

Sygn. akt I ACa 960/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 stycznia 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący : SSA Bożena Wiklak

Sędziowie : SA (...)

SA Joanna Walentkiewicz – Witkowska (spr.)

Protokolant: st. sekr. sąd. Julita Postolska

po rozpoznaniu w dniu 26 stycznia 2017 r. w Łodzi na rozprawie

sprawy z powództwa (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w Ł.

przeciwko **Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. Oddziałowi Wojewódzkiemu w Ł.**

o zapłatę

na skutek apelacji strony pozwanej

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 15 kwietnia 2016 r. sygn. akt I C 612/14

1. zmienia zaskarżony wyrok w punkcie 1 sentencji w ten tylko sposób, że zasądzoną w tym punkcie kwotę 254.931,44 zł obniża do kwoty 252.872,24 (dwieście pięćdziesiąt dwa tysiące osiemset siedemdziesiąt dwa i 24/100) zł, oddalając powództwo w pozostałej części;
2. oddala apelację w pozostałym zakresie;
3. zasądza od Narodowego Funduszu Zdrowia w W. Oddziału Wojewódzkiego w Ł. na rzecz (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w Ł. kwotę 10.800 (dziesięć tysięcy osiemset) zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Sygnatura akt I ACa 960/16

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 15 kwietnia 2016 roku Sąd Okręgowy w Łodzi w sprawie I C 612/14 z powództwa (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w Ł. przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. Oddziałowi Wojewódzkiemu w Ł.:

1. zasądził od strony pozwanej na rzecz (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w Ł. kwotę 254.931,44 złotych z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 28 sierpnia 2013r. do dnia zapłaty oraz kwotę 5.922 złotych tytułem częściowego zwrotu kosztów procesu;
2. umorzył postępowanie w zakresie kwoty 20.707,13 złotych;

3. oddalił powództwo w pozostałej części;
4. nakazał ściągnąć od powoda z zasądzonego roszczenia kwotę 4.336 złotych tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych od nieuwzględnionej części powództwa;
5. nakazał pobrać od strony pozwanej na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi kwotę 17.346 złotych tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych od uwzględnionej części powództwa.

Rozstrzygnięcie to poprzedziły ustalenia faktyczne, z których najistotniejsze są następujące:

Powód (...) Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Ł. w ramach prowadzonej działalności gospodarczej udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Jednym ze współników i Prezesem Zarządu jest A. M..

W dniu 10 stycznia 2012 roku A. M. w ramach wykonywanej działalności przez (...) w Ł. zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia – (...) Oddziałem Wojewódzkim z siedzibą w Ł. umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego. Umowa została zawarta na okres od 1 stycznia 2012 roku do 31 grudnia 2014 roku. Do umowy załączono plan rzeczowo-finansowy, w którym wskazano liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową.

W dniu 31 grudnia 2012 roku zostało zawarte pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia – (...) Oddziałem Wojewódzkim w Ł., a A. M. prowadzącym działalność gospodarczą pod firmą Centrum Medyczne (...) oraz powodem (...) Sp. z o.o. porozumienie w przedmiocie przejęcia z dniem 1 stycznia 2013 roku praw i obowiązków wynikających z umowy nr (...) na rzecz (...) Sp. z o.o..

W 2013 roku powodowa spółka udzielała świadczeń zdrowotnych pacjentom na podstawie powyższego porozumienia, realizując umowę pod sygn. 051/210696/03/010/13. Składała stronie pozwanej raporty statystyczne, dotyczące świadczeń opisanych w sprawozdaniach do umowy. Spółka nie była w stanie zaplanować ilości świadczeń udzielanych w przypadkach nagłych. W planach ujmowała, że było to 20-30% ogólnego miesięcznego kontraktu. Od października 2012 roku była jedyną placówką w (...) świadczącą usługi w zakresie pełnej chirurgii ogólnej i od tego czasu ilość przypadków nagłych wzrosła o 100%. Na dzień 30 kwietnia 2013 roku występowały nadwykonania w oddziale chirurgii ogólnej z powodu przyjęć nagłych, które według jej wycień wynosiły 402.480,00 zł. Powodowa spółka zwróciła się do NFZ o dodatkowe środki mające na celu pokrycie kosztów realizowanych świadczeń oraz o zwiększenie limitu kontraktu.

NFZ, po przeprowadzeniu postępowania kontrolnego, w dniu 27 czerwca 2013 roku złożył oświadczenie o rozwiązaniu, bez zachowania terminu wypowiedzenia, umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne (...) z dniem 30 czerwca 2013 roku. Powodowa spółka przesłała stronie pozwanej fakturę na kwotę 534.924 zł., dotyczącą świadczeń medycznych, wykonanych ponad limit w okresie styczeń-czerwiec 2013 roku na chirurgii ogólnej ze wskazaniem, że zapłata ma być dokonana do dnia 27 sierpnia 2013 roku. Strona pozwana w odpowiedzi na wezwanie do zapłaty wskazała, że maksymalna kwota zobowiązania wynikająca z umowy została uregulowana w części przypadającej za okres trwania umowy (6 miesięcy), zakwestionowała zobowiązanie wynikające z nadesłanej faktury i odmówiła jego zapłaty, odsyłając fakturę bez jej księgowania.

Pismem z dnia 5 lutego 2014 roku powodowa spółka wezwała stronę pozwaną do zapłaty kwoty 316.057,25 zł tytułem zapłaty za ponadlimitowe świadczenia wykonane w trybie nagłym wobec 157 pacjentów. W piśmie z dnia 17 lutego 2014 roku strona pozwana zakwestionowała zgłoszone roszczenie co do zasady, jak również co do jego wysokości.

W piśmie z dnia 18 września 2014 roku strona pozwana dokonała potrącenia wierzytelności z wierzytelnością powoda do kwoty 20.707,13 zł, stanowiącej rozliczenie świadczeń udzielonych 6 pacjentom w ramach hospitalizacji z zakresu chirurgii ogólnej i wypłaciła ją powodowi w dniu 18 września 2014 roku.

Wykaz nierozliczonych świadczeń medycznych udzielonych pacjentom w 2013 roku na oddziale chirurgicznym w (...) sp. z o.o. w Ł. obejmuje 145 przypadków. Wśród tych 145 pacjentów:

- pilnego leczenia wymagało 120 pacjentów (82,76% tj. nagłych lub natychmiastowych);
- udzielenia świadczeń medycznych w trybie odroczonym wymagało 11 pacjentów (7,95% tj. pacjenci znajdowali się w stanie polegającym na przewidywalnym pojawieniu się w przyszłości objawów pogarszania zdrowia, w którym jednak możliwe było odroczenie leczenia;
- 14 pacjentów (9,65%) nie wymagało hospitalizacji w oddziale chirurgicznym.

Sąd dokonał powyższych ustaleń faktycznych na podstawie dowodów z dokumentów, zeznań przedstawiciela strony powodowej oraz opinii biegłego z zakresu chirurgii ogólnej. Opinia biegłego zarówno pisemna jak i uzupełniająca pisemna oraz ustna nie budziła w ocenie Sądu Okręgowego żadnych wątpliwości i pomimo jej kwestionowania przez strony nie została podważona pod względem formalnym i merytorycznym. Opinia ta, po jej uzupełnieniu, jest spójna, logiczna, uwzględnia specjalistyczną wiedzę i doświadczenie biegłego, co przemawia za uznaniem jej w pełni za wiarygodną i wyczerpującą.

W ramach analizy prawnej Sąd odwołał się do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2008, Nr 164, poz. 1027), w szczególności jej art. 97 ust. 3 pkt 2.

Okolicznością bezsporną jest, że powodowa spółka realizowała umowę pod sygn. 051/210696/03/010/13. Bezspornym jest także, że spółka udzieliła świadczeń medycznych pacjentom poza limitem ustalonym w umowie i strona pozwana nie zapłaciła jej za te świadczenia.

Wobec braku regulacji w przepisach wyżej wskazanej ustawy kwestia rozliczeń musi być 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. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – Dz.U. 1991, Nr 91, poz. 408 ze zm. (obecnie art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej – Dz.U. 2011, Nr 112, poz. 654), art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. 2011, Nr 277, poz. 1634) oraz art. 68 ust. 2 Konstytucji RP.

Zgodnie z treścią art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (obecnie art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej) zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

Stosownie zaś do treści art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Z kolei, stosownie do art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Wymienione przepisy powinny być interpretowane zgodnie z Konstytucją. Artykuł 68 ust. 1 Konstytucji RP przyznaje każdemu człowiekowi prawo podmiotowe do ochrony zdrowia, a art. 68 ust. 2 przyznaje każdemu obywatelowi prawo do równego dostępu w granicach określonych ustawami do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (wyroki Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 marca 1999 r., K 2/98, OTK 1999, nr 3, poz. 38 i z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK 2004, nr 1A, poz. 1, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 2009 roku, V CSK 272/08, LEX nr 530613).

Sąd meriti przyjął, odwołując się do dorobku judykatury, 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, a udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia albo zdrowia jest własnym ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy,

będącego zakładem opieki zdrowotnej, czy lekarzem. Obowiązki wynikające z powołanych przepisów mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne.

Koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy zatem, zgodnie z art. 56 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, a zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie, jeżeli tylko wykaże, że nastąpiło to w sytuacji określonej w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (obecnie w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej).

Zgodnie 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 i 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 zaś z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a w szczególności jej art. 19.1. w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej.

Sąd Okręgowy przyjął, że żądanie powoda zasługuje na uwzględnienie w przeważającej części (poza 25 przypadkami hospitalizacji odroczonej i zbędnej oraz 6 przypadkami, co do których powód cofnął pozew). Biegły szczegółowo zanalizował przypadki udzielonych świadczeń i wskazał podstawy kwalifikowania ich, jako udzielonych w stanach nagłych (oznaczonych w opinii biegłego kat.A) i wymagających natychmiastowego podjęcia leczenia (oznaczonych w opinii biegłego kat. B). Mimo wyczerpania środków zakontraktowanych umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, powodowa spółka nie mogła odmówić udzielenia pomocy pacjentom zgłaszającym się w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia.

W związku z powyższym, Sąd Okręgowy – na podstawie wyżej wskazanych przepisów – zasądził od Narodowego Funduszu Zdrowia w W. oddziału Wojewódzkiego w Ł. na rzecz (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Ł. kwotę 254.931,44 zł za udzielone świadczenia pacjentom, wymagającym pilnego lub natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych. Przy wyliczeniu należnego świadczenia Sąd orzekł na podstawie umówionej przez strony ceny analogicznego świadczenia wykonanego w ramach kontraktowego limitu i wyliczenia przedstawionego przez stronę powodową. Sąd uznał, że skoro w umowie strony wypracowały pewne kryteria, na podstawie których ustalona została kwota za wykonane świadczenia w ramach limitu, to brak jest podstaw do kwestionowania tego wyliczenia. Wprawdzie Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 27 sierpnia 2015 roku w sprawie o sygn. III CSK 455/14 stwierdził, że podmiotowi leczniczemu, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługuje roszczenie o wynagrodzenie za wykonanie ponadlimitowych świadczeń w stanie nagłym w wysokości uzasadnionych kosztów ich udzielenia, ale stanowisko to w niniejszej sprawie nie mogło mieć zastosowania. Strona pozwana początkowo w odpowiedzi na pozew kwestionowała zasadę rozliczania i wniosła o powołanie biegłego z zakresu księgowości celem ustalenia wysokości rzeczywistych dodatkowych wydatków powoda ponoszonych na udzielanie świadczeń ponadlimitowych, ale ostatecznie wniosek ten cofnęła i w toku dalszego postępowania nie kwestionowała wyliczenia poszczególnych świadczeń udzielonych przez stronę powodową

wymienionym w załączonym do akt zestawieniu. Wobec tego należało dokonać wyliczenia udzielanych świadczeń w oparciu o przyjęte w umowie wartości usługi i w oparciu o opinię biegłego, z której wynikają jakie przypadki udzielonych świadczeń były w trybie pilnym i natychmiastowym.

Sąd oddalił powództwo w pozostałej części tj. ponad kwotę 254.931,44 zł, jako nieuzasadnione.

O odsetkach ustawowych za opóźnienie od zasądzonej na rzecz strony powodowej kwoty Sąd orzekł na podstawie art. 481 § 1 i § 2 zd. 1 k.c., przyjmując jako termin początkowy ich naliczania 28 sierpnia 2013 roku, to jest następny dzień po upływie terminu wyznaczonego do zapłaty faktury przesłanej stronie pozwanej wraz z pismem z dnia 12 sierpnia 2014 roku.

Strona powodowa cofnęła pozew w zakresie kwoty 20.707,13 zł i wobec tego na podstawie art. 355 § 1 k.p.c. w zw. z art. 203 § 1 k.p.c. Sąd umorzył postępowanie w tym zakresie.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art.100 k.p.c., obciążając pozwanego obowiązkiem zwrotu 80 % kosztów powodowej spółki, która przegrała spór w 20%. Sąd zasądził od strony pozwanej na rzecz strony powodowej kwotę 5.922 zł tytułem częściowego zwrotu kosztów procesu. Na koszty procesu składa się: koszty zastępstwa procesowego 2 x 7.217 zł, zaliczka na biegłego uiszczona przez stronę powodową 2.000 zł i opłata od zażalenia uiszczona przez stronę pozwaną 40 zł (łącznie 16.474 zł).

Na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. 100 k.p.c. Sąd nakazał pobrać od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia w W. Oddziału Wojewódzkiego w Ł. na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Łodzi kwotę 17.346 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych od uwzględnionej części powództwa, a na podstawie art. 113 ust. 2 pkt 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. z art. 100 k.p.c. nakazał ściągnąć od (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w Ł. kwotę 4.336 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych od nieuwzględnionej części powództwa.

Z rozstrzygnięciem Sądu Okręgowego nie pogodziła się strona pozwana, wywodząc apelację obejmującą zasądzenie kwoty 254.931,44 złote wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 28 sierpnia 2013r. do dnia zapłaty oraz kwoty 5 922 zł tytułem częściowego zwrotu kosztów procesu,

a w konsekwencji także nakazanie pobrania od Narodowego Funduszu Zdrowia w W. Oddziału Wojewódzkiego w Ł. kwoty 17 346 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych od uwzględnionej części powództwa.

NFZ zarzucił powyższemu wyrokowi naruszenie:

1) przepisów prawa procesowego tj.:

- art. 233 k.p.c. w związku z art. 232 k.p.c., art. 227 k.p.c., art. 285 § 1k.p.c. i art. 6 k.c. przez przyjęcie że powód wykazał fakt zrealizowania świadczeń, w wysokości dochodzonej pozwem, w warunkach przymusu ustawowego i uznanie tym samym, że istnieją wystarczające podstawy do wydania wyroku uwzględniającego powództwo, w sytuacji gdy materiał zgromadzony w sprawie nie pozwalał na wiarygodne ustalenie okoliczności faktycznych przyjętych za podstawę wyrokowania, a przeprowadzone postępowanie dowodowe nie dotyczyło faktów mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy;
- art. 328 § 2 Kodeksu postępowania cywilnego przez jego niezastosowanie tj.: niewyjaśnienie motywów rozstrzygnięcia w zakresie uznania, że powód wykazał fakt zrealizowania świadczeń, w wysokości dochodzonej pozwem w warunkach przymusu ustawowego;
- art. 100 k.p.c. w związku z art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie, że koszty procesowe winny być w całości zapłacone przez pozwanego, jako stronę przegrywającą proces w 80 % w sytuacji, gdy przy prawidłowej ocenie materiału dowodowego zebranego w sprawie Sąd oddaliłby powództwo.

2) przepisów prawa materialnego:

- art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2013r., poz. 21.7 z późniejszymi zmianami), art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty (t.j. Dz. U. z 2011r. Nr 277 poz. 1634 z późniejszymi zmianami), w związku z art. 56 kodeksu cywilnego oraz w związku z art. 5 ust. 33, art. 19, art. 132 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2013r. Nr 757 z późniejszymi zmianami) poprzez ich błędna wykładnię i niewłaściwe zastosowanie w niniejszej sprawie i w konsekwencji błędne przyjęcie, że wszystkie świadczenia, objęte pkt 1 skarżonego wyroku zostały wykonane w warunkach przymusu ustawowego, i tym samym uzasadnionym jest żądanie zwrotu kosztów ich udzielenia w ramach umowy zawartej z Oddziałem

- art. 6 Kodeksu cywilnego w związku z art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez jego niezastosowanie oraz błędą wykładnię art. 481 – w wyniku tego przyjęcie, że powód udowodnił w procesie, że z tytułu wykonywania świadczeń, w warunkach przymusu ustawowego 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 i w stanie nagłym, choć ciężar takiego dowodu obciążał powoda, a w konsekwencji błędne przyjęcie zasadności powództwa, w tym także w zakresie żądania odsetek

Apelujący wniósł o :

1) zmianę zaskarżonego wyroku w pkt 1 poprzez orzeczenie o oddaleniu powództwa w tej części i zasądzenie na rzecz pozwanego od powoda kosztów procesu, a konsekwencji zmianę w pkt. 5 poprzez nakazanie pobrania wskazanej tam kwoty od powoda na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Łodzi

- ewentualnie o:

2) uchylenie wyroku w zakresie pkt 1 i 5 i przekazanie sprawy do rozpoznania przez Sąd I instancji w tym zakresie, a nadto o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja pozwanego okazała się częściowo zasadna i jako taka na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. skutkowałą częściową zmianą zaskarżonego wyroku, a to w zakresie dochodzonej należności za żywienie pozajelitowe W. J., W. T. i S. A..

Sąd Apelacyjny co do zasady uznał za prawidłowe i przyjął za własne ustalenia sądu pierwszej instancji, z wyjątkami opisanymi w dalszej części uzasadnienia, dotyczącymi w/w przypadków. W tym zakresie żądanie strony powodowej należało uznać za nieudowodnione w świetle przedłożonej dokumentacji medycznej i podzielić zarzuty zawarte w apelacji strony pozwanej.

- I tak w odniesieniu do pacjenta W. J. - powód dochodził zapłaty za żywienie pozajelitowe zrealizowane w dniach od 5-7 maja 2013 r. , a z dokumentacji medycznej tego pacjenta wynika, że żywienie pozajelitowe było stosowane do 1 maja 2013r.

- W odniesieniu do pacjentki W. T. - powód dochodził zapłaty za żywienie pozajelitowe za okresy 7-8 maja 2013r. oraz 10 - 11 maja 2013r., w zapisach dokumentacji brak protokołów żywienia, a w historii choroby jest wpis, że w dniu 11.05.2013r. chora chętnie jadła i piła.

- W odniesieniu do S. A. -powód dochodził zapłaty za żywienie pozajelitowe (16 - 21 kwietnia 2013r.), a w dokumentacji jest wpis, że po reoperacji podano żywienie pozajelitowe tyle, że trwało ono do dnia 15.04.2013 r. Powód zaś chce rozliczyć żywienie pozajelitowe w dniach 16-21.04.2013 r., w dokumentacji medycznej brak informacji o żywieniu

pozajelitowym w tym okresie, natomiast jest wpis, że pacjent otrzymywał w tych dniach dietę ogólną i bogatobiałkową (od dnia 15.04.2013 r. - pierwszy wpis, że włączono dietę płynną). Informacja o żywieniu pozajelitowym pojawia się w epikryzie, ale brak jej potwierdzenia w historii choroby (wpisy, że pacjent jest na diecie doustnej od dnia 15.04.2013 r.) Ponadto brak protokołów żywienia potwierdzających udzielenie ww. świadczeń w tym okresie.

Z uwagi na powyższe należało obniżyć kwotę zasądzoną przez Sąd Okręgowy o 2.059,20 złotych tj. wartość świadczeń udzielonych w/w pacjentom w zakresie żywienia pozajelitowego. (561,60 +374,40+1123,20 zł).

W pozostałym zakresie zarzuty apelacji okazały się niezasadne i wobec tego apelacja w tej części podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

Należy przypomnieć, że prawo do ochrony zdrowia oraz zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych stanowią wartości konstytucyjne (art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP). Zostały one skonkretyzowane w aktach rangi ustawowej takich jak:

- a) ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej: u.dz.l., Dz. U. z 2015 r. poz. 618 j.t.);
- b) ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (dalej: u.z.l., Dz. U. z 2015 r. poz. 464 j.t.);
- c) ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej: u.ś.z.ś.p., Dz. U. z 2015 r. poz. 581)
- d) ustawa z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (dalej: uPRM, Dz. U. z 2013 r. poz. 757 j.t.).

Publicznymi środkami finansowymi, przeznaczonymi na ochronę zdrowia zarządza Narodowy Fundusz Zdrowia, którego zadaniem jest m.in. przeprowadzanie konkursów, ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze świadczeniodawcami, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie (art. 97 ust. 1 i 3 pkt 2 u.ś.z.ś.p.). Co do zasady, podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez NFZ jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawarta pomiędzy świadczeniodawcą, a Funduszem (art. 132 ust. 1 u.ś.z.ś.p.). W tego rodzaju umowie (tzw. kontrakcie) określa się w szczególności rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy (tzw. limit) oraz zasady wzajemnych rozliczeń pomiędzy wymienionymi (art. 136 ust. 1 u.ś.z.ś.p.). W kwestiach nieuregulowanych przez ustawę, do wymienionej umowy stosuje się przepisy kodeksu cywilnego (art. 155 u.ś.z.ś.p.).

Zasada, że świadczeniodawcy udzielają świadczeń opieki zdrowotnej w granicach umownego limitu doznaje jednak istotnych wyjątków. Ustawodawca nałożył bowiem na podmioty lecznicze prawny obowiązek udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia (art. 15 u.dz.l.). Co istotne, powyższy obowiązek aktualizuje się niezależnie od zawarcia przez podmiot leczniczy kontraktu z NFZ, bądź wyczerpania limitów wynikających z kontraktu (art. 19 ust. 2 u.ś.z.ś.p.), albowiem każdy pacjent znajdujący się w stanie nagłym ma prawo do niezwłocznego uzyskania świadczenia opieki zdrowotnej w niezbędnym zakresie (art. 19 ust. 1 u.ś.z.ś.p.), co zasadnie podkreślił Sąd Okręgowy. Wspomniany obowiązek jest zharmonizowany z ujętym w ustawowe ramy etycznym obowiązkiem lekarzy do 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 (art. 30 u.z.l.).

Jednocześnie, w przypadku wykonania przez świadczeniodawcę usługi medycznej na rzecz pacjenta, znajdującego się w stanie nagłym z przekroczeniem limitu wynikającego z kontraktu, placówka lecznicza ma prawo do uzyskania od NFZ wynagrodzenia za udzielone świadczenie w granicach jego niezbędności (art. 19 ust. 4 u.ś.z.ś.p.). Należy więc wyrazić pełną aprobatę dla ugruntowanego już poglądu judykatury, że obciążenie świadczeniodawców nawet częścią kosztów świadczeń ponadlimitowych, udzielonych w ramach przymusu ustawowego jest niedopuszczalne i nie może znaleźć zastosowania nawet w wypadku zgodnej woli stron umowy (tak: wyroki SN z 12 grudnia 2006 r. II CSK 279/06

i z 5 sierpnia 2004 r. III CK 365/03). Na pokrycie należności świadczeniobiorców z tytułu wykonania świadczeń ponadlimitowych Narodowy Fundusz Zdrowia powinien wydatkować przede wszystkim środki zgromadzone w rezerwie ogólnej, wynoszącej 1 % planowanych należnych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne (art. 118 ust. 5 u.ś.z.ś.p.).

W świetle powyższego pierwszą, zasadniczą kwestią w kontekście ustalenia faktu udzielenia przez powoda świadczeń ponad limit w warunkach przymusu ustawowego było to, czy pacjenci wymienieni w pozwie znajdowali się w stanie nagłym. Dla stwierdzenia wzmiankowanych okoliczności konieczne było przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego chirurga, która wbrew stanowisku apelującego cechuje się wiarygodnością i rzetelnością. W wydanej opinii biegły odniósł się do stanu zdrowia wszystkich spośród 145 pacjentów leczonych przez powoda w roku 2013, dokonując klasyfikacji tych przypadków m.in. ze względu na konieczność szybkiej interwencji medycznej na nagłe, odroczone i nie wymagające hospitalizacji. Ostatecznie biegły zaliczył do grupy przypadków nagłych 120 pacjentów, reszta to przypadki pozostałe w nomenklaturze art. 19 ust. 1 u.ś.z.ś.p. Powyższe rozstrzygnięcie Sądu Okręgowego stało się przedmiotem licznych zarzutów apelacyjnych, zakwalifikowanych przez skarżącego, jako naruszenie art. 233 § 1 k.p.c., art. 232 k.p.c., art. 227 k.p.c., art. 285 § 1 k.p.c. i 6 k.c., art. 328 § 2 k.p.c., art. 15 u.d.z.l., art. 30 u.z.l. w zw. z art. 56 k.c., art. 5 pkt 33 i art. 6 k.c. w zw. z art. 19 ust. 1 i 2 oraz art. 132 ust. 4 u.ś.z.ś.p., art. 3 pkt 8 uPRM. W ocenie Sądu Apelacyjnego, sformułowane przez skarżącego zarzuty w tej materii są nietrafne. Sąd Najwyższy wielokrotnie podkreślał, że zarzut naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c., aby był skuteczny musi wskazywać na uchybienie podstawowym regułem, służącym ocenie wiarygodności i mocy poszczególnych dowodów, tj. regułem logicznego myślenia, zasadzie doświadczenia życiowego i właściwego kojarzenia faktów (np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 grudnia 2005 r., sygn. akt III CK 314/05, Lex nr 172176). Tymczasem apelacja skarżącego tych kryteriów nie spełnia. Lektura uzasadnienia Sądu pierwszej instancji wskazuje, że Sąd Okręgowy w sposób wszechstronny, zgodnie z zasadą swobodnej oceny dowodów dokonał analizy zgromadzonego materiału dowodowego, w tym w szczególności opinii biegłego z zakresu chirurgii.

Przechodząc do dalszych zarzutów i dokonując wykładni pojęcia „stanu nagłego” należy wpiąć odwołać się do jego definicji ustawowej. I tak, stosownie do art. 3 pkt 8 uPRM w zw. z art. 5 pkt 33 u.ś.z.ś.p., stan nagłego zagrożenia zdrowotnego to stan polegający 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, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Co najistotniejsze, dla oceny nagłości stanu chorego należy przyjąć perspektywę lekarza badającego pacjenta po raz pierwszy, stawiającego wstępną diagnozę. Fakt, że po dokładniejszym zbadaniu stanu zdrowia pacjenta podczas jego hospitalizacji pierwotna, poważniejsza diagnoza ustąpi miejsca łagodniejszej, nie może przesądzić o przyjęciu, że w chwili wstępnego badania pacjent nie znajdował się w stanie nagłym.

Powyższe uwagi nabierają szczególnego znaczenia zważywszy na to, że w szpitalu należącym do powoda nie funkcjonowała izba przyjęć czy szpitalny oddział ratunkowy, a więc miejsce, w którym można byłoby dokonać ambulatoryjnego zaopatrzenia pacjentów oraz wykonać badania bez konieczności hospitalizacji zgłaszających się chorych. Co ważne, konieczność zapewnienia przez powoda takiego ambulatorium nie była przewidziana w kontrakcie zawartym pierwotnie pomiędzy A. M. z NFZ, a więc pozwany Fundusz niejako godził się na możliwość hospitalizacji pacjentów w celach obserwacyjno-diagnostycznych zamiast udzielania świadczeń niestacjonarnych. W tego rodzaju realiach nie może dziwić fakt, że pracujący u powoda lekarze w trosce o dobro pacjentów, mając na uwadze nieprzewidywalność rozwoju stanu zdrowia danego chorego, niejednokrotnie podejmowali decyzję o hospitalizacji takiej osoby celem wykonania dalszych, uzasadnionych badań i zabiegów.

W kontekście oceny nagłości stanu przyjmowanych pacjentów niebagatelną rolę odgrywa także okoliczność, iż podmiot leczniczy, do którego pacjent zostanie przywieziony przez (...), co do zasady nie ma prawa odmówić udzielenia choremu świadczenia medycznego (zob. art. 15 u.d.z.l. oraz opinia biegłego chirurga). Jeżeli stan zdrowia przywiezionego przez pogotowie pacjenta byłby wątpliwy pod kątem zasadności hospitalizacji, to szpital dysponujący izbą przyjęć mógłby wówczas w warunkach ambulatoryjnych wykonać niezbędne badania i dysponując dzięki temu pełniejszą wiedzą, dokonać celowego zaplanowania dalszych czynności leczniczych. Tymczasem placówka powoda nie

posiadała takiego ambulatorium, na co zgodę wyraził pozwany Fundusz, wskutek czego, jak wspomniano wcześniej, powód nie miał możliwości dokładniejszej weryfikacji przywożonych pacjentów.

Podsumowując tę część rozważań należy wskazać, że Sąd Okręgowy dokonał trafnej konstatacji, że powód udzielił świadczeń poza kontraktem 120 pacjentom, których przypadki zostały uznane za pilne, działając w warunkach przymusu ustawowego wynikającego z art. 15 u.d.z.l. i art. 19 ust. 1 u.ś.z.ś.p.

Osobnego omówienia wymaga kwestia zasadności roszczenia powoda o zapłatę należności za żywienie pozajelitowe –poza w/w przypadkami- oraz za przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych i przetoczenie osocza świeżo mrożonego. Apelujący wyraził zapatrywanie, że powód nie wykazał faktu podania preparatów krwi bądź osocza, a Sąd błędnie przyjął te okoliczności za udowodnione, naruszając tym samym art. 6 k.c. Tymczasem ze zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej wynika, że pacjenci wskazani przez powoda otrzymali wspomniane preparaty, co w zestawieniu z tezą biegłego chirurga, że wszystkie czynności lecznicze podejmowane u wymienionych pacjentów były celowe i uzasadnione, musi prowadzić do wniosku, że placówka należąca do powoda udzieliła tym chorym wymienionych świadczeń. Wobec dostępności wiarygodnego materiału dowodowego w postaci dokumentacji medycznej okoliczność tę należało uznać za udowodnioną. Apelujący eksponuje braki w dokumentacji medycznej, wymaganej przez NFZ w ramach rozliczania tych procedur, odwołując się także do wypowiedzi biegłego w tym przedmiocie, natomiast zupełnie pomija dalszą część wypowiedzi biegłego, że z jego punktu widzenia dokumentacja medyczna przedłożona przez powoda potwierdza wykonanie wskazanych procedur. Przedstawiona w apelacji polemika z opinią biegłego nie mogła odnieść skutku, w szczególności z uwagi na stosowane w praktyce kryteria oceny tego środka dowodowego. Stąd też poza trzema przypadkami, omówionymi wyżej, wszystkie dalsze przypadki wskazane przez apelującego nie podlegały weryfikacji.

Wobec ustalenia, że żądania powoda uwzględnione przez Sąd Okręgowy -poza wskazanymi wyżej trzema przypadkami żywienia pozajelitowego- były usprawiedliwione co do zasady, na dalszym etapie postępowania należało zbadać- w świetle zarzutów apelacyjnych- wysokość wynagrodzenia należnego powodowi za wykonanie dochodzonych pozewm ponadlimitowych świadczeń medycznych. Wysokość zasądzonego wynagrodzenia była kwestionowana przez apelującego, który zarzucił w tym kontekście naruszenie prawa materialnego (art. 6 k.c., art. 5 pkt 33, art. 19, art. 132 ust. 1 i art. 136 u.ś.z.ś.p. w zw. z art. 56 k.c., art. 15 u.d.z.l., art. 3 pkt 8 uPRM), uchybienia proceduralne (art. 233 § 1 k.p.c., art. 227 k.p.c. art. 285 § 1 k.p.c. i art. 232 k.p.c.) oraz błąd w ustaleniach faktycznych. Argumentacja strony pozwanej w zakresie wysokości wynagrodzenia za świadczenia ponadlimitowe sprowadzała się do zanegowania możliwości jego wyliczenia w oparciu o kryteria analogiczne, jak dla świadczeń kontraktowych. W ocenie skarżącego, wynagrodzenie za świadczenia wykonane w realizacji obowiązku ustawowego powinno zostać rozliczone w oparciu o wycenę rzeczywiście poniesionych, uzasadnionych kosztów każdej hospitalizacji. Fakt poniesienia takich kosztów powinien, według apelującego, każdorazowo wykazać powód, odnosząc się szczegółowo do specyfiki każdego przypadku. Z takim stanowiskiem strony powodowej nie sposób się jednak zgodzić.

Brak umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia oznacza, że pomiędzy 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). W tym zakresie wywody Sądu I instancji zasługują na pełną aprobatę.

Przesłanek 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 świadczeniami wskazanymi w umowie, ale wykonanymi ponad limit w wyniku obowiązku ustawowego wynikającego z art. 15 ustawy o działalności leczniczej, Pamiętać przy tym należy, że prawa do ochrony zdrowia i życia są realizowane między innymi przez uprawnienie do uzyskania natychmiastowej pomocy medycznej w stanach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. Uprawnienie to wynika z art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Realizacja tego uprawnienia jest zapewniona przez art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, nakładający na zakłady opieki zdrowotnej bezwzględny obowiązek udzielenia świadczeń zdrowotnych w stanach nagłych. Obowiązek ten ciąży przy tym nie tylko na samych zakładach opieki zdrowotnej, ale także bezpośrednio na ich personelu medycznym, to jest - lekarzach, pielęgniarkach i położnych, co wynika z art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Z tego też względu osoby, które udzieliły pomocy medycznej w wypadkach nagłych mogą domagać się od Państwa zwrotu kosztów udzielenia tej pomocy. Jak wskazał Sąd Najwyższy, czynności prawne wywołują nie tylko skutki w nich wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy (art. 56 k.c.) (por. wyrok SN z dnia 5 sierpnia 2004 r. sygn. akt III CK 365/03; z dnia 15 grudnia 2004 r., sygn. akt IV CK 361/04; z dnia 13 lipca 2005 r., sygn. akt I CK 18/05). Dlatego zakres obowiązku NFZ świadczenia za wykonane przez zakłady opieki zdrowotnej usługi medyczne obejmuje także 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 sprawie bezspornym było, że zawarta pomiędzy stronami umowa nie precyzowała wysokości wynagrodzenia za udzielenie świadczeń ponad limit w warunkach przymusu ustawowego. Tym niemniej, poszukując punktu odniesienia dla ustalenia odpowiedniego wynagrodzenia za nadwykonania oczywistym jest, że to właśnie regulacje umowne powinny zostać wzięte pod uwagę w pierwszej kolejności. Skoro strony wypracowały w umowie pewne kryteria, na podstawie których ustalona została kwota za wykonane świadczenia w ramach limitu, trudno znaleźć przekonujące argumenty służące zakwestionowaniu tego wyliczenia. Brak jest uzasadnionych podstaw ku temu, aby dokonać zróżnicowania wartości świadczeń w zależności od tego, czy zostały one udzielone w ramach limitu czy też nie. W obydwu przypadkach placówka lecznicza ponosi tożsame koszty, związane z koniecznością zapewnienia pacjentowi należytej obsługi lekarsko-pielęgniarskiej, miejsca na oddziale, lekarstw i innych środków leczniczych czy żywienia. Tak więc w przypadku, gdy strony łączyła umowa dająca substrat do wyliczenia wynagrodzenia za wykonane świadczenia, w przekonaniu Sądu Apelacyjnego nie można nakładać na stronę powodową obowiązku wyliczenia udzielanych świadczeń medycznych z uwzględnieniem poszczególnych kosztów związanych ze świadczeniem ponadlimitowym.

Nie bez znaczenia jest także fakt, że same kontrakty opierają się de facto na prognozach w zakresie kosztów leczenia pacjentów w danym okresie, albowiem przewidują wynagrodzenia za świadczenia wykonane dopiero w przyszłości. W realiach rynku usług medycznych często wręcz niemożliwe dla świadczeniodawcy jest przedłożenie kosztorysu uwzględniającego absolutnie wszystkie koszty związane z konkretnym przypadkiem tak, aby mogły zostać one następnie zweryfikowane (tak również: wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 16 września 2014 r. I ACa 335/14 oraz wyroki w sprawach I ACa 435/15 i I ACa 340/15 oraz I ACa 649/16). Wobec dysponowania przez Sąd wiarogodną podstawą do wyliczenia wynagrodzenia za świadczenia ponadlimitowe w postaci stosowanych przez analogię regulacji kontraktowych, obciążenie świadczeniodawcy obowiązkiem szczegółowego, matematycznego rozpisania tych świadczeń wydaje się zbędne. Sytuacja byłaby zgoła odmienna, gdyby powód w ogóle nie był związany kontraktem z NFZ, a zatem nie istniałyby jakiegokolwiek umowne kryteria mogące być wskazówką dla wyliczenia należności za świadczenia ponadlimitowe. Wówczas celowe byłoby zapewne skorzystanie z wiedzy biegłego z zakresu rachunkowości, lecz jak wspomniano wcześniej – tego rodzaju konieczność w niniejszej sprawie nie zachodziła.

Odnosząc się pokrótce do zarzutów skarżącego, dotyczących niespełnienia przez uzasadnienie wyroku sądu pierwszej instancji wymogów opisanych w art. 328 § 2 k.p.c. należy wskazać, że zgodnie z ugruntowanym orzecnictwem Sądu Najwyższego uzasadnienie co prawda wyjaśnia przyczyny, dla jakich orzeczenie zostało wydane, lecz jest sporządzane już po wydaniu wyroku, a zatem wynik sprawy z reguły nie zależy od tego, jak napisane (wygłoszone) zostało uzasadnienie i czy zawiera ono wszystkie wymagane elementy. W konsekwencji zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. może być usprawiedliwiony tylko w wyjątkowych okolicznościach, w których treść uzasadnienia orzeczenia sądu uniemożliwia całkowicie dokonanie oceny toku wyводу, który doprowadził do wydania orzeczenia lub w przypadku wadliwego zastosowania prawa materialnego do niedostatecznie jasno ustalonego stanu faktycznego (tak: wyrok SN z 24 listopada 2009 r. II PK 129/09). W niniejszej sprawie, sąd pierwszej instancji wskazał jakie fakty ustalił i w oparciu o jakie dowody, podając trafną podstawę prawną rozstrzygnięcia. Należało zatem uznać, że uzasadnienie wyroku wyjaśnia w sposób dostateczny motywy przyjętego stanowiska, przez co podnoszony przez apelującego zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. jawi się jako niezasadny.

Mając na uwadze ogół przedstawionych powyżej okoliczności, apelacja pozwanego przenosząca 2059,20 zł, tj. należność niezasadnie zasądzone koszty leczenia W. J., W. T. i S. A. podlegała oddaleniu.

Ze względu na to, że apelacja pozwanego została uwzględniona jedynie w niewielkim zakresie o kosztach postępowania odwoławczego należało orzec w oparciu o art. 100 zd. 2 k.p.c., nakładając obowiązek uiszczenia wszystkich kosztów postępowania drugoinstancyjnego na stronę pozwaną. Na koszty te złożyło się wyłącznie wynagrodzenie pełnomocnika powoda w postępowaniu apelacyjnym w kwocie zł, ustalone zgodnie z z § 2 pkt.7 w zw. z § 10 ust. 2 pkt. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz. U. z 2015 poz. 1800).