

Sygn. akt V ACa 333/21

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 września 2021 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku V Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: SSA Leszek Jantowski (spr.)

po rozpoznaniu w dniu 22 września 2021 r. w Gdańsku

na posiedzeniu niejawnym

sprawy z powództwa Szpitala (...) im (...) w B.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Bydgoszczy

z dnia 15 lutego 2021 r., sygn. akt I C 739/18

1. oddala apelację;

2. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 11.250 (jedenaście tysięcy dwieście pięćdziesiąt) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

SSA Leszek Jantowski

Na oryginale właściwy podpis.

Sygn. akt V ACa 333/21

UZASADNIENIE

Powód Szpital (...) im (...) w B. wniósł o zasądzenie od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia w W., kwoty 3.545.796,80 złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 lutego 2017 roku do dnia zapłaty z tytułu udzielonych świadczeń w warunkach przymusu ustawowego w 2016 roku z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, oraz o zasądzenie kosztów procesu.

W uzasadnieniu pozwu wyjaśnił, że strony łączyła umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, która w swojej treści oraz zawartych do umowy aneksów określa limity udzielania świadczeń zdrowotnych. W 2016 roku powód wykonał w tym zakresie świadczenia o wyższej wartości, niż kwoty zapłacone przez pozwanego, a wynikające z umowy. Powód odwołał się do treści art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, zgodnie z którym lekarz ma obowiązek udzielić 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. Do powyższego dochodzi również obowiązek wyrażony w art. 15 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego

osobie, które potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. W związku z tym pozwany nie ma prawa odmówić zapłaty - na podstawie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych. Powód wskazał, że wszystkie świadczenia miały charakter ratujących życie. Zdaniem powoda, skoro zostały one wykonane, należna jest za nie zapłata i są to koszty rzeczywiste, obciążające pozwanego. Nadto wyjaśnił, że nie można zarzucić powodowi braku należytej staranności w organizacji świadczeń; świadczenia z dochodzonego zakresu są ze swojej istoty świadczeniami udzielonymi w stanach nagłych i liczba oczekujących pacjentów na tym oddziale jest zawsze określona cyfrą zero. Powód dochodzi odsetek od daty upływu okresu rozliczeniowego 45 dni od daty zakończenia roku, w którym świadczenia zostały udzielone, na podstawie § 27 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W odpowiedzi na pozew, pozwany wniósł o oddalenie powództwa. Zdaniem pozwanego powód nie wykazał, aby te świadczenia zostały udzielone, a nadto aby były udzielone w stanach nagłych. Pozwany podkreślił, że wypłacił powodowi w 100% wymagane wynagrodzenie z umowy. Podniesiono, że świadczenia udzielone w stanach nagłych nie stanowią bezwzględnej podstawy do zapłaty poza zawartą umową. Zarzucono także, że powód nie planował świadczeń tak, aby nie przekroczyć limitu finansowego i nie wykazał, że prowadził racjonalną gospodarkę środkami z umowy, w tym tworzenie list oczekujących pacjentów. Podniesiono także, że powód nie wykazał rzeczywistych kosztów udzielenia świadczeń w stanach nagłych. Wyjaśniono, że w przypadku świadczeń objętych pozwem pozwany przeprowadził kontrolę, której wynik jest negatywny dla powoda.

Wyrokiem z dnia 15 lutego 2021 roku Sąd Okręgowy w Bydgoszczy:

1. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 3.545.796,80 zł (trzy miliony pięćset czterdzieści pięć tysięcy siedemset dziewięćdziesiąt sześć złotych 80/100) wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 15 lutego 2017 roku do dnia zapłaty,
2. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 15.017 zł (piętnaście tysięcy siedemnaście złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu,
3. nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w Bydgoszczy kwotę 20.792,24 zł (dwadzieścia tysięcy siedemset dziewięćdziesiąt dwa złote 24/100) tytułem zwrotu kosztów sądowych,
4. odstąpił od obciążenia pozwanego dalszymi kosztami sądowymi.

Swoje rozstrzygnięcie Sąd Okręgowy oparł na następujących ustaleniach i rozważaniach:

Strony łączyła umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w leczeniu szpitalnym w okresie 2016 roku. W 2016 roku kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umowy wynosiła maksymalnie 8.112.780 złotych z tytułu świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii. W dniu 10 lutego 2017 roku strony podpisały aneks do umowy głównej, w którym zwiększono wartość finansowaną wszystkich świadczeń z umowy do kwoty 159.502.304,63 złotych. W 2016 roku powód wnioskował o zwiększenie liczby jednostek rozliczeniowych i kwoty zobowiązania do wysokości powstałych nadwykonań w ramach umowy dla m.in. zakresu anestezjologii i intensywnej terapii. Pozwany informował o braku środków finansowych na zwiększenie zaproponowanych wartości. Pozwany proponował ugodę na 80 % wskazanej przez powoda wysokości świadczeń, na co powód nie zgodził się, chcąc pełnego pokrycia. Pismem z dnia 10 marca 2017 roku powód wezwał pozwanego do zapłaty za wykonane świadczenia w leczeniu szpitalnym ponad limit ustalony w umowie, także w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii. Pozwany faktury powoda odesłał z powodu wystawienia ich poza systemem informatycznym.

Powód w objętym sprawą zakresie świadczeń, realizował je ponad limit objęty umową. W powodowym szpitalu w 2016 roku na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii nie było okresu oczekiwania na przyjęcie, pacjenci z uwagi na charakter świadczeń musieli być przyjmowani natychmiast. Raporty z przyjęć pacjentów podlegały zespołowi oceny przyjęć i były zatwierdzane przez Dyrektora ds. (...) powoda. Zdaniem lekarzy tego szpitala jednostka była

niedoszacowana przez pozwanego w zakresie limitów środków, dyrekcja starała się o podwyższenie limitów. W 2016 roku powód występował o podwyższenie kontraktu. Powód przekazując raporty z udzielonych świadczeń do pozwanego, w zakresie świadczeń objętych żądaniem pozwu, nie oznaczył ich w systemie jako ratujące życie, co było pomyłką, albowiem świadczenia z tego zakresu są ratującymi życie. Ustalając roszczenie w tej sprawie powód uwzględnił stawki jednostkowe za świadczenie z umowy, z katalogu NFZ.

Świadczenia, udzielone pacjentom w 2016 roku przez powoda z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, w części która nie została sfinansowana przez pozwanego, we wszystkich przypadkach zgłoszonych w pozwie pacjentów, zostały udzielone w stanach nagłych ratujących życie lub zdrowie, w warunkach określonych w art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach z opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Przyjęcie tych pacjentów wypełnia przesłanki, wskazane w wytycznych Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, określające zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia chorych do takich oddziałów z dnia 22 lutego 2012 roku. Wytyczne te wskazują na cztery priorytety przyjęć - pierwszy dotyczy pacjentów znajdujących się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, który wynika przede wszystkim z zaburzeń w układzie krążenia i/lub oddychania, drugi to chorzy wymagający intensywnego monitorowania w systemie wzmożonego nadzoru, u których w każdej chwili może zaistnieć konieczność wdrożenia inwazyjnych technik leczenia, zarezerwowanych wyłącznie dla intensywnej terapii. W tych dwóch grupach brak jest wskazań do określenia limitu potencjalnie udzielonej terapii. Trzeci priorytet dotyczy krytycznie chorych, których stan zdrowia poprzedzający wystąpienie stanu zagrożenia życia, jak też zaawansowanie aktualnego toczącego się procesu chorobowego ograniczają w znacznym stopniu szanse na wyzdrowienie. Pacjenci ci kwalifikują się jednak do tego, aby zapewnić im intensywne leczenie, które może przynieść doraźną ulgę w cierpieniu. Priorytet czwarty dotyczy chorych, których przyjęcie na taki oddział jest zasadniczo nieuzasadnione, decyzja o ich leczeniu może mieć miejsce jedynie w wyjątkowych wypadkach na podstawie głębokiej analizy danego przypadku i za zgodą ordynatora oddziału. Wskazania szczegółowe do przyjęcia wynikają z zaburzeń układu krążenia, układu oddechowego, choroby ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, zatrucia i przedawkowania leków, zaburzeń układu pokarmowego, zaburzeń ze strony układu wewnątrzwydzielniczego, z opieki pooperacyjnej i różnych innych zaburzeń w postaci sepsy, wstrząsu septycznego, oraz z zaburzeń wartości parametrów fizjologicznych będących wskazaniem do przyjęcia. Wszyscy pacjenci, objęci żądaniem pozwu, spełniali wyżej wskazane kryteria do uzyskania świadczeń medycznych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w 2016 roku. Wartość udzielonych z tego zakresu świadczeń, za które powód nie uzyskał od pozwanego pokrycia, to kwota 3.545.796,80 złotych.

Świadczenia z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii za rok 2016 były poddane kontroli pozwanego co do prawidłowości realizacji i zasadności kwalifikowania świadczeń, zgodności danych i rzetelności prowadzenia dokumentacji. W wystąpieniu pokontrolnym nakazano powodowi zwrócić pozwanemu kwotę 1.744.471 złotych poprzez korektę raportów statystycznych i faktur i nakazano dokonanie korekty raportów statystycznych na kwotę 413.033,40 złotych. Po uwzględnieniu zastrzeżeń powoda do wystąpienia pokontrolnego, pozwany ostatecznie nakazał powodowi zwrot kwoty 132.169,44 złotych oraz dokonania korekty raportów na kwotę 34.675,68 złotych. Powód rozliczył się z tego zobowiązania wobec pozwanego poprzez korektę świadczeń i faktur, zapłacił także karę umowną.

Powyższy stan faktyczny Sąd I instancji ustalił na podstawie pisemnej opinii biegłego z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii dr. n. med. L. Z. . W ocenie Sądu opinia ta była jasna, logiczna, jednoznaczna i szczegółowa, oparta została na podstawie dowodów z dokumentów - dokumentacji medycznej pacjentów i została wydana zgodnie z aktualną wiedzą medyczną we wskazanej dziedzinie. Biegły szczegółowo odniósł się do każdego przypadku z osobna i wskazał na konieczne przesłanki do ustaleń końcowych. Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że strony nie zakwestionowały merytorycznej treści opinii biegłego, jedynie pozwany wniosł o jej uzupełnienie, czy w przypadku świadczeń objętych pozwem i opinią, powód prawidłowo sprawozdał do rozliczenia świadczenia. Sąd I instancji pominął ten wniosek dowodowy, albowiem w ocenie Sądu taka teza dowodowa nie została prawidłowo skierowana do biegłego; nie był on bowiem uprawniony i kompetentny do dokonania takiej oceny, jako biegły z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, nie zaś jako biegły co do szczegółowej kwalifikacji świadczeń. Ponadto w toku procesu ustalono, iż z tytułu kontroli i wystąpienia pokontrolnego z dnia 16 stycznia 2018 roku, na które pozwany powoływał się, powód rozliczył

się już z pozwanym, co wynika z treści zeznań świadka G. B.. Nadto pozwany nie wykazał, aby świadczenia objęte żądaniem pozwu były także przedmiotem tej przeprowadzonej kontroli, a jeżeli tak, to powinien je szczegółowo wskazać. Sam zarzut pozwanego w tym zakresie był zdaniem Sądu Okręgowego zbyt ogólnikowy. Sąd pierwszej instancji zwrócił uwagę, że biegły zauważył i wskazał na powtórzenie się dokumentacji medycznej przedłożonej przez powoda, która to okoliczność nie miała jednak wpływu na ustaloną w sprawie wartość końcową świadczeń, wobec treści zestawienia pacjentów, dołączonej do pozwu.

W ustalonym stanie faktycznym uwzględniono także dowody z dokumentów, które nie były kwestionowane przez strony i nie budziły też wątpliwości Sądu co do ich treści i formy. Sąd Okręgowy wziął także pod uwagę zeznania świadków, uzupełniająco dla ustaleń w stanie faktycznym. W ocenie Sądu I instancji treść zeznań świadków powoda (D. D. i T. G.) nie została skutecznie zakwestionowana przez pozwanego.

Przechodząc do rozważań Sąd Okręgowy uznał roszczenie powoda za uzasadnione. Odnosząc się do problemu finansowania świadczeń ponadlimitowych, Sąd meriti wyjaśnił, że w takiej sprawie 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 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 oparciu o 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i posiłkowo z art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2011 roku, Nr 277, poz. 1634 z późn.zm.). Zdaniem Sądu Okręgowego bezsporne w sprawie było bowiem to, że świadczenia objęte żądaniem pozwu nie zostały sfinansowane przez pozwanego w ramach limitu finansowego wynikającego z zawartej umowy, z uwagi na jego wyczerpanie w 2016 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.

Zdaniem Sądu Okręgowego, w pierwszej kolejności należało wskazać, że zgodnie z obowiązującym w okresie udzielania świadczeń art. 15 ustawy o działalności leczniczej, powód nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Jest to powtórzenie zasady określonej wcześniej w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Z kolei w art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty 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 to na powodzie ciąży obowiązek wykazania, że z uwagi na okoliczności poszczególnych przypadków zachodziła potrzeba natychmiastowego udzielenia tych świadczeń. Odwołując się do poglądów judykatury Sąd pierwszej instancji wyjaśnił, że 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. Nie można bowiem odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Z art. 30 ustawy z 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty 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 NFZ wynagrodzenie za świadczenie ponad limitowe obejmuje wynagrodzenie za świadczenie dokonane w ramach określonych obecnie w art. 15 ustawy o działalności leczniczej.

Sąd I instancji wyjaśnił, że powołany w sprawie biegły jednoznacznie i w sposób jasny oraz logiczny wskazał, 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, dodatkowo wskazał na charakter schorzeń, ich wpływ na stan zagrożenia zdrowia i życia konkretnych pacjentów, czy skutek świadczenia. Tym samym, zdaniem Sądu Okręgowego w sposób wystarczający wykazano, że przypadku tych świadczeń medycznych, były one ratującymi zdrowie i życie pacjentów, ale nadto - wbrew twierdzeniom pozwanego w odpowiedzi na pozew - były udzielone w związku z tym w stanach wymagających reakcji. Sąd I instancji miał na uwadze to, że świadczeniami zdrowotnymi, o których mowa w art. 15 ustawy o działalności leczniczej, i art. 30 ustawy z 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry objęte zostały w zasadzie stany ratujące życie, co wyraźnie wskazano w opinii biegłego. 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. W przepisach tych chodzi zatem o taki stan, w którym odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia.

Jak wskazał biegły, pacjenci objęci badaniem spełniali przesłanki do przyjęcia bez limitu, w oparciu o wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii z 2021 roku. Skoro tak, to już powyższe, zdaniem Sądu I instancji przesądzało o zasadności powództwa.

Sąd Okręgowy wyjaśnił, że pozwany powoływał się na to, iż 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.

Sąd a quo podkreślił, że w orzecznictwie sądów powszechnych spotyka się pogląd, iż w sytuacji, gdy świadczeniodawca nie wykaże dodatkowo, że nie był w stanie udzielić świadczenia ratującego zdrowie lub życie jeszcze w ramach limitu, że nie podejmował czynności zmierzających do racjonalnego gospodarowania środkami i w związku z tym racjonalnego organizowania świadczeń, nie może skutecznie domagać się pokrycia ich kosztów od oddziału NFZ w ramach procesu sądowego. W ocenie Sądu Okręgowego takie twierdzenia, nakładające na świadczeniodawcę dodatkowe obowiązki i tym samym obciążenia dowodowe, nie są uprawnione w świetle postanowień ustawy. Sąd pierwszej instancji podzielił bowiem wyrażony w judykaturze pogląd, że obowiązki wynikające z przepisów poprzedniego przepisu 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 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. Wskazane przepisy są bowiem 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. Należy jednak podkreślić, że nie wyłączają one obowiązków Narodowego Funduszu Zdrowia wynikających z innych ustaw. Obowiązki wynikające z powołanych przepisów art. 7 ustawy o zoz, czy obecnie art. 15 ustawy o działalności leczniczej 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 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. Sąd Okręgowy podkreślił, że 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. W treści aktualnego po 2006 roku orzecznictwa Sądu Najwyższego Sąd meriti nie zauważył, aby obowiązek ustawowy pokrycia kosztów świadczeń udzielonych w trybie art. 7 ustawy o zoz, czy obecnie art. 15 ustawy o działalności leczniczej, był ograniczany w sposób, na który wskazywał pozwany w niniejszym procesie, czyli w szczególności poprzez nałożenie dodatkowych rygorów i obowiązków po stronie świadczeniodawcy. Wskazuje się przy tym, że przewidziane w umowach o udzielanie opieki zdrowotnej kwoty zobowiązań NFZ 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 zatem, 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. Takie założenie – zdaniem Sądu Okręgowego - być może stoi w pewnej sprzeczności z sensem przeznaczania określonych środków w ramach umowy na finansowanie świadczeń zdrowotnych określonych w poszczególnych zakresach umowy, ale w niniejszej sprawie Sąd nie dokonywał oceny samej umowy, tylko faktycznie obowiązku, który wynika z ustawy, i który w konsekwencji ustawowo także nakłada na Fundusz obowiązek finansowania przedmiotowych świadczeń. Wprawdzie można postawić tezę, że sam system finansowania działalności leczniczej, który z jednej strony wiąże się z zawieraniem umów z ustalonym limitem świadczeń, z drugiej zaś ma swoje źródło także w ustawie, nie jest logiczny i konsekwentny, ale w ocenie Sądu a quo jest to problem ustawodawcy, który tak a nie inaczej dokonał jego doprecyzowania. 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 I instancji zauważył, że jedynie w przypadku wykazania, iż świadczeniodawca świadomie i celowo tak organizuje swoje świadczenia i środki finansowe, że spowodowałyby to niemożność rozliczenia tych świadczeń w ramach limitu, choć było to realnie możliwe, wówczas zaistniałyby przesłanki do oddalenia takiego roszczenia. Jest to możliwe wyłącznie przy zaistnieniu tej sytuacji wyjątkowej, wymagającej wykazania, że powód swoją wolą świadomie skierował swoje działania w tym kierunku, co de facto przenosi ciężar udowodnienia takiej okoliczności na stronę pozwaną. Wyjątkowość takiej sytuacji Sąd Okręgowy uzasadnia podkreślanym obowiązkiem ustawowym o charakterze bezwzględny w udzieleniu takich świadczeń, a w konsekwencji ich finansowaniu. Zdaniem Sądu Okręgowego nie do zaakceptowania byłaby sytuacja, w której świadczeniodawca związany umową, wstrzymuje rozliczanie świadczeń o charakterze nagłym ratujących życie, aby dopiero po wyczerpaniu limitu umownego przedstawić je do rozliczenia, ale wymaga to inicjatywy po stronie pozwanej i ma charakter wyjątkowy, przy ewidentnie złej woli po stronie świadczeniodawcy. Stąd też - wbrew stanowisku pozwanego - treść umowy łączącej strony i sposób jej wykonywania nie może mieć istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy niniejszej. W okolicznościach niniejszej sprawy nie było żadnych podstaw do kwestionowania postawy powoda jako organizatora udzielanych świadczeń. Powód wykazał, że na tym oddziale nie może być wprowadzony tzw. system kolejkowy z uwagi na charakter tych świadczeń, taka okoliczność wynika także z dokumentów. Wreszcie sam biegły podkreślił, że w przypadku dwóch priorytetów przyjęć nie można mówić o jakimkolwiek limicie, potwierdzając tym samym szczególny charakter tych świadczeń. Poza tym ustalono, że powód wnioskował i stał się o wyższy limit, o dodatkowe środki. Bezspornie - niezależnie od dokonanej powyżej oceny obowiązku ustawowego po stronie pozwanej - zawarta pomiędzy stronami umowa dotyczyła limitu wszystkich świadczeń, także tych udzielanych w stanach nagłych. Ocena taka wynika z wiedzy posiadanej w oparciu o inne podobne sprawy i z generalnych zasad rozliczeń szpitali z NFZ, oraz z treści przedłożonej umowy. Sąd I instancji podzielił przy tym pogląd, że ewentualny błąd w systemie w oznaczeniu świadczenia nie ma wpływu na ustalenie obowiązku ich finansowania przez pozwanego, a tym samym na samą kwalifikację świadczenia. Odpowiednio, 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, to znaczy, że brak oznaczenia w systemie rodzaju świadczenia było świadomym działaniem powoda.

Dalej Sąd I instancji podkreślił, że jest jeszcze jeden ważny argument za takim ujmowaniem obowiązku pozwanego przy świadczeniach ponad limitowych, spełniających przesłanki z art. 15 ustawy o działalności leczniczej. Otóż 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 wnioski 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 zdaniem Sądu pierwszej instancji twierdzenie, według którego do ubiegania się zwrotu kosztów udzielenia świadczeń zdrowotnych w wypadkach nagłych konieczne jest podpisanie umowy. W przypadku podmiotu, który zawarł umowę z NFZ na finansowanie świadczeń szpitalnych, która obejmuje także świadczenia ratujące życie, jego sytuacja w opisanych okolicznościach sprawy byłaby gorsza, aniżeli podmiotu który umowy nie zawarł. Podmiot, który umowy nie zawarł, ma jedynie obowiązek złożyć wnioski o finansowanie wraz z rachunkiem, wykazem świadczeń i ich kosztów oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności ich udzielenia, a zatem spoczywa na nim taki sam ciężar wykazania okoliczności ich udzielenia, jak powoda w niniejszej sprawie. Taki podmiot bez umowy dalszych rygorów nie ma, w szczególności nie musi odwoływać się do treści umowy, wykazywać, że mógł sfinansować świadczeń w limicie (bo takiego nie ma), wykazywać, że podejmował racjonalną gospodarkę organizacyjną itp., w przeciwieństwie do podmiotu, który ma zawartą umowę z NFZ. Oznacza to, że spełnienie samych przesłanek z art. 19 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku stanowi podstawę do finansowania świadczenia, w ostateczności na drodze procesu cywilnego. Inne traktowanie podmiotu, który posiada zawartą umowę nie jest niczym uzasadnione, co więcej 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 byłaby droga do otrzymania finansowania. Powodowałoby to nieuprawnione i niezgodne z zasadami współżycia społecznego odmienne potraktowanie podmiotu, który w zgodzie z systemem zawarł umowę i w zgodzie z jej zasadami prowadzi działalność leczniczą. Nie ma uzasadnienia do braku równego potraktowania obu podmiotów, w przeciwnym wypadku zakłady lecznicze mogłyby próbować kreować swoją sytuację prawną w zakresie świadczeń nagłych ratujących życie poza umową i wówczas korzystać z przywileju „jedynie” wykazywania samych przesłanek świadczenia nagłego z art. 7 czy 15 powoływanych wyżej ustaw. Nie można niejako karać m.in. powoda za to, że ma zawartą umowę i kazać mu dodatkowo wykazywania dodatkowych przesłanek z umowy, aby otrzymać finansowanie świadczenia, które faktycznie ma swoje źródło ustawowe i bezwzględnie obowiązujące. Tym samym zdaniem Sądu Okręgowego kwestie wykraczające poza przesłanki ustawowe nie mogą mieć znaczenia dla ustalenia obowiązku finansowania przez pozwanego.

W konsekwencji powyższego, mając na uwadze opinie biegłych, Sąd I instancji uznał, że we wszystkich przypadkach udzielonych świadczeń we wskazanej dziedzinie medycznej poddanych ocenie, istniały przesłanki do uznania zasadności twierdzeń powoda, iż świadczenia te spełniały przesłanki, na łączną kwotę 3.545.796,80 złotych. Wartość ta wynika z podliczenia poszczególnych świadczeń wskazanych w zestawieniach pacjentów dołączonych do pozwu, przy uwzględnieniu, iż powód przy wyliczeniu wziął pod uwagę stawkę świadczenia za jeden punkt udzielonego świadczenia wynikającą z zawartej umowy. Brak podstaw do wykazywania przez powoda faktycznej, rzeczywistej wartości udzielonych świadczeń w oparciu o art. 19 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wobec zgodnych ustaleń stron przy umowie. Skoro sama umowa określała limit dla świadczeń limitowych i ponad limitowych, a zatem dla wszystkich udzielonych, to jednolity winien być sposób określania ich wartości, albowiem mając na uwadze zasady doświadczenia życiowego można wskazać, że faktycznie wartość takich

świadczeń jest wyższa od tej ustalonej umownie, która jest wartością uśrednioną i zaniżoną w stosunku do potrzeb powoda.

Z tych też względów Sąd I instancji zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 3.545.796,80 złotych wraz z należnym odsetkami od dnia 15 lutego 2017 roku - zgodnie z żądaniem pozwu - do dnia zapłaty, na podstawie art. 481 k.c. (punkt 1 wyroku).

O kosztach procesu Sąd Okręgowy orzekł w punkcie 2 wyroku, zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu, na podstawie art. 98, 99 i 100 k.p.c., mając na uwadze uwzględnienie powództwa w całości. W zakresie tych kosztów Sąd I instancji wziął pod uwagę wynagrodzenie pełnomocnika powoda w stawce minimalnej, określonej przepisami obowiązującego rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych (15.000 złotych), uwzględniając przy tym opłatę skarbową w kwocie 17 złotych. Sąd Okręgowy w zakresie kosztów sądowych obciążył pozwanego, jako przegrywającego sprawę, jedynie kosztami opinii biegłego, na podstawie art. 113 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (punkt 3 wyroku). Sąd zwrócił uwagę, że zwolnienie od kosztów sądowych w toku procesu dotyczy wyłącznie tego zakresu. Jednocześnie Sąd I instancji odstąpił od obciążenia pozwanego pozostałymi kosztami sądowymi na podstawie art. 102 k.p.c. (punkt 4 wyroku).

Apelację od powyższego wyroku złożył pozwany, zaskarżając go w części w punkcie 1,2 i 3. Zaskarżonemu wyrokowi 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, za które powodowi należy się wynagrodzenie, jak w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a nie istotna jest okoliczność, że świadczenia te zostały udzielone i przedstawione do rozliczenia niezgodnie z obowiązującymi warunkami realizacji świadczeń,

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 w wysokości przekraczającej określoną w umowie ilość i wartość świadczeń, a w konsekwencji kwotę wynikającą z planu finansowego Funduszu,

3. naruszenie art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez błędne przyjęcie, że świadczeniodawca nie jest zobowiązany do przedstawienia i wykazania rzeczywistych kosztów udzielenia świadczeń,

4. naruszenie przepisów postępowania, w tym art. 233 § 1 w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. poprzez nieprzeprowadzenie dowodu z opinii biegłego z zakresu księgowości na okoliczności:

- prawidłowości wyliczonych przez powoda należności dochodzonych pozwem,

- czy przedstawione przez powoda koszty poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej objętej pozwem stanowią wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia danego świadczenia (w rozumieniu art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) i nie obejmują kosztów o innym charakterze tj. nie związanych z rzeczywistym kosztem udzielonego świadczenia,

5. naruszenie przepisów postępowania, w tym art. 233 § 1 w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku i nie przeprowadzenie uzupełniającej opinii biegłego z dziedziny anestezjologii i intensywnej terapii na okoliczności podniesione w piśmie pozwanego z dnia 13 sierpnia 2020 r., w tym prawidłowego udzielenia i sprawozdania do rozliczenia świadczeń objętych pozwem,

6. naruszenie przepisów postępowania, w tym art. 233 § 1 poprzez pominięcie istotnych dla rozstrzygnięcia dowodów w postaci : wystąpienia pokontrolnego z dnia 16 stycznia 2018 roku znak (...), informacji o częściowym uwzględnieniu wystąpienia pokontrolnego z dnia 2 lutego 2018 roku znak (...) odpisu stanowiska Konsultanta Krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii z dnia 21 stycznia 2018 roku, odpisu pisma Centrali NFZ z dnia 22 lutego 2018 roku znak (...), odpisu pisma Centrali NFZ z dnia 1 lutego 2018 roku znak (...), potwierdzających nieprawidłowości w zakresie udzielenie i przedstawienia do rozliczenia świadczeń,

7. naruszenie przepisów postępowania, w tym art. 98-100 k.p.c. i art. 100 i art. 103 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych i błędne obciążenie pozwanego kosztami opinii biegłego, gdy pozwany zgodnie z postanowieniem z dnia 12 grudnia 2018 r. został w całości zwolniony od kosztów sądowych w sprawie.

W oparciu o powyższe skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w pkt 1,2,i 3 poprzez oddalenie powództwa w całości i obciążenie powoda kosztami postępowania, w tym kosztami zastępstwa procesowego w postępowaniu w I i II instancji.

W odpowiedzi na apelację powód wniósł o jej oddalenie.

Sąd Apelacyjny ustalił i zważył, co następuje:

Apelacja nie była uzasadniona.

Na wstępie przypomnieć należy ugruntowaną w judykaturze regułę, a mianowicie, że w wypadku wyroku oddalającego apelację, wydanego na podstawie materiału zgromadzonego w postępowaniu w pierwszej instancji, sąd odwoławczy nie musi powtarzać dokonanych prawidłowo ustaleń; wystarczy stwierdzenie, że ustalenia sądu pierwszej instancji podziela i przyjmuje za własne. Konieczne jest jednak ustosunkowanie się do wszystkich zarzutów apelacji (por. wyrok SN z dnia 23.02.2006r., II CSK 126/05, LEX nr 179973). Przywołać także należy zasadę, według której Sąd drugiej instancji rozpoznający sprawę na skutek apelacji nie jest związany przedstawionymi w niej zarzutami dotyczącymi naruszenia prawa materialnego, wiązać go natomiast zarzuty dotyczące naruszenia prawa procesowego; w granicach zaskarżenia bierze jednak z urzędu pod uwagę nieważność postępowania (por. uchwała składu 7 sędziów SN z dnia 31.01.2008r., III CZP 49/07, OSNC 2008, z.6, poz.55). W przedmiotowej sprawie nie występują okoliczności, które mogłyby świadczyć o nieważności postępowania.

W apelacji pozwanego postawione zostały zarówno zarzuty naruszenia prawa materialnego, jak i procesowego. Zauważyć trzeba, że prawidłowość zastosowania lub wykładni prawa materialnego może być właściwie oceniona jedynie na kanwie niewadliwie ustalonej podstawy faktycznej rozstrzygnięcia. Skuteczne zatem zgłoszenie zarzutu dotyczącego prawa materialnego wchodzi zasadniczo w rachubę tylko wtedy, gdy ustalony przez sąd pierwszej instancji stan faktyczny, będący podstawą zaskarżonego wyroku, nie budzi zastrzeżeń (wyrok SN z dnia 26.03.1997 r., II CKN 60/97, OSNC 1997/9/128).

Przenosząc to na grunt niniejszej sprawy Sąd Apelacyjny podziela dokonane przez Sąd I instancji ustalenia faktyczne i przyjmuje je za własne, podobnie podziela dokonaną przez ten Sąd ocenę zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego oraz ocenę prawną prawidłowych ustaleń faktycznych.

Przechodząc do poszczególnych zarzutów apelacji, wskazać należy, że zgodnie z wyrażoną w art. 233 § 1 k.p.c. zasadą swobodnej oceny dowodów, Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału, a zatem z uwzględnieniem wszystkich dowodów przeprowadzonych w postępowaniu, jak również wszelkich okoliczności towarzyszących przeprowadzeniu poszczególnych dowodów i mających znaczenie dla oceny ich mocy i wiarygodności. Przewidziane w art. 233 § 1 k.p.c. kryteria oceny wiarygodności i mocy dowodów wprawdzie mogą być przedmiotem kontroli odwoławczej, jednak powołanie się na naruszenie cytowanego przepisu nie może polegać jedynie na przedstawieniu odmiennego stanu faktycznego ustalonego na podstawie własnej oceny dowodów. Skarżący może tylko wykazywać, że sąd pierwszej instancji rażąco naruszył ustanowione w powołanym przepisie zasady oceny wiarygodności i mocy dowodów, a

w konsekwencji naruszenie to mogło mieć wpływ na wynik sprawy. Jeżeli z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie zebranego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Jedynie w przypadku, gdy brak jest logiki w powiązaniu wnioskowania z zebranymi dowodami lub gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo – wbrew zasadom doświadczenia życiowego – nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo – skutkowych, to przeprowadzona ocena dowodów może być skutecznie podważona (por. uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 25 lipca 2000 r., III CKN 842/98, LEX nr 51357). Dopóki ocena przeprowadzona przez Sąd mieści się w granicach wyznaczonych przez tę normę procesową i nie doznały naruszenia wskazane tam jej kryteria, Sąd Odwoławczy obowiązany jest ocenić tę, a co za tym idzie także wnioski z niej wynikające dla ustaleń faktycznych, aprobować.

Skarżący upatrywał między innymi naruszenia art. 233 § 1 w pominięciu istotnych dla rozstrzygnięcia dowodów w postaci : wystąpienia pokontrolnego z dnia 16 stycznia 2018 roku znak(...) informacji o częściowym uwzględnieniu wystąpienia pokontrolnego z dnia 2 lutego 2018 roku znak (...), odpisu stanowiska Konsultanta Krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii z dnia 21 stycznia 2018 roku, odpisu pisma Centrali NFZ z dnia 22 lutego 2018 roku znak (...), odpisu pisma Centrali NFZ z dnia 1 lutego 2018 roku znak (...) które to dokumenty – zdaniem skarżącego - potwierdzały nieprawidłowości w zakresie udzielenia i przedstawienia do rozliczenia świadczeń,

Wbrew jednak zarzutom skarżącego Sąd Okręgowy nie pominął tych dowodów. Powołane przez pozwanego dowody stanowiły bowiem podstawę dokonanych przez Sąd I instancji ustaleń faktycznych, co wynika z treści uzasadnienia wyroku (k.312; „dowód pisma stron w zakresie czynności pokontrolnych- k.85-97 akt”). Z dowodów tych wynikało, że świadczenia z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii za rok 2016 były poddane kontroli pozwanego co do prawidłowości realizacji i zasadności kwalifikowania świadczeń, zgodności danych i rzetelności prowadzenia dokumentacji. W wystąpieniu pokontrolnym nakazano powodowi zwrócić pozwanemu kwotę 1.744.471 złotych poprzez korektę raportów statystycznych i faktur i nakazano dokonanie korekty raportów statystycznych na kwotę 413.033,40 złotych. Po uwzględnieniu zastrzeżeń powoda do wystąpienia pokontrolnego, pozwany ostatecznie nakazał powodowi zwrot kwoty 132.169,44 złotych oraz dokonania korekty raportów na kwotę 34.675,68 złotych. Powód rozliczył się z tego zobowiązania wobec pozwanego poprzez korektę świadczeń i faktur, zapłacił także karę umowną. Z wystąpienia pokontrolnego z dnia 16 stycznia 2018 roku, na które powoływał się pozwany wynikało, że powód rozliczył się już z pozwanym a pozwany nie wykazał, aby świadczenia objęte żądaniem pozwu, były także przedmiotem tej przeprowadzonej kontroli. Wobec tego, że dowody zgłoszone przez pozwanego zostały przeprowadzone przez Sąd Instancji i stanowiły podstawę ustaleń stanu faktycznego, nie można podnieść skutecznie zarzutu zaniechania wszechstronnego rozważenia zebranego w sprawie materiału. Wszechstronne rozważenie zebranego materiału, w kontekście art.233§ 1 k.p.c. oznacza uwzględnienie i rozważenie wszystkich dowodów przeprowadzonych w postępowaniu oraz wszystkich okoliczności towarzyszących przeprowadzeniu poszczególnych dowodów, mających znaczenie dla ich mocy i wiarygodności (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 26.06.2003 r., V CKN 417/01, LEX nr 157326). Skuteczne podniesienie tego zarzutu nie może polegać na wskazywaniu przez skarżącego alternatywnego stanu faktycznego, ustalonego na podstawie własnej oceny dowodów (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 29.06. 2004 r., II CK 393/03, LEX nr 585758). Istotne jest przy tym to, że powyższe dowody nie miały wpływu na ocenę zasadności żądania pozwu, co będzie podlegało ocenie w kontekście podniesionych zarzutów naruszenia prawa materialnego.

Sąd Apelacyjny nie podzielił też zarzutu naruszenia art. 233 § 1 w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. mającego polegać na oddaleniu wniosku pozwanego i nie przeprowadzeniu uzupełniającej opinii biegłego z dziedziny anestezjologii i intensywnej terapii. Sąd I instancji prawidłowo pominął wniosek pozwanego o uzupełnienie opinii biegłego (protokół z rozprawy z dnia 10 lutego 2021r. k.302) z uwagi na nieprzydatność tego dowodu do wykazania okoliczności prawidłowego udzielenia i sprawozdania do rozliczenia świadczeń objętych pozwem. Zgodzić należało się z Sądem Okręgowy, że biegły z dziedziny anestezjologii i intensywnej terapii nie jest uprawniony i nie posiada fachowej wiedzy z zakresu sprawozdawczości obowiązujących świadczeniodawcę w rozliczeniach z NFZ oraz do dokonania oceny rozliczenia świadczeń objętych pozwem. Nadto - jak słusznie wskazał powód w odpowiedzi na apelację (k.347-350) pozwany

nie wykazał związku pomiędzy świadczeniami objętymi pozwem a świadczeniami objętymi powołaną przez niego kontrolą. Pozwany nie wykazał, że wskazane w protokole naruszenia dotyczyły właśnie świadczeń, za które zapłaty dochodzi powód. Tym samym przeprowadzenie tego dowodu zmierzałoby jedynie do przedłużenia postępowania. Skarżący pominął przy tym, że istotne dla weryfikacji zgłoszonego roszczenia było rozstrzygnięcie kwestii, czy świadczenia medyczne udzielone przez szpital były świadczeniami ratującymi życie i zdrowie pacjentów, w stanach nagłych, wymagających natychmiastowej reakcji – na co opinia biegłego sądowego dr n. med. L. Z. w pełni odpowiada, a czego strona skarżąca skutecznie nie zakwestionowała.

Podobnie zatem należało ocenić zarzut naruszenia art. 233 § 1 w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. mający polegać na braku przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego z zakresu księgowości na okoliczność prawidłowości wyliczonych przez powoda należności dochodzonych pozwem oraz, czy przedstawione przez powoda koszty poszczególnych świadczeń stanowią wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia danego świadczenia.

Po pierwsze należy wskazać, że żadna ze stron na etapie postępowania przed Sądem pierwszej instancji nie wniosowała o przeprowadzenie o tego dowodu. O ewentualnym naruszeniu przepisu art. 278 § 1 k.p.c. można mówić jedynie wówczas, gdyby dowód z opinii biegłego – w tym wypadku z dziedziny księgowości - został zgłoszony przez którąkolwiek ze stron w toku procesu. Na marginesie jedynie należy wskazać, iż zgodnie z zasadami procesu cywilnego ciężar przedstawiania materiału dowodowego spoczywa na stronach (art. 232 k.p.c., art. 3 k.p.c., art. 6 k.c.). Jego istota sprowadza się do ryzyka poniesienia przez stronę ujemnych konsekwencji braku wywiązania się z powinności przedstawienia dowodów. Skutkiem braku wykazania przez stronę prawdziwości twierdzeń o faktach istotnych dla sprawy jest to, że twierdzenia takie zasadniczo nie będą mogły leżeć u podstaw sądowego rozstrzygnięcia. Strona, która nie udowodni przytoczonych twierdzeń, utraci korzyści, jakie uzyskałaby aktywnym działaniem. Artykuł 6 k.c. określa reguły dowodzenia, tj. przedmiot dowodu oraz osobę, na której spoczywa ciężar udowodnienia faktów mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia, przy czym sąd nie ma obowiązku dążenia do wszechstronnego zbadania wszystkich okoliczności sprawy oraz nie jest zobowiązany do zarządzania dochodzenia w celu uzupełnienia lub wyjaśnienia twierdzeń stron i wykrycia środków dowodowych pozwalających na ich udowodnienie. Nie ma też obowiązku przeprowadzenia z urzędu dowodów zmierzających do wyjaśnienia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy (art. 232 k.p.c.). Obowiązek przedstawienia dowodów spoczywa na stronach (art. 3 k.p.c.), a ciężar udowodnienia faktów mających dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie (art. 227 k.p.c.) spoczywa na tej stronie, która z tych faktów wywodzi skutki prawne.

W konsekwencji w ocenie Sądu Apelacyjnego powyższy zarzut naruszenia prawa procesowego uznać należało za chybiony. Niezależnie od tego dowód taki należało ocenić jako nieprzydatny dla ustalenia okoliczności istotnych w sprawie, co zostanie także wyjaśnione w związku z oceną zarzutów naruszenia prawa materialnego.

Za nietrafny należało uznać również zarzut naruszenia przepisów postępowania art. 98-100 k.p.c. i art. 100 i art. 103 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, mający polegać na błędnym obciążeniu pozwanego kosztami opinii biegłego, mimo zwolnienia w całości od kosztów sądowych w sprawie.

Zauważyć bowiem należy, że ustawodawca, regulując kwestię zwrotu kosztów procesu przyjął zasadę odpowiedzialności za wynik procesu (art.98 § 1 k.p.c.). Zasada ta oznacza, że strona która sprawę przegrała, zobowiązana jest zwrócić przeciwnikowi poniesione przez niego koszty procesu. Koszty opinii biegłego sądowego są wydatkiem stanowiącym składnik kosztów procesu, podlegającym rozliczeniu według zasady określonej w art. 98 § 1 k.p.c.

Zgodnie z art.113 ust.1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t. jedn. Dz.U. z 2020 r. poz. 755), „kosztami sądowymi, których strona nie miała obowiązku uiścić lub których nie miał obowiązku uiścić kurator albo prokurator, sąd w orzeczeniu kończącym sprawę w instancji obciąży przeciwnika, jeżeli istnieją do tego podstawy, przy odpowiednim zastosowaniu zasad obowiązujących przy zwrocie kosztów procesu”. Zwolnienie od kosztów sądowych nie zwalnia także strony od obowiązku zwrotu kosztów przeciwnikowi (art.108 u.k.s.c.). Tym samym ustawodawca nie postawił znaku równości pomiędzy zaistnieniem podstaw do zwolnienia od kosztów

sądowych a zwolnieniem od kosztów procesu. Zwolnienie od kosztów sądowych same w sobie nie może uchylić odpowiedzialności za wynik sporu. Biorąc pod uwagę powyższe, Sąd I instancji prawidłowo obciążył pozwanego obowiązkiem zwrotu kosztów opinii biegłego, jako przegrywającego sprawę, kosztami opinii biegłego, nakazując ich zwrot na rzecz Skarbu Państwa, który tymczasowo poniósł te wydatki.

Przechodząc do oceny zarzutów naruszenia prawa materialnego, w pierwszej kolejności należało się odnieść do zarzutu naruszenia art. 132 i art. 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz.1285), które – zdaniem skarżącego – miało polegać na błędnym przyjęciu, że świadczenia zdrowotne udzielone w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego mogą być udzielane i finansowane w wysokości przekraczającej określoną w umowie ilość i wartość świadczeń.

Podkreślić należy, że wskazane przez apelującego przepisy zawarte zostały w dziale VI wymienionej ustawy zatytułowanym: „postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami” i regulują tryb zawierania umów pomiędzy świadczeniodawcą a NFZ 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 biegłego z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii wynika jednoznacznie, że świadczenia udzielone pacjentom wymienionym w zestawieniu przedłożonym przez powoda (k.36-50) 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. 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 miał art.19 ust.1 cytowanej 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 NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługuje roszczenie o wynagrodzenie za wykonanie ponadlimitowych świadczeń w stanie nagłym w wysokości poniesionych kosztów ich udzielenia. Przypadki pacjentów wymienione w zestawieniu przedłożonym przez powoda, 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. Udzielanie świadczeń w stanach nagłych jest bowiem ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy o charakterze bezwzględny i koszt wykonania świadczenia, którego umowa nie przewidywała ze względu na jego rodzaj lub wyczerpanie limitu, nie może obciążać ani świadczeniodawcy, ani świadczeniobiorcy. (por. także Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 8 kwietnia 2016 r., V ACa 793/15, LEX nr 2110609).

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 2004 r. 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 (t. jedn. Dz. U. z 2020 r., poz. 882). 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 wyżej cytowanych przepisów. W szczególności skarżący pominął, że charakter przedmiotowych świadczeń – jako nagłych, ratujących życie – ustalony został w oparciu o rzetelną i wyczerpującą uzasadnioną opinię biegłego, której wnioski nie zostały skutecznie podważone przez pozwanego.

Odnosząc do zarzutu naruszenia art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (t. jedn. Dz.U z 2007 r. nr 14 poz.89), wskazania wymaga, że przepisy tej ustawy przestały obowiązywać z dniem 1 lipca 2011 r. na skutek uchylecia jej na podstawie art. 220 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. 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 2011 r. 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 opinię biegłego, 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.

W ocenie Sądu Apelacyjnego nie zasługiwał także na uwzględnienie zarzut naruszenia art.19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, mający polegać na błędnym przyjęciu, że świadczeniodawca nie jest zobowiązany do przedstawienia i wykazania rzeczywistych kosztów udzielenia świadczeń,

Sąd Apelacyjny podziela i przyjmuje za własne rozważania Sądu I instancji, który wyjaśnił, że świadczeniodawca nie jest zobowiązany do przedstawienia i wykazania rzeczywistych kosztów udzielenia świadczeń. Podkreślenia wymaga, że pojęcie „uzasadnionych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej” pojawia się wyłącznie w kontekście roszczenia o wynagrodzenie świadczeniodawcy, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń z opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art.19 ust.4 zd.1. i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zwanej dalej w skrócie ustawą o ś.o.z.) „świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie to obejmuje wyłącznie uzasadnione koszty świadczeń opieki zdrowotnej, których wartość nie może przekroczyć kwoty, o której mowa w art.42 c ust.1”.

Za utrwalony już i dominujący w judykaturze należy uznać pogląd, wedle którego „do ustalania wysokości wynagrodzenia należnego świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczenia opieki zdrowotnej, za świadczenie ponadlimitowe wykonane w stanie nagłym nie ma zastosowania art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 1510 ze zm.). W takim wypadku wynagrodzenie ustala się w wysokości świadczenia uzyskiwanego na podstawie umowy. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są umowami cywilnoprawnymi zawieranymi w celu realizacji zadania publicznego, do których stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej (art.155 ust.1 ustawy o ś.o.z.). Odesłanie to dotyczy także art.56 k.c., zgodnie z którym czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy, z zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów. Skutki te powstają na zasadzie przypisania normatywnego, a więc bez względu na wolę stron, która obejmuje bezpośrednio tylko zawarcie umowy. W treści umów o świadczenia opieki zdrowotnej – kształtowanymi także ogólnymi warunkami umów określanymi odpowiednimi rozporządzeniami Ministra Zdrowia oraz Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia - określa się m.in. maksymalną kwotę zobowiązania wobec świadczeniodawcy wynikającej z niej, rodzaj, liczbę i cenę zakupionych świadczeń, liczbę jednostek rozliczeniowych wyrażające wartość świadczenia oraz cenę jednostki rozliczeniowej, a także maksymalną kwotę zobowiązania wobec świadczeniodawcy wynikającą ze wszystkich zawartych z nim umów” (zob. uchwała Sądu Najwyższego 7 sędziów z dnia 19 marca 2019 r., III CZP 80/18, OSNC 2019/7-8/72, wyrok Sadu Najwyższego z dnia 7 czerwca 2019 r., I CSK 278/18, LEX nr 2689020).

Uzupełniająco należy wskazać, że 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

zróznicowania 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 wyżywienia. Zdaniem Sądu Apelacyjnego nie można nakładać na stronę powodową obowiązku wyliczenia udzielanych świadczeń medycznych z uwzględnieniem poszczególnych kosztów związanych ze świadczeniem ponadlimitowym. Uwzględniając zasady doświadczenia życiowego byłoby to praktycznie niemożliwe (podobnie Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 26 stycznia 2017 r., I ACa 960/16, LEX nr 2250114, tak też Sąd Apelacyjny w Warszawie wyroku z dnia 15 grudnia 2017 r., V ACa 942/17, LEX nr 243018).

W tym kontekście należało uznać, że powoływany przez skarżącego pogląd wyrażony w wyroku Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 27 sierpnia 2015 r., III CSK 455/14 (OSNC 2017/2/19), wedle którego „podmiotowi leczniczemu, który zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia 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)” należało uznać za jednostkowy i zmodyfikowany w późniejszym orzecznictwie Sądu Najwyższego. Dlatego też za zbędny dla poczynienia ustaleń istotnych w sprawie należało uznać wnioskowany przez skarżącego dowód z opinii biegłego z zakresu księgowości, skoro – co było bezsporne – wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe objęte żądaniem pozwu obliczone zostały według kryteriów określonych w łączącej strony umowie. Inaczej byłoby, gdyby powód w ogóle nie był związany kontraktem z NFZ, a zatem nie istniałyby jakiegokolwiek umowne kryteria mogące być podstawą dla wyliczenia należności za świadczenia ponadlimitowe – tak jednak w przedmiotowej sprawie nie było.

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 w punkcie I wyroku.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik sprawy, na podstawie art. 108 § 1 i 98 k.p.c. w punkcie II wyroku. Pozwany przegrał postępowanie apelacyjne, w związku z czym, zobowiązany jest ponieść koszty procesu, na które składało się wynagrodzenie pełnomocnika powoda w kwocie 11.250zł , ustalone na podstawie § 2 pkt 8 w zw. z § 10 ust.1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U. z 2018r., poz. 265 ze zm.).

SSA Leszek Jantowski

Na oryginale właściwy podpis.

G., dnia 14 października 2021 r.

Sygn. akt V ACa 333/21

ZARZĄDZENIE

1./...

2.Odpis wyroku z dnia 22 września 2021 r. z uzasadnieniem doręczyć:

- pełn. pozwanego r.pr. C. S. (przez PI).

SSA Leszek Jantowski

Na oryginale właściwy podpis.

.