

Sygn. akt V ACa 667/17

## WYROK

**W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 17 września 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – V Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Anna Daniszewska
Sędziowie:	SA Mariusz Wicki SO del. Leszek Jantowski (spr.)
Protokolant:	sekretarz sądowy Karolina Petruczenko

po rozpoznaniu w dniu 17 września 2018 r. w Gdańsku na rozprawie

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

przeciwko N. w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w B.

z dnia 10 kwietnia 2017 r., sygn. akt I C 632/15

I. oddala apelację;

II. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 8.100 (osiem tysięcy sto) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

SSO del. Leszek Jantowski SSA Anna Daniszewska SSA Mariusz Wicki

Na oryginale właściwe podpisy.

**Sygn. akt V ACa 667/17**

## UZASADNIENIE

Powód Szpital (...) im. dr J. B. (2) w B. domagał się zasądzenia od pozwanego N. (...) w B. kwoty 575.178 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o jego oddalenie.

Pismem procesowym z dnia 30 grudnia 2015r. powód rozszerzył powództwo i wniósł o zasądzenie od pozwanego odsetek od kwoty dochodzonej pozwem od dnia 16 kwietnia 2012 r. do dnia zapłaty.

Wyrokiem z dnia 20 kwietnia 2017 r. Sąd Okręgowy w B.:

1.zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 575.178 (pięćset siedemdziesiąt pięć tysięcy sto siedemdziesiąt osiem złotych 00/100) z odsetkami ustawowymi od dnia 16 kwietnia 2012 r. do dnia zapłaty;

2.zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 7,217 (siedem tysięcy dwieście siedemnaście złotych 00/100) tytułem zwrotu kosztów procesu;

3.kosztami sądowymi, od których strony były zwolnione obciążył Skarb Państwa.

***Powyższe rozstrzygnięcie zostało oparte na następujących ustaleniach i rozważaniach:***

W dniu 31 grudnia 2008r. powód zawarł z pozwanym umowę nr (...) ((...) (...)), której przedmiotem było udzielanie przez powoda jako świadczeniodawcy świadczeń opieki zdrowotnej. Do powyższej umowy został sporządzony aneks, który przewidywał kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniobiorecy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. w wysokości 130.873.336 zł. Ostatecznie kwota wynikająca z umowy została ustalona na poziomie 131.962.826,05 zł. Pozwany zapłacił powodowi kwotę świadczeń do wysokości ustalonego limitu.

W dniu 31 grudnia 2012r. powód wystawił faktury VAT nr (...) za świadczenia wykonane ponad limit wynikający z zawartej umowy. Łączna kwota z tytułu nadwykonań wynosiła kwotę zł. 8.525.408,22 zł. Pozwany wystawione przez powoda faktury za świadczenia ponadlimitowe za rok 2011 odesłał bez księgowania. W dniu 6 czerwca 2012r. doszło do zawarcia ugody między pozwanym a pozwanym, na podstawie której pozwany przekazał powodowi kwotę 15.433 zł tytułem świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie położnictwa i ginekologii-hospitalizacji III poziomu referencyjnego. Następnie, na mocy ugody z dnia 21 lutego 2013r., przekazał powodowi tytułem nadwykonań kwoty: 141.678,00 zł, 1.897.863,00 oraz 1.794.552,00. Kwestia uregulowania pozostałych kwot za nadwykonania za 2011 r. nie została jednak rozstrzygnięta. Powód wezwał pozwanego do zajęcia stanowiska w kwestii braku zapłat za świadczenia ratujące życie z 2011 r. oraz nie odznaczenia w systemie NFZ świadczeń na ratunek życia o wartości 1.201.252.99 zł. Pozwany na pismo nie odpowiedział. Powód wystąpił do Sądu Rejonowego w B. celem zawezwania pozwanego do próby ugodowej. Do zawarcia ugody jednak nie doszło.

Dalej Sąd Okręgowy ustalił, że zasada rozliczenia świadczeń oparta jest o umowę, pozwany rozlicza świadczenia do wysokości limitu wynikającego z umowy. Za świadczenia mieszczące się w limicie umowy pozwany zapłacił w całości. Świadczenia zostały sprawdzone w sposób prawidłowy. Nie zostały zapłacone świadczenia ponadlimitowe, ponieważ nie zmieściły się w ramach umowy. O kolejności rozliczenia świadczeń decyduje system elektroniczny. Rozliczanie świadczeń ratujących życie dokonuje się co miesiąc w momencie, gdy Świadczeniodawca zauważy, że został przekroczony plan finansowy. We wszystkich 63 przypadkach pacjenci wymagali interwencji chirurgicznej z powodu stopnia zaawansowania zmian chorobowych w zakresie układu tętniczego. Stopień ryzyka operacyjnego był wysoki. Świadczenia medyczne zostały udzielone pacjentom w stanie nagłym dla ratowania ich życia lub zdrowia. Sposób i poziom tych świadczeń był identyczny, jak w przypadku pacjentów, co do których świadczenia objęte były umową stron.

Oceniając zebrany w sprawie materiał dowodowy Sąd Okręgowy jako wiarygodne uznał zeznania świadka T. Z. na okoliczności związane z tworzeniem i prowadzeniem przez powoda list oczekujących pacjentów oraz B. S. na okoliczność zasad rozliczania świadczeń objętych niniejszym pozwem, realizacji przez powoda umowy w zakresie objętym pozwem oraz sprawozdania tych świadczeń jako świadczeń ratujących życie lub nie. Za wiarygodne Sąd uznał także zeznania świadka T. G., który przedstawił wysokość kosztów wszystkich świadczeń medycznych, niezależnie od tego, czy mieszczą się w ramach limitów umownych oraz skalę i przyczyny powstania straty w rozliczeniu finansowym powoda. Zeznania te były logiczne, okoliczności wskazane przez świadka nie były nigdy przez pozwanego

kwestionowane. Sąd Okręgowy podzielił także wnioski wynikające z opinii biegłego M. J.. Zdaniem Sądu opinia ta jest logiczna i przekonująca i odpowiada wymogom zawartym w treści przepisu art. 285 § 1 k.p.c. Biegły w sposób bardzo szczegółowy i skrupulatny analizował każdy przypadek wykonanego przez powoda świadczenia ponadlimitowego, wnioski sformułowane przez biegłego zostały uzasadnione w sposób przekonujący, przystępny i zrozumiały dla osób nie posiadających specjalistycznej wiedzy medycznej.

Przechodząc do rozważań Sąd I instancji odwołał się do treści art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2014 roku, poz. 619), wedle którego 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 (Dz. U. nr 191, poz. 140 ze zm.). Jest to zatem 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.

Sąd Okręgowy powołał się także na treść przepisu art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013r., poz. 217 t.j.), wedle którego podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Obowiązki wynikające z powyższych przepisów mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. W konsekwencji zdaniem Sądu, jeżeli podmiot leczniczy, który zawarł z (...) umowę o świadczenie usług medycznych, udzielił świadczenia pacjentowi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ma roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie względem N.. Określane w umowach ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą bowiem 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. Powołując się na poglądy doktryny Sąd Okręgowy wskazał, że wynagrodzenie za świadczenia wykonane w stanach nagłych może dotyczyć nie tylko sytuacji, kiedy świadczeniodawca nie zawarł umowy z (...) w ogóle, ale również kiedy umowę zawarł, jednak pomimo zapewnienia właściwej organizacji pracy liczba potrzebnych do wykonania świadczeń znacznie przekroczyła liczbę określoną w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Tym samym Sąd Okręgowy doszedł do wniosku, że wszystkie świadczenia objęte pozwem wykonane ponad limit zobowiązania wskazany w umowie za rok 2011 były świadczeniami podjętymi ze względu na stan zagrożenia życiu lub zdrowia pacjentów. Udzielenie tych świadczeń wymagane było ze względu na stan zdrowia pacjentów, który wymagał natychmiastowej reakcji, a ich niepodjęcie lub odroczenie skutkowało mogło bezpośrednim zagrożeniem życia lub zdrowia pacjentów. Opierając się na zeznaniach świadków, opinii biegłego oraz mając na uwadze doświadczenie życiowe Sąd Okręgowy doszedł do wniosku, że świadczenia zdrowotne udzielane na oddziale chirurgii są ze swej istoty bardzo często świadczeniami podejmowanymi bezpośrednio w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów. Ponadto rodzaje wykonanych tam zabiegów charakteryzują się wysoką złożonością oraz wymagają szybkiego działania ze strony zakładu opieki zdrowotnej. Tym samym zdaniem Sądu I instancji na pozwanym ciąży obowiązek zapłaty za przedmiotowe usługi medyczne wykonane przez powodowy zakład opieki zdrowotnej na rzecz świadczeniobiorców. Konsekwencją takich ustaleń jest uznanie, że mimo wyczerpania środków zakontraktowanych umową z (...), powodowy Szpital nie mógł odmówić udzielenia pomocy pacjentom zgłaszającym się w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia.

Sąd Okręgowy odwołał się art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych regulującego zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz - z mocy odesłania zawartego w art. 155 ust. 1 przedmiotowej ustawy- do przepisów art. 56 k.c., 65 k.c. i art. 354 k.c. Oznacza to – zdaniem Sądu I instancji - że łącząca strony umowa wywoływała 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 ( Dz. U. z 2013 roku, poz. 217). Z powyższego przepisu wynika natomiast 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, że zgodnie z art. 56 k.c. koszty te należy włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, a tym samym obciążyć tymi kosztami pozwanego zarządzającego środkami publicznymi, z których świadczenia te powinny zostać pokryte. Wobec powyższego 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, bez względu na limit ustalony w zawartych umowach.

Sąd Okręgowy nie podzielił stanowiska Sądu Najwyższego wyrażonego w wyroku z dnia 27 sierpnia 2015r., III CSK 455/14, wedle którego świadczeniodawca miałby być obciążony obowiązkiem udowodnienia rzeczywistych, uzasadnionych kosztów poniesionych w związku z leczeniem pacjentów przyjętych ponad limit umowny. Zdaniem Sądu w praktyce takie założenie spowodowałoby przerzucenie na świadczeniodawców konieczności finansowania leczenia pacjentów w stanach nagłych, których placówka nie może odmówić leczenia, z powodu braku realnej możliwości dowiedzenia wszystkich składników kosztu udzielenia danego świadczenia. Tymczasem to pozwany narzucił ustalone przez siebie stawki za dane świadczenie medyczne, które wycenił, na podstawie gromadzonych przez siebie danych, jako adekwatne do rzeczywistych kosztów leczenia i na podstawie tych właśnie stawek zawiera ze świadczeniodawcami umowy. Narodowy Fundusz Zdrowia gospodaruje w istocie środkami publicznymi, zatem w ocenie Sądu całkowicie nielogicznym byłoby przyjęcie, że świadomie przeszacował te koszty. Sąd podkreślił, że ten sam pozwany, na etapie propozycji ugód kierowanych do świadczeniodawców w celu zaspokojenia należności za świadczenia ponadlimitowe, jako wyjściowe przyjmuje ustalone przez siebie na użytek umów stawki, a obniża je o odpowiedni procent tylko z powodu ograniczonych środków, które nie wystarczyłyby na zaspokojenie całości kosztów. Koszty te w odniesieniu do pacjentów ponadlimitowych są zaś takie same, jak w przypadku tych objętych umową. Udzielane są na takim samym poziomie, przy użyciu tego samego sprzętu, personelu i leków, a wszystkie świadczenia udzielane przez szpitale zwykle generują stratę, nawet jeżeli nie dochodzi do przekroczenia limitów, co raczej świadczy o niedoszacowaniu tych świadczeń przez pozwanego.

Mając powyższe okoliczności na uwadze Sąd Okręgowy orzekł jak w punkcie 1 wyroku. Odsetki Sąd zasądził od dnia 16 kwietnia 2012 r., zgodnie z żądaniem pozwu, w oparciu o przepis art. 481 k.c.

O kosztach postępowania Sąd Okręgowy orzekł jak w 2 wyroku na podstawie art. 98 k.p.c.

W punkcie 3 wyroku Sąd na podstawie art. 113 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych kosztami sądowymi obciążył Skarb Państwa.

Apelację od tego wyroku wniosła strona pozwana, zaskarżając go w całości. Zaskarżonemu wyrokowi zarzucił:

- 1) naruszenie prawa materialnego poprzez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych polegające na przyjęciu, iż za świadczenia zdrowotne udzielone przez powoda, za które zapłaty się domaga, należy się dodatkowe wynagrodzenie, mimo niepodjęcia przez powoda żadnych czynności zmierzających realizacji kontraktu w ustalonych limitach,
- 2) niewyjaśnienie okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, to jest brak ustaleń co do faktycznych kosztów udzielonych świadczeń.

Wskazując na powyższe zarzuty skarżący 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.

#### **Sąd Apelacyjny ustalił i zważył co następuje:**

Apelacja nie była uzasadniona

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

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

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

Skarżący zarzucał naruszenie prawa materialnego poprzez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych polegające na przyjęciu, iż za świadczenia zdrowotne udzielone przez powoda, za które zapłaty się domaga, należy się dodatkowe wynagrodzenie, mimo niepodjęcia przez powoda żadnych czynności zmierzających realizacji kontraktu w ustalonych limitach.

Skarżący zatem w istocie kwestionował możliwość, aby świadczenia zdrowotne udzielone w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego mogły być finansowane w wysokości przekraczającej określoną w umowie ilość i wartość świadczeń. Tymczasem z opinii biegłego specjalisty chirurgii naczyniowej dr n med. M. J. wynika jednoznacznie, że świadczenia udzielone wszystkim 63 pacjentom – z uwagi na to, że pacjenci ci wymagali interwencji chirurgicznej z powodu stopnia zaawansowania zmian chorobowych w zakresie układu tętniczego - 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 ( k.155). Sąd Apelacyjny podziela i przyjmuje za własne rozważania Sądu Okręgowego odnoszące się do przesłanek uznania przedmiotowych świadczeń za udzielone w stanach nagłych, ratujących życie i zdrowie.

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

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

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

obejmują uzasadnione koszty udzielonych świadczeń, czy też pozwany winien wykazać, że kwoty te nie odpowiadają tym kosztom.

W sprawie bezspornym było, że zawarta pomiędzy stronami umowa nie precyzowała wysokości wynagrodzenia za udzielenie świadczeń ponad limit w warunkach przymusu ustawowego. Bezspornym jednak było to, że dochodzona kwota została wyliczona na podstawie zawartej z pozwanym umowy, w oparciu o tzw. Jednorodne Grupy Pacjentów (JGP).

Poszukując kryteriów dla ustalenia wynagrodzenia za świadczenia udzielone ponad limit umowny, w ocenie Sądu Apelacyjnego to właśnie regulacje umowne powinny zostać wzięte pod uwagę w pierwszej kolejności. Skoro strony wypracowały w umowie pewne kryteria, na podstawie których ustalona została kwota za wykonane świadczenia w ramach limitu, nie sposób uznać, aby istniały przekonujące argumenty służące zakwestionowaniu tego wyliczenia. Brak jest uzasadnionych podstaw ku temu, aby dokonać zróżnicowania wartości świadczeń w zależności od tego, czy zostały one udzielone w ramach limitu, czy też nie. W obydwu przypadkach placówka lecznicza ponosi tożsame koszty, związane z koniecznością zapewnienia pacjentowi należytej obsługi lekarsko - pielęgniarskiej, miejsca na oddziale, lekarstw i innych środków leczniczych czy żywienia. Zdaniem Sądu Apelacyjnego nie można nakładać na stronę powodową obowiązku wyliczenia udzielanych świadczeń medycznych z uwzględnieniem poszczególnych kosztów związanych ze świadczeniem ponadlimitowym. Jak już to bowiem wskazano, uwzględniając zasady doświadczenia życiowego byłoby to praktycznie niemożliwe. (podobnie Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 26 stycznia 2017r. I ACa 960/16, LEX nr 2250114, tak też Sąd Apelacyjny w Warszawie wyroku z dnia 15 grudnia 2017r. V ACa 942/17, LEX nr 243018 ).

W ocenie Sądu Apelacyjnego pogląd wyrażony w wyroku Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 27 sierpnia 2015 r. III CSK 455/14 (OSNC-ZD 2017/2/19), wedle którego podmiotowi leczniczemu, który zawarł z (...) umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, przysługuje roszczenie o wynagrodzenie za wykonanie ponadlimitowych świadczeń w stanie nagłym w wysokości uzasadnionych kosztów ich udzielenia (art. 132 ust. 4 w zw. z art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 581) nie oznacza, aby nie można było tych kosztów obliczać właśnie w oparciu o kryteria określone w umowie. (podobnie Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 8 kwietnia 2016 r. , V ACa 793/15 Legalis nr 1507909, Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 6 maja 2016 r. V ACa 852/15, Legalis Numer 1522768). Nie bez znaczenia jest bowiem to, że same kontrakty opierają się w istocie na prognozach w zakresie kosztów leczenia pacjentów w danym okresie, albowiem przewidują wynagrodzenia za świadczenia wykonane dopiero w przyszłości. Istnienie wiarygodnej podstawy do wyliczenia wynagrodzenia za świadczenia ponadlimitowe w postaci stosowanych przez analogię regulacji kontraktowych powoduje w ocenie Sądu, że obciążenie świadczeniodawcy obowiązkiem szczegółowego, rozpisania tych świadczeń było zbędne (tak też w cytowanym wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 26 stycznia 2017r. I ACa 960/16). Zgodzić należy się także z powodem, że obowiązujący model rozliczania świadczeń nie tworzy warunków do dokonania nawet próby szacunkowego określenia tych kosztów, bowiem świadczeniodawca musiałby szczegółowo rozpisywać każde wykonane świadczenie już w chwili jego udzielania. Trafnie zatem w piśmiennictwie wskazano, że wymaganie wykazania uzasadnionych kosztów jest w istocie przerzuceniem obowiązku finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach przymusu ustawowego na świadczeniodawców, którzy obiektywnie nie są w stanie ich dowieść. (por. Grzegorz Głanowski glosa do wyroku SN z dnia 27 sierpnia 2015r. III CSK 455/14, PiM 2016/2/154-16).

Zagadnienie to należałoby także rozpatrywać na płaszczyźnie ciężaru dowodu. Skoro strona pozwana zarzuca, że koszt ten jest inny, aniżeli ustalony w oparciu o kryteria umowne, w szczególności niższy, to zdaniem Sądu Apelacyjnego winna ten fakt wykazać (art. 6 k.c.). Inaczej byłoby, gdyby powód w ogóle nie był związany kontraktem z NFZ, a zatem nie istniałyby jakiegokolwiek umowne kryteria mogące być podstawą dla wyliczenia należności za świadczenia ponadlimitowe. Niezależnie od tego w ocenie Sądu Apelacyjnego, skoro pozwany zarzucał, że powodowy szpital mógł wykonać świadczenia objęte pozwem w ramach umówionego wartościowego limitu zakontraktowanych świadczeń, to również te okoliczności winien był udowodnić. Tymczasem wskazując, że powodowy szpital winien racjonalnie

gospodarować przyznanymi limitami nie powołał żadnych dowodów, które wykazałyby przeciwnie okoliczności (podobnie Sąd Apelacyjny w Gdańsku w wyroku z dnia 20 lipca 2017r. V ACa 564/16, LEX nr 2404628).

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

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

Ich wysokość ustalona została w oparciu o obowiązujące w chwili wniesienia apelacji przepisy Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U z 2015r.poz.1804) Zgodnie z § 2 pkt. 7 w zw. z §10 ust.1 pkt.2 cytowanego Rozporządzenia – przy uwzględnieniu wartości przedmiotu zaskarżenia wynoszącego ponad 200.000,-zł, wysokość tych kosztów wynosiła 8.100,-zł i taką też kwotę Sąd zasądził w punkcie II sentencji wyroku.