

Sygn. akt V ACa 536/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 października 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – Wydział V Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Roman Kowalkowski (spr.)
Sędziowie:	SA Artur Lesiak SO del. Anna Daniszewska
Protokolant:	stażysta Lucjan Sroczyński

po rozpoznaniu w dniu 9 października 2015 r. w Gdańsku na rozprawie

sprawy z powództwa (...) im. prof. F. Ł. w B.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) w B.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w B.

z dnia 5 marca 2015 r. sygn. akt I C 730/12

I. oddała apelację;

II. zasądza od pozwanego na rzecz powoda 5.400 (pięć tysięcy czterysta) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

Na oryginale właściwe podpisy.

VACa 536/15

UZASADNIENIE

Wyrokiem z 5 marca 2015r. Sąd Okręgowy w B., rozpoznając sprawę z powództwa (...) im. prof. F. Ł. w B. przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) w B. o zapłatę, zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 31.019.641,00 złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 3 listopada 2012r. i umorzył postępowanie w pozostałej części oraz orzekł o kosztach postępowania.

Uzasadniając swoje rozstrzygnięcie ustalił, że powód, (...) im. prof. F. Ł. w B., zawarł z pozwanym Narodowym Funduszem Zdrowia (...) w B. umowy o udzielanie świadczeń medycznych na 2011 rok.

Strony łączyła umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - ambulatoryjna opieka specjalistyczna nr (...) zawarta w dniu 28 stycznia 2011 roku na okres od 1 stycznia 2011 roku do 31 grudnia 2013 roku. Umowa obejmowała kwoty zobowiązania pozwanego z tytułu jej realizacji w okresie od dnia 1 stycznia 2011 roku do dnia 30 czerwca 2011 roku oraz od 1 lipca 2011 roku do dnia 31 grudnia 2011 roku. Strony ustaliły ostateczną ilość zakontraktowanych świadczeń oraz kwotę zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umów na mocy aneksów do umowy i poprzedzających je porozumień oraz załączonego do umowy planu rzeczowo – finansowego na rok 2011.

Ponadto strony łączyła umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne koszt to chłonne) nr (...) zawarta w dniu 28 stycznia 2011 roku, czas obowiązywania umowy ustalony został na okres od dnia 1 stycznia 2011 roku do dnia 31 grudnia 2013 roku. Kwota zobowiązania pozwanego z tytułu realizacji umowy została ustalona na okresy od dnia 1 stycznia 2011 roku do dnia 30 czerwca 2011 roku oraz od 1 lipca 2011 roku do dnia 31 grudnia 2011 roku. Strony ustaliły ostateczną ilość zakontraktowanych świadczeń oraz kwotę zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umów na mocy aneksów do umowy oraz załączonego do umowy planu rzeczowo – finansowego.

Strony łączyła również umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie nr (...) zawarta w dniu 14 stycznia 2011 roku na okres od dnia 1 stycznia 2011 roku do dnia 31 grudnia 2013 roku. Strony ustaliły kwotę zobowiązania z tytułu realizacji umowy na czas od dnia 1 stycznia 2011 roku do dnia 31 grudnia 2011 roku.

Strony łączyła także umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - rehabilitacja lecznicza nr (...) zawarta w dniu 4 marca 2011 roku na okres od dnia 1 lutego 2011 roku do dnia 31 grudnia 2013 roku. Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy została ustalona na okres od 1 lutego 2011 roku do dnia 31 grudnia 2011 roku.

Strony łączyła nadto umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - rehabilitacja lecznicza nr (...) zawarta w dniu 10 marca 2011 roku na okres od dnia 1 marca 2011 roku do dnia 31 grudnia 2011 roku. Kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy przewidziana została na okres od dnia 1 marca 2011 roku do dnia 30 września 2011 roku. Następnie strony ustaliły ostateczną ilość zakontraktowanych świadczeń oraz kwotę zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umów na mocy aneksów do umowy oraz załączonego do umowy planu rzeczowo - finansowego.

Strony zawarły w dniu 31 grudnia 2008 roku umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne w zakresie teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa umowa nr (...) (...), która obowiązywała od dnia 1 stycznia 2009 roku do dnia 31 grudnia 2011 roku. W dniu 9 marca 2011 roku strony zawarły kolejną umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne w zakresie teleradioterapia, brachyterapia, terapia Izotopowa nr (...), na okres od dnia 1 marca 2011 roku do dnia 31 grudnia 2011 roku. Kwota zobowiązania z tytułu realizacji powyższej umowy została określona na okres od dnia 1 marca 2011 roku do dnia 30 września 2011 roku, następnie zmieniana i ustalana kolejnymi planami rzeczowo-finansowymi, aneksami do umowy oraz poprzedzającymi je porozumieniami.

Strony zawarły w dniu 31 grudnia 2008 roku umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne nr (...) na okres od dnia 1 stycznia 2009 roku do dnia 31 grudnia 2011 roku. Strony ustaliły ostateczną ilość zakontraktowanych świadczeń oraz kwotę zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umowy na mocy aneksów do umowy oraz załączonego do umowy planu rzeczowo – finansowego.

Strony zawarły w dniu 10 marca 2011 roku umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne w zakresie – chemioterapia nr (...), na okres od dnia 1 marca 2011 roku do dnia 31 grudnia 2011 roku. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania określał plan rzeczowo – finansowy, stanowiący załącznik do

umowy, przy czym kwota zobowiązania określona została na okres od dnia 1 marca 2011 roku do dnia 30 września 2011 roku. Następnie w trybie prowadzonych negocjacji strony ustaliły ostateczną ilość zakontraktowanych świadczeń oraz kwotę zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umów na mocy aneksów do umowy oraz załączonego do umowy planu rzeczowo - finansowego.

Strony zawarły w dniu 14 stycznia 2011 roku umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne w zakresie - opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień nr (...), na okres od dnia 1 stycznia 2011 roku do dnia 31 grudnia 2013 roku.

W wymienionych wcześniej rodzajach świadczeń medycznych, w okresie od stycznia 2011 roku do grudnia 2011 roku powód wykonał świadczenia medyczne ponad limity ustalone umowami, za które pozwany nie dokonał zapłaty, także w wyniku później zawartych uгод, na kwotę 33.492.419 zł. Powód zobowiązany jest raportować wszystkie udzielone świadczenia za pomocą prowadzonego przez NFZ systemu informatycznego.

Powód systematycznie zwracał się o sfinansowanie świadczeń medycznych, wykonanych ponad limity do umów zawartych na 2011 rok z pozwanym. Jednocześnie wnosił także o renegeację umów, domagając się przesunięcia środków finansowych w ramach umowy.

W dniu 23 stycznia 2014 roku strony zawarły ugodę, która objęła całość roszczeń za rok 2011 opisanych w umowie (...) styczeń-luty 2011 w wysokości 2.277.048 zł.

Nielimitowane świadczenia udzielone przez powoda pacjentom w okresie od stycznia 2011 roku do grudnia 2011 roku były niezbędne dla prawidłowości postępowania diagnostycznego i leczniczego. Zostały one wykonane ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia świadczeniobiorców.

Ustalając istotne dla rozstrzygnięcia okoliczności Sąd uznał za wiarygodne dowody z dokumentów zebrane w sprawie, albowiem zostały sporządzone we właściwej formie, przewidzianej dla tego typu dokumentów. Były przejrzyste i jasne. Ich autentyczność nie budziła wątpliwości Sądu.

Dał wiarę zeznaniom świadków I. Ł., I. G., J. H., A. K., A. S., E. W. i B. S. w zakresie, w jakim wskazali, iż świadczenia rozliczane są w okresach sprawozdawczych, natomiast pozwany nie zapłacił za powyższe świadczenia sugerując się przekroczeniem limitu określonego przez strony w umowie. Świadek I. Ł. przyznała, że nie rozliczała świadczeń objętych przedmiotem sporu, przy czym wyjaśniła ogólny sposób rozliczania świadczeń przez pozwanego, który odbywa się w dwóch etapach, ponadto świadek opisała sposób kontraktowania świadczeń na kolejny rok. Świadek przyznała, że lekarz podejmuje decyzję o kwalifikacji świadczenia jako ratujące życie bądź nie. Pozostali świadkowie przede wszystkim omówili sposób dokonywania rozliczeń między stronami, kontraktowanie świadczeń. Natomiast świadek B. S., pracownik NFZ do spraw monitorowania świadczeń, odpowiedzialny za system informatyczny pozwanego przedstawił sposób przekazywania informacji drogą elektroniczną między stronami.

Na walor wiarygodności zasługiwały zarówno zeznania przedstawiciela powoda - dyrektora placówki J. K., jak i przedstawiciela pozwanego - dyrektora E. K., jednakże w przeważającym zakresie miały drugorzędny charakter dla rozstrzygnięcia. Zeznania powoda - dyrektora placówki znalazły swoje odzwierciedlenie w treści opinii powołanego w tej sprawie biegłego. Z kolei zeznaniom przedstawiciela pozwanego dyrektora placówki E. K. Sąd nie przyznał waloru wiarygodności w zakresie, w jakim nie podzielała wniosków opinii biegłego sporządzonej w niniejszej sprawie.

Sąd podzielił w pełni wnioski wypływające z opinii wydanej przez biegłego z dziedziny radioterapii onkologicznej i onkologii klinicznej dr hab, med. R. D., prof. nadzw. G. (...), konsultanta krajowego w dziedzinie radioterapii medycznej. Treść pisemnej opinii precyzyjnie odpowiada tezie dowodowej zawartej w postanowieniu o dopuszczeniu i przeprowadzeniu dowodu z opinii biegłego sądowego. Sąd zwrócił uwagę, że pełnomocnicy stron wspólnie ustalili i zaakceptowali tę tezę dowodową. Według tezy dowodowej biegły miał określić, czy sporne świadczenia udzielone ponad limit pacjentom przez (...) w okresie od stycznia 2011 roku do grudnia 2011 roku z rozpoznaną histopatologicznie chorobą nowotworową wymagającą ze względu na stan kliniczny wdrożenia skojarzonego leczenia począwszy

od diagnostyki PET poprzez leczenie radio-chemio-terapeutyczne w zakresie umów nr (...), z uwzględnieniem wskazanych wartości, są przypadkami wymagającymi pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia. W ramach umowy nr (...) (PET) część świadczeń wykonano u pacjentów z rozpoznaniem kardiologicznym bez schorzeń towarzyszących z grupy nowotworów. Biegły zapoznał się z dokumentacją medyczną losowo wybranych 200 chorych, zgodnie z udostępnionym mu i załączonym do opinii wykazem świadczeniobiorców, których leczenie rozliczono w ramach umów: (...).

Sąd założył, że jeżeli oceniane przypadki zostaną uznane za świadczenia wykonane w stanach nagłych, wymagających pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego, to będzie to równoznaczne z przyjęciem, że wszystkie nielimitowane świadczenia, stanowiące podstawę roszczenia powoda, zostały udzielone w stanie zagrożenia zdrowia lub życia. Zatem wyniki opinii biegłego, który analizował 200 losowo wybranych historii chorób, miały bezpośrednie przełożenie na wszystkie tzw. „nadwykonania” mające miejsce u powoda od stycznia do grudnia 2011 roku z rodzajów świadczeń stanowiących podstawę wytoczonego powództwa. Powyższe rozwiązanie uwzględniło zasady ekonomiki procesowej.

Jednocześnie wskazał, iż analiza wszystkich przypadków będących przedmiotem sporu znacznie wydłużyłaby czas prowadzenia sprawy, co wypaczyłoby postulat szybkości postępowania. Ponadto opinia obejmująca wszystkie historie chorób pociągnęłaby za sobą znaczne koszty. Z tych samych względów Sąd oddalił wniosek pozwanego w zakresie uzupełnienia opinii, poprzez przeprowadzenie pełnej opinii odnośnie wszystkich przypadków chorych w zakresie czy były świadczeniami wymagającymi pilnego udzielenia świadczenia. Jednocześnie wskazał, iż decyzja o wybiórczej ocenie przypadków udzielenia świadczeń przez powoda nie pociągała za sobą niekorzystnych skutków dla wyjaśnienia sprawy. Na powyższe rozstrzygnięcie pełnomocnik pozwanego złożył zastrzeżenie do protokołu w trybie art. 162 kpc, zarzucając naruszenie przepisów postępowania.

Opinia sporządzona przez biegłego została oparta na obszernej dokumentacji medycznej, biegły uzyskał dostęp do elektronicznego systemu dokumentacji znajdującej się u powoda. Opinia została sporządzona zgodnie z zasadami fachowej wiedzy i doświadczenia opiniującego, a jej wnioski były jasne, przejrzyste i w dostateczny sposób uzasadnione, dlatego też zasługiwały na walor wiarygodności. Z ich treści wynika, że we wszystkich przeanalizowanych przypadkach chorych leczenie zostało zrealizowane w oparciu o obowiązujące protokoły terapeutyczne, zgodnie z zasadami leczenia onkologicznego obowiązującymi w Polsce. We wszystkich przeanalizowanych przypadkach stan chorych wymagał pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego, jak również możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub też znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia. Biegły w ustnej opinii uzupełniającej w sposób szczegółowy odniósł się do zarzutów zgłoszonych przez stronę pozwaną. Jednocześnie biegły wskazał, że 200 badanych przypadków stanowi reprezentatywną grupę.

Ponadto biegły odniósł się do 6 przypadków, co, do których miał ewentualne zastrzeżenia, jednakże decyzja o badaniach wykonanych także i w tych przypadkach została podjęta prawidłowo, bowiem zastosowane leczenie było konieczne w celu kontroli stanu zdrowia pacjentów po przeprowadzonym uprzednio leczeniu. Biegły wskazał także, że badania PET należy wykonywać możliwie jak najszybciej, przy czym czas oczekiwania na to badania nie powinien przekraczać trzech tygodni, co jednocześnie w ocenie Sądu uzasadnia konieczność wykonywania tego typu badań przez powoda w trybie pilnym, bez możliwości wpisania pacjenta na listę oczekujących, np. na przyszły rok. Przesunięcie w czasie takiego badania, a w konsekwencji leczenia miałyby, bowiem bezpośredni wpływ na rozwój procesu nowotworowego, co spowodowałoby rozwój choroby.

Rozważając zasadność powództwa Sąd Okręgowy wskazał, że powód, w oparciu o treść łączących strony umów, domagał się zasądzenia na jego rzecz kwoty odpowiadającej łącznej wartości udzielonych pacjentom świadczeń medycznych w rodzajach: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne, rehabilitacja lecznicza, leczenie szpitalne w zakresie teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa, leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne, leczenie szpitalne w zakresie - chemioterapia, leczenie szpitalne w zakresie - opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, które zostały wykonane w

okresie od stycznia 2011 roku do grudnia 2011 roku, udzielone ponad przyjęte w umowach limity kwotowe. Innymi słowy powód żądał zapłaty z tytułu tzw. „nadwykonań” w sytuacjach wymagających natychmiastowej interwencji i hospitalizacji. Jako podstawę swojego roszczenia wskazywał art. 7 nieobowiązującej już ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity - Dz. U. 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.).

Ze względu na zawartą w trakcie toczącego się postępowania ugodę, powód cofnął pozew w zakresie dotyczącym rozliczenia świadczeń nielimitowanych w rodzaju leczenia szpitalne i zrzekł się w tym zakresie roszczenia.

Spór ogniskował się wyłącznie wokół kwestii prawnych dotyczących zasadności żądania powoda w świetle obowiązujących przepisów prawa i łączącej strony umowy.

Kluczowe znaczenie dla oceny zasadności powództwa miał wspomniany wyżej art. 7

ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 r. nr 112, poz. 664 ze zm.), który co do zasady stanowi odpowiednik powyższego przepisu, albowiem roszczenie dotyczy udzielenia świadczeń nielimitowanych w okresie od stycznia do grudnia 2011 roku, zaś ustawa o zakładach opieki zdrowotnej utraciła moc w dniu 1 lipca 2011 roku, czyli z dniem wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej. Powód udzielał świadczeń w roku 2011, kiedy to w życie weszła ustawa o działalności leczniczej. Zatem, do części świadczeń udzielonych przez powoda do dnia 1 lipca 2011 roku zastosowanie znajduje ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, natomiast do udzielonych po tej dacie - ustawa o działalności leczniczej. Jednocześnie wskazał, iż

artykuł 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej stanowi, co do zasady odpowiednik funkcjonującego w porządku prawnym art. 15 ustawy o działalności leczniczej. Według art. 7 nieobowiązującej obecnie ustawy, zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Przesłanki wskazane w tym przepisie, przeniesione do art. 15 ustawy o działalności leczniczej, odpowiadają definicji stanu nagłego, zawartej w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2006 r. Nr 191, poz. 1410 ze zm.), do której wprost odwołuje się art. 5 ust. 33 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity - Dz. U. 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.). Pojęcie to, w całości brzmiące jako „stan nagły zagrożenia zdrowotnego” oznacza stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Według art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. W tym kontekście warto zauważyć, iż podmiot leczniczy, odmawiając udzielenia świadczeń zdrowotnych pacjentowi w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia, który poniósł w związku z tym szkodę, naraża się na odpowiedzialność cywilną, natomiast jego pracownicy - na odpowiedzialność karną (M. N. Odpowiedzialność cywilna za ograniczenie dostępności do leczenia i nieuzyskanie świadczenia zdrowotnego w nowym systemie opieki zdrowotnej, Pr. I (...). 2000, nr 6- 7, str 5). Jak wynika bowiem z art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tj. Dz. U. Nr 277 z 2011r. poz. 1634 ze zm.) 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.

Zatem, obowiązki wynikające z powyższych przepisów mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Jeżeli zatem podmiot leczniczy, który zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o świadczenie usług medycznych, udzielił świadczenia pacjentowi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ma roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie względem Narodowego Funduszu Zdrowia. W orzecznictwie wypracowanym na kanwie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ale niewątpliwie zachowującym aktualność także obecnie, powszechnie wskazuje się, iż określane w umowach ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą przypadków, gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na

zagrożenie życia lub zdrowia, o jakich mowa w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (por. wyrok Sądu Najwyższego w sprawie V CSK 533/07, LEX nr 515717, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 2009r., V CSK 272/08). Jeżeli bowiem zachodzi ustawowy obowiązek natychmiastowego udzielenia świadczeń, to nie mogą one być limitowane umową (wyrok Sądu Najwyższego w sprawie IV CK 189/02, LEX nr 164009, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 2009r., V CSK 272/08, LEX nr 530613).

Uwzględniając powyższe uwagi natury ogólnej, kierując się treścią sporządzonej w sprawie opinii biegłego, posiłkując się zebranymi dowodami w sprawie w postaci dokumentów i zeznań świadków, a także w oparciu o zasady doświadczenia życiowego, Sąd doszedł do przekonania, że świadczenia medyczne udzielone ponad limit zobowiązania wskazany w umowach na rok 2011, były świadczeniami podjętymi ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów. Tym samym na pozwanym ciąży obowiązek zapłaty za przedmiotowe usługi medyczne wykonane przez powodowy szpital na rzecz świadczeniobiorców. Nie ulega wątpliwości, iż świadczenia Nielimitowane, których koszt wyniósł łącznie kwotę 31.019.641,00 zł, zostały udzielone pacjentom w placówce powoda. Ponadto pozwany nie kwestionował tego, że przedmiotowe świadczenia zostały pacjentom udzielone.

Decydujące znaczenie dla oceny powództwa miały wnioski zawarte w opinii biegłego z dziedziny radioterapii onkologicznej i onkologii klinicznej dr hab. med. R. D.. Powołany w sprawie biegły, na podstawie analizowanych reprezentatywnych 200 historii chorób, stwierdził, że wszystkie przypadki świadczeń będące przedmiotem oceny były niezbędne dla prawidłowości postępowania diagnostycznego i leczniczego. Tym samym zostały wykonane ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia świadczeniobiorców. Poszczególnych działań przedsięwziętych przez personel powodowej placówki nie można było pominąć, albowiem tego wymagał stan zdrowia pacjentów. We wszystkich przeanalizowanych przypadkach stan chorych wymagał pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego, jak również możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub też znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia. Tak sformułowane wnioski, zgodnie z porozumieniem stron, miały bezpośrednie przełożenie na wszystkie tzw. „nadwykonania” powoda dokonane w rodzajach usług leczniczych wskazanych w pozwie w okresie od stycznia do grudnia 2011 roku, za które nie otrzymał on zapłaty.

Skoro biegły kategorycznie uznał, że w analizowanych przez niego historiach choroby usługi medyczne były świadczone w stanach nagłych, to przyjąć należało, że wszystkie świadczenia wykonane ponad limity umowne, o łącznej wartości 31.019.641,00 zł, były udzielone pacjentom w stanach zagrożenia życia lub zdrowia, o czym stanowi art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Niezależnie od powyższego, posiłkując się zasadami doświadczenia życiowego, jak też regułami logicznego rozumowania, należy stanąć na stanowisku, że jakakolwiek zwłoka w leczeniu w przypadku schorzeń o charakterze onkologicznym niesie za sobą dalece niekorzystne skutki dla pacjentów, ze śmiercią włącznie, co ma odniesienie do wszystkich przypadków objętych niniejszym postępowaniem, udzielanych w powodowej placówce. W wypadku tych chorób czas odgrywa ogromną rolę, a przerwanie, czy też niepodjęcie na czas leczenia może skutkować zmianami w stanie zdrowia świadczeniobiorcy, których odwrócenie będzie już niemożliwe, zaś leczenie ograniczy się jedynie do złagodzenia dolegliwości bólowych. Odwleczenie w czasie leczenia w przypadku pacjentów przyjmowanych w powodowej placówce miałyby bezpośredni wpływ na rozwój procesu nowotworowego, powodując rozwój choroby. Dlatego też tak ważne jest podjęcie niezwłocznych działań medycznych w przypadku zdiagnozowania u pacjenta zmian kwalifikujących się do leczenia onkologicznego. W tym kontekście ważne jest także wyeliminowanie w toku stawiania diagnozy możliwości zachorowania na raka. Temu służą specjalistyczne badania przeprowadzane w powodowej placówce, które ze względu na ewentualne podejrzenie takiej choroby, muszą zostać przeprowadzone możliwie niezwłocznie, nawet z pominięciem procedury kolejkowej. Powyższe wywody sprawiają, że jakiegokolwiek argumenty przytoczone przez pozwanego, a przemawiające za oddaleniem powództwa, nie mogły zostać uznane za słuszne.

Jednocześnie zauważyć należy, iż słuszność działań powoda potwierdzają zmiany trzech ustaw tworzące tzw. pakiet kolejkowy i onkologiczny, tj. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy o konsultantach w ochronie zdrowia oraz ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej. Dokonana zmiana

narzuca priorytet w przypadku opieki nad pacjentami onkologicznymi, przewiduje odrębny sposób postępowania w przypadku diagnostyki onkologicznej oraz leczenia onkologicznego, u którego podstaw legło przeświadczenie, że pacjent z podejrzeniem choroby nowotworowej musi być jak najszybciej zdiagnozowany i bezzwłocznie należy rozpocząć jego leczenie. Powyższe niejako potwierdza słuszność i celowość działań powoda w stosunku do pacjentów onkologicznych, narzucenie pewnych reżimów czasowych w okresie przed wspomnianą zmianą oraz wyraz woli ustawodawcy w tym zakresie.

Mając powyższe na uwadze, Sąd na podstawie art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i art. 15 ustawy o działalności leczniczej oraz na podstawie art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 31.019.641,00 zł. z ustawowymi odsetkami od dnia 3 listopada 2012 roku.

Z uwagi na cofnięcie pozwu ze zrzeczeniem się roszczenia w części, tj. co do kwoty 2.472.778,00 zł., Sąd umorzył postępowanie w pozostałej części.

Zgodnie z art. 98 kpc strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony. Pozwany przegrał niniejszą sprawę, wobec tego Sąd na podstawie przytoczonego wyżej przepisu i § 6 pkt 7 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. 2002 r., Nr 163, poz. 1349 ze zm.) zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 7.217 zł. tytułem zwrotu kosztów procesu.

W myśl art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych Sąd obciążył Skarb Państwa kosztami sądowymi, od których poniesienia zwolniony był powód.

W apelacji pozwany zarzucił:

1) naruszenie prawa materialnego, to jest art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym i art. 5 ust 33 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez ich błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie w niniejszej sprawie i w konsekwencji błędne przyjęcie, że świadczenia objęte pozwem były świadczeniami opieki zdrowotnej udzielonymi w stanach nagłych oraz, że przepisy te stanowią podstawę do dochodzenia roszczeń na drodze sądowej przez świadczeniodawców, którzy mają zawartą umowę z Funduszem,

2) naruszenie prawa materialnego, to jest art. 132 i art. 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez błędne przyjęcie, że świadczenia zdrowotne udzielone w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego mogą być udzielane i finansowane bez zawartej umowy lub w wysokości przekraczającej określoną w umowie ilość i wartość świadczeń, a w konsekwencji kwotę wynikającą z planu finansowego Funduszu,

3) naruszenie prawa procesowego, to jest art. 232 i art. 233 § 1 kpc poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów polegające na przyjęciu, że powód udowodnił, iż wszystkie świadczenia o łącznej wartości 31.019.641,00 zł. objęte pozwem wykonane były w stanach nagłych - w świetle zgromadzonych w sprawie dowodów, a w szczególności sporządzonej w sprawie opinii biegłego odnoszącej się wyłącznie do losowo wybranych 200 chorych leczonych w ramach umów: nr (...),

4) naruszenie prawa procesowego, to jest art. 232, art. 233 § 1 kpc w zw. z art. 278, art. 285 i art. 286 kpc poprzez oddalenie wniosku strony pozwanej o uzupełnienie opinii biegłego wobec sporządzenia jej wyłącznie o losowo wybrane przypadki, sporządzenia opinii niezgodnie z tezą Sądu, nienależytego i ogólnego uzasadnienia opinii przez biegłego.

Wskazując na te zarzuty domagał się zmiany zaskarżonego wyroku i oddalenia powództwa względnie uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania sądowi okręgowemu.

W uzasadnieniu apelacji skarżący wskazał, że jego zdaniem Sąd Okręgowy dokonał błędnej wykładni i niewłaściwego zastosowania cytowanych w zarzutach apelacji przepisów. W konsekwencji błędnie przyjął, że świadczenia objęte pozwem były świadczeniami opieki zdrowotnej udzielonymi w stanach nagłych. W niniejszej sprawie Sąd niesłusznie pominął znaczenie zawartych i wiążących strony umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj umów : nr (...) ((...)); nr (...); nr (...); nr (...); nr (...); nr (...); nr (...); nr (...) wraz z aneksami. Pominął także znaczenie Zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w danym rodzaju, które określały zasady finansowania i rozliczania świadczeń. Sąd nie dokonał zastosowania i wykładni powołanych umów i Zarządzeń Prezesa wydanych w trybie art. 146 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Co prawda skarżący nie kwestionuje stanowiska wskazującego na bezwzględny charakter cytowanych przepisów art. 8 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym, art. 5 ust. 33 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ustawy oraz okoliczności, że przepisy regulujące udzielanie świadczeń w stanach zagrożenia życia lub zdrowia wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Jednakże zdaniem skarżącego pogląd taki byłby uzasadniony, ale jedynie w sytuacji wykazania przez powoda, iż wszystkie świadczenia objęte pozwem udzielone były w stanach nagłych. Tym czasem w niniejszej sprawie ustalenia Sądu w tym zakresie poczynione zostały wyłącznie o opinie biegłego odnoszącą się jedynie do losowo wybranych 200 chorych leczonych w ramach umów: nr (...).

W konsekwencji zdaniem skarżącego Sąd I instancji dopuścił się naruszenia art. 232 i art 233 par. 1 kpc poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów zebranych w sprawie, to jest opinii biegłego powołanego do sprawy.

Brak było podstaw dla przyjęcia - w oparciu o tak sporządzoną opinię dotyczącą wyłącznie wybranych przypadków, że wszystkie świadczeń objęte pozwem o łącznej wartości 31.019.641,00 zł. były udzielone w stanach nagłych. Zdaniem apelującego tak przeprowadzona ocena dowodu dokonana została z naruszeniem zasad określonych w art. 233 § 1 kpc.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Apelacja nie zasługiwała na uwzględnienie. Sąd Apelacyjny podziela istotne dla rozstrzygnięcia ustalenia zaskarżonego wyroku i jego argumentację prawną, czyniąc je podstawą również własnego rozstrzygnięcia. Wbrew bowiem podniesionym w apelacji zarzutom, ustalenia zaskarżonego wyroku nie naruszają zasad określonych w art. 233 § 1 kpc albowiem poczyniono je w oparciu o niewadliwą ocenę zebranych dowodów i wynikające z nich logicznie wnioski, uzasadnione przez Sąd Okręgowy tak co do sposobu prowadzenia postępowania dowodowego, kwalifikowania okoliczności jako istotne dla rozstrzygnięcia oraz oceny wagi poszczególnych faktów dla dokonania owej oceny, jak również przyczyn ograniczenia postępowania dowodowego wbrew stanowisku strony pozwanej. Sąd Apelacyjny tę argumentację i ten tok rozumowania Sądu Okręgowego akceptuje albowiem nie można im postawić zarzutu dowolności oraz twierdzić, że Sąd Okręgowy w ten sposób pomijał fakty mające istotne dla wyrokowania znaczenie. To, że inaczej, niż czyni to skarżący, oceniał ich znaczenie, nie pozbawia ustaleń zaskarżonego wyroku atrybutu przydatności dla rozstrzygnięcia.

Chociaż apelacja stawia zarzut naruszenia przez Sąd Okręgowy prawa materialnego w postaci przywołanych w niej przepisów ustaw szczególnych regulujących funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej, dotyczących Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, to jednak ów fakt naruszenia wspomnianych ustaw wiąże z koniecznością wykazania przez powodowy szpital faktu udzielenia świadczeń medycznych w przypadkach nagłych, ratujących zdrowie i życie pacjenta. Nie kwestionuje bowiem co do zasady tego, że – o ile świadczenia udzielane przez powodowy szpital były świadczeniami w stanach nagłych – szpital nie mógł odmówić ich udzielenia. W konsekwencji, jak można wnosić z uzasadnienia apelacji, mogą być finansowane ponad przyjęty umowny limit o ile świadczeniodawca wykaże fakt ich udzielenia w stanach nagłych, a więc zagrażających zdrowiu i życiu pacjenta.

W konsekwencji podstawowy zarzut apelacji dotyczy wadliwych ustaleń zaskarżonego wyroku dotyczących przyjęcia, że wszystkie świadczenia, których udzielił powodowy szpital domagając się za nie zapłaty, zostały udzielone w stanach nagłych, a więc zagrażających zdrowiu i życiu pacjentów. Konkretyzując ten zarzut skarżący podnosił, że oparcie się na ustaleniach i wnioskach wydanej przez biegłego opinii nie mogło prowadzić do wniosku stanowiącego podstawę rozstrzygnięcia a mianowicie takiego, że wszystkie świadczenia, za które zapłaty ponad ustalony limit domaga się powodowy szpital, były świadczeniami medycznymi udzielanymi w stanach zagrożenia życia i zdrowia pacjenta.

W konsekwencji zmierzał ten zarzut do zakwestionowania metody losowego wyboru badanych przypadków udzielania świadczeń medycznych przez powoda, którą przyjął biegły dla oceny charakteru wszystkich udzielonych świadczeń będących źródłem zgłoszonych roszczeń.

Wobec tak sformułowanych zarzutów istotnym dla rozstrzygnięcia jest ocena poprawności poczynionych ustaleń procesowych w oparciu o wspomnianą opinię biegłego R. D., który na podstawie losowo wybranych 200 historii chorób pacjentów ocenił, że wszystkie udzielone świadczenia, za które powód domaga się zapłaty, były świadczeniami ratującymi życie i zdrowie pacjenta, co więcej przyjął, że badane historie chorób pacjentów są reprezentatywne dla oceny wszystkich udzielonych świadczeń.

Sąd Okręgowy podzielił wspomniane ustalenia i wnioski biegłego, co kwestionuje apelacja.

Można kwestionować skutecznie sposób dokonanej przez sąd oceny materiału dowodowego i przyjęcie za reprezentatywny pozyskany w określony sposób materiał dowodowy o ile wykaże się, że dokonana ocena ma dowolny charakter, jest sprzeczna z ustalonymi zasadami dowodzenia i oceny faktów, pomija istotne fakty i opiera się na materiale dowodowym, który zebrano w sposób naruszający uznane zasady procesowe.

W ocenie Sądu Apelacyjnego takiego zarzutu zaskarżonemu wyrokowi postawić nie można.

W świetle podniesionych w apelacji zarzutów decydujące jest rozstrzygnięcie, czy zaniechanie zbadania wszystkich przypadków udzielenia świadczeń medycznych przez powoda i przyjęcie metody badania losowo wybranych, jest reprezentatywne dla oceny zasadności powództwa zależnej od ustalenia charakteru wszystkich świadczeń stanowiących podstawę zgłoszonych roszczeń.

Istotne w tej sprawie jest to, że oczekiwanie pozwanego prowadzenia postępowania dowodowego w pełnym zakresie, a więc bez przyjęcia założeń poczynionych w opinii biegłego, wymagałoby dokonania analizy około 38 tysięcy pozycji udzielonych w spornym okresie świadczeń medycznych.

Trafnie argumentował Sąd Okręgowy, że zbadanie wszystkich przypadków udzielonych świadczeń wydłużyłoby znacznie postępowanie, co więcej, generowałoby znaczne koszty, a więc naruszałoby ekonomikę procesową.

Sąd Apelacyjny tę argumentację podziela odwołując się do akceptowanego przez ten skład poglądu, wyrażonego przez Sąd Apelacyjny w Gdańsku w wyroku z dnia 25 października 2013r. w sprawie VACa (...), że opinia biegłego oceniająca szereg typowych, powtarzających się faktów lub zachowań może ograniczać się do przesądzenia charakteru zjawisk powtarzających się, pod warunkiem wykazania przez biegłego w sposób nie budzący wątpliwości zarówno charakteru faktów lub zachowań, jak i ich powtarzalności. W takiej sytuacji przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego co do każdego z powtarzalnych faktów lub zachowań jest zbędne.

W kontekście zarzutów apelacji odnoszących się do omawianej kwestii ustaleń poczynionych w oparciu o wnioski opinii biegłego wydanej na podstawie losowo wybranych przypadków należy przypomnieć, że opinia biegłego, jak każdy inny dowód, podlega ocenie sądu orzekającego tak co do jej zupełności i zgodności z wymaganiami formalnymi, jak i co do jej mocy przekonywania. Jeżeli nie budzi zastrzeżeń, może stanowić uzasadnioną podstawę dla dokonania ustaleń faktycznych i rozstrzygnięcia sprawy. Podstawy dokonania ustaleń faktycznych nie mogłaby jednak stanowić opinia dowolna, sprzeczna z materiałem dowodowym, niepełna, pozbawiona argumentacji umożliwiającej sądowi

dokonanie oceny złożonej przez biegłego opinii (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 maja 1974 r., I CR 100/74, LEX nr 7497),

Przenosząc to na realia rozpoznawanej sprawy należy stwierdzić, że ani przepisy ustawy, ani orzecznictwo nie precyzują warunków, które powinna spełniać opinia biegłego. Każdorazowo zatem sąd orzekający ocenia, czy konkretne wnioski biegłego w powiązaniu z pozostałym materiałem dowodowym pozwalają na rozpoznanie istoty sprawy.

Trafnie Sąd Okręgowy przyjął, że opinia biegłego taki warunek spełnia. W okolicznościach tej sprawy wystarczające było bowiem wypowiedzenie się przez biegłego jedynie o pewnej prawidłowości w zakresie udzielania świadczeń medycznych usprawiedliwiającej zgłoszone roszczenie, skoro objęte pozwem świadczenia miały charakter powtarzający się. Stąd wniosek biegłego, oparty na jego doświadczeniu zawodowym zdobytym jako specjalista onkologii i radioterapii oraz związanym z pełnioną funkcją konsultanta krajowego, że wszystkie świadczenia medyczne wykonywane przez powoda związane były z leczeniem chorych w stanach zagrożenia życia, pozwalał na rozstrzygnięcie o żądaniach pozwu. Nie można pomijać faktu, że świadczenia medyczne udzielane przez powoda były związane z szeroko rozumianą onkologią, co – jak podkreślał biegły – wymaga podjęcia pilnych, a więc niezwłocznych działań w celu ratowania zdrowia i życia pacjenta. Wbrew zarzutowi sformułowanemu przez pozwanego, badanie każdego pojedynczego przypadku udzielenia przez powoda tego rodzaju świadczeń nie było w okolicznościach sprawy uzasadnione, chociażby zważywszy na znaczne koszty takiej opinii oraz jej czasochłonność prowadzącą niewątpliwie do nieuzasadnionego wydłużenia postępowania.

Wypada zauważyć, że pozwany nie kwestionował zasadności udzielania przez powoda świadczeń stanowiących przedmiot sporu, tylko kwestionował nagłość potrzeby ich podjęcia broniąc się przed zapłatą za ponadlimitowe świadczenia.

O trafności aprobowanej przez Sąd Okręgowy metody wrywkowego badania przypadków udzielania świadczeń medycznych przez powoda i uznania ich za reprezentatywne dla całości udzielonych świadczeń medycznych przekonują również inne jeszcze fakty.

Niewątpliwie pozwany miał wiedzę co do ilości, rodzaju i charakteru świadczeń medycznych udzielonych przez powoda. Co więcej, kontrolował je. Miał zatem wiedzę co do tego, jaki miały charakter, a więc czy były świadczeniami ratującymi zdrowie i życie pacjentów powoda, a także a contrario, które z nich takimi nie były. Można założyć, że skoro odmówił wypłaty za wszystkie świadczenia dochodzone pozwem, a biegły ustalił, że losowo wybrane 200 z nich ma charakter ratujący życie i zdrowie, a więc uzasadnia zapłatę za ich udzielenie ponad ustalony limit, to pozostawał w błędnym przekonaniu o ich charakterze. Zatem, mając wiedzę w tym zakresie powinien był wskazać chociażby na przykładowe świadczenia, które nie mogą być, jego zdaniem, kwalifikowane w sposób jaki uczynił to biegły, co mogłoby podważać trafność przyjęcia metody losowo wybranych przypadków dla ustalenia prawidłowości odnoszącej się do pozostałych przypadków udzielania świadczeń medycznych. Takich twierdzeń pozwanego brak, zatem nie ma powodów aby podważyć wybraną przez biegłego metodę wnioskowania z części materiału dowodowego o prawidłowościach odnoszących się do jego całości. Co więcej, nawet gdyby można było wskazać pojedyncze, ale nie reprezentatywne dla oceny całości przypadki zasługujące na odmienną ocenę i tak nie pozbawiałoby to opinii sporządzonej przez biegłego atrybutu przydatności. Jak wcześniej wspomniano, pozwany dysponując pełną wiedzą o ilości i rodzaju udzielonych świadczeń przez powoda miał możliwość wskazania tych z nich, które nie były udzielone w stanach nagłych. Ich badanie przez biegłego i ocena mogłyby spowodować stosowne pomniejszenie należnej do zapłaty kwoty nie podważając generalnego wniosku opinii o charakterze wszystkich udzielonych świadczeń.

Konkludując, trafnie Sąd Okręgowy przyjął, że opinia biegłego jest wystarczającym dowodem dla przyjęcia, iż powód udzielił wszystkich świadczeń medycznych, za które domaga się zapłaty, w stanach nagłych, a więc ratujących życie i zdrowie pacjentów. W świetle wszystkich zebranych dowodów można podzielić zapatrywanie biegłego, że przyjęta przez niego metoda badania jest reprezentatywna dla całości świadczeń stanowiących przedmiot sporu.

W konsekwencji zasadnie Sąd Okręgowy oddalił wniosek pozwanego o uzupełnienie opinii biegłego o badanie wszystkich przypadków udzielenia świadczeń medycznych przez powoda. Prowadzeniu tego dowodu sprzeciwiają się bowiem zasady ekonomiki procesowej, a zaniechanie prowadzenia tego dowodu, z przyczyn wcześniej wyjaśnionych, nie prowadzi do wadliwych ustaleń procesowych i nie narusza obowiązku ustalenia stanu faktycznego zgodnego z rzeczywistością.

Mając na uwadze, że ustalenia zaskarżonego wyroku są niewadliwe, nie sposób też kwestionować oceny prawnej, jakiej dokonał Sąd Okręgowy. Sąd Apelacyjny w całości ją podziela i przyjmuje również za podstawę swojego rozstrzygnięcia.

Sąd Okręgowy w sposób wyczerpujący i obszerny omówił problematykę prawną rozstrzygnięcia, zatem wystarczy się do tej argumentacji odwołać, jak również do przytaczanych poglądów doktryny i licznie przywoływanego orzecznictwa Sądu Najwyższego, w którym przesądzono obowiązek finansowania przez NFZ świadczeń udzielonych ponad ustalony umowny limit, jeżeli były to świadczenia udzielane w stanach nagłych, tj. stanach zagrożenia zdrowia i życia pacjenta.

Skoro bowiem świadczeniodawca, jak trafnie argumentował Sąd Okręgowy, nie może odmówić w takich sytuacjach udzielenia świadczenia, a brak jest podstaw aby obciążyć go kosztami z tym związanymi, te koszty powinien ponieść NFZ niezależnie od zawartej umowy ograniczającej jego odpowiedzialność z tytułu finansowania świadczeń medycznych udzielanych przez świadczeniodawcę. To ograniczenie umowne może bowiem dotyczyć tylko świadczeń udzielanych do wyczerpania kwoty ustalonego limitu i obejmuje świadczenia medyczne nie mające charakteru ratujących zdrowie i życie udzielonych po jego wyczerpaniu. Nie obejmuje jednak świadczeń udzielonych po wyczerpaniu się ustalonego umownego limitu, gdy mają one charakter kwalifikowany, a więc ratujący zdrowie i życie pacjentów.

Skoro zatem Sąd Okręgowy nie naruszył ani przepisów postępowania, ani przepisów prawa materialnego, wskazanych w apelacji, apelacja podlegała oddaleniu, o czym Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 385 kpc.

Podstawę rozstrzygnięcia o kosztach postępowania apelacyjnego stanowił art. 98 kpc.