

Sygn. akt V ACa 191/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 kwietnia 2018r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku V Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: SSA Anna Daniszewska

Sędziowie: SA Mariusz Wicki

SO (del.) Leszek Jantowski (spr.)

Protokolant: starszy sekretarz sądowy Joanna Makarewicz

po rozpoznaniu w dniu 29 marca 2018r. w Gdańsku

na rozprawie

sprawy z powództwa (...) w T.

przeciwko (...) w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w B.

z dnia 30 listopada 2016r., sygn. akt I C 318/15

1. oddala apelację,

2. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 4.050/cztery tysiące pięćdziesiąt/ złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

Na oryginale właściwe podpisy.

Sygn. akt V ACa 191/17

UZASADNIENIE

Powód, (...) w T., wniósł o zasądzenie od pozwanego, (...) w W. (...) w B., kwoty 107.661 złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 lutego 2012 roku do dnia zapłaty, z tytułu ponadlimitowych świadczeń (...) za 2011 rok.

Pozwany w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa, kwestionując roszczenie zarówno co do zasady, jak i co do kwoty oraz zaprzeczając wszystkim twierdzeniom powoda, nie przyznanych wprost w odpowiedzi na pozew.

Wyrokiem z dnia 30 listopada 2016r. Sąd Okręgowy w B. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 52.683 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 lutego 2012 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku oraz z dalszymi odsetkami

ustawowymi za opóźnienie za okres od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty, oddalił powództwo w pozostałej części, zniósł wzajemnie koszty procesu, oraz obciążył Skarb Państwa kosztami sądowymi.

Powyższe rozstrzygnięcie zostało oparte na następujących ustaleniach faktycznych:

Strony łączyła umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w leczeniu szpitalnym w okresie od dnia 1 stycznia 2009 roku, która obowiązywała także do dnia 31 grudnia 2011 roku. W 2011 roku kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umowy wynosiła maksymalnie 126.398.196 złotych. Wartość poszczególnych świadczeń jest stała i jest wyrażona za każdą jednostkę – w przypadku (...), w kwocie 51 złotych.

Propozycja powodowego Szpitala w ofercie na świadczenia za 2011 rok (...), została zmniejszona przez pozwanego z powodu braku odpowiednich środków finansowych. Gdyby została przyjęta propozycja szpitala w tym zakresie, jego świadczenia w 2011 roku mogłyby zmieścić się w tak ustalonym limicie.

Dalej Sąd Okręgowy ustalił, że poszczególni lekarze przy badaniu pacjenta wstępnie kwalifikują go do przyjęcia albo do oczekiwania w kolejce. (...) w 2011 roku powód tworzył listy kolejkowe pacjentów. Oprócz tego Szpital miał zatwierdzoną procedurę zasad prowadzenia list oczekujących na udzielanie świadczeń zdrowotnych, procedurę postępowania w sprawach nagłych, przyjmowania pacjentów na oddziały szpitalne. W szpitalu jest powołana specjalna komisja, która ocenia poszczególne przypadki pacjentów, umieszczonych na listach kolejkowych, w skład którego wchodzi naczelną pielęgniarka i lekarz zabiegowy. Pozwany otrzymywał sprawozdania co do list kolejkowych, i nie wnosił do nich uwag. Ze wszystkich udzielonych świadczeń jest tworzony raport statystyczny w formie elektronicznej, który jest wysyłany pozwanemu. Raport ten zawiera m.in. zakładkę, w której odznacza się, czy świadczenie jest ratującym życie, czy też takim nie jest (kwalifikator T). Świadczenia ratujące życie są rozliczane przez pozwanego w pierwszej kolejności. Z automatu dobierane są takie świadczenia do wysokości limitu w danym miesiącu i jeśli taki limit jeszcze istnieje w jego ramach dobierane są także inne świadczenia nie ratujące życia. Nadto świadczenia, które nie zostały rozliczone w danym miesiącu z powodu braku limitu, mogą być rozliczone w miesiącu kolejnym. Od początku działalności sytuacja w powodowym szpitalu jest taka, że ustalone kwoty limitu na świadczenia nie były wystarczające. W przypadku świadczeń, objętych żądaniem pozwu, nie zostały one oznaczone przez powoda jako ratujące życie. W 2011 roku powodowy Szpital udzielił w większości zakresów nadwykonania, zatem nie było możliwości wnoszenia o przesunięcia limitów. Z zakresu chorób wewnętrznych, świadczenia objęte żądaniem pozwu, zostały zgłoszone do rozliczenia za 2011 rok, jako udzielone pacjentom przy przyjęciu w trybie nagłym, (...) – w ośmiu przypadkach w ramach przyjęcia w trybie nagłym, natomiast pozostałe (...) – w ramach przyjęcia planowego na podstawie skierowania.

Świadczenia, udzielone pacjentom w 2011 roku przez powoda (...), w części która nie została sfinansowana przez pozwanego w 25 przypadkach leczenia, wymagały natychmiastowego udzielenia pomocy w warunkach ratowania życia i zdrowia w przypadku 14 pacjentów - T. S., R. O., L. S., P. S., K. N., L. G., M. S., U. W., M. S., H. W., P. L., E. F., R. B. i W. W., na co wskazuje przebieg urazów i choroby, opisanych w kartach informacyjnych leczenia szpitalnego. Dotyczyły one bowiem urazów gałki ocznej, zapalenia błony naczyniowej jaskry z wysokim ciśnieniem wewnątrzgałkowym, guza wewnątrzgałkowego, oraz przypadków zwyrodnienia plamki do iniekcji doszklistkowej, zgodnej ze schematem podawania leku. W przypadku pozostałych 2 pacjentów istniała możliwość przesunięcia terminu przyjęcia na leczenie szpitalne do jednego miesiąca, z uwagi na wolno rosnący guz oczodołu, czy jaskry z uregulowanym ciśnieniem do diagnostyki, zaś w przypadku pozostałych 9 pacjentów nie było konieczności pilnego przyjęcia z powodu planowych zabiegów zaćmy, zeza i skrzydlika. W przypadku świadczeń z zakresu chorób wewnętrznych, pilnej hospitalizacji w stanie zagrożenia życia, wymagali wszyscy pacjenci, tj. A. P., S. W., J. K. i J. D.. Byli to pacjenci w stanie ciężkim, w trzech przypadkach hospitalizacja zakończyła się zgonem, w jednym przypadku pacjent przyjęty z powodu sepsy. W przypadku świadczeń z zakresu reumatologii, we wszystkich badanych przypadkach, przyjęcie do szpitala nie było pilne, dotyczyło chorych z powodu chorób przewlekłych, w celu podania leku lub kontroli diagnostycznych i przyjęcia mogły być przesunięte.

W zakresie chorób wewnętrznych powód udzielił w 2011 roku świadczeń ponad limitowych o wartości 17.595 złotych,(...) z tego samego tytułu dochodził zapłaty wartości świadczeń w kwocie 40.749 złotych, zaś z zakresu okulistyki dochodził zapłaty kwoty 46.206 złotych, z czego udzielono świadczeń ponad limitowych w stanach nagłych zagrożenia życia o wartości 35.088 złotych. Powód w niniejszej sprawie faktycznie nie domagał się zapłaty za świadczenia udzielone pacjentowi, C. P..

Powód wystawił fakturę i wezwał pozwanego do zapłaty za świadczenia udzielone w 2011 roku ponad limit, także (...). Pozwany odesłał faktury powodowi, podnosząc, iż zostały one wystawione poza systemem informatycznym.

Powyższy stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił na podstawie pisemnych opinii biegłych (...) A. Z. z dnia 11 kwietnia 2016 roku oraz (...)w osobie A. M. z dnia 16 września 2016 roku. W ocenie Sądu obie opinie były jasne, logiczne, jednoznaczne, oparte zostały na podstawie dowodów z dokumentów – dokumentacji medycznej pacjentów, i zostały wydane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną we wskazanych przedmiotach. Treść obu opinii znajduje swoje potwierdzenie w dokumentacji, sporządzonej przez powoda, a także w treści dokumentu złożonego przez pozwanego co do charakteru przyjęć poszczególnych pacjentów, zgłoszonych pozwanemu do realizacji świadczeń. Biegli – w większości przypadków wskazanych w tym dokumencie jako przyjęcia planowe – potwierdzili ten charakter. Ocenili także brak przesłanek do przyjęcia w części konieczności pilnej hospitalizacji ze wskazań życiowych. Dotyczyło to w całości świadczeń (...), za sporny 2011 rok. Odnosnie udzielonych świadczeń (...), co do ich ostatecznego charakteru, Sąd Okręgowy podzielił w całości treść opinii biegłej, także w tych przypadkach, w których zgłoszone świadczenie w systemie jest oznaczone jako planowe, zaś biegła ostatecznie oceniła je jako konieczne ze wskazań życiowych (dotyczy pacjentów T. S., L. S. i E. F.). W ocenie Sądu ostateczna i jednoznaczna ocena biegłego oparta została na zbadanej dokumentacji medycznej, co do treści której strony nie zgłaszały żadnych uwag i zarzutów. Z treści obu opinii pisemnych wynika, że biegli zbadali dokumentację medyczną znajdującą się w aktach sprawy i powołali się na nią, wskazując na konkretne strony z akt, oraz uzasadniając przyjęte ustalenia. Pomimo tego, że pozwany w odpowiedzi na treść opinii, pismem z dnia 11 października 2016 roku kwestionował częściowo ich treść, to w zasadzie oparł się wyłącznie na podtrzymaniu własnego stanowiska w tej sprawie, w oparciu o własną analizę treści dokumentacji medycznej, nie składając w tym zakresie żadnych dalszych wniosków dowodowych. Tym samym zdaniem Sądu Okręgowego pozwany faktycznie nie wykazał swoich racji w tym zakresie i nie zakwestionował skutecznie wniosków opinii biegłych własnymi wnioskami dowodowymi, które byłby uzasadnione. Jednocześnie pozwany, mając określony termin do złożenia stanowiska w przedmiocie obu opinii, nie skorzystał z tego prawa i nie zgłosił żadnych uwag, czy zastrzeżeń do opinii biegłych. W konsekwencji Sąd Okręgowy w całości podzielił treść opinii biegłych, które stanowiły podstawę ustaleń w sprawie. Jedynie na marginesie wyjaśnił, że biegła (...)w swojej opinii zawarła ustalenia co do pacjenta C. P., zgodnie z treścią badanej dokumentacji, jednak z zestawienia powoda do sprawy wynika, że powód nie domagał się zapłaty za świadczenia udzielone tej osobie, albowiem w takim zestawieniu brak jest tego pacjenta.

Sąd Okręgowy uwzględnił także co do zasady zeznania świadków, w zakresie samego systemu zgłaszania i rozliczania świadczeń przez powoda do (...), także w zakresie podejmowanych przez szpital działań, zmierzających do uregulowania kwestii przyjmowania pacjentów, tworzenia list kolejkowych i innych procedur, albowiem te znajdują także potwierdzenie w dowodach z dokumentów złożonych przez powoda, a które nadto nie były wobec siebie sprzeczne, a służyły jedynie wyjaśnieniu systemu rozliczeń, obowiązującego pomiędzy stronami, także w zakresie spornych świadczeń, objętych żądaniem pozwu. Co do faktycznego zakresu żądania powoda ustaleń dokonano na podstawie przedstawionych przez niego samego zestawień świadczeń wraz z wyliczeniami ich kosztów oraz podsumowaniem kosztów łącznych. Poza jedynie ogólnym zarzutem pozwany nie sprecyzował i nie podał uzasadnionych podstaw kwestionowania samej wysokości roszczenia powoda, a jedynie pewne dopowiedzenie w tym zakresie nastąpiło dopiero tuż przed zamknięciem rozprawy, w oświadczeniu końcowym strony pozwanej, zawierającym stanowisko przed wyrokiem w sprawie (k. 879 akt).

Przechodząc do rozważań prawnych Sąd Okręgowy uznał roszczenie powoda za częściowo uzasadnione. Odnosząc się generalnie do problemu finansowania świadczeń ponadlimitowych, Sąd meriti wyraził stanowisko, że w sprawie

o takim przedmiocie powód ma jedynie wykazać, iż udzielone świadczenie spełnia przesłanki, określone obecnie w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2013 roku, poz. 217 z późn.zm.), a poprzednio określone także w art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (tj. Dz.U. z 2007 roku, Nr 14, poz. 89 z późn.zm.), a także w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2011 roku, Nr 277, poz. 1634 z późn.zm.). Bezsprzeczne w sprawie było bowiem to, że świadczenia objęte żądaniem pozwu, nie zostały sfinansowane przez pozwanego w ramach limitu finansowego, wynikającego z zawartej w dniu 31 grudnia 2008 roku umowy, następnie aneksowanej, z uwagi na jego wyczerpanie w 2011 roku. Nadto, w ocenie Sądu I instancji, nie ma decydującego znaczenia fakt, czy w sytuacji, gdy świadczenie zostało udzielone w warunkach wskazanych wymienionymi wyżej przepisami, świadczeniodawca podjął dodatkowo właściwe działania i czynności, w celu umożliwienia realizacji tych świadczeń jeszcze w ramach limitu, wynikającego z umowy. Jedynie wyjątkowo taki zarzut może mieć znaczenie, z uwagi na to, że obowiązek udzielenia świadczenia w takich warunkach ma charakter ustawowy.

Dalej Sąd Okręgowy odwołał się do treści art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, wedle którego nie może on odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Z kolei w art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry wskazuje się, że lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. W związku z podstawą faktyczną żądania powoda, to na nim, jako dochodzącym roszczenia o zapłatę za świadczenia medyczne udzielone pacjentom w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia, ciąży obowiązek wykazania, że z uwagi na okoliczności poszczególnych przypadków zachodziła potrzeba natychmiastowego udzielenia tych świadczeń. Świadczeniodawcy przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie, jeżeli tylko wykaze, że nastąpiło to w sytuacji określonej w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Z art. 30 ustawy z 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry wynika, że lekarz ma obowiązek udzielać pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Natomiast według art. 19 ust. 1 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w sytuacjach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Z regulacji tych wynika ustawowy obowiązek udzielenia świadczenia pacjentowi, w sposób bezzwłoczny (natychmiastowy), jeżeli wymaga tego stan pacjenta (zagrożenie życia i zdrowia). Wskazane formuły ustawowe mają charakter ogólny i powinny być uściślane m.in. w zależności od rodzaju i stanu chorobowego zagrożenia życia i zdrowia pacjenta, a te z kolei mogą determinować rodzaj i zasięg zastosowanej terapii medycznej. Decydujące oceny w tym zakresie mogą być formułowane przy wykorzystaniu wiedzy medycznej i doświadczenia diagnostyczno-terapeutycznego. Na świadczeniodawcy ciąży obowiązek udowodnienia, że dochodzone przez niego od (...) wynagrodzenie za świadczenie ponad limitowe obejmuje wynagrodzenie za świadczenie dokonane w ramach określonych w art. 7 ustawy o zoz.

Sąd Okręgowy wyjaśnił, że biegli jednoznacznie i w sposób jasny oraz logiczny wskazali, w odniesieniu do wszystkich badanych przypadków, charakter tych świadczeń, w szczególności, czy zostały udzielone przez powoda w stanach nagłych, wymagających natychmiastowej reakcji ze względów życiowych, czy też nie, dodatkowo wskazali na charakter schorzeń, ich wpływ na stan zagrożenia zdrowia i życia konkretnych pacjentów, czy skutek świadczenia. Tym samym, zdaniem Sądu I Instancji, w sposób wystarczający wykazano, że przypadku 18 świadczeń medycznych były one ratującymi zdrowie i życie pacjentów, były udzielone w związku w stanach nagłych. Potwierdziły się jednak w części zarzuty pozwanego co do charakteru części świadczeń jako planowanych w ramach długotrwałej i przewlekłej choroby. W związku z tym Sąd miał na uwadze to, że świadczeniami zdrowotnymi, o których mowa w art. 7 ustawy z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy z 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry objęte zostały w zasadzie stany nagłe i niespodziewane, których nie można przewidzieć (np. pacjenci z nagłymi urazami, czy powikłaniami z dotychczasowego procesu leczenia, który nie dał efektu w leczeniu ambulatoryjnym). Nie wystarczy ustalenie, że określony zabieg jest zabiegiem ratującym zdrowie lub życie, konieczne jest ponadto ustalenie, że pacjent potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia lub że jest to przypadek niecierpiący zwłoki. Chodzi zatem o taki stan, w którym odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia. To, że

dane badanie można było wykonać ambulatoryjnie, czy też w danym terminie było zaplanowane, nie przesądza o ostatecznym charakterze świadczenia, bowiem jest wykonywane na bieżąco i aktualna diagnostyka, prowadzona przez lekarza, może wykazać stan zagrożenia życia, czy zdrowia.

Skoro tak, to w ocenie Sądu Okręgowego powyższe przesądza o zasadności powództwa w części, dotyczącej 4 świadczeń udzielonych w zakresie (...) i 14 świadczeń w zakresie (...). Pozwany wprawdzie powoływał się na to, że w chwili obecnej nie ma bezwarunkowej odpowiedzialności pozwanego za świadczenia udzielane w związku z zagrożeniem życia i zdrowia, wskazując, że zakład opieki zdrowotnej musi mieć na uwadze świadomość dysponowania jedynie określoną pulą środków na wykonanie określonych w umowach usług, i winien właściwie je wykorzystywać, np. rozkładając w czasie udzielanie świadczeń i tworząc system kolejek, jednak w ocenie Sądu meriti takie twierdzenia, nakładające na świadczeniodawcę dodatkowe obowiązki i tym samym obciążenia dowodowe, nie są uprawnione w świetle postanowień ustawy. Odwołując się do orzecznictwa Sąd Okręgowy wskazał, że obowiązki wynikające z przepisów art. 7 ustawy o zoz i art. 30 ustawy o zawodach lekarza, mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy zatem, zgodnie z art. 56 kc, włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między(...), a świadczeniodawcą i obciążyć nimi Fundusz zarządzający środkami publicznymi, z których powinny one być pokryte. Wskazane przepisy są adresowane bezpośrednio do zakładów opieki zdrowotnej i lekarzy. Wynika z nich, że udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia albo zdrowia jest własnym ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy będącego zakładem opieki zdrowotnej czy lekarzem. Nie wyłączają one obowiązków (...) wynikających z innych ustaw. Obowiązki wynikające z powołanych przepisów art. 7 ustawy o zoz i art. 30 ustawy z 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy zatem, zgodnie z art. 56 kc, włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcą i obciążyć nimi Fundusz zarządzający środkami publicznymi, z których powinny one być pokryte. Zdaniem Sądu przy okazji prezentowanych jednoznacznych obowiązków po stronie Funduszu, nie wskazuje się na dodatkowe ewentualne przesłanki, które muszą być spełnione, aby Fundusz był obciążony kosztami udzielonych świadczeń. W związku z tym, że obowiązek ma charakter ustawowy, nie może on być ograniczony innymi przepisami o niższej randze, w szczególności umową czy ogólnymi warunkami ustalonymi pomiędzy stronami umowy. Przewidziane w umowach o udzielanie opieki zdrowotnej kwoty zobowiązań (...) wobec zakładów opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 136 pkt 5 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, także nie obejmują zobowiązań wynikających z wykonania świadczeń zdrowotnych udzielanych w stanach przewidzianych w ustawie. Oznacza to, że faktycznie każde świadczenie zdrowotne udzielane w warunkach art. 7 ustawy o zoz czy art. 15 ustawy o działalności leczniczej powinno być opłacane ponad ustalony w umowie limit finansowania.

Nie budziło wątpliwości Sądu, że wynikający z umowy limit finansowania obejmuje nie tylko świadczenia nie mające cech nagłości ratujące życie (np. świadczenia planowane), ale także te wykonywane w warunkach art. 7 czy art. 15 wskazanych ustaw, i jeżeli te ostatnie są wykonywane w okresie, kiedy limit finansowania wynikający z umowy jeszcze się nie wyczerpał, winny być rozliczane w ramach tego limitu, jeśli natomiast limit uległ wyczerpaniu, jak w niniejszej sprawie, podlegają rozliczeniu na podstawie obowiązku ustawowego, jedynie po wyczerpaniu przesłanek nagłości świadczenia ratującego zdrowie lub życie świadczeniobiorcy. Sąd zauważył, że jedynie w przypadku wykazania, iż świadczeniodawca świadomie i celowo tak organizuje swoje świadczenia i środki finansowe, że spowodowało to niemożność rozliczenia tych świadczeń w ramach limitu, choć było to realnie możliwe, wówczas zaistniałyby przesłanki do oddalenia takiego roszczenia. Przenosi to ciężar udowodnienia takiej okoliczności na stronę pozwaną, w związku z treścią art. 6 k.c. Treść umowy łączącej strony i sposób jej wykonywania nie może mieć istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. W okolicznościach niniejszej sprawy nie było przesłanek do stwierdzenia, że powód jako świadczeniodawca, celowo i świadomie nie zgłosił świadczeń objętych roszczeniem w ramach limitu, oraz że podejmował czynności, aby nie zgłosić w przewidzianej formie spornych świadczeń do rozliczenia. Wręcz przeciwnie, z przedłożonych przez powoda dokumentów, a także z zeznań świadków wynika, że powód – po pierwsze – w ramach przysługującego uprawnienia podejmował odpowiednie procedury przy przyjmowaniu pacjentów, tworzył listę kolejową i powołał zespół do oceny kwalifikacji pacjentów. Po drugie – podnoszona przez pozwanego kwestia

zgłoszenia w systemie elektronicznym spornych świadczeń bez oznaczenia ich atrybutem T, jako świadczeń ratujących życie, również nie może zostać oceniona jako świadomie działające powoda oraz jako mające istotne znaczenie dla sprawy. W ocenie Sądu Okręgowego jest to tylko i wyłącznie element techniczny, który nie wpływa na ocenę tego, czy faktycznie świadczenie takie spełnia przesłanki z art. 7 ustawy o zoz i w związku z tym, czy podlega ustawowemu finansowaniu przez pozwanego. Jak wynika z zeznań świadków, kwalifikacji świadczenia dokonują na samym początku lekarze, przy badaniu pacjenta i dokonują odpowiedniego wpisu w systemie. Zdarza się, że lekarz nie dokona odpowiedniej klasyfikacji świadczenia w ten konkretny sposób poprzez postawienie kwalifikatora T w systemie i nie wynika to z jego złej woli, tylko z innych niezawinionych okoliczności. Istnienie takiego kwalifikatora czy też jego brak, nie ma znaczenia także dla pozwanego, albowiem w sytuacji rozliczeń poza limitem umownym nawet to, że w systemie świadczenia posiadają taki kwalifikator, nie ma wpływu na to, że podobnie jak w niniejszej sprawie, nie są one finansowane przez pozwanego. Błąd w systemie w oznaczeniu świadczenia nie ma wpływu na ustalenie obowiązku ich finansowania przez pozwanego, a tym samym na samą kwalifikację świadczenia. Jedynie w sytuacji wykazania przez pozwanego celowego działania powoda w tym kierunku, możliwa jest odmowa uwzględnienia roszczenia, ale w sprawie niniejszej brak było przesłanek do dokonania podobnej oceny.

Dalej Sąd Okręgowy wyjaśnił, że zgodnie z art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2008 roku, Nr 164, poz. 1027 z późn.zm.) także świadczeniodawcy, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługuje prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej. W celu uzyskania wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa wniosek do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i ich kosztów oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności udzielenia świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych (ust. 5 art. 19 tej ustawy). Zgodnie z tym przepisem, roszczenie o wynagrodzenie za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone w stanie nagłym przysługuje również osobom, które udzieliły takich świadczeń pomimo nie zawarcia umowy o świadczenie opieki zdrowotnej. Z tej przyczyny błędne jest twierdzenie, według którego do ubiegania się zwrotu kosztów udzielenia świadczeń zdrowotnych w wypadkach nagłych konieczne jest podpisanie umowy. Spełnienie samych przesłanek z art. 19 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku, stanowi podstawę do finansowania świadczenia. Inne traktowanie podmiotu, który posiada zawartą umowę, nie jest niczym uzasadnione. W przypadku świadczeń nagłych skłaniałoby do stwierdzenia, że w lepszej sytuacji byłby podmiot, który umowy nie posiada, albowiem zawsze w takiej sytuacji przy wykazaniu przesłanek, otwarta jest droga do otrzymania finansowania. Powodowałoby to nieuprawnione i niezgodne z zasadami współżycia społecznego odmienne potraktowanie podmiotu, który jednak w zgodzie z systemem zawarł umowę. Ten dodatkowy argument przesądził, że Sąd w niniejszej sprawie uznał, iż kwestie wykraczające poza przesłanki z art. 7 ustawy o zoz, nie mogą mieć znaczenia dla ustalenia obowiązku finansowania przez pozwanego.

W konsekwencji Sąd I instancji uznał, że łącznie w 18 przypadkach udzielonych świadczeń poddanych ocenie, istniały przesłanki do uznania zasadności twierdzeń powoda, iż świadczenia te spełniały wymagania z art. 7 ustawy o zoz, a obecnie art. 15 ustawy o działalności leczniczej, na łączną kwotę 52.683 złotych. Dotyczy to 4 świadczeń z zakresu (...), udzielonych pacjentom A. P., S. W., J. K. i J. D., o łącznej wartości 17.595 złotych, oraz 14 świadczeń z zakresu (...), udzielonych pacjentom T. S., R. O., L. S., P. S., K. N., L. G., M. S., U. W., M. S., H. W., P. L., E. F., R. B. i W. W., o łącznej wartości 35.088 złotych, a które to wartości zostały wyliczone i przedstawione przez powoda zgodnie z zasadami, wyrażonymi w umowie, wiążącej strony (k. 573-577 akt). Co prawda pozwany co do zasady zakwestionował również samą wartość roszczenia, ale zdaniem Sądu nie był to zarzut zasługujący na uwzględnienie. Poza ogólnym zakwestionowaniem roszczenia także co do wysokości, pozwany w toku procesu, również po sporządzeniu opinii biegłych, nie wyjaśnił w żaden sposób bliżej tego zarzutu i go nie uzasadnił. Dopiero przed zamknięciem rozprawy, pełnomocnik pozwanego pierwszy raz w tej sprawie wskazał, że powód nie wykazał rzeczywistych, poniesionych kosztów udzielonych świadczeń. W ocenie Sądu Okręgowego zarzut ten jako co najmniej spóźniony nie mógł zostać uznany za skuteczny. W rezultacie Sąd zasądził od pozwanego kwotę 52.683 złotych, wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 lutego 2012 roku do dnia zapłaty (punkt 1 wyroku). W zakresie odsetek wziął pod uwagę stanowisko powoda

co do wymagalności roszczenia, liczonej od dnia po upływie 45 dni od zakończenia okresu rozliczeniowego, którym w niniejszej sprawie był cały okres roku 2011, oraz treść przepisu art. 481 k.c. Uzasadnione stanowisko powoda w tym zakresie wynika z treści(...) ogólnych warunków umów, w którym mowa o okresie rozliczeniowym w rozumieniu okresu roku kalendarzowego albo innego, zawierający się w roku kalendarzowym, § 23 i 27 ogólnych warunków umów, gdzie mowa o podstawie rozliczeń, jak w niniejszej sprawie, za świadczenia w postaci rachunku wraz z raportem i prawie do korygowania raportu jeszcze w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego. Konsekwencją tego jest uznanie, że wymagalność roszczeń z takiej podstawy, jest powiązana z zakończeniem okresu rozliczeniowego w postaci roku kalendarzowego i z upływem terminu, w którym jest możliwe skorygowanie raportu w celu ostatecznego rozliczenia, który powinien nastąpić już po tym okresie, czyli począwszy od dnia 15 lutego każdego kolejnego roku.

W konsekwencji Sąd Okręgowy oddalił powództwo w pozostałej części, tj. w zakresie kwoty 54.978 złotych, że w przypadku pozostałych świadczeń, tj. w całości z zakresu reumatologii i w części z zakresu okulistyki, nie zostały one udzielone w 2011 roku ze wskazań życiowych (punkt 2 wyroku).

O kosztach procesu Sąd orzekł zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu, na podstawie art. 98 kpc i art. 100 kpc, uznając, że wobec uwzględnienia powództwa w około 50 %, znoszą się wzajemnie koszty stron, w postaci uzasadnionych kosztów wynagrodzenia obu pełnomocników, w stawce minimalnej o tej samej wysokości (punkt 3 wyroku). Jednocześnie z uwagi na zwolnienie od kosztów sądowych i mając na uwadze charakter sprawy, Sąd o kosztach sądowych orzekł, jak w punkcie 4 wyroku.

Apelację od powyższego wyroku wywiodła strona pozwana, zaskarżając go w części obejmującej rozstrzygnięcie zawarte w punkcie 1.

Wyrokowi w zaskarżonej części pozwany zarzucił:

1. naruszenie prawa materialnego, to jest art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (t. jedn. Dz.U z 2007r. nr 14 poz. 89 ze zm.) , art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U z 2006r. nr 191, poz.1410 ze zm.) i art. 5 ust.33 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U z 2008r. nr 164 poz.1027 ze zm.) poprzez ich błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie i w konsekwencji 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, ponadto że w takich przypadkach świadczeniodawca nie jest zobowiązany wykazać rzeczywistych kosztów udzielenia świadczeń,

2. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 132 i art. 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) 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.

Mając na uwadze powyższe zarzuty, pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa i obciążenie powoda kosztami postępowania apelacyjnego, w tym kosztami zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

W odpowiedzi na apelację (k.915), powód wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny ustalił i zważył, co następuje:

Apelacja nie była uzasadniona

Sąd Apelacyjny podziela ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd Okręgowy i przyjmuje je za własne, co czyni zbędnym ich ponowne przytaczanie (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 września 2014r. I CSK 628/13 LEX

nr 1554252, uzasadnienie postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 7 kwietnia 2016r. III CSK 210/15, Legalis numer 1444982). Podobnie Sąd Apelacyjny podziela dokonaną przez Sąd pierwszej instancji ocenę zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, oraz ocenę prawną zgłoszonego przez stronę powodową roszczenia.

Przechodząc do zarzutów apelacji, to koncentrowały się one na wykazaniu naruszenia przepisów prawa materialnego. Naruszenie przepisów prawa materialnego może wystąpić w dwojaki sposób: poprzez błędną wykładnię lub niewłaściwe zastosowanie. Pierwsza postać naruszenia polegać może na mylnym zrozumieniu treści zastosowanego przepisu lub też na ustaleniu treści ogólnych pojęć prawnych. Druga forma dotyczy kwestii prawidłowego odniesienia normy prawa materialnego do ustalonego stanu faktycznego, a więc skonfrontowania okoliczności stanu faktycznego z hipotezą konkretnej normy prawnej i poddanie tego stanu ocenie prawnej na podstawie treści tej normy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 kwietnia 2003r. I CKN 160/01 LEX nr 78813). Żadna z tych postaci naruszeń w niniejszej sprawie nie miała miejsca.

Odnośnie zarzutu naruszenia prawa materialnego : art.132 i 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz.1938) to podkreślić należy, że wskazane przez skarżącego przepisy zawarte zostały w dziale VI wymienionej ustawy zatytułowanym: „postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami” i regulują tryb zawierania umów pomiędzy świadczeniodawcą a (...) oraz niezbędne składniki tych umów. Skarżący w istocie kwestionuje możliwość, że świadczenia zdrowotne udzielone w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego mogą być finansowane w wysokości przekraczającej określoną w umowie ilość i wartość świadczeń. Tymczasem z opinii biegłych (...) A. Z. wynika jednoznacznie, że świadczenia udzielone pacjentom(...): T. S., R. O., L. S., P. S., K. N., L. G., M. S., U. W., M. S., H. W., P. L., E. F., R. B. i W. W., były świadczeniami ratującymi ich życie lub zdrowie i zostały udzielone w trybie nagłym, tj. w stanie, gdy odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo życia. Potwierdzają to opisy przebiegu urazów i choroby zawarte w kartach informacyjnych leczenia szpitalnego. Z kolei z opinii biegłego (...) A. M. wynika również, że pilnej hospitalizacji w stanie zagrożenia życia wymagali wszyscy pacjenci(...): A. P., S. W., J. K. i J. D.. Sąd Apelacyjny podziela w całej rozciągłości i przyjmuje za własne rozważania Sądu Okręgowego odnoszące się do przesłanek uznania przedmiotowych świadczeń za udzielone w stanach nagłych, ratujących życie.

W tej sytuacji, skoro sporne świadczenia zostały udzielone w stanach nagłych, zastosowanie ma art.19 ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który nakłada na świadczeniodawcę obowiązek udzielenia pomocy pacjentom niezależnie od zakresu przyznanego limitu. Innymi słowy podmiotowi leczniczemu, który zawarł umowę z (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługuje roszczenie o wynagrodzenie za wykonanie ponadlimitowych świadczeń w stanie nagłym w wysokości uzasadnionych kosztów ich udzielenia. Przypadki wyżej wskazanych pacjentów dotyczyły stanów nagłych, w których udzielone przez powoda świadczenia były świadczeniami ratującymi życie lub zdrowie. Z tych przyczyn podnoszone przez pozwanego argumenty dotyczące konieczności dostosowywania udzielanych przez powoda świadczeń do możliwości finansowych płatnika i jego planu finansowego, nie mogły odnieść zamierzonego skutku (por. także Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku - V Wydział Cywilny z dnia 8 kwietnia 2016 r. V ACa 793/15, Legalis nr 1507909).

W konsekwencji nie mogły być także uznane za trafne zarzuty naruszenia art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej , art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz art. 5 ust.33 cytowanej ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Co do tego ostatniego przepisu, to zawiera on definicję „stanu nagłego” w rozumieniu przedmiotowej ustawy – poprzez odesłanie do stanu, o którym mowa w art. 3 pkt. 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1868 i 2020 oraz z 2017 r. poz. 60). Przepis ten definiuje stan nagłego zagrożenia zdrowotnego jako „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”.

Skarżący nie wykazał, na czym miało polegać niewłaściwe zastosowanie obu wyżej cytowanych przepisów. W szczególności skarżący pominął, że charakter przedmiotowych świadczeń – jako nagłych, ratujących życie – ustalony został w oparciu o rzetelnie i wyczerpująco uzasadnione opinie biegłych, których wnioski nie zostały skutecznie podważone.

Jeżeli chodzi o zarzut naruszenia art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, to przepisy tej ustawy przestały obowiązywać z dniem 1 lipca 2011r. na skutek uchylecia jej na podstawie art. 220 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t. jedn. Dz.U z 2018r. poz.160). Art. 7 stanowił, że „zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia”. Jego odpowiednikiem jest art.15 ust.1 aktualnie obowiązującej ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, wedle którego „podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia”, oraz stanowiący jego uzupełnienie cytowany powyżej art. 19 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Skoro ustalone zostało – w oparciu o opinie biegłych - że przedmiotowe świadczenia udzielone zostały w stanach nagłych, ze względu na zagrożenie życia, to nie sposób uznać, aby Sąd I instancji dopuścił się naruszenia wyżej cytowanych przepisów.

Skarżący podnosił także w uzasadnieniu apelacji (k.906), że strona powodowa nie wykazała rzeczywistych kosztów udzielenia świadczenia w stanach nagłych. W istocie, przepis art. 19 ust.4 dopuszcza możliwość przyznania wynagrodzenia uwzględniającego wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej. Podkreślenia wymaga, że pojęcie „uzasadnione koszty” nie musi być bynajmniej utożsamiane z pojęciem „rzeczywistych kosztów”. Trudno bowiem sobie wyobrazić, w jaki sposób podmiot udzielający świadczenia w sytuacjach nagłych miałby wykazać poniesienie rzeczywistych kosztów tych świadczeń, w oderwaniu od zobiektywizowanych kryteriów przyjętych np. w ramach umowy obejmującej te same świadczenia, ale w granicach ustalonego limitu.

W tym kontekście rozstrzygnięcia wymaga zagadnienie rozkładu ciężaru dowodu (art. 6 k.c.) okoliczności, że dochodzone należności obejmują uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej. Odwracając tę kwestię, należałoby postawić pytanie: czy to powód winien udowodnić, że dochodzone należności obejmują uzasadnione koszty udzielonych świadczeń, czy też pozwany winien wykazać, że kwoty te nie odpowiadają tym kosztom.

W sprawie bezspornym było, że zawarta pomiędzy stronami umowa nie precyzowała wysokości wynagrodzenia za udzielenie świadczeń ponad limit w warunkach przymusu ustawowego. Bezspornym jednak było to, że dochodzona kwota została wyliczona na podstawie zawartej z pozwanym umowy (vide: zeznania świadka E. K. k.772-772v, 00:05:02- 00:05:53).

Poszukując kryteriów dla ustalenia wynagrodzenia za świadczenia udzielone ponad limit umowny, w ocenie Sądu Apelacyjnego 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, nie sposób uznać, aby istniały 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. Zdaniem Sądu Apelacyjnego nie można nakładać na stronę powodową obowiązku wyliczenia udzielanych świadczeń medycznych z uwzględnieniem poszczególnych kosztów związanych ze świadczeniem ponadlimitowym. Jak już to bowiem wskazano, uwzględniając zasady doświadczenia życiowego byłoby to praktycznie niemożliwe. (podobnie Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 26 stycznia 2017r. I ACa 960/16, LEX nr 2250114, tak też Sąd Apelacyjny w Warszawie wyroku z dnia 15 grudnia 2017r. V ACa 942/17, LEX nr 243018).

W ocenie Sądu Apelacyjnego pogląd wyrażony w wyroku Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 27 sierpnia 2015 r. III CSK 455/14 (OSNC-ZD 2017/2/19), wedle którego podmiotowi leczniczemu, który zawarł z (...)umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, przysługuje roszczenie o wynagrodzenie za wykonanie ponadlimitowych świadczeń w stanie nagłym w wysokości uzasadnionych kosztów ich udzielenia (art. 132 ust. 4 w zw. z art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 581) nie oznacza, aby nie można było tych kosztów obliczać własnie w oparciu o kryteria określone w umowie. (podobnie Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 8 kwietnia 2016 r. , V ACa 793/15 Legalis nr 1507909, Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 6 maja 2016 r.

V ACa 852/15, Legalis Numer 1522768). Nie bez znaczenia jest bowiem to, że same kontrakty opierają się w istocie na prognozach w zakresie kosztów leczenia pacjentów w danym okresie, albowiem przewidują wynagrodzenia za świadczenia wykonane dopiero w przyszłości. Skoro istniała wiarogodna podstawą do wyliczenia wynagrodzenia za świadczenia ponadlimitowe w postaci stosowanych przez analogię regulacji kontraktowych, obciążenie świadczeniodawcy obowiązkiem szczegółowego, rozpisania tych świadczeń było zbędne (tak też w cytowanym wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 26 stycznia 2017r. I ACa 960/16). Skoro strona pozwana zarzuca, że koszt ten jest inny, aniżeli ustalony w oparciu o kryteria umowne, w szczególności niższy, to zdaniem Sądu Apelacyjnego winna ten fakt wykazać (art. 6 k.c.). Inaczej byłoby, gdyby powód w ogóle nie był związany kontraktem z (...), a zatem nie istniałyby jakiegokolwiek umowne kryteria mogące być podstawą dla wyliczenia należności za świadczenia ponadlimitowe.

Niezależnie od tego w ocenie Sądu Apelacyjnego, skoro pozwany zarzucał, że powodowy szpital mógł wykonać świadczenia objęte pozwem w ramach umówionego wartościowego limitu zakontraktowanych świadczeń, to również te okoliczności winien był udowodnić. Tymczasem wskazując, że powodowy szpital winien racjonalnie gospodarować przyznanymi limitami nie powołał żadnych dowodów, które wykazałyby przeciwnie okoliczności (podobnie Sąd Apelacyjny w Gdańsku w wyroku z dnia 20 lipca 2017r. V ACa 564/16, LEX nr 2404628).

Z tych też względów Sąd Apelacyjny uznał zarzuty apelacji za chybione i na podstawie wyżej cytowanych przepisów oraz art. 385 k.p.c. oddalił apelację.

O kosztach postępowania Sąd orzekł zgodnie z wyrażoną w art. 98 k.p.c. zasadą odpowiedzialności za wynik postępowania i zasądził od pozwanego na rzecz powoda zwrot kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Ich wysokość ustalona została w oparciu o obowiązujące w chwili wniesienia apelacji przepisy Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U z 2015r.poz.1800) – w brzmieniu po ich nowelizacji obowiązującej od 27 października 2016r. Zgodnie z § 2 pkt. 6 w zw. z §10 ust.1 pkt.2 cytowanego Rozporządzenia – przy uwzględnieniu wartości przedmiotu zaskarżenia wynoszącego ponad 50.000,-zł (do 200.000,-zł), wysokość tych kosztów wynosiła 4.050,-zł i taką też kwotę Sąd zasądził w punkcie II sentencji wyroku.