

Sygn. akt V ACa 576/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 grudnia 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – Wydział V Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Artur Lesiak (spr.)
Sędziowie:	SA Roman Kowalkowski SA Irma Kul
Protokolant:	sekretarz sądowy Karolina Petruczenko

po rozpoznaniu w dniu 17 grudnia 2015 r. w Gdańsku na rozprawie

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

przeciwko (...) (...) w B.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w B.

z dnia 26 marca 2015 r. sygn. akt I C 626/13

I. oddala apelację;

II. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 2.700 (dwa tysiące siedemset) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

Na oryginale właściwe podpisy.

Sygn. akt V ACa 576/15

UZASADNIENIE

Powód (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Ż. wniósł o zobowiązanie pozwanego (...) (...) w B. do zapłaty na rzecz powoda kwoty 75.658,50 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 1 kwietnia 2012r. do dnia zapłaty oraz zasądzenie od pozwanego kosztów procesu.

W uzasadnieniu powód wskazywał, iż łączyła go z pozwanym umowa (...) z dnia 31 grudnia 2008r. o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, powód wykonał w 100% świadczenia w niej określone. Powód wskazał, iż w jego

placówce medycznej niejednokrotnie zdarzają się sytuacje, w których istnieje konieczność udzielenia pomocy medycznej z uwagi na nałożone przez ustawodawcę obowiązki zawarte w treści art. 15 ustawy o działalności leczniczej, art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Taka konieczność wystąpiła względem pacjentów znajdujących się na (...) w związku z czym Szpital był zobowiązany udzielić im wymaganych świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratowania życia, pomimo wykonania limitów miesięcznych w rozliczeniu rocznym. Powód wyjaśnił, iż w niniejszym postępowaniu dochodzi tylko części roszczenia o nadwykonania w 2011 roku dotyczącego pacjentów A. R., H. W., B. D., C. M., B. P. i T. M.. Powód wskazywał, iż przedmiotowe przypadki wpisują się w legalną definicję stanu nagłego, gdyż w przewidywanym krótkim czasie po odłączeniu od aparatury podtrzymującej życia pacjentów nastąpiłby zgon.

W odpowiedzi pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu. Pozwany kwestionował fakt wykonania oraz prawidłowego wykonania świadczeń. Pozwany wskazywał na nierzetelność przekazywania danych w raportach statystycznych. Pozwany kwestionował także fakt udzielenia świadczeń w stanach nagłych i ratujących życie. Pozwany podnosił także zarzut naruszenia zasad współżycia społecznego w oparciu o art. 5 k.c.

W dalszym toku postępowania strony podtrzymały swe stanowisko w sprawie.

Wyrokiem z dnia 26 marca 2015r. Sąd Okręgowy w B. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 75.658,50 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 1 kwietnia 2012r. do dnia zapłaty, zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 3.600 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego oraz nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w B. kwotę 6.298 zł z tytułu zwrotu kosztów sądowych.

Sąd I instancji wskazał, że powyższy wyrok oparł na następujących ustaleniach faktycznych i rozważaniach prawnych:

Powód – (...) Spółka z o.o. z siedzibą w Ż. udziela świadczeń zdrowotnych w ramach publicznej służby zdrowia. W okresie od dnia 1 stycznia 2009r. do dnia 31 grudnia 2011r. powoda łączyła z pozwanym umowa dotycząca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (...) Kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia 2011 roku wyniosła maksymalnie 16.898.685, 00 zł. Powód wykorzystał w 100 % limit określonych umową świadczeń – świadczenia, za które zapłaty się domagał stanowią świadczenia o wartości 75.658, 50 zł z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii wykonane ponad limit. Świadczenia na (...) są rozliczane według skali (...), oceniającej stan pacjenta. Pacjent musi osiągnąć co najmniej (...) aby (...) płacił za takie świadczenie. Kryterium przyjęcia na oddział to stan zagrożenia życia – przyjęcia na(...)nie są planowane.

Powód udzielał świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu(...) H. W. PESEL (...), A. R. PESEL (...), B. P. PESEL (...), T. M. PESEL (...), C. M. PESEL (...) oraz B. D. PESEL (...). Świadczenia udzielone wszystkim z powyższych pacjentów były świadczeniami ratującymi życie i zostały udzielone w trybie nagłym. W każdym przypadku we wszystkich dniach pobytu pacjenci spełniali kryteria wymagane przez płatnika – pozwanego tj. min. (...) w skali (...). Czterech spośród wskazanych pacjentów pomimo zastosowanego leczenia zmarło.

Pozwany nie zapłacił powodowi należności z tytułu nadwykonań ratujących życie ze względu na brak środków.

Powyższy stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił w oparciu o przedstawione przez strony dokumenty, zeznania świadków, zeznania złożone w charakterze strony powodowej przez R. P. oraz strony pozwanej – E. K., a także opinię biegłego.

Sąd uznał za wiarygodne dowody z dokumentów zebrane w sprawie, albowiem zostały sporządzone we właściwej formie, przewidzianej dla tego typu dokumentów. Strony w żaden sposób nie kwestionowały ich wiarygodności i prawdziwości. Autentyczność zgromadzonych dokumentów nie budziła również wątpliwości Sądu. Za wiarygodne Sąd I instancji uznał zeznania świadków: J. K., J. C., M. W., R. O., jak też zeznania złożone w charakterze strony powodowej przez R. P. oraz strony pozwanej – E. K., w zakresie w którym były one spójne, logiczne, korespondowały z pozostałym zabranym w sprawie materiałem dowodowym, a także były istotne z punktu widzenia rozstrzygnięcia.

Świadkowie zgodnie zeznali, iż świadczenia na (...) są rozliczane według skali (...), oceniającej stan pacjenta. Pacjent musi osiągnąć co najmniej (...) aby (...) płacił za takie świadczenie. Kryterium przyjęcia na oddział to stan zagrożenia życia – przyjęcia na (...) nie są planowane. Nadto zarówno świadkowie zawnioskowani przez stronę pozwaną, jak i zeznający w charakterze strony powodowej R. P., a w szczególności zeznająca w charakterze strony pozwanej E. K. potwierdzili okoliczności dotyczące zawarcia i realizacji przez powoda umów o udzielanie świadczeń medycznych, jak i fakt odmowy zapłaty za wykonane przez powoda świadczenia ponadlimitowe wynikające z braku dostatecznych środków finansowanych.

Sąd Okręgowy podzielił w całości wnioski wynikające z opinii biegłego (...), bowiem opinia ta jest logiczna i przekonująca oraz odpowiada wymogom zawartym w treści przepisu art. 285 § 1 k.p.c. Sąd Okręgowy podkreślił, iż biegły w sposób bardzo szczegółowy i skrupulatny analizował każdy przypadek wykonanego przez powoda świadczenia ponadlimitowego, wnioski sformułowane przez biegłego zostały przy tym uzasadnione w sposób przekonujący, przystępny i zrozumiały dla osób nie posiadających specjalistycznej wiedzy medycznej, wobec czego Sąd uznał opinię sporządzoną przez biegłego za miarodajną dla oceny stanu faktycznego przedmiotowej sprawy.

W tej sytuacji Sąd Okręgowy oddalił wniosek pozwanego o dopuszczenie dowodu z pisemnej opinii uzupełniającej biegłego (...) zgłoszony przez pozwanego w piśmie z dnia 11 grudnia 2014r. Sąd zważył, iż w sporządzonej opinii biegły ustosunkował się całościowo do określonej mu tezy dowodowej, która została już w toku sprawy zmodyfikowana przez pełnomocnika pozwanego. W ocenie Sądu pozwany, reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika, posiadał odpowiedni czas na jej odpowiednie sformułowanie, zaś dalsze jej rozszerzanie sprzeciwiało się zasadom prekluzji dowodowej. Nadto w toku procesu pozwany, reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika, na żadnym etapie postępowania nie kwestionował wartości finansowej udzielonych przez powoda świadczeń.

W ocenie Sądu Okręgowego, powództwo jest zasadne i w całości zasługuje na uwzględnienie.

Sąd I instancji wskazał, że w przedmiotowej sprawie bezspornym było, iż w okresie od dnia 1 stycznia 2009r. do dnia 31 grudnia 2011r. powoda łączyła z pozwanym umowa dotycząca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (...). Kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia 2011 roku wyniosła maksymalnie 16.898.685,00 zł. Poza sporem pozostawało w szczególności, iż powód wykorzystał w 100 % limit określonych umową świadczeń – świadczenia, za które zapłaty się domaga stanowią świadczenia o wartości 75.658, 50 zł (...) wykonane ponad limit.

W rozważaniach prawnych wyroku Sąd I instancji wskazał, że zgodnie z treścią przepisu art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Stan nagły, zgodnie z art. 5 pkt 33 w/w ustawy, to taki o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Według tego przepisu stan nagły zagrożenia zdrowotnego to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Zgodnie zaś z treścią przepisu art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2013r., poz. 217 ze zm.) podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

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

życia lub zdrowia. Jeżeli bowiem zachodzi ustawowy obowiązek natychmiastowego udzielenia świadczeń, to nie mogą one być limitowane umową (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 05 listopada 2003r., IV CK 189/02, LEX nr 164009).

Sąd I instancji uwzględniając powyższe rozważania natury ogólnej, posiłkując się zebranymi dowodami w sprawie w postaci dokumentów, opinii biegłego, zeznań świadków oraz zeznań złożonych za stronę powodową i pozwaną, a także w oparciu o zasady doświadczenia życiowego, doszedł do przekonania, że świadczenia (...) wykonane ponad limit zobowiązania wskazany w umowie za rok 2011 były świadczeniami podjętymi ze względu na stan zagrożenia życiu lub zdrowia pacjentów. Tym samym w ocenie Sądu I instancji na pozwanym ciąży obowiązek zapłaty za przedmiotowe usługi medyczne wykonane przez powodowy zakład opieki zdrowotnej na rzecz świadczeniobiorców.

Sąd Okręgowy wskazał, że jak wynika z opinii biegłego(...) w przypadku każdego z udzielonych przez powoda świadczeń ponadlimitowych objętych żądaniem pozwu, pozbawienie pacjenta opieki udzielonej w ramach świadczenia stanowiło zagrożenie dla jego życia lub zdrowia, zatem w pełni wyczerpuje dyspozycję z art. 3 pkt 8 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, a tym samym art. 5 pkt 33 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Za słusznością wniosków wynikających z opinii biegłego przemawiają, zdaniem Sądu I instancji, także zasady doświadczenia życiowego, z których wynika, że nie ma możliwości przyjmowania na (...)powodowego szpitala innych pacjentów, niż tylko tych, których życie lub zdrowie jest zagrożone do tego stopnia, że wymagają one stałej, nieprzerwanej kontroli stanu procesów życiowych. Sąd Okręgowy wskazał, że powód nie może przy tym odmówić przyjęcia pacjenta na (...)w przypadku, gdy zostanie on przywieziony przez pogotowie ratunkowe. Charakter oddziały uniemożliwia również prowadzenie listy kolejkowej pacjentów.

Sąd I instancji wskazał również, że nie sposób zatem oczekiwać od personelu medycznego powodowej placówki, aby w takiej sytuacji odmówił przyjęcia, albowiem wówczas działałby wbrew ciężącemu na nim ustawowemu obowiązkowi ratowania życia lub zdrowia, co skutkowałoby koniecznością poniesienia odpowiedzialności karnej, a niejednokrotnie także i cywilnej. Nie da się bowiem przewidzieć, kiedy u danego pacjenta wystąpi nagle załamanie się procesów życiowych wymagających natychmiastowej interwencji (...), która to pomoc nie będzie mogła być skutecznie udzielona na żadnym innym oddziale.

Odnosząc się do podnoszonego przez pozwanego jedynie ubocznie w odpowiedzi na pozew zarzutu pozwanego dotyczącego nierzetelnego sposobu zaraportowania powyższych świadczeń do systemu informatycznego pozwanego, Sąd I instancji wskazał, iż rozstrzygnięcie tej kwestii nie ma znaczenia dla oceny zasadności roszczenia powoda. Metodologia przyjęta przez strony w zakresie sposobu raportowania o wykonaniu przez pozwanego świadczeń w warunkach nagłych, zagrażających życiu i zdrowiu pacjentów nie może decydować o tym, czy świadczenie to faktycznie było udzielone w warunkach zagrażających życiu pacjenta, a w efekcie o obowiązku zapłaty za nie.

Sąd I instancji wskazał również, że zobowiązanie pozwanego do zapłaty powodowi za świadczone usługi medyczne wynika z umowy zawartej pomiędzy stronami o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej - zawartej na podstawie przepisu art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Zgodnie z treścią przepisu art. 155 ust. 1 w/w ustawy do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. Dokonując interpretacji umowy zawartej pomiędzy stronami Sąd Okręgowy odwołał się także do przepisu art. 56 i 65 k.c., a co do wykonania umowy do art. 354 k.c., podkreślając, że łącząca strony umowa wywołuje nie tylko skutki wynikające z jej treści, ale także z innych przepisów ustawy, w tym art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Jak zważył Sąd I instancji z powyższego przepisu wynika wprost, iż udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta jest ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy. Odnosząc się do kosztów świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach określonych w treści przepisu art. 15 w/w ustawy, Sąd Okręgowy stwierdził, iż zgodnie z treścią przepisu art. 56 k.c., mającego zastosowanie przy interpretacji umowy łączącej strony, koszty te należy włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i tym samym obciążyć tymi kosztami pozwanego zarządzającego środkami publicznymi, z których świadczenia te powinny zostać pokryte. Wobec powyższego, zdaniem Sądu I instancji, świadczeniodawcy przysługuje umowne wynagrodzenie nie tylko za ustalone i udzielone umową świadczenia opieki zdrowotnej, ale także za ponadlimitowe świadczenia udzielone

ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 25 kwietnia 2013r., V ACa 136/13, Lex nr 1344033).

Uwzględniając powyższe Sąd I instancji uznał, że powodowi należy się umowne wynagrodzenie od pozwanego za wykonane świadczenia zdrowotne w kwocie 75.658, 90 zł bez względu na limit ustalony w zawartych umowach.

Nadto Sąd Okręgowy wskazał, iż z materiału dowodowego wynikało w istocie, iż należności z tego tytułu nie zostały przez pozwanego uregulowane ze względu na brak środków finansowych. Reprezentująca stronę pozwaną dyrektor E. K. podczas przesłuchania na rozprawie dnia 2 września 2014r. zeznała, iż „ (...) nie zapłacił szpitalowi ze względu na brak środków” (k. 183 v. akt), co korespondowało z treścią pism z dnia 16 kwietnia 2012r. oraz 19 kwietnia 2012r. kierowanych do powoda. W pismach tych pozwany wskazuje, iż „ znacznie ograniczone środki określone na 2011 rok w planie finansowym (...), uniemożliwiają sfinansowanie nadwykonań powstałych w okresie od 1 stycznia do 31 stycznia 2011r.” (k. 12 akt), a także iż „ (...) w B. przedsięwziął działania, które umożliwić mają sfinansowanie przedmiotowych świadczeń do końca I półrocza 2012 roku”(k. 13 akt).

Zdaniem Sądu I instancji brak środków finansowych pozwanego nie zwalnia go z obowiązku uregulowania powyższej należności na rzecz powoda z tytułu świadczeń ratujących życie.

Sąd Okręgowy zważył również, że w przedmiotowej sprawie nie sposób mówić o nadużyciu prawa w oparciu o art. 5 k.c., co było podnoszone w odpowiedzi na pozew. Jest rzeczą oczywistą, iż nie można powodowi przypisać naruszenia zasad współżycia społecznego w sytuacji ubiegania się przez niego o zapłatę za świadczenia nagłe, ratujące ludzkie życie. Sąd wskazał, że okoliczność powszechności nadwykonań w państwowej służbie zdrowia niewątpliwie nie powinna obciążać powoda.

Mając powyższe okoliczności na względzie, Sąd Okręgowy na podstawie w/w przepisów zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 75.658,50 zł. O odsetkach Sąd rozstrzygnął na mocy przepisu art. 481 § 1 i 2 k.c.

Zgodnie z art. 98 k.p.c. strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony. Pozwany przegrał niniejszą sprawę, wobec tego Sąd I instancji na podstawie przytoczonego wyżej przepisu i § 6 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 3.600 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

O kosztach sądowych Sąd Okręgowy orzekł na podstawie przepisu art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. z art. 98 k.p.c.

Pozwany nie zgodził się z rozstrzygnięciem Sądu I instancji w wywiedzionej apelacji zaskarżył powyższy wyrok w całości, zarzucając:

- 1) naruszenie prawa materialnego art. 132 i art. 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez błędne przyjęcie, że świadczenia zdrowotne udzielone w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego mogą być finansowane w wysokości przekraczającej określoną w umowie ilość i wartość świadczeń,
- 2) naruszenie przepisów postępowania – art. 232 k.p.c., art. 224 § 1 k.p.c. poprzez zamknięcie rozprawy w sytuacji gdy sprawa nie została dostatecznie wyjaśniona w wyniku pominięcia analizy umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej łączącej strony i sposobu jej realizacji w okresie od dnia 1 stycznia 2011r. do dnia 31 grudnia 2011r., nierozpatrzenia zarzutu pozwanego wykazania przez powoda czy powód prowadził prawidłową gospodarkę środkami finansowymi przewidzianymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej tak, aby utrzymać się w wartościowym limicie zakontraktowanych świadczeń,

3) naruszenie przepisów postępowania – art. 233 k.p.c. poprzez przekroczenie zasady swobodnej oceny dowodów i wadliwe ustalenie stanu faktycznego poprzez przyjęcie, że powodowi należy się umowne wynagrodzenie w wysokości dochodzonej pozwem,

4) naruszenie przepisów postępowania – art. 227 k.p.c. w zw. z art. 217 § 2 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku pozwanego o przeprowadzenie dowodu z uzupełniającej opinii biegłego, w której biegły zweryfikowałby ilość punktów uzyskanych przez pacjentów w skali (...) w sytuacji gdy sprawa nie została dostatecznie wyjaśniona do rozstrzygnięcia.

W oparciu o powyższe zarzuty pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości, względnie uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Powód w odpowiedzi na apelację wniósł o jej oddalenie i zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zaważył, co następuje:

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd Apelacyjny podziela dokonane przez Sąd Okręgowy ustalenia faktyczne i rozważania w zakresie oceny materiału dowodowego oraz podstawy prawnej rozstrzygnięcia, przyjmując je za podstawę także własnego rozstrzygnięcia i odwołuje się do nich bez potrzeby ich powtarzania.

Wbrew odmiennemu stanowisku skarżącego nie zachodzi zarzucane w apelacji naruszenie przepisu art. 233 k.p.c. poprzez naruszenie swobodnej oceny dowodów i wadliwe ustalenie stanu faktycznego przez Sąd I instancji poprzez przyjęcie, że powodowi należy się umowne wynagrodzenie w wysokości dochodzonej pozwem. Skuteczność zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. wymaga wskazania jaki konkretnie dowód przeprowadzony przez Sąd został przez niego oceniony wadliwie, w czym wadliwość tej oceny się wyraża i jaki wywarła ona wpływ na wynik sprawy. W tym miejscu zauważyć trzeba, że gdy chodzi o zarzut naruszenia przepisu art. 233 k.p.c., zakreślającego Sądowi granice oceny zebranego materiału dowodowego, to mógłby być on skutecznie podniesiony tylko wówczas, gdyby skarżący wykazał uchybienie podstawowym regułom służącym ocenie wiarygodności i mocy poszczególnych dowodów, tj. regułom logicznego myślenia, zasadzie doświadczenia życiowego i właściwego kojarzenia faktów. Powyższą regułą, należy rozwinąć i rozumieć w ten sposób, że nawet, jeżeli na podstawie zebranego materiału dowodowego, można wywnioskować inną wersję wydarzeń, zbliżoną do twierdzeń skarżącego, ale jednocześnie, wersji przyjętej przez Sąd pierwszej instancji nie można zarzucić rażącego naruszenia szeroko pojętych reguł inferencyjnych, to stanowisko skarżącego stanowić będzie tylko i wyłącznie polemikę ze słusznymi i prawidłowymi ustaleniami Sądu. W ocenie Sądu Apelacyjnego, Sąd I instancji prawidłowo zastosował zasadę swobodnej oceny dowodów. Wniesiona apelacja nie zawiera przekonującej argumentacji, która mogłaby wskazywać na to, że Sąd Okręgowy naruszył podstawowe zasady logicznego rozumowania i inferencji. Zdaniem skarżącego Sąd uznał, że wartość roszczenia pomiędzy stronami jest bezsporna. Tymczasem z uzasadnienia wyroku Sądu I instancji wynika, że bezsporne jest, iż powód wykorzystał w 100% limit określonych umową świadczeń i dochodził złożonym pozwem zapłaty za wykonane ponad limit świadczenia (...)o wartości 75.658,50 zł. Skarżący podnosi, że nie był w stanie odnieść się w sposób szczegółowy do kwestii wysokości roszczenia, bowiem powód nie zaoferował żadnego dowodu na okoliczność dochodzonej kwoty. Wskazać w tym miejscu należy, że pozwany dopiero w wywiedzionej apelacji podnosi, że na podstawie przedstawionej przez powoda faktury nie sposób wywieść, iż wysokość roszczenia składającego się na przedmiotowe świadczenia wynosiła 75.658,50 zł. Wcześniej nie kwestionował wysokości roszczenia, ograniczając się do kwestionowania możliwości zapłaty za nadwykonania oraz wyartykułowania ogólnego stwierdzenia, że zaprzecza wszystkim twierdzeniom powoda nie przyznanym wprost. Podkreślić przy tym należy, że ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego wynika, że pozwany nie zapłacił powodowi wyłącznie ze względu na brak środków finansowych. Pozwany podnosi również, że biegły w swojej opinii nie odnosi się do prawidłowości naliczenia ilości

punktów w skali (...). Wskazać w tym miejscu należy, że jeśli pozwany miał wątpliwości co do prawidłowego wyliczenia punktów (...) przez powoda, to powinien był to kwestionować na wcześniejszym etapie postępowania, tym bardziej, że dokumentacja medyczna pacjentów była pozwanemu znana. W ocenie Sądu Apelacyjnego niezasadny jest zatem zarzut naruszenia zasad swobodnej oceny dowodów przez Sąd I instancji.

Chybiony jest również zarzut naruszenia przepisów postępowania art. 232 k.p.c. i art. 224 § 1 k.p.c., którego upatruje skarżący w zamknięciu przez Sąd I instancji rozprawy w sytuacji gdy sprawa nie została dostatecznie wyjaśniona. Zdaniem skarżącego Sąd Okręgowy pominął analizę umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej łączącej strony i sposobu jej realizacji, a także nie rozpatrzył zarzutu pozwanego odnoszącego się do wykazania przez powoda, że ten prowadził prawidłową gospodarkę środkami finansowymi przewidzianymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w taki sposób, aby utrzymać się w wartościowym limicie zakontraktowanych świadczeń. Stosownie do treści art. 224 § 1 k.p.c. przewodniczący zamyka rozprawę po przeprowadzeniu dowodów i udzieleniu głosu stronom. Pojęcie to należy interpretować w powiązaniu z innymi rozwiązaniami kodeksowymi, zwłaszcza z uregulowaniem zawartym w art. 217 k.p.c. Zamknięcie rozprawy bez wyczerpania zgłoszonych dowodów, ale spóźnionych - w rozumieniu art. 217 § 2 k.p.c., nie stanowi naruszenia art. 224 § 1 k.p.c. Wskazać również należy, że w aktualnie obowiązującej procedurze cywilnej brak jest podstaw do formułowania zarzutu niewyjaśnienia wszystkich okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy. Otóż, podnoszenie takiego zarzutu miało sens, gdy art. 224 § 1 k.p.c. (przy uwzględnieniu dawnej treści art. 3 § 2 k.p.c.), stanowił, że przewodniczący zamyka rozprawę, gdy sąd uzna sprawę za dostatecznie wyjaśnioną. Jednak aktualnie, z przepisu tego wynika, że przewodniczący zamyka rozprawę po przeprowadzeniu dowodów i udzieleniu głosu stronom (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 24 czerwca 2014r., sygn. akt V ACa 176/14, LEX nr 1515181). Skarżący wywodzi we wniesionej apelacji, że sprawa nie została dostatecznie wyjaśniona, bowiem Sąd I instancji skoncentrował się wyłącznie na ustaleniu czy świadczenia, których dotyczy żądanie pozwu były świadczeniami ratującymi życie udzielonymi w sprawach nagłych. Zdaniem skarżącego powód winien był wykazać, że pomimo podjętych działań w zakresie organizowania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i gospodarowania posiadanymi środkami finansowymi w związku z udzieleniem świadczeń pacjentom wymagającym natychmiastowej interwencji medycznej, nie był w stanie przestrzegać wartości finansowej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zdaniem skarżącego Sąd I instancji pominął tą kwestię milczeniem, co stanowi według skarżącego nierozpoznanie istoty sprawy. Na potwierdzenie swoich twierdzeń pozwany przytacza stanowisko Sądu Apelacyjnego w Gdańsku, zgodnie z którym „koniecznym jest bowiem ustalenie czy świadczeniodawca planował realizację świadczeń w sposób racjonalny na podstawie liczby świadczeń zawartych w umowach, czy też po prostu realizował wszystkie świadczenia, które był w stanie wykonać. Chodzi o ustalenie czy to zwiększone zapotrzebowanie na określony zakres świadczeń o charakterze nieprzewidywalnym uniemożliwiło mu prawidłowe wywiązanie się z umów czego efektem było przekroczenie limitów zakontraktowanych świadczeń (...) rzeczą powoda jest wykazanie, że objęte sporem świadczenia nie mogły być sfinansowane w ramach kontraktów” (wyrok SA w Gdańsku z dnia 5 kwietnia 2013r., sygn. akt I ACa 101/13). Wskazać jednak należy, że przytoczone przez skarżącego orzeczenie zapadło w odmiennym stanie faktycznym, w którym powód nie dochodził zapłaty za nadwykonania zaistniałe na oddziale (...), a na innych oddziałach oraz rozróżnienia stanów nagłych od stanów niecierpiących zwłoki. Ponadto w ocenie Sądu Apelacyjnego Sąd I instancji prawidłowo skoncentrował się na ustaleniu czy udzielone przez powoda świadczenia ponad limit były udzielone w stanach nagłych, wskazując jednocześnie, że w judykaturze ugruntowane jest stanowisko, zgodnie z którym określane w umowach ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą przypadków, gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

Nietrafny okazał się również zarzut naruszenia przez Sąd I instancji przepisów postępowania art. 227 k.p.c. w zw. z art. 217 § 2 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku pozwanego o przeprowadzenie dowodu z uzupełniającej opinii biegłego. Zdaniem Sądu Apelacyjnego zasadnym było oddalenie tego wniosku, bowiem treść opinii biegłego w sposób jasny i jednoznaczny odpowiadała na postawioną tezę dowodową. Biegły w treści opinii wskazał, że świadczenia udzielane pacjentom we wszystkich dniach pobytu na oddziale (...) spełniały kryteria wymagane przez (...)w skali (...). Należy zaznaczyć, że brak spełnienia tych kryteriów był podstawą kwestionowania powództwa. Dopiero po wpływie opinii biegłego pozwany kwestionował ilość punktów (...) i wnosił o zbadanie czy ilość punktów (...) wskazana w

dokumentacji zgadza się z punktami, które faktycznie przysługiwałyby pacjentowi. Należy w tym miejscu podkreślić, że nie jest rzeczą biegłego przedstawianie faktów, jego rolą jest przedstawienie wiadomości specjalnych, a nie ustalanie stanu faktycznego. Jak już wskazywano uprzednio jeśli pozwany miał wątpliwości co do prawidłowego wyliczenia punktacji przez stronę powodową, to mógł to kwestionować na wcześniejszym etapie postępowania.

Chybiony jest również zarzut naruszenia prawa materialnego art. 132 i 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2015 poz. 581 ze zm.). W pierwszej kolejności 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. Z uzasadnienia apelacji wynika, że 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. Odnosząc się do tak postawionego zarzutu wskazać należy, że z opinii biegłego(...)wynika w sposób bezsporny, że wszystkie świadczenia, które zostały przez powoda udzielone pacjentom były świadczeniami ratującymi życie lub zdrowie pacjentów i zostały udzielone w trybie nagłym, tj. w stanie, gdy odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo życia. 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. Sąd Apelacyjny w składzie rozpoznającym niniejszą apelację podziela pogląd zaprezentowany przez Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 27 sierpnia 2015r., zgodnie z którym udzielanie świadczeń w stanach nagłych jest 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. 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. (vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 sierpnia 2015r., sygn. III CSK 455/14, LEX nr 1800063). Jak już wykazano powyżej wszystkie przypadki pacjentów objęte powództwem były dokładnie analizowane przez biegłego, który jednoznacznie i kategorycznie stwierdził, że wszystkie z nich 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 planu finansowego (...) nie mogą odnieść zamierzonego skutku.

W tym stanie rzeczy nie dzieląc wskazanych wyżej zarzutów apelacji ani argumentacji zgłoszonej na ich poparcie, na podstawie art. 385 k.p.c. oddalono apelację.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c. w zw. z art. 108 § 1 k.p.c. w zw. z § 6 pkt 6 w zw. z § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (t.j. Dz. U. 2013r. poz. 490 ze zm.).