:

a) naruszenie art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz 581 z późn. zm.) zwanej dalej ustawą o świadczeniach, poprzez jego niezastosowanie do stanu faktycznego w niniejszej sprawie;

b) naruszenie art. 19 ust. 1, art. 132 ust. 1 i 4 oraz art. 136 u.ś.o.z., w związku 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;

c) naruszenie art. 56 k.c. poprzez błędną jego wykładnię, czego konsekwencją było przeprowadzenie w sposób sprzeczny z poprawnością logiczną, interpretacji zawartej pomiędzy stronami umowy, polegającej na uwzględnieniu wyłącznie takiej jej interpretacji, przy której zastosowanie znajduje art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (obecnie art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej), art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, z pominięciem włączenia do skutków umowy regulacji art. 19 ust 4 ustawy o świadczeniach, które determinuje wykazanie przez powoda samego faktu poniesienia i wysokości uzasadnionych kosztów;

d) naruszenie art. 19 ust. 1 u.ś.o.z oraz art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym poprzez ich błędną wykładnię polegającą na uznaniu, że w przedstawionym przez powoda stanie faktycznym zostały spełnione przesłanki pozwalające na ich zastosowanie, co skutkowało ustaleniem, że udzielone przez powoda świadczenia w 85 przypadkach wskazanych w pozwie dotyczyły sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego; naruszenie to nastąpiło na skutek naruszenia przepisów o postępowaniu;

2) naruszenie przepisów postępowania poprzez:

a) naruszenie art. 233 § 1 w związku z 232 zdanie pierwsze k.p.c. w związku z art. 6 kodeksu cywilnego poprzez przyjęcie, że wysokość roszczenia została udowodniona, mimo braku przedstawienia przez powoda jakichkolwiek okoliczności związanych z poniesieniem uzasadnionych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich wysokości;

b) naruszenie art. 284 k.p.c. w związku z art. 379 pkt 5) k.p.c. poprzez: nieuzasadnione dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sądowego w warunkach, w których naruszona została równowaga stron postępowania oraz zachodziła przesłanka pozbawienia pozwanego możliwości uczestniczenia w istotnej części postępowania i wobec braku możliwości usunięcia tego uchybienia, mimo zastrzeżenia zgłoszonego przez pozwanego w piśmie procesowym z dnia 3 czerwca 2015 roku;

c) naruszenie art. 235 § 1 k.p.c. poprzez przeprowadzenie dowodu z dokumentu, tj. dokumentacji medycznej poza sądem orzekającym, mimo złożonego przez pełnomocnika pozwanego zastrzeżenia w trybie art. 162 k.p.c.;

d) naruszenia art. 241 k.p.c. wobec braku powtórzenia postępowania dowodowego w części dotyczącej opinii biegłego, pomimo pozbawienia pozwanego możliwości udziału w czynnościach biegłego dokonywanych w obecności powoda, mimo złożonego przez pełnomocnika pozwanego zastrzeżenia w trybie art. 162 k.p.c.;

e) naruszenie art. 217 § 1 k.p.c. w związku z art. 227 k.p.c. i 278 § 1 k.p.c. poprzez brak rozpoznania wniosku dowodowego pozwanego o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego w zakresie księgowości na okoliczność wysokości kosztów, które poniosła strona powodowa w następstwie wykonania świadczeń w warunkach nagłych, w sytuacji gdy okolicznością istotną w sprawie było ustalenie uzasadnionych kosztów udzielonych świadczeń wobec zgłoszenia przez powoda, jako podstawy dochodzonego roszczenia art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i dla przeprowadzenia takiej oceny wymagane są wiadomości specjalne;

f) art. 328 § 2 k.p.c. poprzez brak wskazania w uzasadnieniu wyroku dowodów, na których Sąd się oparł wydając rozstrzygnięcie oraz brak wskazania rozstrzygnięcia co do pozostałych dowodów, które nie zostały przeprowadzone;

g) art. 236 k.p.c. poprzez niedopełnienie obowiązku wydania postanowienia w przedmiocie dowodów pomimo, iż sąd winien jest wydać postanowienie w zakresie przeprowadzenia lub odmowy przeprowadzenia dowodów w zakresie dowodów zgłoszonych przez pozwanego w odpowiedzi na pozew;

h) art. 227 k.p.c. w zw. z art. 224 k.p.c. poprzez zamknięcie rozprawy pomimo nieprzeprowadzenia postępowania dowodowego w całości, w konsekwencji nierozpoznanie istoty sprawy poprzez nieprzeprowadzenie dowodów z dokumentów szczegółowo wymienionych w odpowiedzi na pozew, w tym w szczególności wniosku dowodowego pozwanego o zobowiązanie powoda do wyliczenia i wskazania wysokości dodatkowych kosztów poniesionych w wyniku udzielania świadczeń, za które dochodzi on zapłaty nie pokrytych wynagrodzeniem otrzymywanym na podstawie zawartej umowy, a w przypadku braku takiego wyliczenia, powołanie biegłego z zakresu księgowości celem wyliczenia w oparciu o dane księgowe powoda udostępnione biegłemu, jaki procent ceny świadczenia ustalonej przez strony w umowie, na oddziale którego dotyczy pozew stanowią koszty stałe i koszty zmienne, celem ustalenia wysokości rzeczywistych dodatkowych wydatków powoda ponoszonych na udzielanie świadczeń ponadlimitowych, które to uchybienia doprowadziły do dokonania ustaleń faktycznych na podstawie niepełnego materiału dowodowego, prowadzących do stwierdzenia, że powodowi należna jest zapłata za świadczenia udzielone w trybie nagłym w określonej, stałej cenie za punkt, bez badania jakie były rzeczywiste, uzasadnione koszty poniesione przez powoda w związku z udzielaniem tych świadczeń.

W następstwie powyższych zarzutów skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w pkt 1 poprzez oddalenie powództwa w całości oraz związaną z tym zmianę rozstrzygnięcia o kosztach postępowania w pkt 3 wyroku, ewentualnie o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania apelacyjnego w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych, a w przypadku oddalenia apelacji - nieobciążanie strony pozwanej kosztami zastępstwa procesowego strony przeciwnej na zasadzie art. 102 k.p.c. z przyczyn wskazanych we wniosku o zwolnienie od kosztów sądowych.

W odpowiedzi na apelację strona powodowa wniosła o jej oddalenie i zwrot kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych.

W oparciu o dowody zebrane w postępowaniu przed Sądem pierwszej instancji oraz w toku postępowania apelacyjnego, Sąd Apelacyjny dodatkowo ustalił, co następuje:

W umowach nr (...) świadczenia zdrowotne rozliczane były między stronami za pomocą jednostki rozliczeniowej tzw. punktu rozliczeniowego. Cena za 1 punkt rozliczeniowy wszystkich świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego, bez względu na rodzaj tych świadczeń, ustalona została na kwotę 52 zł (umowy wraz z załącznikami k 13 -15, k 16 -20).

Cena za punkt rozliczeniowy nie była wynikiem jakiegokolwiek kalkulacji ekonomicznej kosztów udzielenia świadczeń zdrowotnych i ewentualnego zysku Szpitala. Została wskazana przez Narodowy Fundusz Zdrowia na etapie zawierania kontraktów jako tzw. cena oczekiwana (zeznanie dyrektora strony powodowej M. J. – protokół elektroniczny rozprawy apelacyjnej z dnia 7 września 2016 r. – 00:13:50 – 00:16:00 nagrania, wydruk strony internetowej NFZ; zakładka dla świadczeniodawców k 288 – 290). Koszt udzielenia świadczenia zdrowotnego nie był także kryterium oceny ofert zgodnie z zarządzeniem nr (...) Prezesa NFZ z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (zarządzenie k 297 -298). O wycenie punktu rozliczeniowego, jak i o liczbie tych punktów w ramach danego kontraktu decyduje w rzeczywistości NFZ jako monopolista (zeznanie dyrektora strony powodowej M. J. – protokół elektroniczny rozprawy apelacyjnej z dnia 7 września 2016 r. – 00:28:30 – 00:28:55).

Teoretycznie strona powodowa mogła w ofercie zaproponować niższą cenę, ale dla Szpitala byłoby to nieopłacalne ekonomicznie i generowało wyższe straty. Cena za 1 punkt rozliczeniowy w kwocie 52 zł też nie była opłacalna dla Szpitala (zeznanie dyrektora strony powodowej M. J. – protokół elektroniczny rozprawy apelacyjnej z dnia 7 września

2016 r. – 00:16:00 – 00:16:20 nagrania). Oferta Szpitala z wyższą ceną za punkt rozliczeniowy nie zostałaby przez stronę pozwaną przyjęta (zeznanie dyrektora strony powodowej M. J. – protokół elektroniczny rozprawy apelacyjnej z dnia 7 września 2016 r. – 00:42:00 – 00:42:30 nagrania).

Aby przystąpić do przetargu i zawrzeć kontrakt Wojewódzki Szpital (...) – Curie w Z. musiał spełnić określone przez stronę pozwaną wymogi co do odpowiedniego wyposażenia Oddziału Neurologicznego w sprzęt i personel (zeznanie dyrektora strony powodowej M. J. – protokół elektroniczny rozprawy apelacyjnej z dnia 7 września 2016 r. – 00:29:30 – 00:30:20 nagrania). W przypadku, gdyby nie doszło do podpisania kontraktu na udzielanie świadczeń zdrowotnych, strona powodowa pozostałaby z pełni wyposażonym Oddziałem Neurologicznym i zatrudnionym personelem bez możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (zeznanie dyrektora strony powodowej M. J. – protokół elektroniczny rozprawy apelacyjnej z dnia 7 września 2016 r. – 00:36:00 – 00:38:15 nagrania).

W negocjacjach poprzedzających zawarcie umów Wojewódzki Szpital (...) – Curie w Z. zgłosił w ofercie gotowość wykonania większej liczby świadczeń zdrowotnych z zakresu neurologii, na co pozwany ostatecznie nie wyraził zgody. Określając liczbę świadczeń w ofercie strona powodowa kierowała się danymi statystycznymi z lat ubiegłych. Szpital nie wykorzystuje w pełni swojego potencjału w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych i stale stara się zwiększenie kontraktów, ale Narodowy Fundusz Zdrowia nie uwzględnia tych próśb (zeznanie dyrektora strony powodowej M. J. – protokół elektroniczny rozprawy apelacyjnej z dnia 7 września 2016 r. – 00:25:40 – 00:26:40 nagrania, 00: 40:25 – 00:41:50 nagrania, oferta k 293 -295).

Strona powodowa nie może przewidzieć, czy zawarcie kontraktu z NFZ będzie rentowne. W trakcie wykonywania spornych umów dochodziło do sytuacji, w których Narodowy Fundusz Zdrowia z mocą wsteczną zmieniał strukturę świadczeń zdrowotnych, za które już zaliczkowo zapłacił. Dokonywał ex post ponownej weryfikacji świadczeń, wskazując, że w miejsce świadczenia planowego przedstawionego przez stronę powodową do rozliczenia i już zaliczkowo zapłaconego, dokonuje zapłaty za wykonane później świadczenie udzielone w tzw. stanach nagłych. Świadczenia tzw. planowe są z reguły wyceniane lepiej niż tzw. przypadki nagłe. Taka niepewność co do stanu wzajemnych rozliczeń trwa aż do momentu zakończenia roku rozliczeniowego. Strona powodowa sprzeciwiła się takiej formie rozliczania udzielonych już świadczeń zdrowotnych. W zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych na Oddziale Neurologicznym zdecydowana większość to świadczenia ratujące życie (zeznanie dyrektora strony powodowej M. J. – protokół elektroniczny rozprawy apelacyjnej z dnia 7 września 2016 r. – 00:17:00 – 00:23:20 nagrania, 00:23:50 -00:24:45 nagrania, 00:25:00 – 00:25:10 nagrania, 00:27:20 -00:27:45 nagrania).

Wojewódzki Szpital (...) – Curie w Z. nie rozliczał i nie rozlicza kosztów udzielonych świadczeń zdrowotnych na każdego pacjenta osobno. Takiej kalkulacji kosztów dokonuje jedynie dla danego oddziału szpitalnego (zeznanie dyrektora strony powodowej M. J. – protokół elektroniczny rozprawy apelacyjnej z dnia 7 września 2016 r. – 00:42:40 – 00:43:35 nagrania).

Wykonanie przez stronę powodową świadczeń ponadlimitowych nie jest sytuacją wyjątkową, występowała ona także na gruncie innych kontraktów zawartych przez strony (zeznanie dyrektora strony powodowej M. J. – protokół elektroniczny rozprawy apelacyjnej z dnia 7 września 2016 r. – 00:12:40 – 00:12:50 nagrania). Rozliczenie w takich sytuacjach następowało najczęściej w formie ugody, której warunki narzucała strona pozwana. Pozwany proponował zapłatę części wynagrodzenia z kontraktu bez odwołania do kalkulacji kosztów udzielonych świadczeń zdrowotnych (zeznanie dyrektora strony powodowej M. J. – protokół elektroniczny rozprawy apelacyjnej z dnia 7 września 2016 r. – 00:31:10 – 00:34:10 nagrania).

Wśród świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem sporu są świadczenia udzielone w różnym czasie i w różnych miesiącach 2012 r. (zestawienie świadczeń zdrowotnych nierozliczonych w 2012 r. k 48 -50). Strona pozwana w ramach kontraktu rozliczyła świadczenia udzielone później tj. w listopadzie i grudniu 2012 r. (zestawienie świadczeń zdrowotnych rozliczonych w 2012 r. k 22 – 48).

Powyższych ustaleń faktycznych Sąd Apelacyjny dokonał na podstawie powołanych wyżej dowodów oceniając je jako wiarygodne. Zeznania reprezentanta strony powodowej potwierdziły okoliczności faktyczne dotyczące sposobu zawarcia i rozliczenia spornych umów przedstawione już w pozwie. Taką formę rozliczeń potwierdzają także załączone do pozwu zestawienia świadczeń rozliczonych i zapłaconych przez pozwanego w 2012 r. oraz świadczeń spornych, będących przedmiotem procesu. W toku całego postępowania pozwany nie przedstawił żadnego dowodu, który mógłby podważyć te okoliczności.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja strony pozwanej jest niezasadna.

W pierwszej kolejności wypada odnieść się do zarzutów naruszenia prawa procesowego, bowiem w przekonaniu apelującego zmierzają one do wykazania, że Sąd Okręgowy uchylił się od rozpoznania istoty sporu, a nadto w toku postępowania na skutek uchybień procesowych doszło do pozbawienia pozwanego możliwości uczestniczenia w części postępowania, co wyczerpuje przesłanki z art. 379 pkt 5 k.p.c. i skutkuje obligatoryjnym uchyleniem zaskarżonego wyroku oraz przekazaniem sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji.

W przekonaniu Sądu Apelacyjnego żaden z tych zarzutów nie zasługuje na uwzględnienie.

Przede wszystkim analiza toku postępowania przed Sądem Okręgowym nie potwierdza tezy o pozbawieniu strony skarżącej możliwości obrony jej praw, a tym samym przywołanego w apelacji zarzutu naruszenia przepisów art. 284 k.p.c. w związku z art. 379 pkt 5 k.p.c. Naruszenia wskazanych norm skarżący upatruje w nieuzasadnionym dopuszczeniu dowodu z opinii biegłego sądowego, w warunkach w których rzekomo naruszona została równowaga stron, a pozwany został pozbawiony możliwości uczestniczenia w „...istotnej części postępowania”. Z uzasadnienia apelacji należy wnioskować, że istota opisanego wyżej uchybienia sprowadza się do kwestionowania przez pozwanego sytuacji procesowej, w której biegły sądowy dr n. med. R. G. przed wydaniem pisemnej opinii podstawowej zapoznał się z dokumentacją medyczną pacjentów, którym powodowy Szpital udzielił spornych świadczeń medycznych, w siedzibie strony powodowej i bez obecności reprezentanta pozwanego. W ocenie apelującego, późniejsze załączenie do akt sprawy wskazanych dokumentów i doręczenie ich kserokopii stronie pozwanej nie sanuje tych uchybień. Z powyższego stanowiska pozwanego wynikają kolejne zarzuty apelacji dotyczące naruszenia art. 235 § 1 k.p.c. poprzez przeprowadzenie dowodu z dokumentu, tj. dokumentacji medycznej poza sądem orzekającym oraz art. 241 k.p.c. poprzez niepowtórzenie postępowania dowodowego w części dotyczącej kwestionowanej opinii biegłego sądowego.

Wbrew pogładowi strony pozwanej, wskazane uchybienia procesowe, nawet gdyby hipotetycznie założyć, że istotnie miały miejsce, z pewnością nie mogą świadczyć o zaistnieniu przesłanki nieważności postępowania zdefiniowanej w art. 379 pkt. 5 k.p.c. W świetle wypracowanej w judykaturze i piśmiennictwie wykładni powołanego przepisu, nieważność postępowania występuje wówczas, gdy strona, wbrew swej woli zostaje faktycznie pozbawiona możliwości działania, w postępowaniu lub jego istotnej części, jeżeli skutki tego uchybienia nie mogły być usunięte w dalszym toku procesu przed wydaniem w danej instancji merytorycznego orzeczenia. Chodzi zatem o sytuacje, w których strona nie mogła - wbrew swej woli - brać i nie brała udziału w postępowaniu lub jego istotnej części (tak SN w wyroku z dnia 24 czerwca 2015 r. w sprawie II PK 189/14, LEX nr 1764808, w postanowieniu z dnia 19 czerwca 2015 r. w sprawie IV CSK 101/15, LEX nr 1770891 w postanowieniu z dnia 28 listopada 2002 r. w sprawie II CKN 399/01, LEX nr 196607). Tego rodzaju sytuacja z pewnością nie wystąpiła w rozpatrywanej sprawie. W toku postępowania przed Sądem pierwszej instancji pełnomocnik pozwanego składał pisma procesowe, prezentował osobiście stanowisko procesowe na terminach rozprawy, zgłosił zastrzeżenia do opinii biegłego sądowego dr n. med. R. G. w piśmie z dnia 8 czerwca 2015 r. i brał udział w wysłuchaniu tego biegłego na rozprawie poprzedzającej wydanie zaskarżonego wyroku. Tym samym postępowanie odbywało się przy udziale skarżącego, w sposób, który umożliwia mu zaprezentowanie swoich racji. Aktywne uczestnictwo strony w procesie samo w sobie wyklucza możliwość uznania, iż została zrealizowana przesłanka nieważności z art. 379 pkt 5 k.p.c. Jak podkreślił Sąd Najwyższy w uzasadnieniu postanowienia z dnia 11 marca 2008 r. w sprawie II CSK 593/07 (LEX nr 494150), nie może być mowy o nieważności postępowania z powodu

pozbawienia strony możliwości obrony swych praw, jeśli mimo naruszenia przez sąd przepisów procesowych strona podjęła czynności w procesie.

W świetle przedstawionej wykładni przepisu art. 379 pkt 5 k.p.c. , nawet ewentualne przeprowadzenie jednego z dowodów w warunkach nieważności nie przekłada się na pozbawienie strony możliwości obrony jej praw, jeśli następnie strona mogła się do owego dowodu ustosunkować i zająć stanowisko w sprawie. Przeprowadzony w warunkach nieważności dowód jest natomiast dotknięty taką wadliwością, która powoduje bezskuteczność tej czynności, dowód ten nie może być nadal traktowany jako materiał sprawy. W rezultacie Sąd nie może na nim oprzeć swego rozstrzygnięcia. Jeśli zaś włączył tego rodzaju dowód do podstawy orzekania, to uchybienia tego nie można zakwalifikować jako nieważności postępowania. Jest to jedynie uchybienie procesowe , które mogło mieć wpływ na wynik sprawy (podobnie SN w uzasadnieniu wyroku z dnia 17 listopada 1977 r. w sprawie IV CR 434/77, LEX nr 8029).

Co więcej, w realiach sporu nie doszło do uchybienia żadnemu ze wskazanych w apelacji przepisów prawa procesowego, które skarżący wiąże z naruszeniem jego prawa do obrony. Jest to o tyle istotne, że przy ocenie, czy doszło do pozbawienia strony możliwości działania, trzeba najpierw rozważyć, czy nastąpiło naruszenie przepisów procesowych, a dopiero następnie zbadać, czy uchybienie to wpłynęło na możliwość strony do działania w postępowaniu. Dopiero kumulatywne spełnienie tych warunków pozwala przyjąć , że strona została pozbawiona możliwości działania. Należy mieć również na uwadze, że w postępowaniu apelacyjnym Sąd drugiej instancji jest związany przywołanymi w apelacji zarzutami naruszenia prawa procesowego. Związanie to wyraża się w tym, że Sąd Apelacyjny nie bada i nie rozważa wszystkich możliwych naruszeń prawa procesowego popełnionych przez sąd pierwszej instancji (por. wyrok SN z 7 kwietnia 2011 w sprawie I UK 357/10, LEX nr 863946; wyrok z dnia 18 czerwca 2010 r. w sprawie V CSK 448/09, LEX nr 677914).

W sposób oczywisty w toku postępowania nie doszło do naruszenia przepisu art. 284 k.p.c. poprzez nieuzasadnione dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sądowego w warunkach naruszenia równowagi stron. Dowód z opinii biegłego sądowego z zakresu neurologii został dopuszczony na rozprawie w dniu 28 listopada 2013 r. w obecności pełnomocników stron i po zajęciu przez nich stanowisk procesowych (vide protokół rozprawy k 83). Ostatecznie także, wobec trudności w wyłonieniu kandydata na biegłego, osoba biegłego dr n. med. R. G. wskazana została na rozprawie w obecności pełnomocnika pozwanego (vide protokół rozprawy z 17 lipca 2014 r. k 128). Powołany w treści apelacji przepis art. 284 k.p.c. w ogóle nie odnosi się do dopuszczenia dowodu z opinii biegłego sądowego, ani też nie ma charakteru gwarancyjnego dla zachowania równowagi stron sporu. Uzasadnienie zarzutu nie przystaje zatem do normy prawa procesowego, której - w przekonaniu skarżącego - uchybił Sąd pierwszej instancji. W myśl art. 284 k.p.c. sąd może zarządzić okazanie biegłemu akt sprawy i przedmiotu oględzin oraz zarządzić, aby brał udział w postępowaniu dowodowym. Sąd Okręgowy już w postanowieniu z dnia 28 listopada 2013 r. o dopuszczeniu dowodu zarządził udostępnienie akt sprawy biegłemu. Wyraźnie także zaznaczył, że biegły jest uprawniony do wykonania innych czynności, które uzna za konieczne do wydania opinii. Tak zakreślona teza dowodowa wiązała się z podaną przez powoda w pozwie informacją, że o ile wydanie opinii będzie tego wymagać, biegły może zapoznać się z dokumentacją medyczną pacjentów w siedzibie Szpitala (vide pozew k 5 akt). Czynności tej nie można jednak utożsamiać z dowodem z oględzin dokumentacji medycznej, czy też z przewidzianym w art. 244 i nast. k.p.c. dowodem z dokumentów. Treść owej dokumentacji sama w sobie nie stanowiła bowiem przedmiotu ustaleń faktycznych Sądu pierwszej instancji. Przedmiotem sporu nie był przebieg leczenia, ocena zastosowanej terapii czy skuteczności wykonanych zabiegów, a jedynie kwalifikacja udzielonych świadczeń w kontekście przesłanek ustawowych z art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. W tym stanie rzeczy proces zapoznania się biegłego z dokumentacją medyczną, podobnie jak zapoznanie się z aktami sprawy, miał wyłącznie charakter czynności wstępnych poprzedzających wydanie zleconej opinii. W orzecznictwie wyrażany jest pogląd, że przepisy Kodeksu postępowania cywilnego nie wymagają obecności stron przy wstępnym opracowaniu przesłanek opinii przez biegłego, które odbywa się poza posiedzeniem sądowym. Taki charakter ma np. badanie diagnostyczne strony w celu wydania opinii lekarskiej o stanie jej zdrowia, które także odbywa się pod nieobecność strony przeciwnej i nie jest przeprowadzane przed sądem orzekającym lub sędzią wyznaczonym (por. orzeczenie SN

z dnia 31 października 1962 r., II CR 818/61, NP 1965, nr 2, s. 188; wyrok SN z dnia 4 grudnia 2007 r. w sprawie I UK 160/07, OSNP 2009/1-2/21). Wskazówek dla oceny, czy w danej sprawie konieczne jest przeprowadzenie dowodu z oględzin przez Sąd, czy też wystarczające jest powierzenie odpowiednich ustaleń biegłemu, dostarczył Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 20 czerwca 1984 r. w sprawie II CR 197/84 (OSNCP 1985/2-3/37), podkreślając, że dokonanie i udokumentowanie potrzebnych spostrzeżeń w toku oględzin z udziałem biegłego może być uzasadnione wówczas, gdy obejrzenie przedmiotu sporu może pozwolić na stwierdzenie także przez Sąd istotnych dla sprawy faktów. W przeciwnym razie sąd powinien powierzyć biegłemu zadanie poczynienia spostrzeżeń faktycznych, jako przesłanki jego opinii. Nie budzi wątpliwości, że w rozpatrywanej sprawie dla odpowiedzi na pytania zakreślone w tezie dowodowej dla dowodu z opinii biegłego samodzielne spostrzeżenia Sądu orzekającego były nieprzydatne.

Wbrew sugestiom pozwanego, fakt iż biegły zapoznał się z dokumentacją medyczną pacjentów w siedzibie powodowego Szpitala nie jest tożsamy z przeprowadzeniem tych czynności z udziałem strony powodowej. Z zebranego materiału dowodowego w żadnym razie nie wynika, by w czynnościach tych - sprowadzających się w istocie do odczytania dokumentacji - biegłemu sądowemu dr n. med. R. G. towarzyszyła jakakolwiek osoba uprawniona do reprezentacji strony powodowej, by udzielała mu wyjaśnień. Okolicznościom tym stanowczo zaprzeczał pełnomocnik powoda (vide odpowiedź na apelację k 275). Nie bez znaczenia jest i to, że zastrzeżenia formalne dotyczące czynności zapoznania się przez biegłego z dokumentacją medyczną strona pozwana podniosła po raz pierwszy dopiero w piśmie procesowym z dnia 13 marca 2015 r. tj. po wydaniu i doręczeniu kolejnej, upełniającej opinii biegłego. Tymczasem jak wyżej wskazano, informacja o miejscu przechowywania dokumentacji medycznej znajdowała się już w pozwie, a w podstawowej opinii pisemnej z dnia 23 sierpnia 2014 biegły wprost wskazał, że zapoznał się z dokumentacją pacjentów w siedzibie Szpitala (vide k 142). W piśmie procesowym z dnia 13 października 2014 r., w którym pozwany ustosunkował się do opinii podstawowej, nie zgłoszono w tym przedmiocie żadnych zastrzeżeń.

Co jednak najistotniejsze, w rozpatrywanej sprawie Sąd Okręgowy ostatecznie przeprowadził także dowód z dokumentu w postaci dokumentacji medycznej, załączając ją do akt i przesyłając jej kopie stronie pozwanej, a także zakreślając skarżącemu dodatkowy termin dla ustosunkowania się do opinii biegłego po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną pacjentów. Wywody apelującego, iż nie zostało wykazane czy dokumentacja złożona do akt jest kompletna i czy zawiera wszystkie dokumenty, z którymi zapoznał się biegły, opierają się wyłącznie na subiektywnych wątpliwościach pozwanego, które nie zostały w toku sporu w żaden sposób wykazane. Powód zaprzeczał tym okolicznościom, zaś biegły sądowy nie zgłaszał żadnych zastrzeżeń co do kompletności dokumentacji lub potrzeby jej uzupełnienia (vide opinia podstawowa k 142).

W realiach sporu z pewnością nie doszło również do naruszenia zasady bezpośredniości, której wyrazem jest przepis art. 235 k.p.c. O jego naruszeniu można mówić, gdy Sąd meriti dokonuje ustaleń faktycznych na podstawie dowodów, które nie zostały w formalny sposób dopuszczone i przeprowadzone na rozprawie. Z pewnością taka sytuacja nie występuje w rozpatrywanej sprawie. Sąd pierwszej instancji przeprowadził postępowanie dowodowe nie naruszając zasady wyrażonej w art. 235 § 1 k.p.c. Z zachowaniem wymogów procesowych dopuścił i przeprowadził dowód z opinii biegłego sądowego z zakresu medycyny, jak i ostatecznie dowód z dokumentacji medycznej, choć ten dowód z dokumentu nie stanowił bezpośredniej podstawy ustaleń faktycznych. W tym stanie rzeczy całkowitym nieporozumieniem jest twierdzenie, że dowód z dokumentacji medycznej został przeprowadzony poza sądem orzekającym.

W zaistniałej sytuacji procesowej brak było podstaw dla powtórzenia postępowania dowodowego w zakresie opinii biegłego sądowego dr n. med. R. G.. Już po załączeniu do akt sprawy dokumentacji medycznej pacjentów, zarządzeniem z dnia 23 kwietnia 2015 r. Sąd Okręgowy udzielił stronie pozwanej 30-dniowego terminu do zapoznania się z tymi dokumentami i ewentualnego zgłoszenia zarzutów do opinii biegłego sądowego (zarządzenie k 202). Skarżący złożył pismo procesowe, w którym nadal podtrzymywał formalne zastrzeżenia co do sposobu wydania opinii, zgłosił także uwagi co do oceny szczegółowo wskazanych świadczeń zdrowotnych udzielonych przez powoda. Do wszystkich tych zastrzeżeń biegły sądowy odniósł się na rozprawie w dniu 21 września 2015 r. w obecności pełnomocnika pozwanego. W tym stanie rzeczy nie sposób uznać, iż zachodziła potrzeba ponowienia dowodu z opinii biegłego sądowego, tylko z tej przyczyn, iż wydając opinię pisemną biegły zapoznał się z dokumentacją medyczną w

siedzibie powoda, przed jej formalnym włączeniem w poczet materiału dowodowego. Niezasadny pozostaje zatem zarzut naruszenia art. 241 k.p.c.

Nadto należy wskazać, że według twierdzeń powoda, dopełnił on wszelkich obowiązków sprawozdawczych, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 roku w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. Nr 123, poz.801), także w stosunku do spornych świadczeń. Pozwany w toku całego sporu okoliczności tej nie kwestionował. Oznacza to, że pozwany jeszcze przed wytoczeniem powództwa dysponował danymi pacjentów oraz informacjami dotyczącymi zakwalifikowania ich do leczenia oraz rodzaju i ilości udzielonych im świadczeń.

Uważna lektura uzasadnienia apelacji przekonuje, że za pomocą wskazanych wyżej zarzutów skarżący w istocie stara się podważyć ocenę dowodów przeprowadzoną przez Sąd pierwszej instancji w zakresie, w jakim mocą dowodową obdarzono opinię biegłego dr n.med. R. G. i dowód ten uznano za wiarygodny. Wobec braku zarzutu naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c. argumentacja ta nie może jednak wywołać zamierzonego skutku procesowego. Skarżący co prawda zarzucił Sądowi Okręgowemu uchybienie i tej normie prawa procesowego, ale wyraźnie wiąże je jedynie z udowodnieniem wysokości roszczenia (pkt 5 na stronie 2 apelacji), zaś opinia biegłego nie służyła wykazaniu tych okoliczności. Tym niemniej wypada podzielić przedstawioną w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku ocenę, iż analizowana opinia jest spójna, logiczna i odpowiada na pytania Sądu. W szczególności biegły wskazał i uzasadnił kryteria, jakimi kierował się dokonując kwalifikacji świadczeń udzielonych poszczególnym pacjentom. Podał racjonalne przyczyny, dlaczego decydujący dla ustalenia charakteru świadczenia był moment przyjęcia pacjenta na oddział, a nie ostateczna diagnoza po przeprowadzeniu wszystkich badań. W odpowiedzi na uwagi pozwanego, w ustnej opinii uzupełniającej podał również podstawy kwalifikacji świadczeń szczegółowo wskazanych w piśmie z dnia 8 czerwca 2015 r. Trzeba również przypomnieć, że opinia biegłego nie może być weryfikowana, a zwłaszcza dyskwalifikowana w całości bądź co do wniosków, bez posłużenia się wiedzą specjalistyczną. Sąd może ją zatem ocenić pod względem fachowości, rzetelności, zachowania reguł logicznego rozumowania, nie może jednak nie podzielić merytorycznych poglądów biegłego bez odwołania do innego dowodu przeprowadzonego w trybie art. 278 k.p.c. (podobnie SN w wyroku z dnia 5 lutego 2014 r. w sprawie V CSK 140/13, LEX nr 1458681). W realiach sporu strona pozwana nie zdołała z zachowaniem powyższych wymogów podważyć konkluzji opinii biegłego sądowego dr n. med. R. G. co do kwalifikacji spornych świadczeń zdrowotnych jako udzielonych w tzw. stanach nagłych, związanych z bezpośrednim zagrożeniem życia i zdrowia pacjenta.

Druga grupa zarzutów obraży prawa procesowego zgłoszonych w apelacji skupia się na uchybieniach związanych z pominięciem wniosku dowodowego pozwanego zgłoszonego już w odpowiedzi na pozew, a dotyczącego dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu księgowości na okoliczność ustalenia wysokości kosztów, jakie powód poniósł w związku z wykonaniem spornych świadczeń medycznych. Potrzebę przeprowadzenia tego dowodu apelujący jednoznacznie wiąże z przyjętą koncepcją podstawy prawnej dochodzonego pozwem roszczenia, które w jego przekonaniu może opierać się wyłącznie na przepisie art. 19 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2015 r., poz. 581).

Rację ma apelujący podkreślając, że obowiązkiem Sądu Okręgowego było wyraźne wypowiedzenie się w przedmiocie analizowanego wniosku dowodowego, co jednak nie oznacza, że doszło do obrazy przepisu art. 236 k.p.c., ten bowiem wskazuje jedynie, pozytywną treść postanowienia o dopuszczeniu dowodu. Uchybienie polegające na niewydaniu postanowienia o odmowie przeprowadzenia dowodu ma przy tym znaczenie o tyle tylko, o ile strona dowiedzie, że miało ono wpływ na treść rozstrzygnięcia, co w rozpatrywanej sprawie nie zachodzi.

Niezasadny pozostaje również zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. W orzecznictwie ugruntowane jest stanowisko, że zarzut naruszenia 328 § 2 k.p.c. może być usprawiedliwiony jedynie w wyjątkowych okolicznościach, tj. tylko wówczas, gdy treść uzasadnienia orzeczenia sądu pierwszej instancji całkowicie uniemożliwia odtworzenie toku rozumowania sądu lub w przypadku zastosowania prawa materialnego do niedostatecznie jasno ustalonego stanu faktycznego (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 10 stycznia 2013 r., III APa 63/12, LEX nr 1254543 i wyrok

Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 24 stycznia 2013 r., I ACa 1075/12, LEX nr 1267341). W sprawie niniejszej tego typu wyjątkowe okoliczności nie występują, bowiem zaprezentowany w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia tok rozumowania Sądu Okręgowego nie budzi wątpliwości i poddaje się kontroli instancyjnej. Z uzasadnienia wynikają także przyczyny, dla których Sąd pierwszej instancji pominął wnioski dowodowe o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu księgowości, przyjmując, że dowód ten jest nieprzydatny dla rozstrzygnięcia sporu w sytuacji, gdy zachodzą podstawy do zastosowania art. 56 k.c. i rozciągnięcia skutków umowy w zakresie zasad ustalenia wynagrodzenia także na świadczenia zdrowotne udzielane ubezpieczonym w tzw. stanach nagłych, których obowiązek udzielenia wynika z przepisów ustaw – art. 19 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 15 ustawy o działalności leczniczej, a także przepisu art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Akceptacja tego stanowiska, o czym w dalszych wywodach, przesądza o bezzasadności pozostałych zarzutów naruszenia prawa procesowego tj. art. 217 § 1 k.p.c. w związku z art. 227 k.p.c. i art. 278 § 1 k.p.c. poprzez brak rozpoznania wniosku dowodowego pozwanego o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu księgowości, a nadto obraży art. 227 k.p.c. w związku z art. 224 k.p.c. poprzez zamknięcie rozprawy pomimo nieprzeprowadzenia postępowania dowodowego w całości, a w konsekwencji nierozpoznanie istoty sprawy. Zadecydowała również o oddaleniu przez Sąd Apelacyjny tożsamego wniosku dowodowego o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego z zakresu księgowości ponowionego na rozprawie apelacyjnej w dniu 7 września 2016 r.

W ślad za trafnym stanowiskiem Sądu Najwyższego wyrażonym w wyroku z dnia 7 maja 2014 roku w sprawie II CSK 481/13 (LEX nr 1483576) wypada wskazać, że art. 227 k.p.c. nie przewiduje ani nie określa uprawnień sądu związanych z rozpoznawaniem sporu, lecz wyznacza granice, w jakich podawane fakty mogą być przedmiotem dowodu w postępowaniu cywilnym. Na jego podstawie sąd dokonuje selekcji zgłaszanych dowodów z punktu widzenia oceny istotności okoliczności faktycznych, których wykazaniu dowody te mają służyć. Bezsprzecznie o tym, które fakty mają dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie, decydują zaś przepisy prawa materialnego mające zastosowanie w sprawie. Podobnie zarzut naruszenia art. 217 w zw. z art. 227 k.p.c. może zostać uznany za skuteczny jedynie wówczas, gdy zachodzi związek przyczynowy pomiędzy naruszeniem przepisu proceduralnego a treścią orzeczenia. Przepis art. 227 k.p.c. uprawnia bowiem sąd do selekcji zgłoszonych dowodów, jako skutku przeprowadzonej oceny istotności okoliczności faktycznych, których wykazaniu dowody te mają służyć. Nieistnienie związku pomiędzy zawioskowanym dowodem, czy dowodami a istotą zawisłego sporu skutkuje przyjęciem zbędności przeprowadzenia postępowania dowodowego w określonym zakresie. W realiach sporu pominięcie przez Sąd pierwszej instancji wnioskowanego przez pozwanego dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu księgowości, czy też dowodu w postaci sporządzonego samodzielnie przez powoda wyliczenia kosztów poniesionych na skutek udzielenia spornych świadczeń zdrowotnych, było konsekwencją zastosowania i określonej wykładni art. 56 k.c., która ostatecznie prowadziła do wniosku, że dowody te nie dotyczą okoliczności relewantnych prawnie, a zatem pozostają nieprzydatne dla rozstrzygnięcia. Sąd pierwszej instancji stanął na stanowisku, że ustalenie wartości spornych świadczeń poprzez odwołanie do wiadomości specjalnych biegłego, czy na podstawie własnej kalkulacji kosztów powoda, nie było konieczne, gdyż rozliczenie między stronami sporu powinno nastąpić w oparciu o wynikające z kontraktów kryteria, a zatem przy pomocy stawki za tzw. punkt rozliczeniowy.

Tym samym także zamknięcie rozprawy bez przeprowadzenia wskazanych dowodów nie świadczy o uchybieniu normie art. 224 k.p.c. Dodatkowo wypada zauważyć, że aktualna redakcja powołanego przepisu nie daje podstaw do formułowania zarzutu niewyjaśnienia wszystkich okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy. Przepis art. 224 § 1 k.p.c. w obecnym brzmieniu nie zawiera wymogu, by zamknięcie rozprawy było poprzedzane dokonaniem przez Sąd oceny, czy sprawa została dostatecznie wyjaśniona.

W konsekwencji nie można zasadnie wywodzić, że w następstwie wskazanych wyżej uchybień procesowych Sąd Okręgowy uchylił się od rozpoznania istoty sporu. Zgodnie z powszechnie akceptowanym w orzecznictwie poglądem, do nierozpoznania istoty sprawy dochodzi wówczas, gdy rozstrzygnięcie sądu pierwszej instancji nie odnosi się do tego, co było przedmiotem sprawy, gdy zaniechał on zbadania materialnej podstawy żądania albo merytorycznych zarzutów strony, bezpodstawnie przyjmując, że istnieje przesłanka materialnoprawna lub procesowa unicestwiająca roszczenie

(por. wyr. SN z 12.2.2002 r., I CKN 486/00, OSP 2003, Nr 3, poz. 36). Odmienna ocena prawna danego roszczenia, nawet jeśli łączy się z potrzebą poczynienia uzupełniających ustaleń faktycznych, nie upoważnia do przypisania sądowi pierwszej instancji nierozpoznania istoty sprawy, a dowodzi jedynie, że istota sprawy została rozpoznana nieprawidłowo (podobnie SN w postanowieniu z dnia 9 sierpnia 2016 r. w sprawie II CZ 113/16, LEX nr 2094781). Z pewnością o nierozpoznaniu istoty sprawy nie świadczy także oddalenie czy pominięcie części wniosków dowodowych zgłoszonych przez stronę, będące skutkiem przeprowadzonej na podstawie art. 227 k.p.c. oceny, że fakty, które za ich pomocą miały zostać wykazane, w istocie nie miały znaczenia dla rozstrzygnięcia sporu. Oceny, czy Sąd rozpoznał istotę sprawy dokonuje się bowiem na podstawie analizy żądań pozwu i przepisów prawa materialnego stanowiącego podstawę rozstrzygnięcia, nie zaś na podstawie ewentualnych wad postępowania wyjaśniającego.

Przedstawione dotychczas rozważania przekonują również o bezzasadności zarzutu naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c. w związku z art. 232 zdanie pierwsze k.p.c. w związku z art. 6 k.p.c. poprzez przyjęcie, że wysokość roszczenia została udowodniona. Ponownie wypada zaznaczyć, że stanowisko Sądu Okręgowego o zasadności dochodzonego roszczenia oparte jest na odmiennej od przedstawianej przez apelującego koncepcji ustalenia wysokości należnego stronie powodowej wynagrodzenia i braku podstaw dla zastosowania w rozpatrywanej sprawie przepisu art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jedynie uzupełniająco wypada zauważyć, że strona powodowa nie dysponuje danymi dotyczącymi kosztów udzielenia świadczeń zdrowotnych poszczególnym pacjentom, których przedstawienia domagał się pozwany w odpowiedzi na pozew, bowiem nie prowadziła tego rodzaju kalkulacji. Taki stan rzeczy wynikał m.in. z ugruntowanej dotychczasowej praktyki rozliczania tzw. świadczeń ponadlimitowych przez pozwanego, który nie żądał przedstawienia kalkulacji kosztów.

Chybione pozostają przywołane w apelacji zarzuty naruszenia prawa materialnego tj. przepisów art. 19 ust. 1 , art. 19 ust. 4, art. 132 ust. 1 i art. 136 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z art. 56 k.c. Wszystkie wskazane uchybienia normom prawa materialnego apelujący wywodzi z przyjętej koncepcji rozliczania tzw. świadczeń ponadlimitowych w stanach nagłych, opartej na założeniu, że w tym zakresie świadczeniodawcą, który zawarł kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia należy traktować analogicznie jak podmiot, który w ogóle nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W konsekwencji świadczeniodawcy należy się wyłącznie zwrot uzasadnionych kosztów udzielenia tego rodzaju świadczeń na zasadach i w trybie przewidzianym w art. 19 ust. 4 i ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Na poparcie tego stanowiska skarżący przywołuje pogląd Sądu Najwyższego wyrażony w wyroku z dnia 27 sierpnia 2015 r. w sprawie III CSK 455/14 (LEX nr 1800063), cytując w uzasadnieniu apelacji obszernie fragmenty uzasadnienia tego orzeczenia.

Sąd Apelacyjny, w składzie rozpoznającym apelację, nie podziela argumentacji przedstawionej w powołanym judykacie i powielonej przez pozwanego. Z wywodów apelacji wynika, że także skarżący - w ślad za wywodami Sądu Najwyższego przedstawionymi w uzasadnieniu wyroku z dnia 27 sierpnia 2015 r. w sprawie III CSK 455/14 – podziela pogląd, że w przypadku tzw. świadczeń ponadlimitowych w stanach nagłych źródłem obowiązku finansującego jest umowa zawarta ze świadczeniodawcą. W dalszych wywodach przyjmuje jednak, analizując treść art. 132 ust. 1 i 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, że świadczenia nieokreślone w umowie finansowane przez Fundusz są udzielane na rzecz osób ubezpieczonych wyłącznie w przypadkach i na zasadach określonych w ustawie, a zatem na podstawie art. 19 ust. 4 tej ustawy. Przepis ten określa zatem zasady finansowania tego rodzaju świadczeń zarówno w stosunku do podmiotu leczniczego, który w ogóle nie zawarł umowy, jak i podmiotu leczniczego, który umowę zawarł, ale dane świadczenie udzielone w stanie nagłym nie jest objęte kontraktem. Podsumowując, podmiot który zawarł umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, ale wykonał świadczenia ponad określony limit lub w niej nie przewidziane, a więc świadczenia nieokreślone w umowie, może domagać się zwrotu uzasadnionych kosztów ich udzielania, a nie wynagrodzenia według stawek umownych.

Przyjęcie przedstawionego wyżej stanowiska prowadzi zatem do wniosku, że skutkiem zastosowania przepisu art. 56 k.c. jest ostateczna konkluzja , iż w zakresie świadczeń ponadlimitowych w stanach nagłych umowa stron nie ma

zastosowania, a świadczeniodawca powinien być traktowany analogicznie jak podmiot, który w ogóle nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. W ocenie Sądu Apelacyjnego tego rodzaju rozumowanie pozostaje w opozycji do istoty regulacji z art. 56 k.c. Jak wyjaśnia się w orzecznictwie, sens normatywny tego przepisu polega na rozszerzeniu zakresu skutków czynności prawnej przez powiązanie z nią skutków wynikających z ustawy, zasad współzycia społecznego i ustalonych zwyczajów (tak SN w wyroku z dnia 7 października 2015 r. w sprawie I CSK 722/15, LEX nr). Dokonujący czynności prawnej winien liczyć się z tym, że oprócz skutków objętych jego zamiarem powstaną również skutki wynikające ze źródeł wskazanych w art. 56 k.c. Mamy zatem do czynienia z sytuacją, w której określone skutki ustawodawca narzuca w związku z dokonaniem przez podmiot danego typu czynności prawnej (tak Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Tom I. Część ogólna pod red. A. Kidyby, WKP 2012, teza 23 do art. 56 k.c.).

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, ustawowym skutkiem czynności prawnej nie może być jednak konkluzja, że czynność prawna (umowa) nie wiąże stron, a kontrahent powinien być traktowany tak, jak podmiot który w ogóle czynności nie dokonał. Jeśli bowiem na gruncie rozpatrywanej sprawy uznamy, że w zakresie świadczeń ponadlimitowych w stanach nagłych świadczeniodawcy z Narodowym Funduszem Zdrowia nie wiąże umowa, to zasady ich udzielenia i rozliczenia wynikają z mocy samej ustawy bez potrzeby sięgania do konstrukcji art. 56 k.c. Przy tym założeniu podmiot taki odpowiada bowiem definicji „świadczeniodawcy, który nie zawarł umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych” i ustawa w zakresie refundacji kosztów świadczeń w stanach nagłych znajduje do niego zastosowanie wprost, a nie dlatego, że w zakresie innych świadczeń wiąże go umowa z Funduszem. Innymi słowy, koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego nie są przy tej koncepcji skutkiem, jaki z mocy art. 56 k.c. wywołuje umowa zawarta z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Analiza przepisu art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych prowadzi do wniosku, że w zakresie regulacji zawartych w ust. 1 i ust. 2 w istocie stanowi on gwarancję dla ubezpieczonego świadczeniobiorcy, że w tzw. stanie nagłym świadczenie zostanie mu udzielone niezwłocznie i bezpłatnie. W tym kontekście należy odczytywać unormowanie zawarte w art. 19 ust. 4 powołanej ustawy. Brak umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia oznacza bowiem, że między świadczeniodawcą a Funduszem nie zostały wypracowane i ustalone żadne zasady rozliczania świadczeń zdrowotnych, stąd potrzeba wprowadzenia szczególnej regulacji ustawowej w tej materii, zbliżonej do koncepcji odszkodowania obejmującego wyłącznie jedną postać szkody tj. *damnum emergens*. Odmienna sytuacja zachodzi natomiast wtedy, gdy umowa wiąże świadczeniodawcę i Narodowy Fundusz Zdrowia, w jej treści zostały uzgodnione zasady rozliczenia danego rodzaju świadczeń, w tym tych udzielanych w stanach bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia pacjenta, a jedynie dane świadczenie w tzw. stanie nagłym udzielone zostało ponad umownie określony limit. Obowiązek jego udzielenia jest w takiej sytuacji ustawowym skutkiem łączącej strony umowy (art. 56 k.c.), a treść kontraktu wyznacza zasady jego rozliczenia.

W dotychczasowym orzecznictwie Sąd Najwyższy przyjmował, 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. Sąd Najwyższy zaznaczył 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. wyroku z dnia 12 grudnia 2006 r., sygn. akt II CSK 279/06; LEX 445373; wyrok z dnia 10 maja 2006 r., sygn. akt III CSK 53/05, LEX nr 258669). W judykaturze podkreśla się dodatkowo, że 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, zwłaszcza w warunkach, w których dochodzi do nadużycia przez Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązku określonego w art. 136 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tak SN w uzasadnieniu wyroku z dnia 12 marca 2009 r. w sprawie V CSK 272/08, LEX nr 530613).

Przesłankę dla zrównania sytuacji prawnej podmiotu, który w ogóle nie zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz świadczeniodawcy, który jest związany z Funduszem umową

o udzielanie świadczeń zdrowotnych danego rodzaju, a jedynie wykonał te świadczenia ponad limit określony w kontrakcie, nie da się w przekonaniu Sądu Apelacyjnego wyprowadzić z art. 132 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Analizowany przepis znajduje się w rozdziale poświęconym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy ze świadczeniodawcami. Reguluje umowną podstawę udzielenia świadczeń zdrowotnych i warunki zawarcia kontraktu. W tym kontekście należy także analizować ust. 4 art. 132 powołanej ustawy. W rezultacie brak jest podstaw dla utożsamiania świadczeń opieki zdrowotnej nieokreślonych w umowie, o których mowa w powołanym przepisie, ze świadczenia wskazanymi w umowie, ale wykonanymi ponad limit w wyniku obowiązku ustawowego wynikającego z art. 15 ustawy o działalności leczniczej, zwłaszcza w sytuacji, gdy tak jak w rozpatrywanej sprawie w chwili udzielenia świadczenia strony nadal związane są kontraktem, które wartość ogólna nie została przekroczona. Nie budzi przecież wątpliwości, że świadczeniodawca, który zawarł umowę, może udzielić świadczeń zdrowotnych tego rodzaju, które w ogóle nie były objęte kontraktem np. udzielić pomocy pacjentowi z zawałem w sytuacji braku zakontraktowanych świadczeń kardiologicznych. Jedynie tego rodzaju sytuacji dotyczy zatem przepis art. 132 ust. 4 ustawy.

O tym, że ustawodawca rozróżnia sytuację udzielenia świadczeń ponad limit określony w umowie od świadczenia opieki medycznej bez zawartego kontraktu przekonują także przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych tj. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2016 r., poz. 192), które w ramach obowiązku gromadzenia i raportowania danych do Narodowego Funduszu Zdrowia w przepisie § 5 ust. 1 wprost wskazuje, że świadczeniodawcy, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu dane dotyczące każdego świadczenia wynikającego z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym także wykonanego powyżej kwoty, o której mowa w art. 136 pkt 5 ustawy, gromadzone w zakresie określonym w § 3, odpowiednio do rodzaju udzielonego świadczenia.

Do analogicznych wniosków prowadzi analiza przepisu art. 136 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który przewiduje możliwość zwiększenia ustalonej umową kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy w przypadku konieczności wykonania większej liczby określonych świadczeń zdrowotnych z zakresu onkologii objętych umową stron. Podobny mechanizm strony sporu przewidziały w § 4 ust. 7 umowy nr (...) dla ponadlimitowych świadczeń określonych w § 16 ust. 2 zarządzenia nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne tj. świadczeń z zakresu kardiologii, położnictwa i ginekologii, neonatologii, okulistyki, chirurgii dziecięcej i ogólnej, transplantologii klinicznej, hematologii, onkologii i hematologii dziecięcej. Żaden przepis prawa, ani umowa stron nie przewidują jednak tego rodzaju rozwiązań dla świadczeń opieki zdrowotnej, które w ogóle nie zostały objęte pierwotną umową.

Niezależnie pod przedstawionej dotychczas argumentacji, w realiach sporu nawet przyjęcie poglądu prawnego zaprezentowanego przez apelującego, nie może prowadzić do oddalenia powództwa. Rzecz bowiem w tym, w jakich okolicznościach doszło do zawarcia w 2012 r. obu spornych kontraktów i w jaki sposób zostały one ostatecznie rozliczone.

Nie wymaga pogłębionej argumentacji teza, że strona pozwana jest monopolistą na rynku refundacji świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych. Ta pozycja sprawia, iż w procesie zawierania kontraktów Narodowy Fundusz Zdrowia jest stroną silniejszą, zdolną narzucić świadczeniodawcy określone warunki umowy. Tak też stało się w rozpatrywanej sprawie, gdzie zarówno cena jednostkowa za tzw. punkt rozliczeniowy, jak i liczba owych punktów rozliczeniowych przypadających na świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego na oddziale neurologicznym, ostatecznie zależały od decyzji pozwanego.

Nie sposób pominąć, że to pozwany wskazał dla wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie kontraktu tzw. cenę oczekiwaną za jeden punkt rozliczeniowy. Zgodność ceny wskazanej w ofercie z ową ceną oczekiwaną jest

przy tym jednym z kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (vide k 298 akt). Zaoferowanie wyższej ceny w ofercie w oczywisty sposób narażało stronę powodową na ryzyko nie zawarcia kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Z przepisu § 15 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 81, poz. 484) wynika także, że do Prezesa Funduszu należy określenie jednostki rozliczeniowej dla poszczególnych zakresów świadczeń i ustalenie wyceny poszczególnych świadczeń w tych jednostkach. Wyceny tej dokonuje się przy tym wyłącznie na podstawie kosztów udzielania świadczeń wyliczonych w oparciu o uśrednione dane uzyskane od wybranych przez pozwanego podmiotów (§ 15 ust. 4 i 5). W świetle tych regulacji uzasadniony jest wniosek, potwierdzony także zeznaniami dyrektora powodowego Szpitala, że wskazana cena oczekiwana i odpowiadająca jej cena w umowach stron za tzw. punkt rozliczeniowy oraz liczba punktów za dane świadczenie są całkowicie oderwane od rzeczywistych kosztów udzielenia świadczeń ponoszonych przez powoda i nie zapewniają ich rentowności.

Dodatkowo nie sposób pominąć, że warunkiem przystąpienia do przetargu na zawarcie kontraktu było zapewnienie przez powodowy Szpital odpowiednich kryteriów w zakresie wyposażenia oddziału neurologicznego w sprzęt i personel (§ 7 zarządzenia nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne). Kryteria te powód musiał spełnić bez względu na rzeczywistą ilość zakontraktowanych świadczeń. Strona powodowa dostosowała te wymogi do złożonej w 2012 r. oferty, w której liczbę świadczeń z zakresu neurologii określiła w oparciu o dotychczasowe dane statystyczne i przewidywaną potrzebę udzielenia świadczeń. Bezsprzecznie w ofercie Szpital wyrażał gotowość zakontraktowania i wykonania świadczeń o wyższej wartości, wyliczonej dla 67.880 jednostek rozliczeniowych. Ostateczna niższa wartość kontraktu wynikała ze stanowiska strony pozwanej. Ani umowa nr (...), ani kontrakt nr 051/110013/03/010/12/2 nie zawierają postanowień dotyczących zasad postępowania świadczeniodawcy na wypadek konieczności udzielenia świadczeń w warunkach wynikających z art. 15 ustawy o działalności leczniczej i art. 19 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych po wyczerpaniu limitu wynikającego z kontraktów. W szczególności z umów tych nie wynika, dokąd strona powodowa powinna odesłać pacjenta, jeżeli sama miałaby nie wykonywać tego rodzaju świadczenia, i którą ze stron obarcza ryzyko takich działań.

Dotychczasowe rozważania prowadzą do wniosku, że przy zawieraniu spornych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu neurologii niewątpliwie doszło do naruszenia zasady równowagi stron, a wynagrodzenie ustalone w kontraktach oderwane jest od rachunku ekonomicznego powoda, nie zawiera w sobie potencjalnego zysku Szpitala i nie odpowiada rzeczywistym kosztom ponoszonym dla utrzymania oddziału neurologicznego odpowiadającego warunkom narzuconym przez Fundusz, koniecznym dla przystąpienia do przetargu w celu zawarcia umowy.

Decydujące dla oceny zasadności dochodzonego roszczenia w zakresie jego wysokości pozostają jednak okoliczności dotyczące rozliczenia obu kontraktów, które przekonują, że objęte sporem świadczenia zdrowotne nie zostały udzielone w warunkach „wyczerpania” kontraktów stron, a jedynie jako takie rozliczone przez pozwanego. Między stronami nie było bowiem sporu co do tego, że umowami obowiązującymi w 2012 r. objęte było udzielanie przez Szpital świadczeń zdrowotnych z zakresu neurologii zarówno w stanach planowych i pilnych, jak i w tzw. stanach nagłych (klasyfikacja przyjęta ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym). Świadczenie Funduszu ustalone kontraktem płatne było zaliczkowo, w oparciu o składane co miesiąc raporty powoda. Raportami tymi objęte były także sporne świadczenia. Za część z nich pozwany nawet zapłacił w formie zaliczki, by następnie zmienić strukturę już rozliczonych świadczeń, umieszczając w ich miejsce świadczenia udzielone później. Z żadnego postanowienia umów nie wynika takie upoważnienie dla jednostronnych działań Funduszu. Umowy nie wprowadzają także swoistej gradacji rozliczenia świadczeń w zależności od trybu ich udzielenia (planowy, pilny, nagły). W rezultacie, mimo, że sporne świadczenia co do charakteru i rodzaju objęte były kontraktem i udzielone zostały w datach, w których kontrakt stron obowiązywał, a wypłacone świadczenie pozwanego nie przekroczyło sumy wskazanej w kontrakcie, ostatecznie zostały przez Fundusz rozliczone jako ponadlimitowe. Jednocześnie za objęte kontraktem i rozliczone w jego ramach pozwany uznał inne świadczenia udzielone później. W zestawieniu świadczeń niezapłaconych załączonym do akt znajdują się świadczenia udzielone np. w kwietniu 2012 r. (poz. 14 zestawienia), czy lipcu, sierpniu i

wrześniu 2012 r. (np. poz. 29 , 30, 76, 77 zestawienia), w sytuacji , gdy pozwany rozliczył w ramach umowy i dokonał zapłaty za świadczenia udzielone w listopadzie i grudniu 2012 r. Wśród spornych świadczeń znajdują się też takie udzielone w grudniu 2012 r. , ale skarżący w żaden sposób nie wyjaśnił, dlaczego właśnie te uznaje za spełnione po wyczerpaniu kontraktu, w sytuacji, gdy inne udzielone w tych samych datach , zakwalifikował jako udzielone w ramach umowy. Nie jest zatem tak, jak usiłuje to przedstawić pozwany, że sporem objęte zostały wyłącznie świadczenia, które udzielone zostały po wyczerpaniu limitu określonego w umowie, a zatem świadczenia sensu stricte ponadlimitowe. Sporne świadczenia stały się także wyłącznie na mocy arbitralnej decyzji pozwanego o sposobie ich rozliczenia, bowiem w chwili ich udzielenia kontrakt stron obowiązywał, a świadczenie Funduszu nie zostało spełnione w całości. Dla Sądu Apelacyjnego nie budzi wątpliwości, że takie zachowanie pozwanego nie zasługuje na akceptację i ochronę, a stronie powodowej za świadczenia udzielone w okresie obowiązywania umów należy się wynagrodzenie ustalone w kontrakcie. Aprobata dla działań Funduszu prowadziłaby bowiem do sytuacji, w której jego kontrahent nie ma żadnej pewności co do tego, czy i za jakie świadczenie objęte umową i wykonane w trakcie jej obowiązywania, uzyska umówione wynagrodzenie. Nie wie także, które świadczenie zostanie zakwalifikowane jako tzw. ponadlimitowe, nie zależy to bowiem ani od daty ich udzielenia ani od wcześniejszego całkowitego spełnienia przez Fundusz świadczenia ustalonego w kontrakcie, a w konsekwencji nie może nawet z góry podjąć działań zmierzających do ustalenia rzeczywistych kosztów jego udzielenia. Zachowanie pozwanego zmuszałoby stronę powodową do prowadzenia szczegółowych rozliczeń wszystkich udzielonych pacjentom świadczeń, skoro do zamknięcia okresu rozliczeniowego świadczeniodawca nie ma pewności, które z nich Fundusz uzna za wykonane ponad limit ustalony w umowie. To z kolei niewątpliwie zwiększyłoby ogólne koszty prowadzonej działalności. Co więcej, świadczeniodawca nie ma nawet hipotetycznej możliwości uchylenia się od wykonania takiego świadczenia przez wskazanie innej placówki służby zdrowia, gdyż w chwili przyjęcia pacjenta nie wie, że Fundusz uzna świadczenie udzielone właśnie tej osobie za nie objęte umową.

Jedynie na marginesie wypada zaznaczyć, że wszystkie sporne świadczenia zostały udzielone w tzw. stanach nagłych osobom ubezpieczonym, a zatem bez względu na podmiot udzielający świadczeń Narodowy Fundusz Zdrowia zobligowany jest do ich sfinansowania. Odmowa wypłaty jakiegokolwiek należności na rzecz powodowego Szpitala, który w rzeczywistości świadczeń tych udzielił, prowadziłaby do całkowicie sprzecznej z porządkiem prawnym i zasadami współżycia społecznego sytuacji, w której Fundusz ustrojowo zobowiązany do finansowania świadczeń zdrowotnych pozostałby wzbogacony o pochodzącą ze składek ubezpieczonych sumę odpowiadającą wartości udzielonych świadczeń.

W świetle dotychczasowych wywodów należało zatem uznać, że za świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego na oddziale neurologicznym, wykonane w okresie obowiązywania umów nr (...) i przed wyczerpaniem ustalonego kontraktem limitu świadczeń, stronie powodowej należy się wynagrodzenie na zasadach i w wysokości określonej w umowach, bez względu na to, w jaki sposób jednostronnie rozliczył te świadczenia Narodowy Fundusz Zdrowia.

Przedstawiona dotychczas argumentacja przekonuje, że chybiony pozostaje również ostatni z zarzutów obraży prawa materialnego tj. naruszenia art. 19 ust. 1. ustawy o świadczenia opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym poprzez ich błędną wykładnię polegającą na uznaniu, że w przedstawionym przez powoda stanie faktycznym zostały spełnione przesłanki pozwalające na ich zastosowanie, co skutkowało ustaleniem, że udzielone przez powoda świadczenia w 85 przypadkach wskazanych w pozwie dotyczyły sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego. Wbrew wywiadowi apelującego, tego rodzaju stanowisko wyrażone w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku nie jest w żadnym razie rezultatem błędnej wykładni powołanych przepisów prawa materialnego, a wynika z określonej oceny dowodów , w tym przede wszystkim dowodu z opinii biegłego sądowego dr n. med. R. G.. Ewentualnych uchybień na etapie dowodzenia i oceny dowodów skarżący nie może skutecznie zwalczać za pomocą zarzutu rzekomej błędnej wykładni norm prawa materialnego. Wydaje się, że ostatecznie dostrzega to także sam apelujący, wskazując, że analizowane naruszenie „...nastąpiło na skutek naruszenia przepisów o postępowaniu”. Akceptacja dla ustaleń faktycznych Sądu pierwszej instancji i dokonanej oceny dowodów, przesądza o bezzasadności powyższego zarzutu.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację jako bezzasadną.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd orzekł na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c. obciążając nimi pozwanego jako stronę przegrywającą. Na poniesione przez stronę powodową koszty złożyło się wynagrodzenie pełnomocnika w osobie adwokata, ustalone na podstawie § 6 pkt 7 w związku z § 13 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz. U. z 2013 r., poz. 461).

Sąd Apelacyjny nie znalazł podstaw dla odstąpienia od obciążania strony pozwanej kosztami postępowania apelacyjnego na zasadzie art. 102 k.p.c. W toku postępowania nie ujawniły się żadne okoliczności o charakterze obiektywnym lub subiektywnym, które nakazywały uznać, iż w sprawie zachodzi szczególnie uzasadniony wypadek warunkujący rozstrzygnięcie o kosztach postępowania na zasadzie słuszności. Przeciwnie, pozwany jest nie tylko profesjonalistą, ale i monopolistą w zakresie tego rodzaju sporów z podmiotami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej. Odmiennej oceny nie uzasadnia sama kondycja finansowa strony pozwanej, która powinna liczyć się z możliwością przegrania sprawy i obowiązkiem zwrotu kosztów poniesionych przez przeciwnika procesowego.