

Sygn. akt V ACa 695/19

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 czerwca 2020 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – V Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący:	SSA Anna Strugała (spr.)
Sędziowie:	SA Roman Kowalkowski SA Wiesław Łukaszewski
Protokolant:	sekretarz sądowy Ewelina Gruba

po rozpoznaniu w dniu 9 czerwca 2020 r. w Gdańsku na rozprawie

sprawy z powództwa Centrum (...) im. prof. F. Ł. (1)
w B.

przeciwko Narodowemu F. Z. w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Bydgoszczy

z dnia 8 lipca 2019 r., sygn. akt I C 759/18

I. oddala apelację;

II. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 18.750 zł (osiemnaście tysięcy siedemset pięćdziesiąt złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

SSA Wiesław Łukaszewski SSA Anna Strugała SSA Roman Kowalkowski

Na oryginale właściwe podpisy.

Sygn. akt V ACa 695/19

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 12 września 2018r. Centrum (...) im. prof. F. Ł. w B. wniosło o zasądzenie od pozwanego Narodowego F. Z. w W. (...) Oddziału Wojewódzkiego w B. kwoty 6.321.213,05 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od niezapłaconych należności głównych wskazanych szczegółowo w pozwie - od dnia 11 września 2018r. do dnia zapłaty oraz o zasądzenie od pozwanego zwrotu kosztów postępowania sądowego.

W uzasadnieniu wskazano, że powód zawarł z pozwanym umowy dotyczące udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie programów terapeutycznych na okres od stycznia 2017r. do grudnia 2017r. Powód dochodzi kwoty świadczeń zdrowotnych niezapłaconych przez pozwanego, a wykonanych w 2017r. przez powoda dla pacjentów onkologicznych, w tym dla chorych leczonych w ramach Pakietu Onkologicznego ponad limity wynikające z umów łączących strony. Powód wskazał, że wykonał świadczenia ponad limity w warunkach spełnienia przesłanek zarówno ustawowych, jak i medycznych. Świadczenia te wynikały z programów lekowych, stanowiących świadczenia gwarantowane. Powód podkreślił, że zaprzestanie postępowania terapeutycznego względem pacjentów objętych programem, w przypadku schorzeń onkologicznych prowadzi do poważnego zagrożenia utraty zdrowia, a w konsekwencji i życia.

Powód wskazał także, że pozwany co do zasady nie kwestionował okoliczności wykonywania przez powoda świadczeń zdrowotnych zgodnie z załączonymi do pozwu dokumentami oraz nie kwestionował prawidłowości kwalifikacji tychże procedur medycznych.

W odpowiedzi na pozew, pozwany Narodowy F. Z. w W. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu. Pozwany podniósł, że powód nie udowodnił, iż świadczenia objęte pozwem zostały udzielone, a nadto, że udzielone były udzielane w stanach nagłych. Pozwany wskazał także, że świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w warunkach ratowania życia i zdrowia w stanach nagłych nie stanowią, wg pozwanego, bezwzględnej podstawy do zapłaty ponad zawartą umowę. Ustawodawca nie wyszczególnił tego typu świadczeń jako odrębnej kategorii świadczeń, które mogą być wykazywane przez powoda w dowolny sposób i w dowolnym terminie. Pozwany podkreślił, że w świetle obowiązujących przepisów określona w umowie kwota zobowiązania Funduszu obejmuje również finansowanie świadczeń udzielanych w stanach nagłych.

Pozwany zaprzeczył także aby uznał roszczenia objęte pozwem. Pozwany wyraził jedynie gotowość wypłacenia dodatkowego wynagrodzenia za nadlimity w miarę posiadania dodatkowych środków.

W odpowiedzi na pozew złożonej Prokuratorię Generalną RP podniesiono nadto zarzut sprawy ugodzonej. Pozwany wskazał na trzy ugody, w oparciu o które wypłacił stronie powodowej kwoty za nadwykonania. Pozwany wskazał także, że na obecnym etapie nie jest możliwe zweryfikowanie, czy wszyscy świadczeniobiorcy, na rzecz których Centrum (...) udzielało świadczeń ponadlimitowych posiadali status ubezpieczonego, co warunkuje pokrycie kosztów ich leczenia przez pozwanego. Pozwany podniósł także, że powód nie wykazał rzeczywistych kosztów udzielonych świadczeń w stanach nagłych ani nie przedłożył dowodów na ich poniesienie.

Wyrokiem z dnia 8 lipca 2019r. Sąd Okręgowy w Bydgoszczy:

1. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 6.321.213,05 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 11 września 2018r. do dnia zapłaty;
2. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 25.017 zł tytułem zastępstwa procesowego;
3. kosztami sądowymi, od uiszczenia których strony był zwolnione, obciąża Skarb Państwa.

Powody tego rozstrzygnięcia były następujące:

Centrum (...) im F. Ł. w B. jest jedną z czołowych w Polsce placówek w leczeniu chorób onkologicznych - docenianą i nagradzaną. Około 26 % świadczeń stanowią świadczenia na rzecz pacjentów spoza województwa (...)

Strony zawierały umowy dotyczące udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie programów terapeutycznych.

W dniu 11 lipca 2012r. zawarto umowę nr (...) (...) obowiązująca od 1 lipca 2012 r. do 30 września 2017r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej — leczenie szpitalne - programy zdrowotne (lekowe) wraz z załącznikami, aneksami od nr 1 do nr 92 oraz pięcioma ugodami w zakresie rozliczeń niniejszej umowy. Niniejsza umowa w związku z okresem jej

trwania w poszczególnych latach została oznaczona również nr (...) (nr (...)), nr (...) ((...)), nr (...) ((...)), nr (...) (nr(...)), nr (...) (nr (...)), nr (...) (nr (...)),

W dniu 7 grudnia 2016 r. zawarto umowę nr (...) ((...)) r., która obowiązywała w okresie od dnia 14 listopada 2016 r. do dnia 30 września 2017 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne - programy zdrowotne (lekowe) wraz z załącznikami oraz aneksami od nr 1 do nr 12. niniejsza umowa w związku z okresem jej trwania w poszczególnych latach została oznaczona również nr (...) ((...)).

W dniu 25 sierpnia 2017 r., zawarto umowę nr (...) ((...)), która obowiązuje od dnia 1 lipca 2017 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne - programy zdrowotne (lekowe) wraz z załącznikami oraz aneksami od nr 1 do nr 7.

W dniu 29 września 2017 r. strony zawarły umowę nr (...) ((...)) która obowiązuje od dnia 1 października 2017 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej wraz z załącznikami oraz aneksami od nr 1 do nr 7 oraz ugodą.

Strony zawarły ugodę w dniu 8 lutego 2018r. Ugoda dotyczyła rozliczenia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: Leczenie Szpitalne, w tym świadczeń objętych umową o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej nr (...) (...). Oddział Funduszu zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcy dodatkowe wynagrodzenie do wysokości 485.802,93 zł z tytułu udzielenia w okresie od dnia 1 stycznia 2017r. do dnia 30 września 2017r świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju Leczenie Szpitalne/Leczenie Szpitalne -Programy Lekowe nierozliczonych do wysokości umowy i przekraczających wartość określoną w umowie. Powód oświadczył, że zrzeka się jakichkolwiek dalszych istniejących lub mogących powstać w przyszłości roszczeń związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z umowy nr (...) w zakresach wskazanych w załączniku do ugody, w okresie od dnia 01.01.2017 do 30.09.2017r.

Ugodę zawarto także w dniu 16 maja 2018r. Ugoda dotyczyła rozliczenia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: Leczenie Szpitalne, w tym świadczeń objętych umową o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej nr (...) (...). W ugodzie tej strony przyznały, że z tytułu udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej objętych umową w okresie od dnia 1 października 2017r. do dnia 31 grudnia 2017 Oddział Fundusz zapłacił powodowi ustalone zgodnie z umową wynagrodzenie w wysokości 67.571.364,09 zł. Oddział Funduszu zobowiązał się także zapłacić świadczeniodawcy dodatkowe wynagrodzenie do wysokości 1.947.991,55 zł z tytułu udzielenia w okresie od dnia 1 października 2017 do dnia 31 grudnia 2017r. świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju Leczenie Szpitalne/Leczenie Szpitalne - Świadczenia Podstawowego Szpitalnego Systemu Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej nie rozliczonych i przekraczających wartość świadczeń określoną w ramach wartości umowy, o której mowa w ust. 1, zgodnie z załącznikiem do ugody.

Strony 24 maja 2018r. zawarły ugodę dotyczącą rozliczenia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju Leczenie Szpitalne, w tym świadczeń objętych umową o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej nr (...) - (...), w której wskazano, że z tytułu udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej objętych umową w okresie od dnia 1 stycznia 2017r. do dnia 30 września 2017r. Oddział Funduszu zapłacił świadczeniodawcy ustalone zgodnie z umową wynagrodzenie w wysokości 47.836.451,42 zł. Oddział Funduszu zobowiązał się także, do zapłaty dodatkowego wynagrodzenia do wysokości 2.353.056,30 zł z tytułu udzielenia w okresie od 1 stycznia 2017r. do 30 września 2017r. świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju Leczenie Szpitalne/ Leczenie Szpitalne - Programy Lekowe nierozliczonych do wysokości umowy i przekraczających wartość określoną w umowie. Powód oświadczył, że zrzeka się jakichkolwiek dalszych istniejących lub mogących powstać w przyszłości roszczeń związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z umowy nr (...) w zakresach wskazanych w załączniku do ugody, w okresie od dnia 01.01.2017 do 30.09.2017r.

Powodowa placówka wykonywała świadczenia opieki medycznej, których koszt przekroczył przyjęte limity, w ramach programów:

- LECZENIE ZAAWANSOWANEGO RAKA JELITA GRUBEGO (ICD-10 C 18 - C 20) - Załącznik B.4.
- LECZENIE NIEDROBNOKOMÓRKOWEGO RAKA PŁUCA (ICD-10 C 34) -Załącznik B.6.
- LECZENIE RAKA PIERSI (ICD-10 C 50) - Załącznik B.9.
- LECZENIE BEKSAROTENEM ZIARNINIAKA GRZYBIASTEGO LUB ZESPOŁU SEZARY'EGO (ICD-10: C 84.0, C 84.1) - Załącznik B.66.
- LECZENIE PODTRZYMUJĄCE OLAPARYBEM CHORYCH NA NAWROTOWEGO PLATYNOWRAŻLIWEGO ZAAWANSOWANEGO RAKA JAJNIKA, RAKA JAJOWODU LUB PIERWOTNEGO RAKA OTRZEWNEJ (ICD-10 C56, C57, C48) - Załącznik B.80.
- LECZENIE CHORYCH NA ZAAWANSOWANEGO RAKA PODSTAWNOKOMÓRKOWEGO SKÓRY WISMODEGIBEM (ICD-10 C44) -Załącznik B.88.
- LECZENIE PACJENTÓW Z PRZERZUTOWYM GRUCZOLAKORAKIEM TRZUSTKI (ICD-10 C 25.0, C 25.1, C 25.2, C 25.3, C 25.5, C 25.6, C 25.7, C 25.8, C 25.9) - Załącznik B.85.
- LECZENIE RAKA NERKI (ICD-10 C 64) - Załącznik B. 10.
- LECZENIE CHŁONIAKÓW ZŁOŚLIWYCH (ICD-10 C 82, C 83) - Załącznik B.12.
- LECZENIE WYSOKO ZRÓŻNICOWANEGO NOWOTWORU NEUROENDOKRYNNEGO TRZUSTKI (ICD-10 C25.4) - Załącznik B.53

Wskazane wyżej terapie mają charakter optymalny. W większości przypadków brak jest możliwości zastosowania leczenia alternatywnego. Programy lekowe są formą świadczeń, w ramach których pacjenci mają dostęp do nowoczesnej terapii. Terapia ta jest terapią ratującą życie. Pacjenci biorący udział w tych programach są do nich kwalifikowani zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Zdrowia. Jeżeli pacjent spełnia przewidziane wymogi, obowiązkiem lekarza jest zakwalifikowanie go do danego programu lekowego. Leki stosowane w ramach tych programów są bardzo drogie. Dochodzi do sytuacji, gdzie w trakcie trwania programu rozszerza się zakres stosowanych leków - zwiększeniu nie ulegają jednak środki przewidziane umową na zakup tych leków. Dlatego w trakcie trwania programów lekowych koszty leczenia pacjentów wzrastają. Pacjent powinien być leczonym najlepszym dla niego lekiem. Decyzje o stosowaniu konkretnego leku podejmuje lekarze prowadzący - gdy dany lek jest dostępny w placówce. Lekarz podejmuje decyzje w oparciu o posiadaną wiedzę i doświadczenie i ponosi odpowiedzialność w tym zakresie. Często lekarz posiłkuje się opinią konsylium.

Zwłoka w podaniu leków w ramach programu ma wpływ na wyniki leczenia pacjenta. Leki winny być podane jak najszybciej. W przypadku pacjentów leczonych w ramach Pakietu Onkologicznego - posiadających karty DILO - czas prowadzenia diagnostyki i dalsze etapy leczenia są szczegółowo określone. Pacjenci nie czekają na rozpoczęcie diagnostyki - proces ten jest przyspieszony. Pacjenci z chorobami nowotworowymi wymagają pilnego leczenia. W przypadku zwlekania z podaniem leków, u pacjenta dojść może do przerzutów nowotworu. Pominięcie dawki leku obniża skuteczność leczenia. Tylko leczenie ciągłe jest leczeniem wartościowym, przynoszącym efekty. Lekarz nie może odmówić pacjentowi podania leku, gdy działania takiego wymaga stan zdrowia pacjenta.

Powód wykonał świadczenia ponad zawartą umowę. Gdyby pozwany posiadał odpowiednie środki, to zawarłby z powodem aneksy do umów i zapłacił za wykonane świadczenia. Pacjenci są weryfikowani przez system pod kątem posiadania ważnego ubezpieczenia. W razie wątpliwości NFZ kontaktuje się ze świadczeniodawcą. Jeżeli raport statystyczny zostaje przyjęty, to na tej podstawie generowana jest faktura. Zmiany kosztów programów lekowych są niezależne od stron. Różnice między ceną pierwotną a ostateczną biorą się ze wzrostu cen leków w ciągu roku. NFZ

czyniąc założenia co do wartości umów bazuje na danych z lat ubiegłych. Nie zna jednak uzgodnień (i nie ma na nie wpływu) dokonywanych w tej kwestii pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a firmami farmaceutycznymi.

Problemy finansowe strony pozwanej związane z płatnością za procedury wynikają z wprowadzonego systemu szpitalnego - mającego na celu ograniczenie środków wydawanych przez szpitale. Program ten nie przewiduje wydatków, na wysokość których szpitale nie mają wpływu.

W dotychczasowej współpracy między stronami w podobnych sytuacjach programy lekowe były w pełni refundowane przez stronę pozwaną.

W okresie od stycznia do końca grudnia 2017r. powód wykonał świadczenia ratujące życie o wartości 6.321.213,05 zł., za które pozwany nie zapłacił.

Pozwany pismem z dnia 18 maja 2017r. poinformował powoda, że posiada ograniczone środki w bieżącym planie finansowym, nie pozwalające na zapłatę za wszystkie wykonane świadczenia. Z uwagi na dynamiczny wzrost wykonania w porównaniu z rokiem ubiegłym Oddział NFZ zwrócił się do powoda z prośbą o rozważne gospodarowanie środkami i nie przekraczanie w kolejnych okresach sprawozdawczych kwot zobowiązania ujętych w planie rzeczowo - finansowym dla poszczególnych zakresów. Pismem z dnia 27 września 2017r. (uprzednio pismem z dnia 17 maja 2017r.) powód zwrócił się do strony pozwanej o zapłatę za świadczenia wykonane ponad limit umów zawartych na 2017r. - w zakresie umów realizowanych dla pacjentów onkologicznych, w tym dla chorych leczonych w ramach Pakietu Onkologicznego. Dyrektor powodowego Centrum (...) pismem z dnia 23 stycznia 2018r. wystąpił do strony pozwanej z prośbą o sfinansowanie świadczeń zdrowotnych wykonanych ponad limity umów zawartych na 2017r. w wysokości 25 mln zł - w tym usługi pakietu onkologicznego 7,5 mln zł oraz leki onkologiczne 12 mln zł.

W piśmie z dnia 19 lutego 2018r. Dyrektor(...) Oddziału Wojewódzkiego NFZ w B. wskazywał, że według stanu na dzień 15 lutego 2018r. wartość pozostałych do zapłaty nadwykonań z tytułu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach dotyczących programów lekowych i chemioterapii (umowy: (...) (...), (...), (...)) za rok 2017 wynosi 10.704.807,22 zł - w tym: 9.738.122,81 zł - część lekowa, 966.684,41 zł - część programowa. Równocześnie powód został poinformowany, że prośba o zapłatę za pozostałe świadczenia opieki zdrowotnej udzielone ponad limity umów w zakresach programy lekowe i chemioterapia zostanie ponownie rozpatrzona po zbilansowaniu się Oddziału.

W piśmie z dnia 26 lipca 2018r. pozwany wskazał, że aktualnie nie dysponuje wolnymi środkami finansowymi w planie finansowym na 2018r. w pozycji - koszty świadczeń lat ubiegłych, informując, że w chwili uwolnienia środków finansowych dopełni wszelkich starań ażeby chociaż częściowo pokryć niezapłacone, ale ponadumowne świadczenia.

W dniu 6 sierpnia 2018r. pozwany odebrał wezwanie do zapłaty kwoty 6.391.183,92 zł w związku z nadwykonaniami wypracowanymi za 2017r. w ramach umów: (...), (...), (...), (...) - realizowanych w Centrum (...) dla pacjentów onkologicznych, w tym chorych leczonych w ramach Pakietu Onkologicznego.

Powyższy stan faktyczny ustalony został w oparciu o zgromadzone dowody, w tym dokumentację administracyjną i finansową zgromadzoną w 7 segregatorach dołączonych do pozwu. Treść zawieranych przez strony umów, aneksów i ugód nie budziła zastrzeżeń stron. Także na miano w pełni wiarygodnych zasługiwały faktury i zestawienia przedstawione przez powoda i załączone do pozwu (segregator). W ocenie Sądu Okręgowego, wbrew twierdzeniom przedstawionym w odpowiedzi na pozew, pozwany ostatecznie wskazał, że nie kwestionuje wysokości dochodzonej kwoty (zeznania strony pozwanej), także całokształt zgromadzonych dowodów jednoznacznie wskazywał, że mimo posiadanych uprawnień pozwany w toku wykonywania umów a także pojawiania się nadwykonań nie kwestionował zasadności udzielanych świadczeń, nie zgłaszał powodowi, że świadczenia te udzielane są pacjentom nieuprawnionym (nieubezpieczonym bądź w sposób błędny zakwalifikowanym do programów lekowych).

Sąd Okręgowy za wiarygodne uznał także zeznania świadków zawnioskowanych przez powoda. Świadczenie strony powodowej jako wysocy klasą specjaliści i praktycy, mieli szeroka wiedzę o kryteriach kwalifikowania pacjentów do programów lekowych, specyfice tych programów oraz konsekwencjach przerwania prowadzonego leczenia.

Sąd I instancji zakwestionował natomiast zeznania świadka J. A. (zatrudnionego u pozwanego na stanowisku naczelnika wydziału gospodarki lekami) jedynie w zakresie, w jakim świadek twierdził, że przypadki pacjentów z onkologicznych programów lekowych nie są przypadkami ratującymi życie. Twierdzenie to pozostaje w sprzeczności z zeznaniami świadków strony powodowej -lekarzami specjalistami, a nadto już z samym doświadczeniem życiowym.

Sąd Okręgowy oddalił wniosek strony powodowej o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego z dziedziny onkologii na okoliczność zasadności udzielonych świadczeń oraz na okoliczność, że były to świadczenia w stanie nagłym. Sąd a quo uznał dowód taki za zbędny, prowadzący do przedłużenia postępowania i wygenerowania znacznych kosztów, którymi ostatecznie obciążony zostałby Skarb Państwa. Przede wszystkim Sąd ten zaznaczył, że zasadność udzielonych świadczeń nie była kwestionowana. Pozwany nie podtrzymał swoich twierdzeń z odpowiedzi na pozew a zeznając wskazał, że nie kwestionuje kwot leczenia - a tym samym przyznał, że świadczenia te zostały udzielone i były zasadne. W zakresie zaś określenia czy świadczenia te miały charakter nagłych i ratujących życie, Sąd Okręgowy zwrócił uwagę na specyfikę omawianych programów lekowych. Ponadprogramowe koszty wygenerowane przez stronę powodową wynikały wyłącznie z konieczności zakupu leków w ramach programów terapeutycznych. Programy te prowadzone są zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Zdrowia, pozwany nie wskazywał aby którykolwiek z przypadków medycznych został niezasadnie zakwalifikowany do programu. Po kwalifikacji pacjentów i doborze dla nich najskuteczniejszych dostępnych leków powód kontynuował leczenie. Okoliczności związane ze wzrostem cen leków i pojawianiem się nowych leków w programie pozostawały poza zakresem decyzyjności powoda. Zatem wykazywanie w drodze opinii biegłego, że innowacyjna terapia onkologiczna -nie posiadająca alternatyw -jest terapią ratującą życie, było zbędne.

Zdaniem Sądu Okręgowego powództwo zasługiwało na uwzględnienie w całości.

Z poczynionych przez ten Sąd ustaleń faktycznych wynika, że świadczenia, których spełnienia strona powodowa domagała się od strony pozwanej, stanowiły zapłatę za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone przez stronę powodową pacjentom w sytuacji zagrożenia ich życia i zdrowia.

Zgodnie z art. 15 ustawy o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.) podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Ponadto zgodnie z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 464 ze zm.) lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Jednocześnie przepis artykułu 68 ust. 1 i 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej stanowi, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

W ocenie Sądu Okręgowego, w niniejszej sprawie bezsporny pozostawał między stronami fakt zawarcia umów o świadczenia opieki zdrowotnej w zakresach leczenie szpitalne - programy zdrowotne (lekowe) oraz wypłacenia przez stronę pozwaną wynagrodzenia za świadczenia udzielone na podstawie tych umów do wysokości umownych maksymalnych kwot zobowiązania pozwanego Funduszu, zwiększanych następnie w drodze zawieranych ugód. Strony nie kwestionowały również samego faktu udzielenia przez stronę powodową świadczeń opieki zdrowotnej objętych pozwem, wartości tych świadczeń i tego, że świadczenia te przekraczają limity ustalone w umowach i ugodach zawartych z pozwanym Funduszem.

Strona pozwana podnosiła natomiast, że roszczenia wskazane pozwem objęte zostały ugodami zawartymi przez strony. Oceniając ten zarzut Sąd meriti doszedł do przekonania, że strony ugodziły się jedynie co do świadczeń udzielonych przez powoda w oparciu o konkretne, wskazane w każdej z ugód umowy. Powód dochodził natomiast roszczeń z tytułu udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w stanach nagłych, na podstawie przepisów ustawy (przymus ustawowy). Wprawdzie ugodami zostały objęte również świadczenia realizowane ponad limit wynikający z zawartych umów z Narodowym F. Z., jednak tylko w zakresie określonym w załącznikach do poszczególnych ugód. Pozwany

nie wykazał aby powód dochodził od niego świadczeń objętych umowami. Przedmiotem postępowania są pozostałe niezapłacone świadczenia opieki zdrowotnej za leki podawane w ramach programów lekowych.

Bez względu jednak na powyższe, nawet przy przyjęciu że umowy odnoszące się miały także do świadczeń dochodzonych niniejszym pozwem, zdaniem Sądu Okręgowego treść klauzul zawartych w poszczególnych umowach, nie wywołała określonego nimi skutku, to jest zwolnienia z długu, z uwagi na ich sprzeczność z ustawą.

Zgodnie z art. 353 (1) k.c. strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego. Stosownie zaś do art. 58 k.c. czynność prawna sprzeczna z ustawą albo mająca na celu obejście ustawy jest nieważna, chyba że właściwy przepis przewiduje inny skutek, w szczególności ten, iż na miejsce nieważnych postanowień czynności prawnej wchodzi odpowiednie przepisy ustawy. Nieważna jest czynność prawna sprzeczna z zasadami współżycia społecznego (§ 2 art. 58 k.c.). Jeżeli nieważnością jest dotknięta tylko część czynności prawnej, czynność pozostaje w mocy co do pozostałych części, chyba że z okoliczności wynika, iż bez postanowień dotkniętych nieważnością czynność nie zostałaby dokonana (§ 3 art. 58 k.c.).

Obowiązujące normy prawne kształtują obowiązek udzielenia świadczeń ratujących życie i zdrowie za wynagrodzeniem pochodzącym ze środków publicznych. Przywołane już przepisy art. 15 ustawy o działalności leczniczej i art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry przewidują obowiązek udzielenia świadczenia w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia. Obowiązek sfinansowania tego świadczenia spoczywa z kolei na Państwie, które wobec unormowań konstytucyjnych chroni życie i zdrowie obywateli i zapewnia równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Środkami Skarbu Państwa w tym zakresie zarządza zaś pozwany Narodowy F. Z.. Norma wywiedziona z powyższych przepisów nakłada zatem na Państwo dbałość o dostęp do podstawowych świadczeń medycznych, w tym także ich sfinansowanie, kształtując w ten sposób ustrój społeczny w rozważanym zakresie. Wobec powyższego zawarcie umowy o zwolnienie z długu, które prowadzi w istocie do przejścia odpłatności za tego typu świadczenia przez podmiot leczniczy, należy uznać za sprzeczne z celem wywiedzionej normy. Przez zawarcie rozważanych umów (aneksów, porozumień, ugód) powyższe świadczenia przestają być bowiem finansowane ze środków publicznych, a stają się - wbrew woli podmiotów leczniczych - opłacane z ich środków własnych. Tego typu konstrukcja przekracza zasady swobody umów w zakresie celu, który jest wyznaczony przez normy kształtujące podstawowe instytucje prawne, szczególnie konstytucyjną zasadę nieodpłatności świadczeń zdrowotnych i finansowania ich ze środków publicznych.

Sporne między stronami pozostawało także to, czy świadczenia, za które zapłaty żądała strona powodowa, stanowią świadczenia ratujące życie i zdrowie, a ich finansowanie obciąża stronę pozwaną mimo limitów uzgodnionych w umowach.

Zgodnie z § 14 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, strona pozwana była zobowiązana do uiszczenia wynagrodzenia za udzielone świadczenia do kwoty zobowiązania określonej w umowie. Konieczność ustalenia w umowie o udzielanie świadczeń maksymalnej kwoty zobowiązania pozwanego Funduszu wynikał również z art. 136 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.) Strona pozwana bezspornie wypłaciła umówione wynagrodzenie do wysokości maksymalnych limitów ustalonych w 2017 r.

Zdaniem Sądu Okręgowego, określone w umowach zawieranych z Narodowym (...) limity świadczeń nie dotyczą jednak tych przypadków, które wymagają natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta, wobec czego pozwany Narodowy F. Z. ma obowiązek finansowania tych świadczeń. Kwestia istnienia obowiązku zapłaty pozwanego za świadczenia udzielone ponad umownie określone limity stanowiła niegdyś przedmiot rozbieżności w orzecznictwie. Aktualnie nie budzi wątpliwości istnienie obowiązku zapłaty za świadczenia udzielone w takim trybie. W wyroku z 10 stycznia 2014 Sąd Najwyższy (sygn. akt I CSK 161/13, LEX numer 1438639) uznał, że przepisy art. 7 u.z.o.z. i art. 30 ustawy z 1996 o zawodzie lekarza i lekarza dentystry

są adresowane bezpośrednio do zakładów opieki zdrowotnej i lekarzy. Wynika z nich, że udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia albo zdrowia jest własnym ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy będącego zakładem opieki zdrowotnej czy lekarzem. Należy jednak podkreślić, że nie wyłączają one obowiązków Narodowego F. Z. (dawniej: właściwych kas chorych) wynikających z innych ustaw. Obowiązki wynikające z powołanych przepisów art. 7 u.z.o.z. i art. 30 ustawy z 1996 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 (...) (dawniej: właściwą kasą chorych) a świadczeniodawcą i obciążyć nimi Fundusz zarządzający środkami publicznymi, z których powinny one być pokryte. Skoro zatem świadczeniodawca nie może odmówić udzielenia świadczenia, a obowiązek ten nałożył na niego ustawodawca, to nie można wymagać, aby samodzielnie świadczenia te finansował. Koszt tych świadczeń powinien więc pokryć Skarb Państwa. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, uprawnienia i obowiązki finansowe Skarbu Państwa realizuje Narodowy F. Z. (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2014 r., I CSK (...); wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 2009 r., V CSK (...); wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 2003 r., IV CK (...); wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 grudnia 2005 r., II CSK (...); wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 lipca 2006 r., II CSK (...); wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 maja 2006 r., II CSK (...); wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2007 r., I CSK (...)).

Mając powyższe na uwadze strona powodowa może więc dochodzić zapłaty za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone ponad limity obowiązujące w umowach zawartych z pozwanym Narodowym F. Z. pod warunkiem, że świadczeń tych udzieliła w okolicznościach wypełniających hipotezę art. 15 ustawy o działalności leczniczej i art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej czy art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

W ocenie Sądu Okręgowego materiał dowodowy zgromadzony w niniejszej sprawie pozwalał na stwierdzenie, że świadczenia, za które strona powodowa dochodziła zapłaty w niniejszym postępowaniu, stanowiły świadczenia ratujące życie i zdrowie, udzielone w warunkach przymusu ustawowego. Należy przypomnieć, że 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 (art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry). Z kolei podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia (art. 15 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej).

Wyniki postępowania dowodowego nie pozostawiają wątpliwości, że sporne świadczenia, za które strona powodowa dochodzi wynagrodzenia, musiały być udzielone pacjentom natychmiast, a zwłoka w ich udzieleniu stanowiłaby zagrożenie dla życia i zdrowia tych pacjentów. Sporne świadczenia udzielane były na rzecz osób dotkniętych chorobą nowotworową. Materiał dowodowy, w szczególności zeznania świadków, wskazuje, że zdiagnozowanie u pacjenta choroby nowotworowej i zakwalifikowanie go do programu lekowego, wymagało wdrożenia leczenia w trybie pilnym, gdyż tylko taki dawał szansę na wyleczenie. Terapie onkologiczne stosowane w powodowej placówce, w tym czas ich zastosowania i trwania, były ściśle wystandardyzowane. Co więcej - leczenie to było prowadzone zgodnie z wdrożonym przez Ministerstwo Zdrowia Pakietem Onkologicznym, zakładającym szybką terapię onkologiczną. Nie ulega wątpliwości, że w przypadku każdej choroby, a szczególnie choroby nowotworowej, najważniejszym czynnikiem ratowniczym wpływającym na skuteczność leczenia jest czas. Powszechnie przy tym wiadomo, że choroba nowotworowa rozwija się w sposób niekontrolowany, a upływ czasu negatywnie wpływa nie tylko na powiększenie się nowotworu, ale także na ryzyko wystąpienia przerzutów. Co istotne, wszyscy zeznający świadkowie, wykonujący zawód lekarza, wskazywali na konieczność kontynuowania raz podjętego leczenia oraz ryzyko zniweczenia pozytywnych efektów leczenia w przypadku odroczenia jego kontynuowania. Na marginesie trzeba tylko zauważyć, że odmowa podania dalszych dawek leków pacjentom onkologicznym byłaby nie tylko niehumanitarna i zagrażająca ich życiu i zdrowiu, ale także nieuzasadniona ekonomicznie. Skoro pacjent został zakwalifikowany do programu, którego celem jest wyleczenie bądź zatrzymanie choroby nowotworowej i podano już mu pewną ilość dawek leku refundowanego przez Skarb Państwa to zaprzestanie leczenia oznaczałoby jednoznacznie zmarnotrawienie wydatkowanych na ten

cel środków. Przeznaczanie niebagatelnych kwot na prowadzenie programów lekowych bez gwarancji opłacenia ich kontynuacji jawi się jako wydatek pozostający w sprzeczności z obowiązkiem zapewnienia pacjentom dostępu do skutecznych i kompleksowych świadczeń opieki zdrowotnej.

Leczenie prowadzone przez powoda w ramach programów lekowych musiało być więc natychmiastowe w takim znaczeniu, że nie można było go odłożyć na czas bliżej nieokreślony, kiedy np. zwiększy się limit. Już sama diagnoza choroby onkologicznej jest nagła i nieprzewidywalna i to właśnie jej postawienie skutkuje koniecznością wdrożenia jak najszybszego leczenia, nie później niż w ciągu około dwóch tygodni, a czasem i tego samego dnia. To nieprzewidywalny charakter choroby nowotworowej, zalecenia co do trybu jej leczenia, wiedza medyczna i zasady sztuki lekarskiej decydują o terminie wdrożenia leczenia, nie zaś limity kontraktowe. O ile w przypadku niektórych schorzeń istnieje możliwość odłożenia ich leczenia w czasie (choćby z uwagi na brak miejsc, czy środków pieniężnych), a odroczenie takie nie będzie zagrażało życiu i zdrowiu pacjenta, to postępowanie takie wobec pacjentów onkologicznych jest niemożliwe. Nie ma tu porównywalnego odniesienia do sytuacji chorych czekających na planowe zabiegi, w przypadku których zwłoka skutkować mogłaby jedynie czasowym pogorszeniem komfortu życia, ale nie jego zagrożeniem.

Dodatkowo Sąd Okręgowy wskazał, że powód nie miał alternatywy, musiał kontynuować leczenie pacjentów przyjętych do programów lekowych. Kolejowanie świadczeń onkologicznych czy odsyłanie pacjentów do innych placówek niweczyłoby efekty leczenia, które miały być osiągnięte dzięki natychmiastowemu wdrożeniu leczenia. Stwarzałoby również zagrożenie dla zdrowia pacjenta, w tym ryzyko pogorszenia jego stanu zdrowia do stopnia, który uniemożliwia podanie leku. Zdaniem Sądu, w przypadku pacjentów onkologicznych nie można było zatem wymagać od świadczeniodawcy podjęcia jakichkolwiek innych działań zmierzających do nieprzekroczenia limitów umownych.

Stanowisko strony pozwanej nie zasługuje na aprobatę także z uwagi na wytyczne Ministerstwa Zdrowia, którym dano wyraz między innymi w ustawie z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z dnia 28 sierpnia 2014 r. poz. 1138) i rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2014 r. poz. 1441). Akty te wprowadziły tzw. pakiet onkologiczny. W oparciu o powyższe przepisy, świadczenia związane z diagnostyką i leczeniem nowotworów złośliwych w ramach karty diagnostyki i leczenia onkologicznego są rozliczane bez limitów. Na chwilę obecną warunkiem zniesienia limitu jest udzielenie świadczenia na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego pacjentowi, u którego w wyniku diagnostyki onkologicznej stwierdzono nowotwór złośliwy. Świadczenie musi być zgodne z ustaleniami wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego oraz udzielone w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia. Rozliczenie świadczenia w ramach pakietu onkologicznego obejmuje również te przypadki, gdy pacjent został skierowany do szpitala bez wydania karty diagnostyki, ale wykonano u niego zabieg usunięcia guza, a następnie wydano kartę diagnostyki celem dalszego leczenia onkologicznego w ramach „szybkiej terapii onkologicznej” (por. informacje dot. pakietu onkologicznego zamieszczone na stronie www.pakietonkologiczny.gov.pl oraz na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia). Zdaniem Sądu Okręgowego, przyjęcie powyższych rozwiązań potwierdza, że ustawodawca ma na uwadze problem coraz większej liczby świadczeń udzielanych osobom chorującym na nowotwór, a co za tym idzie - zbyt długiego oczekiwania na wdrożenie leczenia, czy to z uwagi na brak miejsc czy właśnie limity umowne. Dąży więc do zniesienia tych limitów i to zarówno w przypadku świadczeń udzielanych natychmiast, jak i w terminie do maksymalnie dwóch tygodni. Tylko szybkie podjęcie terapii daje bowiem szansę na wyleczenie pacjenta.

W ocenie Sądu a quo, w przypadku pacjentów onkologicznych zawsze można mówić o wystąpieniu nagłego zagrożenia życia i zdrowia. Diagnoza choroby nowotworowej jest bowiem zawsze niespodziewana, wobec czego i jej leczenie należy zakwalifikować jako nagłe (por. wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 11 grudnia 2013 r., I ACa (...)). Tym samym Sąd uznał, że świadczenia objęte pozwem, a udzielone właśnie osobom z chorobą nowotworową, wypełniają przesłanki, o których mowa zarówno w art. 15 ustawy o działalności leczniczej i art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, jak i art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Wysokość dochodzonych świadczeń wynikała z faktur i zestawień przedłożonych przez stronę powodową. Strona pozwana nie kwestionowała tych danych.

Wobec powyższego Sąd Okręgowy w całości uwzględnił powództwo, zasądzając od strony pozwanej na rzecz strony powodowej kwotę 6.321.213,05 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 11 września 2018r. do dnia zapłaty.

Orzeczenie o kosztach Sąd ten wydał na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c.

Apelację od tego wyroku złożył pozwany, zaskarżając go w całości, zarzucając naruszenie przepisów postępowania mające wpływ na treść orzeczenia, tj.:

- art. 233 § 1 w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. poprzez błędne ustalenie, że świadczenia ponadlimitowe zostały udzielone przez powoda pacjentom w stanach nagłych w rozumieniu art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym bez przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego sądowego, podczas gdy ocena, czy świadczenia zostały udzielone pacjentom w takim stanie, wymaga wiadomości specjalnych,

- art. 217 § 3 w zw. z art. 233 § 1 w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. poprzez zaniechanie ustalenia okoliczności istotnej dla sprawy, a jednocześnie wymagających wiadomości specjalnych, a to okoliczności, czy wynagrodzenie, którego żąda powód, uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez błędne ustalenie, że w przypadku pacjentów onkologicznych zawsze można mówić o wystąpieniu nagłego zagrożenia życia i zdrowia, podczas gdy Sąd abstrahuje w swym rozumowaniu od pojęcia przypadku pilnego, który zachodzi, gdy istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia, a który to przypadek pilny nie jest stanem nagłym,

- art. 233 § 1 w zw. z art. 278 § 1 w zw. z art. 258 k.p.c. poprzez ustalenie faktów wymagających wiadomości specjalnych dotyczących procesu leczenia pacjentów, na podstawie zeznań świadków powołanych przez powoda,

- art. 230 w zw. z art. 233 § 1 w zw. z art. 328 § 2 k.p.c. poprzez niezasadne uznanie za przyznany przez pozwanego faktu, że świadczenia ponadlimitowe udzielone przez powoda były zasadne, podczas gdy pozwany wypowiedział się jedynie co do tego, że nie kwestionuje kwot leczenia, a także zaznaczył, że można dyskutować o przypadkach nagłych ratujących życie, przy jednoczesnym braku wyjaśnienia przez Sąd w uzasadnieniu, czy zastosował w tym przypadku art. 230 k.p.c.,

- art. 229 w zw. z art. 233 § 1 w zw. z art. 328 § 2 k.p.c. poprzez niezasadne przyjęcie, że pozwany przyznał fakt, że świadczenia ponadlimitowe udzielone przez powoda były zasadne, podczas gdy pozwany wypowiedział się jedynie co do tego, że nie kwestionuje kwot leczenia, a także zaznaczył, że można dyskutować o przypadkach nagłych ratujących życie, przy jednoczesnym braku wyjaśnienia przez Sąd w uzasadnieniu, czy zastosował w tym przypadku art. 229 k.p.c.

Ponadto skarżący zarzucił naruszenie przepisów prawa materialnego, tj.:

- art. 15 ustawy o działalności leczniczej przez jego błędną wykładnię polegającą na przyjęciu, że pojęcie „natychmiastowe udzielenie świadczenia” należy rozumieć w ten sposób, że udzielenie tego świadczenia nie może być odłożone na czas bliżej nieokreślony, podczas gdy taka definicja może obejmować również przypadki pilne, które nie są przypadkami nagłymi, oraz przez zastosowanie tego przepisu w niniejszej sprawie, choć przepis ten nie znajduje zastosowania w sytuacji żądania zapłaty za ponadlimitowe świadczenia udzielone w stanach nagłych,

- art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry przez zastosowanie tego przepisu w niniejszej sprawie, choć przepis ten nie znajduje zastosowania w sytuacji żądania zapłaty za ponadlimitowe świadczenia udzielone w stanach nagłych,

- art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez niezastosowanie tego przepisu, choć znajduje on zastosowanie w niniejszej sprawie, ponieważ powód dochodzi zapłaty wynagrodzenia za ponadlimitowe świadczenia udzielone pacjentom w stanach nagłych.

Wskazując na powyższe zarzuty skarżący wniósł o :

1. zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego Narodowego F. Z. z siedzibą w W. zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych za obydwie instancje,

ewentualnie w przypadku uznania, że nie zachodzi przesłanka zmiany zaskarżonego

wyroku:

2. jego uchylenie i przekazanie sprawy Sądowi Okręgowemu w Bydgoszczy do ponownego rozpoznania wraz z pozostawieniem temu Sądowi rozstrzygnięcia o kosztach postępowania w II instancji.

W odpowiedzi na apelację powód domagał się jej oddalenia oraz zasądzenia na jego rzecz kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Apelacja pozwanego nie zasługiwała na uwzględnienie.

Na wstępie należy wskazać, że w uzasadnieniu wyroku z dnia 13 kwietnia 2000 r. w sprawie o sygn. akt III CKN 812/98 (OSNC 2000/10/193) Sąd Najwyższy wyraził pogląd, że sąd drugiej instancji w systemie apelacyjnym jest instancją merytoryczną, co oznacza, że sąd ten ma obowiązek poczynić własne ustalenia faktyczne i ocenić je samodzielnie z punktu widzenia prawa materialnego.

Ponadto w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 11 czerwca 1999 r., II CKN (...), wskazano, że w sytuacji, gdy sąd drugiej instancji w pełni podziela ustalenia faktyczne poczynione przez sąd pierwszej instancji, nie zachodzi potrzeba ich powtarzania w uzasadnieniu wyroku sądu drugiej instancji. Wystarcza w takim wypadku odwołanie się do ustaleń sądu pierwszej instancji i przyjęcie ich za własne. Natomiast nieodzwonne jest ustosunkowanie się przez sąd drugiej instancji do zarzutów przytoczonych w apelacji (tak również Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 16 grudnia 2003 r., II CK (...)).

Mając powyższe na uwadze Sąd Apelacyjny w pełni podziela dokonane przez Sąd Okręgowy ustalenia faktyczne i czyni je podstawą również swojego rozstrzygnięcia, uznając za zbędne ich ponowne przytaczanie. Z poczynionych ustaleń faktycznych Sąd pierwszej instancji wyprowadził prawidłowe wnioski – tak co do oceny dowodów, jak i faktów najistotniejszych dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy.

Wbrew zarzutom apelacji wszystkie istotne dla rozstrzygnięcia sprawy okoliczności zostały wyjaśnione. Skarżący w ramach zarzutów naruszenia prawa procesowego wskazuje na uchybienia jakich dopuścił się Sąd I instancji w gromadzeniu materiału dowodowego poprzez zaniechanie przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego, pomimo, że dla rozstrzygnięcia o zasadności pozwu wymagane było pozyskanie wiadomości specjalnych. Skarżący zarzut ten wiąże przy tym z naruszeniem przez Sąd Okręgowy przepisu art. 233 § 1 k.p.c. Tak postawiony zarzut uznać należy za całkowicie niezasadny. Skoro bowiem Sąd meriti oddalił wniosek o dopuszczenie określonego dowodu i w wyniku tego postanowienia tego dowodu nie przeprowadził, to tym samym nie możliwym była jego ocena oparta na treści art. 233 § 1 k.p.c.

Niezależnie od tych uwag, w ocenie Sądu Apelacyjnego skarżący w apelacji utracił prawo powoływania się na uchybienia w gromadzeniu materiału dowodowego, skoro obecny na rozprawie w dniu 3 lipca 2019r. pełnomocnik Prokuratury Generalnej Rzeczypospolitej, reprezentującej w niniejszym postępowaniu stronę pozwaną, nie zgłosił

do protokołu skutecznego zastrzeżenia w trybie art. 162 k.p.c. po wydaniu przez Sąd I instancji postanowienia w przedmiocie oddalenia wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego lekarza onkologa. W judykaturze Sądu Najwyższego dominuje pogląd, że dla zachowania uprawnienia do powoływania się na uchybienia przepisom postępowania, z wyjątkiem przewidzianym w art. 162 zd. 2 k.p.c., nie jest wystarczające nawet zwrócenie się o zaprotokołowanie, że strona zgłasza i wnosi o wpisanie zastrzeżenia do protokołu i dochowanie terminu zgłoszenia zastrzeżenia. Zastrzeżenie będzie skuteczne, jeżeli strona w sposób wyczerpujący przytoczy przepisy postępowania, które sąd jej zdaniem naruszył, i taka treść zastrzeżenia zostanie wpisana do protokołu rozprawy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 listopada 2013 r., V CSK 544/12, LEX nr 1438426 oraz wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 sierpnia 2006 r., V CSK 237/06, Biul. SN 2006/11/17). W wyroku z dnia 27 listopada 2013 r., sygn. akt V CSK 544/12, Sąd Najwyższy wyraził ponadto pogląd, że jeżeli strona jest w procesie reprezentowana przez zawodowego pełnomocnika, zastrzeżenie złożone przez niego do protokołu w trybie art. 162 k.p.c. jest skuteczne tylko wówczas, gdy wskazuje, jakie przepisy postępowania zostały naruszone. Co istotne pozwany zarówno w piśmie procesowym z dnia 12 czerwca 2019r. jak i na rozprawie w dniu 3 lipca 2019r. domagał się oddalenia wniosku strony powodowej o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego. W tych okolicznościach trudno zaakceptować, aby na etapie postępowania odwoławczego, w obliczu przegranego procesu przed Sądem I instancji, pozwany uzyskał możliwość wyciągnięcia z tych zdarzeń procesowych korzystnych dla siebie skutków procesowych, jeżeli zestawia się to również z brakiem zgłoszenia stosowanego zastrzeżenia w trybie art. 162 k.p.c.

Trzeba ponadto zauważyć, że zarzutowi naruszenia przepisów proceduralnych nie towarzyszył wniosek apelacji oparty na podstawie art. 380 k.p.c. o objęcie kontrolą instancyjną postanowienia Sądu Okręgowego oddalającego wiosek o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego.

Wbrew przy tym zarzutom apelacji Sąd Okręgowy bez naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c. dokonał oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego. Ocena ta jest logiczna, zgodna z doświadczeniem życiowym, a ponadto wszechstronna. Zgodnie z ugruntowanym już orzecznictwem, w takiej sytuacji musi się ostać, nawet, gdyby z określonego dowodu można było wyprowadzić wnioski przeciwne.

W odniesieniu do zarzutu naruszenia art. 229 i 230 k.p.c. rację należy przyznać skarżącemu, że jego przyznanie okoliczności budziło wątpliwości, a jedynie takie, które nie budzi wątpliwości może zwalniać z prowadzenia postępowania dowodowego. W okolicznościach przedmiotowej sprawy pozwany natomiast konsekwentnie domagał się oddalenia powództwa, wypowiedział się przy tym co do wszystkich twierdzeń strony powodowej, kwestionując zasadność powództwa. Nie mniej jednak nie można pominąć stanowiska pozwanego wyrażonego w pismach poprzedzających wszczęcie niniejszego postępowania w kontekście aktualnego stanowiska procesowego tej strony. Pozwany nie kwestionował bowiem przed wszczęciem postępowania faktu, że doszło do nadwykonań świadczeń udzielonych przez powoda ponad limity ustalone w umowie i wynikające z zawartych ugód, wykazując jednocześnie wolę zapłaty za te świadczenia podnadlimitowe z chwilą uwolnienia środków finansowych (vide pismo k-17, pismo k-21). To stanowisko pozwanego pozostaje w korelacji z zeznaniami A. W., z których płynie wniosek, że dla pozwanego problemem był brak środków finansowych, a nie kwestia, że objęte żądaniem pozwu świadczenia nie zostały udzielone w stanie nagłym.

W tym miejscu wskazać należy, że na rozprawie apelacyjnej pełnomocnik Prokuratury Generalnej Rzeczypospolitej dodatkowo zarzucił, że dla ustalenia czy żądanie powoda było usprawiedliwione co do wysokości niezbędnym było dopuszczenie dowodu z opinii biegłego. Z tym stanowiskiem nie można się zgodzić. Powód domagał się wynagrodzenia w oparciu o stawki wynikające z umowy. Pozwany tej okoliczności nie kwestionował na etapie przedsądowym oraz na etapie postępowania przed Sądem I instancji, nie domagał się również dopuszczenia na tę okoliczność dowodu z opinii biegłego. W ocenie Sądu Apelacyjnego w przedmiotowej sprawie nie zaistniały przesłanki do podjęcia przez Sąd meriti ex officio inicjatywy dowodowej, skoro strony były reprezentowane przez zawodowych pełnomocników, a ponadto pozwany z uwagi na ogromną ilość procesów z jego udziałem po stronie pozwanej powinien w tym zakresie posiadać stosowne doświadczenie.

W tych okolicznościach Sąd Apelacyjny w pełni podziela argumentację Sądu Okręgowego co do zasadności powództwa.

Sąd Najwyższy w wyroku wydanym w sprawie z dnia 10 września 2015 r., II CSK (...), uznał, że w przypadku chorób przewlekłych, wymagających powtarzalnych świadczeń medycznych, w zasadzie nie można przyjmować, aby były to stany nagłe w rozumieniu analizowanych przepisów. Niemniej wyjątkowo nie można odmówić prawa do żądania przez świadczeniodawcę wynagrodzenia przewidzianego w art. 19 ust. 4 zd. drugie u.ś.o.z.f.ś.p. za udzielone świadczenie osobie przewlekle chorej, w sytuacji, w której osoba ta trafiła do tego świadczeniodawcy w czasie, gdy zachodziła konieczność natychmiastowego jego udzielenia, gdyż, co wymaga podkreślenia w okolicznościach sprawy, opóźnienie groziłoby poważnym uszkodzeniem funkcji organizmu lub uszkodzeniem ciała lub utratą życia i z tej przyczyny nie istniała możliwość udzielenia tego świadczenia w wymaganym czasie przez innego świadczeniodawcę mającego zawartą umowę z Funduszem albo nie istniała możliwość pewnego ustalenia przez świadczeniodawcę, że w wymaganym czasie świadczenie to zostanie udzielone zgłaszającemu się pacjentowi u innego świadczeniodawcy. W tych bowiem okolicznościach odmowa udzielenia świadczenia przez świadczeniodawcę, jak również przez lekarzy, byłaby niedopuszczalna, gdyż naraziłaby pacjenta na poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała albo utratę życia. W świetle przytoczonego stanowiska niepodobna zatem pominąć, w odniesieniu do chorób nowotworowych, w szczególności nowotworów złośliwych, że rozpoznanie nowotworu złośliwego, obliguje lekarza do poddania pacjenta pilnemu trybowi leczenia i natychmiastowego zastosowania zabiegów leczniczych. W przypadku tej choroby, z uwagi na ciągły przyrost chorych komórek w wyniku ich podziału, który odbywa się cyklicznie oraz stale prowadzi do powiększenia się nowotworu, a także z uwagi na możliwość wystąpienia przerzutów, każdy dzień zwłoki w zastosowaniu leczenia nawet jeśli nie prowadzi bezpośrednio do śmierci, powoduje dalszą utratę zdrowia. Stąd opinia Rady Naukowej Centrum (...) (...) w W., że medyczne procedury onkologiczne należy traktować jako ratujące życie. (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 8 lutego 2018r., II CSK (...)).

W przedmiotowej sprawie powód zaoferował materiał dowodowy potwierdzający zasadność jego żądania. Należy zwrócić uwagę na opinię Konsultanta Wojewódzkiego dr. n. med. J. T., z której wynika, że po pierwsze w 2017r. zostały zarejestrowane nowe programy terapeutyczne, które nie istniały w latach poprzednich, będące bardzo drogimi procedurami, co uzasadnia znaczny wzrost kosztów leczenia ponad limit przyjęty w umowie, generujący potrzebę zawierania kolejnych ugód w celu pokrycia kosztów leczenia, które nie objęły jednakże wszystkich wydatków poniesionych przez powodowy podmiot leczniczy. Nie sposób pominąć zeznań świadków, lekarzy zatrudnionych u powodowego świadczeniodawcy, z których wynika, że z racji wykonywanego zawodu są zobowiązani do podjęcia optymalnego leczenia, a nie takiego które będzie wprawdzie tańsze, ale nieskuteczne, niezgodne z postępem wiedzy medycznej. Powyższe wnioski wynikają również z opinii J. T.. Nie sposób przy tym kwestionować stanowiska świadków, w świetle ogólnej wiedzy o przebiegu choroby nowotworowej, płynącej z mediów, że liczba pacjentów chorych na nowotwory złośliwe co roku rośnie, a to powoduje trudność w oszacowaniu limitów świadczeń, natomiast każdy taki pacjent wymaga pilnego leczenia. Jeżeli takiemu pacjentowi nie włączy się odpowiedniego leczenia natychmiast, to za dwa tygodnie może on mieć przerzuty do innych narządów, a pominięcie dawki zawsze jest związane z obniżeniem skuteczności leczenia, zatem tempo leczenia musi być zachowane (vide: zeznania M. W., k- 184, sekwencja czasowa 00:30:48, zeznania B. Ż. k- 184, sekwencja czasowa 00:38:26, zeznania J. T. k- 185, sekwencja czasowa 00:53:23, opinia k- 28). Jeżeli te twierdzenia zestawia się z danymi statystycznymi, z których wynika, że nowotwory złośliwe stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce, to oczywistym pozostaje, że zwłoka w leczeniu nowotworów złośliwych jest więc niedopuszczalna.

Podkreślenia wymaga, że świadczenia zdrowotne udzielone przez powoda ponad limit mogą i muszą co do zasady być finansowane ze środków publicznych. 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 NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługuje roszczenie o wynagrodzenie za wykonanie ponadlimitowych świadczeń w stanie nagłym w wysokości uzasadnionych kosztów ich udzielenia.

Oczywiście zgodzić należy się z twierdzeniem, że nie każde świadczenie zdrowotne udzielane w warunkach art. 15 ustawy o działalności leczniczej powinno być opłacane ponad ustalony w umowie limit finansowania, gdyż

podważałoby to sens przeznaczenia określonych środków w ramach umowy na finansowanie właśnie takich świadczeń. Do wyczerpania maksymalnego limitu finansowania świadczeń określonego w umowie, wydatki na świadczenia ratujące życie i zdrowie pacjenta nie podlegają odrębnemu finansowaniu. Dopiero w razie każdorazowego wyczerpania kwoty określonej w umowie, świadczenia wykonane w ramach przymusu ustawowego powinny być finansowane przez NFZ ponad określony w umowie limit.

Z przepisu art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej.

Należy pamiętać, że zapewnienie obywatelom prawa do ochrony zdrowia oraz dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest obowiązkiem konstytucyjnym. Nie sposób przy tym na świadczeniodawcę przerzucać obowiązku finansowania tych świadczeń, mających charakter ratujących życie i zdrowie pacjenta na zakłady opieki zdrowotnej, bowiem to do obowiązków państwa należy stworzenie systemu opieki zdrowotnej działającego według określonych standardów.

W uchwale z dnia 19 marca 2019r. , w sprawie III CZP (...) Sąd Najwyższy wyraził pogląd, z którym Sąd Apelacyjny w pełni się zgadza, że do ustalania wysokości wynagrodzenia należnego świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielenie 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 (jedn. tekst: Dz.U. z 2018 r., poz. 1510 ze zm.). W takim wypadku wynagrodzenie ustala się w wysokości świadczenia uzyskiwanego na podstawie umowy. W uzasadnieniu uchwały Sąd Najwyższy wskazał, że w regulacjach prawnych dotyczących podmiotów działających na rynku usług zdrowotnych, tj. w art. 7 ustawy o z.o.z., a następnie w art. 15 ustawy o d.l., ustawodawca sformułował nakaz udzielenia ("nie może odmówić") świadczenia zdrowotnego (świadczenia opieki zdrowotnej) osobie, która takiego świadczenia potrzebuje natychmiast ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. W art. 19 ust. 1 ustawy o ś.o.z. ustawodawca użył innej terminologii, gdyż stwierdził, że w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Definicja pojęcia "stan nagły" w art. 5 pkt 33 ustawy o ś.o.z. została skonstruowana przez odwołanie się do mającego ten stan określać art. 3 pkt 8 ustawy z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195 z późn. zm. - dalej: "ustawa o PRM"), z którego wynika, że stan taki to stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, czyli 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. Należy przyjąć, że stan nagły w rozumieniu art. 19 ust. 1 ustawy o ś.o.z. odpowiada stanowi, w którym aktualizuje się nałożony przez art. 7 ustawy o z.o.z., a następnie w art. 15 ustawy o d.l., obowiązek spełnienia na rzecz pacjenta świadczenia zdrowotnego.

Adresatami obowiązku sformułowanego w art. 15 ustawy o d.l. są "podmioty lecznicze", a wynikającego z art. 19 ustawy o ś.o.z. - "świadczeniodawcy", przy czym według definicji ustalonej w art. 5 pkt 41 ustawy o ś.o.z. warunkiem zaliczenia do tej kategorii nie jest zawarcie z Narodowym (...) umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lecz korzystanie ze statusu podmiotu wykonującego działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, ze statusu osoby fizycznej, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej, albo ze statusu osoby realizującej czynności z zakresu zaopatrzenia medycznego. Konieczność tak szerokiego rozumienia pojęcia "świadczeniodawca" na gruncie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych potwierdza art. 19 ust. 2 tej ustawy, w którym ustawodawca użył go z dookreśleniem, "który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej", co oznacza, że w każdym przypadku, gdy funkcjonuje ono bez tego dookreślenia, odnosi się do wszystkich kategorii podmiotów, o jakich mowa w art. 5 pkt 41 ustawy o ś.o.z. Z obowiązkiem udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłych koresponduje ustanowione dla pacjenta w art. 7 ust. 1 ustawy o p.p. uprawnienie

do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. O tej samej kategorii świadczeń, udzielanych z tych samych przyczyn, stanowi też art. 33 ust. 1 i 2 ustawy o PRM.

Zachowaniem nakazanym świadczeniodawcy ustawą w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta jest spełnienie "świadczenia zdrowotnego" (art. 15 ustawy o d.l.) i "świadczenia opieki zdrowotnej" (art. 19 ustawy o ś.o.z.), nie zaś tylko doraźna pomoc w celu zapobieżenia utracie życia, podtrzymania jego funkcji albo usunięcia niebezpieczeństwa nagłego pogorszenia zdrowia. Działania, o których mowa w art. 19 ust. 1 i 2 ustawy o ś.o.z. i w art. 15 ustawy o d.l. (dawniej art. 7 ustawy o z.o.z.), nie odbiegają charakterem od tych, które świadczone są na rzecz pacjentów na podstawie umów, a do spełnienia tego obowiązku nie może dojść inaczej niż przy zaangażowaniu zasobów osobowych i rzeczowych świadczeniodawcy w takim samym stopniu, w jakim te zasoby zostałyby zaangażowane w wykonywanie świadczeń zdrowotnych czy świadczeń opieki zdrowotnej w stanie nagłym na podstawie umów z Narodowym (...). Potwierdzeniem takiego rozumienia zakresu obowiązku świadczenia wobec pacjenta w sytuacji nagłej jest art. 35 ustawy o ś.o.z.

Świadczeniodawca związany z Narodowym (...) umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które ze względu na ich charakterystykę wymagają podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia, spełnia te świadczenia na rzecz beneficjentów systemu opieki zdrowotnej jako świadczenia im należne w związku z łączącą go z Narodowym (...) umową, nawet wówczas, gdyby działał już po wyczerpaniu oznaczonej w umowie liczby świadczeń, które na rzecz beneficjentów systemu miał spełnić w okresie rozliczeniowym (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 15 grudnia 2005 r., II CSK (...), z dnia 13 lipca 2005 r., I CK 18/05, OSP 2006, Nr 6, poz. 70, z dnia 8 sierpnia 2007 r., I CSK 125/07, OSP 2008, nr 7-8, poz. 72, z dnia 5 listopada 2003 r., IV CK (...), nie publ., z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK (...), nie publ., z dnia 14 lipca 2006 r., II CSK (...), nie publ., z dnia 25 maja 2006 r., II CSK (...), nie publ., z dnia 12 marca 2009 r., V CSK (...), nie publ., z 14 lutego 2008 r., II CSK (...), nie publ., z dnia 10 stycznia 2014 r., I CSK (...), nie publ.). Do takiego wniosku prowadzi uwzględnienie w ramach opisu treści praw i obowiązków stron umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej także art. 56 i 354 k.c., a zatem społeczno-gospodarczego celu nawiązania stosunku prawnego między Narodowym (...) a świadczeniodawcą, oraz gwarancji, jakie z tego stosunku prawnego mają wynikać dla beneficjentów systemu opieki zdrowotnej w świetle Konstytucji i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych. Ustalenie ustawowego obowiązku spełniania na rzecz beneficjentów systemu świadczeń ratujących życie lub zdrowie w sytuacjach nagłych w orzecznictwie zostało nawet użyte w charakterze argumentu przemawiającego za nieważnością umownego zastrzeżenia limitu świadczeń tego rodzaju możliwych do wykonania przez konkretnego świadczeniodawcę, chyba że strony umowy określiły niezbędne przedsięwzięcia organizacyjne, zapewniające udzielenie tych świadczeń potrzebującym (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 lipca 2005 r., I CK (...)).

Wprawdzie każdy jest obowiązany do ponoszenia ciężarów i świadczeń publicznych oznaczonych w ustawie (art. 84 Konstytucji), ale w związku z oparciem ustroju na zasadzie społecznej gospodarki rynkowej, wolności działalności gospodarczej, własności prywatnej oraz solidarności (art. 20 i 22 Konstytucji), a ponadto zadeklarowaniem przez ustrojodawcę ochrony własności oraz innych praw majątkowych (art. 21 i 64 ust. 1 Konstytucji), nie można przyjąć, żeby ustawodawca mógł nałożyć w szczególności na przedsiębiorców oraz na inne podmioty pokrywające koszty działalności z uzyskiwanych przychodów, obowiązek spełniania na rzecz innych osób świadczeń, za które nie uzyskują wynagrodzenia bezpośrednio od beneficjenta albo od innego podmiotu, który z różnych powodów powinien uczestniczyć w ich sfinansowaniu. Należy to odnieść także do świadczeń opieki zdrowotnej mających na celu uratowanie życia lub zdrowia pacjenta, których obowiązek spełnienia przez świadczeniodawców, spośród których większość ma status przedsiębiorców, przewidział ustawodawca w art. 19 ust. 1 i 2 ustawy o ś.o.z. i w art. 15 ustawy o d.l. Standardy konstytucyjne wymagają, żeby w zapłatę wynagrodzenia za świadczenia udzielone w powyższych sytuacjach zaangażowane zostały środki publiczne, gdyż na świadczeniodawcę nie może być przerzucone całe ryzyko gospodarcze wiążące się z wypełnianiem obowiązku ustawowego. Beneficjenci świadczeń co do zasady uczestniczą w pokrywaniu ich kosztów przez opłacanie składek, jednak świadczenia, które mogą uzyskać z systemu nie są prostą konsekwencją ich wysokości. Świadczeniodawcy co do zasady weryfikują status osoby, której mają udzielić świadczeń, jako ubezpieczonej, ale w sytuacjach, o jakich mowa w art. 19 ust. 1 ustawy o ś.o.z. i art. 15 ustawy o d.l., status ten

nie ma znaczenia z punktu widzenia obowiązku udzielenia świadczenia, ze względu na rodzaj dobra chronionego przez ustawodawcę. W sfinansowanie tych świadczeń muszą być zaangażowane finanse publiczne, w tym także nie pochodzące ze składek, a osobnym problemem jest określenie mechanizmów dochodzenia zwrotu wydatków uczynionych ze środków publicznych na rzecz osoby nieuczestniczącej w systemie ubezpieczeń, a poniesionych na udzielenie jej świadczenia ratującego życie lub zdrowie w sytuacji nagłej (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2007 r., I CSK 125/07).

Z szeroko przytoczonego uzasadnienia uchwały Sądu Najwyższego wynika, że w przypadku świadczeniodawcy, który zawarł umowę z Narodowym (...), po wyczerpaniu limitu przyznanych umową świadczeń, Fundusz zobowiązany jest do pokrycia tych, które przekroczyły limit, a były udzielane w warunkach nagłych, ratujących życie i zdrowie. Istotnym zatem była ocena, czy powodowy świadczeniodawca mógł zaprzestać udzielania pomocy medycznej pacjentom, którym udzielono świadczeń objętych żądaniem pozwu. W tym zakresie należy odwołać się do regulujących tę kwestię przepisów. Według art. 7 nieobowiązującej obecnie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wynikało, że zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Obecnie identycznie kwestię tę reguluje art. 15 ustawy o działalności leczniczej. Tej oceny nie sposób dokonać również w oderwaniu od definicji stanu nagłego, wynikającej z art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, z późn. zm.), a do której to definicji wprost odwołuje się przepis art. 5 ust. 33 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z tą definicją stan nagłego zagrożenia zdrowotnego to 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.

Należy zgodzić się z poglądem, że pojęcia zawarte zarówno w art. 7 u.z.o.z., art. 30 u.z.l., jak i art. 19 u.ś.o.z. w zasadzie dotyczą tych samych sytuacji. W przepisach tych chodzi o takie przypadki, w których zachodzi niemożność odłożenia (przesunięcia) w czasie pomocy lekarskiej mogącej - według wiedzy i doświadczenia medycznego - zapobiec powstaniu u pacjenta niekorzystnych skutków dla jego życia i zdrowia. Równocześnie istnieje jednakże istotna różnica między definicjami stanu nagłego i przypadku niecierpiącego zwłoki (art. 30 u.z.l.) - polega ona na zakresie niekorzystnych skutków dla życia i zdrowia pacjenta, którym ma zapobiec podejmowana w ich trakcie pomoc lekarska. O ile w sytuacji przypadku niecierpiącego zwłoki pomoc lekarska ma zapobiec nie tylko ciężkim, ale i lekkim niekorzystnym skutkom dla życia i zdrowia, o tyle w sytuacji stanu nagłego ma ona zapobiec już tylko ciężkim (poważnym) niekorzystnym skutkom. W konsekwencji w pojęciu stanu nagłego mieściłby się wyłącznie ciężki przypadek niecierpiący zwłoki, a poza jego zakresem pozostawałby lekki przypadek niecierpiący zwłoki. Przesłanki opisane w art. 7 u.z.o.z. (obecnie art. 15 u.d.l.) w zasadzie odpowiadają definicji stanu nagłego (a właściwie stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego) zawartej w art. 5 pkt 33 u.ś.o.z. w związku z art. 3 pkt 8 ustawy o PRM, a tym samym należy uznać, że w takich sytuacjach zastosowanie będzie miał również art. 19 u.ś.o.z. w odniesieniu do osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej. Podmiot leczniczy, odmawiając udzielenia świadczeń zdrowotnych pacjentowi w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia, powodując tym samym poniesienie przez pacjenta szkody, naraża się na odpowiedzialność cywilną, natomiast jego pracownicy - na odpowiedzialność karną (tak: Agnieszka Pietraszewska-Macheta w Komentarzu do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

W kontekście powyższych rozważań Sąd Apelacyjny uznał również za niezasadne zarzuty naruszenia prawa materialnego. W ocenie Sądu Apelacyjnego powód nie mógł odmówić świadczenia opieki medycznej żądanemu z pacjentów, którym udzielono świadczeń ponad limit umowy. Świadczenia, które były objęte żądaniem pozwu spełniały przesłankę przypadku nagłego, skoro bez konsekwencji dla ciężkich (poważnych) niekorzystnych skutków w życiu lub zdrowiu pacjentów, rozpoczętego leczenia nie można było przerwać odłożyć w czasie, choćby na krótko. Natomiast podstawą ustalenia wysokości należnego powodowi wynagrodzenia za świadczenia wykonane ponad limit były postanowienia umowy, a nie przepis art. 19 ust. 4 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Reasumując powyższe rozważania Sąd Apelacyjny, na mocy art. 385 k.p.c. oddalił apelację pozwanej jako niezasadną.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Apelacyjny orzekł na mocy art. 98 §§ 1 i 3 k.p.c. zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik postępowania, przy uwzględnieniu § 2 pkt 9 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych.

Sąd Apelacyjny nie znalazł podstaw do zastosowania do rozstrzygnięcia o kosztach postępowania przepisu art. 102 k.p.c. Przepis ten stanowi wyjątek w stosunku do zasady odpowiedzialności za wynik postępowania przy orzekaniu o kosztach procesu. Jest to norma o charakterze wyjątkowym, nakazująca uwzględnianie jedynie szczególnie uzasadnionych wypadków i należy do dyskrejonalnego uprawnienia sądu. Zarówno w doktrynie jak i w orzecznictwie za ugruntowany należy uznać pogląd, że sama trudna sytuacja finansowa strony nie uprawnia do uznania danego przypadku za szczególnie uzasadniony. Niezbędnym jest współistnienie jednocześnie innej jeszcze przyczyny wyczerpującej dyspozycję normy art. 102 k.p.c. Takiej przyczyny Sąd Apelacyjny nie dopatrył się w przedmiotowej sprawie. Z treści wymiany korespondencji pomiędzy stronami na etapie poprzedzającym wniesienie pozwu wynikało, że pozwany nie kwestionował roszczenia stanowiącego istotę niniejszego sporu zarówno co do zasady jak i co do wysokości. Wskazywał jedynie, że brak zapłaty wynika z braku środków na pokrycie tego zadłużenia. Stanowisko to uległo radykalnej zmianie w toku postępowania sądowego. Pozwany przed Sądem I instancji kwestionował roszczenie co do zasady, a na rozprawie apelacyjnej zakwestionował je również co do wysokości. Ponadto pierwotnie domagał się oddalenia złożonego w pozwie wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego, natomiast w apelacji, jeden z zarzutów odnosił się do uchybień procesowych jakich dopuścić się miał Sąd Okręgowy właśnie na skutek oddalenia wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego. Tego rodzaju postawa procesowa nie mogła w ocenie Sądu Apelacyjnego uzasadniać zastosowania do rozstrzygnięcia o kosztach postępowania odwoławczego przepisu art. 102 k.p.c.