

Sygn. akt I ACa 1366/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 marca 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący : SSA Hanna Rojewska

Sędziowie : SA Lilla Mateuszczyk

SA Joanna Walentkiewicz – Witkowska (spr .)

Protokolant: stażysta Iga Kowalska

po rozpoznaniu w dniu 17 marca 2016 r. w Łodzi na rozprawie

sprawy z powództwa **A. M.**

przeciwko **Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. Oddziałowi Wojewódzkiemu w Ł.**

o zapłatę

na skutek apelacji strony pozwanej

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 12 czerwca 2015 r. sygn. akt I C 38/14

I. zmienia zaskarżony w yrok w punktach 1 i 2 sentencji w ten tylko sposób, że zasądzoną w punkcie 1 kwotę 84. 179, 76 złotych obniża do kwoty 81.156,68 (osiemdziesiąt jeden tysięcy sto pięćdziesiąt sześć i 68/100) złotych, a koszty procesu w kwocie 8.308,36 złotych obniża do kwoty 7.910,84 (siedem tysięcy dziewięćset dziesięć i 84/100) złotych;

II. oddala apelację w pozostałej części;

III. zasądza od Narodowe go Fundusz u (...) w W. Oddział u Wojewódzkiego w Ł. na rzecz A. M. kwotę 2.700 (dwa tysiące siedemset) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Sygn. akt I ACa 1366/15

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z 12 czerwca 2015 r., wydanym w sprawie z powództwa A. M. przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. Oddziałowi Wojewódzkiemu o zapłatę (sygn. akt I C 38/14), Sąd Okręgowy w Łodzi zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 84.179,76 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 11 stycznia 2014 r. do dnia zapłaty oraz kwotę 8.308,36 zł tytułem kosztów procesu, oddalając powództwo w pozostałym zakresie.

(wyrok Sądu Okręgowego – k. 551)

Rozstrzygnięcie Sądu Okręgowego zostało oparte na następujących ustaleniach i rozważaniach:

Powód A. M., prowadzący działalność gospodarczą pod nazwą (...) Centrum Medyczne w Ł. przy ulicy (...), zawarł ze stroną pozwaną w dniu 10-go stycznia 2012 roku umowę, przedmiotem której było udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego, dotyczącego w szczególności świadczeń z zakresu chirurgii. Odnosnie do warunków finansowania świadczeń w § 4 ust. 1 umowy zastrzeżono, że kwota zobowiązania oddziału NFZ wobec świadczeniodawcy - powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od 1-go stycznia 2012 roku do 31-go grudnia 2012 roku wynosi maksymalnie 2.808.000 złotych.

W dniu 31 grudnia 2012 r. strony zawarły aneks do powyższej umowy, mocą którego podwyższono kwotę maksymalnych świadczeń do kwoty 2.850.915,60 zł. W tym samym dniu strony oraz (...) sp. z o.o. w Ł. zawarły porozumienie w sprawie przejęcia praw i obowiązków ze wspomnianej wcześniej umowy numer (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego. Mocą zawartego porozumienia, umowne uprawnienia i obowiązki A. M. wobec NFZ przeszły na (...) sp. z o.o. w Ł.. W § 4 porozumienia zastrzeżono, że pozwany zapłaci za świadczenia opieki zdrowotnej zrealizowane na podstawie przejmowanej umowy w okresie od dnia 1-go stycznia 2012 roku do dnia 31-go grudnia 2012 roku, za które jeszcze nie nastąpiła zapłata, jednak nie więcej niż wynika to z poszczególnych zakresów świadczeń określonych w umowie przejmowanej za ten okres na rzecz przekazującego zgodnie z ogólnymi warunkami umów. Rozliczenie wykonania umowy przejmowanej za okres od dnia przejęcia miało nastąpić najpóźniej do 14 lutego 2013 r., a zapłacona wówczas kwota miała wyczerpać wszelkie roszczenia przekazującego z tytułu wykonania umowy przejmowanej, jak i mogące powstać w przyszłości oraz stanowić ostateczną kwotę należności Oddziału Funduszu w stosunku do przekazującego.

Sąd pierwszej instancji ustalił również, że w trakcie wykonywania umowy przez powoda w 2012 roku, ponad warunki określone w umowie i wskazany w niej limit świadczeń, powód udzielił świadczeń medycznych 57 pacjentom, wymagającym nagłej pomocy z uwagi na zagrożenie życia bądź też zdrowia za ogólną kwotę 82.891 zł. Jedyne stan zdrowia pacjentki J. R. okazał się na tyle dobry, że nie mógł zostać zakwalifikowany, jako wymagający nagłej pomocy medycznej, ratującej życie lub zdrowie. Powyższe przypadki udzielenia pomocy medycznej dotyczyły przede wszystkim bólu głowy, brzucha, urazów głowy, a także nietrzeźwych pacjentów przywiezionych przez (...).

Placówka medyczna, którą w roku 2012 w zakresie chirurgii kierował powód A. M. nie posiadała izby przyjęć, to jest miejsca, które mogłyby udzielać opieki ambulatoryjnej pacjentom bez hospitalizacji.

Sąd a quo ustalił także, że w przypadku urazów chirurgicznych bardzo ważny jest tak zwany „złoty czas” dla rany, a więc szybkość udzielenia pomocy, która powoduje, że w przypadku natychmiastowego zaopatrzenia pacjent ma bardzo duże szanse na wyzdrowienie bez powikłań, a zatem też mniejsze generowanie kosztów późniejszego leczenia, aniżeli zwlekanie z tym zaopatrzeniem, pomijając już możliwość wykrwawienia się i w konsekwencji szybkiego zgonu. Z tego względu, pacjenci z ranami wymagają szczegółowej obserwacji na oddziale chirurgicznym dla pewności, że nic nie zagraża ich życiu i zdrowiu.

Za wykonane świadczenia medyczne pozwany Oddział (...) dokonywał okresowej zapłaty na podstawie comiesięcznych sprawozdań. Pozwany rezerwował około 20 procent comiesięcznych świadczeń na zdarzenia nagłe, natomiast pozostałą część przeznaczal na świadczenia planowe. Jednakże, od października do końca każdego roku, z uwagi na ilość świadczeniodawców usług w zakresie chirurgii w dzielnicy B., w której działa powód, nastąpił istotny wzrost potrzeb udzielania świadczeń w trybie nagłym, powodując dwukrotny wzrost ilości pacjentów przyjmowanych w tym trybie. Strona powodowa informowała o tych okolicznościach stronę pozwaną oraz o problemach związanych z koniecznością zapewnienia opieki medycznej także w sytuacjach, w których nie była w stanie tego uczynić z uwagi na brak wolnych miejsc szpitalnych.

W związku z udzieleniem przez placówkę A. M. w roku 2012 świadczeń medycznych w trybie nagłym ponad umówiony limit, powód w dniu 13 lutego 2013 r. wystawił fakturę VAT, określając datę sprzedaży na 31 grudnia 2012 roku i wskazując termin płatności na dzień 27 lutego 2013 roku. Powód wystawił kolejną, korygującą fakturę w dniu 14 listopada 2013 r., obejmującą 83.758,88 zł należności głównej, z terminem płatności na dzień 27 listopada 2013 r. Wraz ze wzmiankowaną fakturą, powód przesłał oddziałowi NFZ wezwanie do zapłaty tej kwoty. Do wezwania

powód załączył dokumentację ilustrującą ilość świadczeń udzielonych pacjentom ponad umówiony limit, wskazanie zastosowanych procedur, nazwisk tych pacjentów oraz trybu udzielenia świadczeń.

W odpowiedzi na powyższe wezwanie, pismem z dnia 28 listopada 2013 roku strona pozwana odmówiła zapłaty, powołując się na zawarte porozumienie. Dodatkowo podniosła, że skoro podstawą roszczenia jest artykuł 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, to prawo do otrzymania wskazanego w tym przepisie wynagrodzenia uzależnione jest od wykazania, że była potrzeba niezwłocznego udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej w stanach nagłych, a także wymaga dowiedzenia, że żądanie przez świadczeniodawcę wynagrodzenia mieści się w pojęciu uzasadnionych kosztów.

Sąd Okręgowy oparł zasadniczą część poczynionych ustaleń faktycznych na opinii biegłego z zakresu chirurgii M. G., który przedstawił opinię zarówno w formie pisemnej, jak i ustnej. Wspomniana opinia została oceniona, jako wszechstronna, rzetelna i fachowa.

W tak ustalonym stanie faktycznym sąd pierwszej instancji wywiódł, że podmiotem uprawnionym do żądania od Oddziału (...) należności za sporny okres był A. M., bo to on był podmiotem umowy o świadczenie usług medycznych w roku 2012.

Odnośnie do wykładni porozumienia, zawartego przez strony sąd a quo wskazał, że z brzmienia § 4 tego porozumienia wynika, że pozwany Fundusz zobowiązał się do zapłaty w określonym zakresie za świadczenia przewidziane w umowie za ten okres oraz że kwota zapłacona wyczerpuje wszelkie roszczenia przekazującego A. M. z tytułu wykonania umowy. Skoro świadczenia dochodzone pozwem są świadczeniami nieobjętymi umową, to należy uznać, że pomimo zawarcia tego porozumienia powód A. M. nie utracił uprawnienia do występowania o świadczenia ponad limit. Sąd Okręgowy skonstatował, że świadczenia ponadlimitowe nie zostały objęte umową oraz aneksami do niej. W konsekwencji skoro wysunięte w procesie roszczenie o zapłatę za świadczenia ponadlimitowe nie jest oparte na łączącej strony umowie, a więc nie stosuje się do niego również późniejszego porozumienia, mocą którego A. M. zrzekł się umownych roszczeń wobec (...) Oddziału (...).

Sąd Okręgowy odwołał się do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z art. 97 ust. 3 pkt 2 tej ustawy, do zadań Narodowego Funduszu Zdrowia należy przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie. Okolicznością bezsporną było to, że powód zawarł taką umowę ze stroną pozwaną o udzielanie świadczeń zdrowotnych w 2012 roku w zakresie leczenia szpitalnego, w szczególności chirurgii. Wobec braku szczegółowych wskazań ustawowych co do rozliczeń finansowych pomiędzy świadczeniodawcą, a Funduszem, powyższa kwestia powinna zostać rozstrzygnięta na podstawie łączącej strony umowy, z uwzględnieniem art. 56 k.c. oraz przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 7 ustawy o zoz-ach oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry.

Sąd pierwszej instancji zauważył, że w myśl art. 56 k.c., czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz także te, które wynikają z ustawy, zasad współżycia społecznego i ustalonych zwyczajów. Oznacza to, że treść umownego stosunku prawnego może być modyfikowana przez przepisy ustawowe. Do takich przepisów należy zaliczyć przede wszystkim art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, a obecnie art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Stosownie do przywołanego przepisu, zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Zgodnie natomiast z art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Jednocześnie, w myśl art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, 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. Przywołane przepisy nie mogą być także wykładane w oderwaniu od art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, przyznającego

każdemu obywatelowi prawo do równego dostępu w granicach określonych ustawami do świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Sąd Okręgowy podzielił wyrażany w judykaturze pogląd, że świadczeniodawcy przysługuje wobec Narodowego Funduszu Zdrowia roszczenie o wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe spełnione na rzecz osób ubezpieczonych w okolicznościach, w których było zagrożone zdrowie lub życie innych osób. Sąd zaakcentował, że regulacje ustawowe nakładają na zakłady opieki zdrowotnej oraz zatrudnionych w nich lekarzy obowiązek udzielenia pacjentowi świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia albo zdrowia. Z tego faktu Sąd wywiódł, że koszty świadczeń udzielanych ubezpieczonym w ramach przymusu ustawowego, należy zgodnie z art. 56 k.c. włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między Narodowym Funduszem Zdrowia, a świadczeniodawcą i obciążyć nimi Fundusz zarządzający środkami publicznymi, z których powinny być one pokryte. Określone w umowach limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą bowiem sytuacji, w których istnieje konieczność natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia. Skoro istnieje obowiązek ustawy udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, a obowiązek finansowania udzielanych ubezpieczonym przez zakłady opieki zdrowotnej świadczeń spoczywa na Funduszu, to należy uznać, że zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje przeciwko NFZ roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie, jeśli tylko wykaże, że nastąpiło to w warunkach określonych w art. 15 ustawy o działalności leczniczej (dawniej art. 7 ustawy o zoz-ach). Co więcej, obowiązku pokrycia przez Fundusz kosztów świadczeń udzielonych ponad limit nie można na zasadzie swobody kontraktowej wyłączyć w umowie zawartej pomiędzy NFZ, a świadczeniodawcą.

Odnosząc się bezpośrednio do żądanych pozewem kwot, Sąd pierwszej instancji uznał za zasadne roszczenie powoda do kwoty 82.880,91 zł, to jest z wyłączeniem należności za leczenie pacjentki J. R.. W ocenie sądu, dochodzone pozewem kwoty wynagrodzenia za świadczenia ponadlimitowe w roku 2012 dotyczą opieki medycznej udzielonej w trybie nagłym, a więc uzasadniającym żądanie pokrycia kosztów leczenia przez NFZ.

W zakresie żądania zapłaty skapitalizowanych odsetek, sąd uznał za zasadne przyznanie kwoty 1.298,85 zł (tj. za okres od 28 listopada 2013 r. do 10 stycznia 2014 r.), która zsumowana z uwzględnioną kwotą należności głównej (82.880,91 zł) dała ostatecznie zasądzoną od pozwanego na rzecz powoda kwotę 84.179,76 zł. W pozostałej części powództwo, jako niezasadne zostało oddalone.

O kosztach procesu Sąd pierwszej instancji rozstrzygnął przyjmując, że A. M. ostał się ze zgłoszonym roszczeniem w 90-ciu procentach, co uzasadniało zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda tytułem kosztów procesu kwotę 8.308,36 zł.

(płyta z zapisem ustnego uzasadnienia wyroku w aktach; transkrypcja uzasadnienia – k. 552-555odwrot)

Apelacją z dnia 22 lipca 2015 r. powyższy wyrok został zaskarżony przez pozwanego (...) Oddział (...) w zakresie punktu 1., to jest w części zasądzającej od pozwanego na rzecz powoda kwotę 84.179,76 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 11 stycznia 2014 r. do dnia zapłaty oraz koszty procesu. W stosunku do zaskarżonego judykatu apelujący sformułował zarzuty dotyczące naruszenia następujących przepisów:

1) art. 6 k.c. w zw. z art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przez jego niezastosowanie i w wyniku tego przyjęcie, że powód udowodnił w procesie, że z tytułu wykonywania świadczeń, w stanach nagłych w rozumieniu ustawy z dnia 8.09.2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym, należy mu się wynagrodzenie w zasądzonej kwocie, chociaż powód nie przedstawił dowodów potwierdzających poniesienie kosztów w tej wysokości, ani że świadczenia te zostały udzielone w niezbędnym zakresie, choć ciężar takiego dowodu obciążał powoda;

2) art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz art. 132 ust. 1 oraz art. 136 tej ustawy, w związku z art. 56 k.c. poprzez przyjęcie, że umowa stron, która określa m.in. rodzaj i zakres udzielanych świadczeń, zasady rozliczeń pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia, a świadczeniodawcą oraz maksymalną kwotę zobowiązania, jest podstawą do ustalenia wynagrodzenia powoda także za świadczenia opieki

zdrowotnej nie objęte tą umową, w każdym przypadku, gdy o celowości udzielenia świadczenia zadecyduje sam powód, bez konieczności ustalania uzasadnionych kosztów każdej hospitalizacji;

3) art. 15 o działalności leczniczej, art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry w zw. z art. 56 k.c. w zw. z art. 5 ust. 33, art. 19 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i art. 3 pkt 8 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym poprzez ich niewłaściwe zastosowanie i w konsekwencji błędne przyjęcie, że świadczenia zostały wykonane w warunkach przymusu ustawowego, w dochodzonej wysokości i tym samym uzasadnionym jest żądanie zwrotu kosztów ich udzielenia w ramach umowy zawartej z Oddziałem;

4) art. 65 k.c. w zw. z art. 917 k.c. w zw. art. 155 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, polegające na błędnym ustaleniu, że dochodzone wynagrodzenie za świadczenia nie jest związane z umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jaka łączyła strony postępowania w 2012 r. (leczenie szpitalne) i nie jest objęte zrzeczeniem się wszelkich roszczeń, w tym mogących powstać w przyszłości, zawartym w Porozumieniu stron z dnia 31.12.2012 r. oraz na błędnym ustaleniu, że ostateczne rozliczenie się stron związanych z umową o udzielanie świadczeń na 2012 r. nie obejmowało także świadczeń wykonanych ponad limit, wynikający z tej umowy, co w konsekwencji doprowadziło do błędnego ustalenia, że powód ma legitymację procesową czynną;

5) art. 6 k.c. w zw. z art. 233 kpc i art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, poprzez błędne przyjęcie, iż pacjenci wskazani przez powoda bez numerów PESEL (tj. A. D., R. Z., R. M.) są osobami uprawnionymi do korzystania ze świadczeń opieki, finansowanych ze środków publicznych, a w konsekwencji że pozwany jest zobowiązany do zapłaty powodowi za świadczenia udzielone tym osobom na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Ponadto, wyrokowi sądu pierwszej instancji skarżący zarzucił błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę rozstrzygnięcia, wskutek naruszenia przepisów postępowania, które mogło mieć wpływ na wynik sprawy, tj. art. 233 § 1 k.p.c. i 232 k.p.c., art. 227 k.p.c. poprzez uznanie że:

a) tylko świadczenie udzielone J. R. nie jest świadczeniem udzielonym w trybie nagłym, pomimo że z pisemnej i uzupełniającej opinii biegłego sądowego wynika, że świadczenie udzielone pacjentce S. G. także nie jest świadczeniem udzielonym w stanie nagłym, a pacjentka nie wymagała hospitalizacji;

b) uznanie, że świadczeniami nagłymi, za które powodowi należy się wynagrodzenie są także przypadki pilne, których biegły nie zakwalifikował jako takie tj. świadczenia udzielone: E. K., R. U. R. K., R. J. (1), P. F. K. M., M. F., S. T., W. P., A. S., B. P., K. T., E. W., E. T. (1);

c) uznanie za świadczenia nagłe podanie preparatów krwinek czerwonych lub osocza u pacjentów: L. R., Ł. D., R. J. (2), S. H. (1) (właściwie S. H. (2)), J. M., T. E. - w sytuacji braku jakiegokolwiek dowodu na okoliczność zastosowania tego preparatu lub osocza u tych pacjentów oraz braku opinii biegłego, co do ich zastosowania u tych pacjentów, a co za tym idzie ich „nagłości”;

d) uznanie, że powodowi za dochodzone świadczenia należy się wynagrodzenie w wysokości wskazanej w pozwie, w sytuacji kwestionowania wysokości tego wynagrodzenia przez pozwanego i braku dowodu na okoliczność wysokości wynagrodzenia za poszczególne świadczenia w kwocie wynikającej z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Apelujący zarzucił także sądowi pierwszej instancji przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów, brak rozważenia całokształtu materiału dowodowego i uznanie sprawy za dostatecznie wyjaśnioną, tj. naruszenie art. 233§1k.p.c., art. 227k.p.c., art. 232 k.p.c. poprzez:

a) danie wiary, że świadczenia dochodzone przez powoda są świadczeniami wykonanymi ponad limit przewidziany w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne na 2012 r. zarówno co do kwoty, jak i co do liczby świadczeń;

b) danie wiary nieudowodnionym przez powoda twierdzeniom, że świadczeniami nagłymi są podanie preparatów krwinek czerwonych i osocza u pacjentów: L. R., Ł. D., R. J. (2), S. H. (1), J. M., T. E. oraz braku opinii biegłego co do ich zastosowania u tych pacjentów, a co za tym idzie braku dowodu na okoliczność ich nagłego charakteru;

c) danie wiary nieudowodnionym przez powoda twierdzeniom, że świadczeniami nagłymi są podanie preparatów krwinek czerwonych i osocza u pacjentów: L. R., Ł. D., R. J. (2), S. H. (1) (a powinno być S. H.), J. M., T. E. w sytuacji braku ich sprawozdania do systemu informatycznego (...) wbrew obowiązkom umownym Powoda wynikającego z § 23 ust. 7 Ogólnych Warunków Umów (OWU) w zw. z §17 ust.2 i §1 pkt 11 OWU;

d) danie wiary nieudowodnionym przez powoda twierdzeniom, że za dochodzone świadczenia należy się wynagrodzenie w wysokości wskazanej w pozwie w sytuacji kwestionowania wysokości tego wynagrodzenia przez pozwanego i braku dowodu na okoliczność wysokości wynagrodzenia za poszczególne świadczenia w kwocie wynikającej z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

e) uznanie za wiarygodną, pełną opinię biegłego sądowego opartą jedynie na fragmentach dokumentacji medycznej, głównie kartach informacyjnych, co przyznał sam biegły na rozprawie w dniu 11.06.2015 r. stwierdzając, iż „opinia jest bardzo ogólnikowa, bo dokumentacja medyczna jest bardzo lakoniczna opiera się na kartach informacyjnych”, co skutkuje błędnym ustaleniem nagłości świadczeń opieki zdrowotnej, dochodzonych przez powoda;

f) uznanie przez Sąd za świadczenia udzielone w trybie nagłym także świadczenia uznane przez biegłego, jako świadczenia pilne, co do których sam biegły w opinii wskazał, że nie zalicza ich do świadczeń nagłych ratujących życie lub zdrowie - zgodnie zakreśloną przez Sąd z tezą dowodową;

g) danie wiary nieudowodnionym twierdzeniom powoda, że należy mu się wynagrodzenie za świadczenia udzielone poza umową w wysokości ustalonej zgodnie z zasadami wyceny świadczeń określonymi w umowie;

h) danie wiary nieudowodnionym przez powoda twierdzeniom, że pacjenci R. M., A. D. i R. Z. są osobami uprawnionymi do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, a zatem że za świadczenia im udzielone powodowi należy się wynagrodzenie, pomimo że ciężar udowodnienia tej okoliczności spoczywał na powodzie;

Nadto, skarżący zarzucił naruszenie art. 328 § 2 k.p.c. poprzez jego niezastosowanie polegające na:

a) niewyjaśnieniu motywów rozstrzygnięcia w zakresie uznania za zasadną zasądzonej kwoty, mimo kwestionowania przez pozwanego nie tylko jej zasadności, ale także wysokości oraz nieuzasadnienie kwestii uznania, że świadczenia wykonane są ponad limit przewidziany w umowie;

b) niewyjaśnieniu motywów, dla których Sąd uznał świadczenia pilne niezakwalifikowane przez biegłego, jako nagłe do kategorii świadczeń nagłych;

c) niewyjaśnieniu motywów, dla których Sąd uznał iż pacjenci R. M., A. D. i R. Z. są osobami ubezpieczonymi.

Powołując się na opisane powyżej zarzuty, apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w punkcie 1. poprzez orzeczenie o oddaleniu powództwa w całości, ewentualnie o uchylenie wyroku w zakresie punktu 1. i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania sądowi pierwszej instancji. Ponadto, skarżący wystąpił o zasądzenie na swą rzecz od powoda kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych.

(apelacja – k. 566-573)

W odpowiedzi na apelację z dnia 28 września 2015 r. powód A. M. wniósł o jej oddalenie oraz o zasądzenie od pozwanego na swoją rzecz kosztów zastępstwa procesowego za drugą instancję.

(odpowiedź na apelację – k. 596-599)

Do chwili zamknięcia rozprawy apelacyjnej strony pozostały przy dotychczasowych, opisanych powyżej stanowiskach procesowych.

(protokół rozprawy z 17 marca 2016 r. – 00:02:04 – 00:11:42)

Sąd Apelacyjny dodatkowo ustalił, co następuje:

Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł z A. M. umowę o świadczenie usług medycznych w zakresie leczenia szpitalnego bez izby przyjęć, na której pacjenci mogliby uzyskiwać pomoc ambulatoryjną bez konieczności hospitalizacji.

(ustna uzupełniająca opinia biegłego z zakresu chirurgii na rozprawie z 11 czerwca 2015 r. – 00:39:25-00:39:40)

W sytuacji, gdy zespół pogotowia ratunkowego przywozi do szpitala pacjenta, placówka medyczna co do zasady nie ma możliwości odmowy udzielenia mu pomocy i musi się nim zająć w sposób adekwatny do jego schorzeń oraz dostępnych środków leczniczych.

(ustna uzupełniająca opinia biegłego z zakresu chirurgii na rozprawie z 11 czerwca 2015 r. – 00:11:12 – 00:11:30)

Lekarz dokonujący wstępnej diagnozy pacjenta, ze względu na wczesny etap rozpoznania i wiążący się z nim ograniczony zasób wiedzy o badanym, zobowiązany jest postępować w sposób zachowawczy i ostrożny. W pierwszej kolejności lekarz musi ocenić stan zagrożenia życia pacjenta.

(ustna uzupełniająca opinia biegłego z zakresu chirurgii na rozprawie z 11 czerwca 2015 r. – 00:13:20 – 00:15:10, k. 547odwrot)

Placówka medyczna należąca do powoda udzieliła świadczeń medycznych w trybie nagłym pacjentom przywiezionym przez pogotowie ratunkowe: A. D. (w dniu 26 kwietnia 2012 r), R. Z. (w dniu 11 września 2012 r.) oraz R. M. (w dniu 20 września 2012 r.). Wymienieni pacjenci znajdowali się w stanie upojenia alkoholowego, nie posiadali aktualnego ubezpieczenia zdrowotnego. Pracownik socjalny oraz zespoły pogotowia nie mogli ustalić danych tych pacjentów takich jak numery PESEL, niezbędnych do zgłoszenia pacjentów do ubezpieczenia zdrowotnego.

(zeznania E. T. (2) na rozprawie z 15 lipca 2014 r. – 00:42:34 – 00:45:03, k. 344; dokumentacja medyczna – k. 272-279)

Wszystkie świadczenia lecznicze, których udzielił powód 57-miu pacjentom wymienionym w pozwie, zostały wykonane zgodnie ze wskazaniami wiedzy lekarskiej oraz były medycznie uzasadnione.

(ustna uzupełniająca opinia biegłego z zakresu chirurgii na rozprawie z 11 czerwca 2015 r. – 00:31:40 – 00:32:25)

W okresie od października 2012 r. do końca grudnia 2012 r. szpital należący do powoda był jedyną placówką na terenie dawnej (...), świadczącą pomoc chirurgiczną.

(przesłuchanie powoda na rozprawie z 11 czerwca 2015 r. – 01:20:02 – 01:26:42; k. 548odwrot)

Sprawozdania z wykonanych usług leczniczych powód systematycznie wysyłał do pozwanego Funduszu za pośrednictwem systemu teleinformatycznego. Wykorzystane preparaty krwi i osocza, a także środki żywienia pozajelitowego były rozliczane oddzielnie. Na początku roku 2012 serwery komputerowe powoda nie przyjmowały procedur, dotyczących żywienia i preparatów krwiozastępczych, o czym A. M. informowała jego pracownica zajmująca się rozliczeniami z NFZ – E. T. (2). Stwierdzone wówczas nieprawidłowości polegały na tym, że placówka powoda wysyłała do NFZ sporządzone rozliczenia, nie otrzymując od pozwanego zarówno odpowiedzi, jak i zapłaty. Pracownicy powoda kontaktowali się wówczas z NFZ telefonicznie celem wyjaśnienia zaistniałej sytuacji. Powyższe procedury były ostatecznie rozliczane w drugim półroczu roku 2012.

(przesłuchanie powoda na rozprawie z 11 czerwca 2015 r. – 01:25:42 – 01:29:22)

W wystosowanej do powoda odpowiedzi na wezwanie do zapłaty kosztów leczenia pacjentów ponad umówiony limit, (...) oddział Narodowego Funduszu Zdrowia zajął w stosunku do wysuniętych roszczeń stanowisko merytoryczne, traktując żądane przez powoda kwoty, jako wynikające ze stosunku pozakontraktowego.

(odpowiedź na wezwanie do zapłaty – k. 128-129)

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja pozwanego okazała się częściowo zasadna i jako taka na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. skutkowałą częściową zmianą zaskarżonego wyroku.

Sąd Apelacyjny uznał za prawidłowe i przyjął za własne ustalenia sądu pierwszej instancji, z wyjątkami opisanymi w dalszej części uzasadnienia. Okoliczności sprawy wymagały jednak poczynienia przez sąd odwoławczy przedstawionych wcześniej, dodatkowych ustaleń.

Na przedpolu rozważań wymaga podkreślenia, że A. M. jest osobą legitymowaną czynnie do wystąpienia przeciwko pozwanemu oddziałowi NFZ o zapłatę należności, wynikającej z nadwykonań za rok 2012 r. Prawidłowa wykładnia § 4 ust. 1 i 3. porozumienia stron z dnia 31 grudnia 2012 r. musiała bowiem doprowadzić do konstatacji, że wspomnianym porozumieniem zostały objęte wyłącznie obciążające pozwanego należności wynikające z umowy o świadczenie usług leczniczych. Powyższy wniosek wynika już z literalnej wykładni postanowień umownych, która w stosunkach pomiędzy podmiotami profesjonalnymi ze względu na pewność obrotu powinna być brana pod uwagę w pierwszej kolejności (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 6 marca 2015 r. I ACa 867/14, wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z 30 stycznia 2013 r. I ACa 989/12). Ponadto, wbrew twierdzeniom apelującego, taki kierunek interpretacji koresponduje również z dyrektywą wynikającą z art. 65 § 2 k.c., nakazującą badać w umowach zgodny zamiar stron i cel umowy. Mocą wspomnianego porozumienia powód zakończył współpracę z NFZ, jako przedsiębiorca będący osobą fizyczną, kontynuując ją już, jako wspólnik spółki będącej następcą prawnym dotychczasowej placówki leczniczej. W ocenie sądu odwoławczego byłoby nielogiczne, aby racjonalny przedsiębiorca, kończąc współpracę z innym podmiotem zrzekał się znaczących należności pieniężnych bez świadczenia ekwiwalentnego. Podkreślić należy, że zawarte w porozumieniu zrzeczenie się roszczeń miało nastąpić w zamian za zapłatę przez Fundusz wszystkich świadczeń wykonanych w realizacji kontraktu, a więc świadczenia stron w tym zakresie miały być równomierne. W istocie postanowienie umowne o „wyczerpywaniu” kontraktowych roszczeń powoda względem pozwanego miało charakter porządkujący, stanowiący dla NFZ dodatkową gwarancję, że po uiszczeniu przez Fundusz wszystkich należności objętych umową A. M. nie będzie występował z tego tytułu z innymi roszczeniami, które, nawiasem mówiąc, w obliczu spłaty przez Fundusz wszystkich należności umownych i tak nie miałyby szans powodzenia. W tym kontekście należy wskazać, że zgoda powoda na „wyczerpanie” roszczeń umownych nie miała charakteru ustępstwa. Natomiast niczym nieuzasadnionym z ekonomicznego punktu widzenia ustępstwem na rzecz NFZ byłoby zrzeczenie się przez powoda opiewających na przeszło 80.000 zł roszczeń pozaumownych, a wynikających z wykonania ponadlimitowych świadczeń. Na tego rodzaju zastrzeżenie z pewnością nie wyraziłby zgody powód, działający przecież, jako rozsądny uczestnik obrotu. Rację ma zatem Sąd pierwszej instancji twierdząc, że porozumienie stron, mocą którego A. M. zrzekł się wszelkich roszczeń wynikających z kontraktu nie dotyczyło należności pozaumownych, wynikających z nadwykonań w roku 2012. Konsekwentnie, powód zachował roszczenie o zapłatę tych ostatnich należności i to on, a nie jego następcą prawnym w stosunkach z NFZ, jest legitymowany do wystąpienia z powództwem o zapłatę wynagrodzenia za nadwykonania zaistniałe w 2012 r.

Kolejną kwestią determinującą dalsze rozważania jest to, że wbrew zapatrywaniu skarżącego, Sąd Okręgowy nie dopuścił się przekroczenia granic swobodnej oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.) poprzez przyjęcie, że świadczenia dochodzone przez powoda były świadczeniami ponad limit. Powyższa okoliczność wynika bowiem z domniemania faktycznego (art. 231 k.p.c.), wywiedzionego z dokumentów wytworzonych w toku przedsądowej korespondencji stron. Przykładowo, w sporządzonej przez pozwanego odpowiedzi na wezwanie do zapłaty z dnia 28 listopada 2013

r. (k. 128-129), Fundusz ustosunkował się merytorycznie do żądanych przez powoda kwot z tytułu nadwykonań świadczeń medycznych. Narodowy Fundusz Zdrowia, jako wyspecjalizowana osoba prawna, powołana do zarządzania środkami publicznymi wydatkowanymi na cele ochrony zdrowia, niewątpliwie dysponuje odpowiednim zasobem kadrowym zdolnym do weryfikacji tego, czy udzielone przez powoda świadczenia medyczne zostały udzielone w ramach limitu czy też z jego przekroczeniem. Wydaje się, że w wypadku stwierdzenia, że żądane kwoty mieszczą się w umówionym limicie, tego rodzaju okoliczność zostałaby podniesiona na najwcześniejszym z możliwych etapów zaistniałego sporu. Tymczasem w odpowiedzi na wezwanie z 28 listopada 2013 r. powyższa kwestia w ogóle nie była przedmiotem polemiki pozwanego Funduszu, którego ówczesna argumentacja skupiła się wyłącznie na fakcie zawarcia przez strony porozumienia oraz kwestionowaniu wysokości wysuniętego roszczenia. NFZ przeszedł zatem niejako do porządku dziennego nad zagadnieniem ponadlimitowości wykonanych świadczeń, akceptując w tej materii zapatrywanie powoda. Wobec tak jednoznacznego stanowiska Funduszu wyrażonego w dokumentach prywatnych, Sąd pierwszej instancji był zwolniony od szczegółowego zbadania tego, czy dochodzone pozwem kwoty stanowią należności za świadczenia ponad limit.

Ubocznie należy wskazać, że pozwany zakwestionował ponadlimitowość żądanych świadczeń dopiero w treści apelacji. Jakkolwiek co do zasady możliwe jest zakwestionowanie przez stronę uprzednio bezspornych twierdzeń na etapie postępowania odwoławczego, nie może ująć uwadze to, że powyższe twierdzenie pozwanego oparte jest na określonych faktach – mianowicie na tym, że udzielone przez powoda świadczenia mieściły się w limicie wynikającym z kontraktu. Wspomniany fakt niewątpliwie mógł zostać powołany przez pozwanego w toku postępowania pierwszoinstancyjnego, co w oczywisty sposób zmieniłoby optykę Sądu Okręgowego na charakter należności dochodzonych przez A. M.. Uprzednia bierność Funduszu w tym zakresie, powinna w myśl art. 381 k.p.c. skutkować pominięciem aktualnie przytoczonych, nowych faktów. Przywołana regulacja ma bowiem na celu uniemożliwienie stronie „zaskakiwania” przeciwnika nowymi faktami dopiero na etapie postępowania apelacyjnego, co niejednokrotnie mogłoby prowadzić do naruszenia zasady dwuinstancyjności postępowania sądowego. Ponadto, nawet nie nowe fakty, lecz wręcz przedstawione dopiero w apelacji nowe twierdzenia powoda mogłyby zostać pominięte na zasadzie art. 207 § 6 k.p.c. czy 217 § 2 k.p.c., znajdujących zastosowanie również w postępowaniu apelacyjnym. Strona pozwana została bowiem pouczona o rygorach związanych z zasadą koncentracji materiału procesowego oraz o negatywnych konsekwencjach ich niedotrzymania. Konsekwentnie, również na etapie postępowania apelacyjnego nie powinno budzić wątpliwości to, że dochodzone pozwem należności obejmują świadczenia medyczne udzielone przez powoda ponad umówiony limit, co stanowi punkt wyjścia dla dalej idących rozważań.

Należy w tym miejscu przypomnieć, że prawo do ochrony zdrowia oraz zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych stanowią wartości konstytucyjne (art. 69 ust. 1 i 2 Konstytucji RP). Zostały one skonkretyzowane w aktach rangi ustawowej takich jak:

- a) ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej: u.dz.l., Dz. U. z 2015 r. poz. 618 j.t.);
- b) ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (dalej: u.z.l., Dz. U. z 2015 r. poz. 464 j.t.);
- c) ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej: u.ś.z.ś.p., Dz. U. z 2015 r. poz. 581)
- d) ustawa z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (dalej: uPRM, Dz. U. z 2013 r. poz. 757 j.t.).

Publicznymi środkami finansowymi, przeznaczonymi na ochronę zdrowia zarządza Narodowy Fundusz Zdrowia, którego zadaniem jest m.in. przeprowadzanie konkursów, ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze świadczeniodawcami, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie (art. 97 ust. 1 i 3 pkt 2 u.ś.z.ś.p.). Co do zasady, podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez NFZ jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawarta pomiędzy świadczeniodawcą, a Funduszem (art. 132 ust. 1 u.ś.z.ś.p.). W tego rodzaju umowie (tzw. kontrakcie) określa się w szczególności rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy (tzw. limit) oraz

zasady wzajemnych rozliczeń pomiędzy wymienionymi (art. 136 ust. 1 u.ś.z.ś.p.). W kwestiach nieuregulowanych przez ustawę, do wymienionej umowy stosuje się przepisy kodeksu cywilnego (art. 155 u.ś.z.ś.p.).

Zasada, że świadczeniodawcy udzielają świadczeń opieki zdrowotnej w granicach umownego limitu doznaje jednak istotnych wyjątków. Ustawodawca nałożył bowiem na podmioty lecznicze prawny obowiązek udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia (art. 15 u.d.z.l.). Co istotne, powyższy obowiązek aktualizuje się niezależnie od zawarcia przez podmiot leczniczy kontraktu z NFZ, bądź wyczerpania limitów wynikających z kontraktu (art. 19 ust. 2 u.ś.z.ś.p.), albowiem każdy pacjent znajdujący się w stanie nagłym ma prawo do niezwłocznego uzyskania świadczenia opieki zdrowotnej w niezbędnym zakresie (art. 19 ust. 1 u.ś.z.ś.p.). Wspomniany obowiązek jest zharmonizowany z ujętym w ustawowe ramy etycznym obowiązkiem lekarzy do udzielenia 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 u.z.l.).

Jednocześnie, w przypadku wykonania przez świadczeniodawcę usługi medycznej na rzecz pacjenta, znajdującego się w stanie nagłym z przekroczeniem limitu wynikającego z kontraktu, placówka lecznicza ma prawo do uzyskania od NFZ wynagrodzenia za udzielone świadczenie w granicach jego niezbędności (art. 19 ust. 4 u.ś.z.ś.p.). Należy więc wyrazić pełną aprobatę dla ugruntowanego już poglądu judykatury, że obciążenie świadczeniodawców nawet częścią kosztów świadczeń ponadlimitowych, udzielonych w ramach przymusu ustawowego jest niedopuszczalne i nie może znaleźć zastosowania nawet w wypadku zgodnej woli stron umowy (tak: wyroki SN z 12 grudnia 2006 r. II CSK 279/06 i z 5 sierpnia 2004 r. III CK 365/03). Na pokrycie należności świadczeniobiorców z tytułu wykonania świadczeń ponadlimitowych Narodowy Fundusz Zdrowia powinien wydatkować przede wszystkim środki zgromadzone w rezerwie ogólnej, wynoszącej 1 % planowanych należnych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne (art. 118 ust. 5 u.ś.z.ś.p.).

W świetle powyższego pierwszą, zasadniczą kwestią w kontekście ustalenia faktu udzielenia przez powoda świadczeń ponad limit w warunkach przymusu ustawowego było to, czy pacjenci wymienieni w pozwie znajdowali się w stanie nagłym. Dla stwierdzenia wzmiankowanych okoliczności konieczne było przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego chirurga, która wbrew stanowisku apelującego cechuje się wiarygodnością i rzetelnością. W wydanej opinii biegły odniósł się do stanu zdrowia wszystkich spośród 57 pacjentów leczonych przez powoda ponad limit świadczeń w roku 2012, dokonując klasyfikacji tych przypadków ze względu na konieczność szybkiej interwencji medycznej na trzy grupy: nagłe, pilne i stabilne. Ostatecznie biegły zaliczył do grupy przypadków nagłych 40 pacjentów, zaś do przypadków pilnych – 15 pacjentów (wątpliwości co do stanu zdrowia E. K. zostały wyjaśnione przez biegłego w opinii ustnej, co przesądziło o zakwalifikowaniu tej pacjentki do grupy przypadków pilnych).

Wymaga podkreślenia, że zaproponowany przez biegłego podział pacjentów na 3 grupy przypadków odbiega od występującego w kontekście ustawowego przymusu udzielania świadczeń podziału dychotomicznego na osoby w stanie nagłym i pozostałe (zob. art. 19 ust. 1 u.ś.z.ś.p.). Orzekając w przedmiocie powództwa sąd a quo uznał, że zarówno przypadki określone przez biegłego jako „nagłe”, jak i „pilne”, wypełniają dyspozycję art. 19 ust. 1 u.ś.z.ś.p., jako stany nagłe, co uzasadniało zasądzenie na rzecz powoda wynagrodzenia za leczenie pacjentów należących do obydwu grup. Powyższe rozstrzygnięcie Sądu Okręgowego stało się przedmiotem licznych zarzutów apelacyjnych, zakwalifikowanych przez skarżącego jako naruszenie art. 233 § 1 k.p.c., art. 227 k.p.c., art. 232 k.p.c., art. 328 k.p.c., art. 15 u.d.z.l., art. 30 u.z.l., art. 5 pkt 33 i art. 19 ust. 1 i 2 u.ś.z.ś.p., art. 3 pkt 8 uPRM oraz błąd w ustaleniach faktycznych. W ocenie Sądu Apelacyjnego, sformułowane przez skarżącego zarzuty w tej materii jawią się jako nietrafne.

Dokonując wykładni pojęcia „stanu nagłego” należy wprawdzie odwołać się do jego definicji ustawowej. I tak, stosownie do art. 3 pkt 8 uPRM w zw. z art. 5 pkt 33 u.ś.z.ś.p., 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. Jak wynika z przeprowadzonej w sprawie opinii biegłego chirurga, nawet urazy pozornie niegroźne, lecz nieleczone we właściwym czasie lub wadliwie zdiagnozowane,

mogą stanowić poważne zagrożenie dla zdrowia lub życia pacjenta. Co najistotniejsze, dla oceny nagłości stanu chorego należy przyjąć perspektywę lekarza badającego pacjenta po raz pierwszy, stawiającego wstępną diagnozę. Najczęściej, nawet z dołożeniem najwyższej staranności zawodowej lekarz, któremu pogotowie przywozi pacjenta, nie jest w stanie postawić trafnego rozpoznania bez przeprowadzenia specjalistycznych, kosztownych i absorbujących czas badań. Fakt, że po dokładniejszym zbadaniu stanu zdrowia pacjenta podczas jego hospitalizacji pierwotna, poważniejsza diagnoza ustąpi miejsca łagodniejszej, nie może przesądzić o przyjęciu, że w chwili wstępnego badania pacjent nie znajdował się w stanie nagłym.

Powyższe uwagi nabierają szczególnego znaczenia zważywszy na to, że w szpitalu należącym do powoda nie funkcjonowała izba przyjęć czy szpitalny oddział ratunkowy, a więc miejsce, w którym można byłoby dokonać ambulatoryjnego zaopatrzenia pacjentów oraz wykonać badania bez konieczności hospitalizacji zgłaszających się chorych. Co ważne, konieczność zapewnienia przez powoda takiego ambulatorium nie była przewidziana w kontrakcie zawartym pomiędzy A. M. z NFZ, a więc pozwany Fundusz niejako godził się na możliwość hospitalizacji pacjentów w celach obserwacyjno-diagnostycznych zamiast udzielania świadczeń niestacjonarnych. W tego rodzaju realiach nie może dziwić fakt, że pracujący u powoda lekarze w trosce o dobro pacjentów, mając na uwadze nieprzewidywalność rozwoju stanu zdrowia danego chorego, niejednokrotnie podejmowali decyzję o hospitalizacji takiej osoby celem wykonania dalszych, uzasadnionych badań i zabiegów.

W kontekście oceny nagłości stanu przyjmowanych pacjentów niebagatelną rolę odgrywa także okoliczność, iż podmiot leczniczy, do którego pacjent zostanie przywieziony przez (...), co do zasady nie ma prawa odmówić udzielenia choremu świadczenia medycznego (zob. art. 15 u.d.z.l. oraz opinia biegłego chirurga). Jeżeli stan zdrowia przywiezionego przez pogotowie pacjenta byłby wątpliwy pod kątem zasadności hospitalizacji, to szpital dysponujący izbą przyjęć mógłby wówczas w warunkach ambulatoryjnych wykonać niezbędne badania i dysponując dzięki temu pełniejszą wiedzą, dokonać celowego zaplanowania dalszych czynności leczniczych. Tymczasem placówka powoda nie posiadała takiego ambulatorium, na co zgodę wyraził pozwany Fundusz, wskutek czego, jak wspomniano wcześniej, powód nie miał możliwości dokładniejszej weryfikacji przywożonych pacjentów. W przekonaniu sądu a quem, obciążanie w takiej sytuacji powoda ryzykiem ekonomicznym hospitalizacji ocenianej ex post, jako niekonieczna jawi się jako błędne. Z tego względu Sąd pierwszej instancji trafnie uznał, że przywieziona przez (...) S. G. znajdowała się w stanie nagłym, pomimo, że późniejsze badania tej pacjentki dały asumpt do zakwalifikowania jej stanu zdrowia, jako stabilnego. Należy podkreślić, że w grupie pacjentów, określonych jako przypadki pilne znajdowały się osoby, które zostały przyjęte w trybie pilnym, w ramach ostrego dyżuru z powodu silnych dolegliwości brzucha czy z podejrzeniem zapalenia wyrostka robaczkowego (R. J. (1), P. F., K. M., S. T.- przywieziony przez (...), E. W.), z żółtaczką i podejrzeniem guza trzustki (M. F.), z objawami krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego (W. P.), z guzem uda w stanie zapalnym (E. K.). Stan ich zdrowia wymagał pilnej interwencji.

Dodatkowym argumentem, przemawiającym za możliwością zakwalifikowania przypadków pilnych, jako stanów nagłych jest to, że na gruncie semantycznym pojęcia „nagłości” i „pilności” są równoważne, a więc zastępowalne. Dokonana przez Sąd Okręgowy operacja logiczna, polegająca na utożsamieniu tych dwóch wyrażen nie sprzeciwia się zatem regułom wykładni językowej.

Podsumowując tę część rozważań należy wskazać, że Sąd Okręgowy dokonał trafnej konstatacji, że powód udzielił świadczeń ponad limit 55 pacjentom, znajdującym się w stanie nagłym, działając w warunkach przymusu ustawowego wynikającego z art. 15 u.d.z.l. i art. 19 ust. 1 u.s.z.s.p. Wbrew stanowisku apelującego, roszczenie o należności za świadczenia ponadlimitowe, udzielone powyższym pacjentom nie wygasło wskutek zawarcia przez strony porozumienia z 31 grudnia 2012 r. Wspomniane porozumienie obejmowało bowiem wyłącznie należności kontraktowe i nie dotyczyło zobowiązań pozaumownych, co zostało szczegółowo omówione w części rozważań, odnoszącej się do zarzutu braku legitymacji czynnej powoda. Nie wszystkie jednak ze zgłoszonych należności podlegały uwzględnieniu, o czym będzie szerzej mowa w dalszej części uzasadnienia.

Osobnego omówienia wymaga kwestia zasadności roszczenia powoda o zapłatę należności za preparaty krwinkowe podane pacjentom R. L., D. Ł., J. R., S. H. (2), E. T. (1). Apelujący wyraził zapatrywanie, że powód nie wykazał

zarówno faktu podania wymienionym pacjentom preparatów krwi bądź osocza, jak i medycznej zasadności takiej terapii. Tymczasem ze zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej wynika, że wymienieni pacjenci otrzymali wspomniane preparaty, co w zestawieniu z tezą biegłego chirurga, że wszystkie czynności lecznicze podejmowane u wymienionych pacjentów były celowe i uzasadnione, musi prowadzić do wniosku, że placówka należąca do powoda udzieliła tym chorym wymienionych świadczeń. Wobec dostępności wiarygodnego materiału dowodowego w postaci dokumentacji medycznej bez znaczenia pozostaje okoliczność, iż rozliczenia finansowe dotyczące podania tych preparatów nie dotarły drogą elektroniczną do pozwanego Oddziału (...).

W zakresie kosztów preparatów krwinkowych, apelacja pozwanego okazała się zasadna jedynie w odniesieniu do M. J.. W roku 2012 pacjent ten był dwukrotnie hospitalizowany w placówce powoda, tj. w czerwcu i grudniu, przy czym powód przedstawił sądowi i biegłemu dokumentację medyczną obejmującą jedynie grudzień, za który to pobyt pozwany Fundusz już powodowi zapłacił (zob. k. 423). Dochodzona w niniejszym postępowaniu należność za czerwiec, obejmująca łącznie koszt hospitalizacji M. J. oraz leczenie tego pacjenta preparatami krwinkowymi nie została natomiast poparta przez stronę powodową żadnymi dowodami. Wobec niesprostania przez powoda w tym zakresie obowiązku wynikającemu z art. 6 k.c. i art. 232 zd. 1 k.p.c., w myśl art. 386 § 1 k.p.c. należało zmienić zaskarżony wyrok poprzez obniżenie kwoty zasądzzonego roszczenia o koszty leczenia M. J. w czerwcu 2012 r., to jest o kwotę 748,80 zł wraz ze skapitalizowanymi odsetkami w kwocie 18,96 zł.

Trafna okazała się być również apelacja Funduszu w zakresie, dotyczącym zasądzenia na rzecz powoda należności za leczenie pacjentów: A. D., R. M. i R. Z.. W tym zakresie sąd a quo uchybił dyspozycji art. 233 § 1 k.p.c. poprzez niewłaściwą ocenę dowodu z zeznań E. T. (2), prowadzącą do przyjęcia, że wymienione osoby, jako ubezpieczeni byli uprawnieni do świadczeń opieki zdrowotnej. Tymczasem z zeznań E. T. (2) wynika jednoznacznie, iż wzmiankowani pacjenci byli osobami przywiezionymi przez (...) w stanie upojenia alkoholowego, których identyfikacja w zakresie umożliwiającym weryfikację uprawnień ubezpieczeniowych była niemożliwa. Wymaga wskazania, że to na A. M., jako świadczeniodawcy spoczywał obowiązek wykazania, że opisani pacjenci byli uprawnieni do świadczeń opłacanych z NFZ, a w realiach niniejszej sprawy powód nie wywiązał się z tego obowiązku w sposób należyty. Skoro więc wspomniani pacjenci nie byli osobami uprawnionymi do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 1-4 u.s.z.s.p., to pozwany, jako dysponent publicznych środków wydatkowanych na cele zdrowotne nie mógł ponieść kosztów ich leczenia. Konsekwentnie, na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. należało zmienić zaskarżony wyrok poprzez obniżenie kwoty zasądzzonego roszczenia o koszty leczenia A. D. (702 zł+17,78 zł skapitalizowanych odsetek), R. Z. (748,80 zł+18,97 zł skapitalizowanych odsetek) i R. M. (748,80 zł +18,97 zł skapitalizowanych odsetek). Uwzględniając konieczność oddalenia powództwa również w zakresie kosztów leczenia M. J., zasądzoną na rzecz powoda kwotę należało obniżyć o łączną kwotę 3.023,08 zł, na którą złożyła się należność główna w wysokości 2.948,40 zł oraz skapitalizowane odsetki w kwocie 74,68 zł.

Wobec ustalenia, że żądania powoda uwzględnione przez Sąd Okręgowy, poza przypadkami pacjentów: A. D., R. Z., R. M. i M. J. były usprawiedliwione co do zasady, na dalszym etapie postępowania należało zbadać wysokość wynagrodzenia należnego powodowi za wykonanie dochodzonych pozwem ponadlimitowych świadczeń medycznych. Wysokość zasądzzonego wynagrodzenia była kwestionowana przez apelującego, który zarzucił w tym kontekście naruszenie prawa materialnego (art. 6 k.c., art. 5 pkt 33, art. 19, art. 132 ust. 1 i art. 136 u.s.z.s.p. w zw. z art. 56 k.c., art. 15 u.d.z.l., art. 3 pkt 8 uPRM), uchybienia proceduralne (art. 233 § 1 k.p.c., art. 227 k.p.c. i art. 232 k.p.c.) oraz błąd w ustaleniach faktycznych. Argumentacja strony pozwanej w zakresie wysokości wynagrodzenia za świadczenia ponadlimitowe sprowadzała się do zanegowania możliwości jego wyliczenia w oparciu o kryteria analogiczne, jak dla świadczeń kontraktowych. W ocenie skarżącego, wynagrodzenie za świadczenia wykonane w realizacji obowiązku ustawowego powinno zostać rozliczone w oparciu o wycenę rzeczywiście poniesionych, uzasadnionych kosztów każdej hospitalizacji. Fakt poniesienia takich kosztów powinien, według apelującego, każdorazowo wykazać powód, odnosząc się szczegółowo do specyfiki każdego przypadku. Z takim stanowiskiem strony powodowej nie sposób się jednak zgodzić.

W sprawie bezspornym było, że zawarta pomiędzy stronami umowa nie precyzowała wysokości wynagrodzenia za udzielenie świadczeń ponad limit w warunkach przymusu ustawowego. Tym niemniej, poszukując punktu

odniesienia dla ustalenia odpowiedniego wynagrodzenia za nadwykonania oczywistym jest, że 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, trudno znaleźć 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 wyżywienia. Tak więc w przypadku, gdy strony łączyła umowa dająca substrat do wyliczenia wynagrodzenia za wykonane świadczenia, w przekonaniu Sądu Apelacyjnego nie można nakładać na stronę powodową obowiązku wyliczenia udzielanych świadczeń medycznych z uwzględnieniem poszczególnych kosztów związanych ze świadczeniem ponadlimitowym.

Nie bez znaczenia jest także fakt, że same kontrakty opierają się de facto na prognozach w zakresie kosztów leczenia pacjentów w danym okresie, albowiem przewidują wynagrodzenia za świadczenia wykonane dopiero w przyszłości. W realiach rynku usług medycznych często wręcz niemożliwe dla świadczeniodawcy jest przedłożenie kosztorysu uwzględniającego absolutnie wszystkie koszty związane z konkretnym przypadkiem tak, aby mogły zostać one następnie zweryfikowane (tak również: wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 16 września 2014 r. I ACa 335/14). Wobec dysponowania przez Sąd wiarygodną podstawą do wyliczenia wynagrodzenia za świadczenia ponad limitowe w postaci stosowanych przez analogię regulacji kontraktowych, obciążenie świadczeniodawcy obowiązkiem szczegółowego, matematycznego rozpisania tych świadczeń wydaje się zbędne. Sytuacja byłaby zgoła odmienna, gdyby powód w ogóle nie był związany kontraktem z NFZ, a zatem nie istniałyby jakiegokolwiek umowne kryteria mogące być wskazówką dla wyliczenia należności za świadczenia ponadlimitowe. Wówczas celowe byłoby zapewne skorzystanie z wiedzy biegłego z zakresu rachunkowości, lecz jak wspomniano wcześniej – tego rodzaju konieczność w niniejszej sprawie nie zachodziła.

Odnosząc się pokrótce do zarzutów skarżącego, dotyczących niespełnienia przez uzasadnienie wyroku sądu pierwszej instancji wymogów opisanych w art. 328 § 2 k.p.c. należy wskazać, że zgodnie z ugruntowanym orzecnictwem Sądu Najwyższego uzasadnienie co prawda wyjaśnia przyczyny, dla jakich orzeczenie zostało wydane, lecz jest sporządzane już po wydaniu wyroku, a zatem wynik sprawy z reguły nie zależy od tego, jak napisane (wygłoszone) zostało uzasadnienie i czy zawiera ono wszystkie wymagane elementy. W konsekwencji zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. może być usprawiedliwiony tylko w wyjątkowych okolicznościach, w których treść uzasadnienia orzeczenia sądu uniemożliwia całkowicie dokonanie oceny toku wyводу, który doprowadził do wydania orzeczenia lub w przypadku wadliwego zastosowania prawa materialnego do niedostatecznie jasno ustalonego stanu faktycznego (tak: wyrok SN z 24 listopada 2009 r. II PK 129/09). W niniejszej sprawie, sąd pierwszej instancji wskazał jakie fakty ustalił i w oparciu o jakie dowody, podając trafną podstawę prawną rozstrzygnięcia. Należało zatem uznać, iż wygłoszone uzasadnienie wyroku wyjaśnia w sposób dostateczny motywy przyjętego stanowiska, przez co podnoszony przez apelującego zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. jawi się jako niezasadny.

Podsumowując powyższe rozważania należy stwierdzić, że zgłoszone przez powoda roszczenie podlegało uwzględnieniu w znacznej części również co do wysokości. Jednakże, sąd pierwszej instancji nieprawidłowo zasądził na rzecz powoda wynagrodzenie za leczenie pacjentów: A. D., R. Z., R. M. i M. J. w łącznej kwocie 3.023,08 zł, na którą złożyły się koszty leczenia w wysokości 2.948,40 zł oraz naliczone od nich skapitalizowane odsetki w kwocie 74,68 zł, co w myśl art. 386 § 1 k.p.c. spowodowało konieczność zmiany zaskarżonego wyroku poprzez obniżenie kwoty zasądzonej w punkcie 1. z 84.179,76 zł do kwoty 81.156,68 zł.

Mając na uwadze ogół przedstawionych powyżej okoliczności, apelacja pozwanego przenosząca 3.023,08 zł, tj. niezasadnie zasądzone koszty leczenia A. D., R. Z., R. M. i M. J., podlegała oddaleniu, jako bezzasadna na podstawie art. 385 k.p.c.

Zmniejszenie zakresu uwzględnienia powództwa implikowało konieczność modyfikacji orzeczenia sądu pierwszej instancji również w zakresie kosztów procesu. Wobec tego, że na rzecz powoda zasądzono ostatecznie kwotę 81.156,68

zł z żądanych 93.185,77 zł należało przyjąć, że A. M. ostał się ze zgłoszonym roszczeniem w 87 %, co uzasadniało stosunkowe rozdzielanie kosztów pomiędzy stronami na zasadzie art. 100 zd. 1 in fine k.p.c. Suma kosztów obu stron poniesionych w postępowaniu pierwszoinstancyjnym wyniosła 13.250,40 zł (powoda – 9.633,40 zł, pozwanego 3.617 zł), których 87% (tj. 11.527,84 zł) powinien pokryć pozwany oddział Funduszu. Jako, że pozwany uiszczył już część kosztów procesu w kwocie 3.617 zł, od pozwanego na rzecz A. M. tytułem zwrotu kosztów procesu należało zasądzić kwotę 7.910,84 zł.

Ze względu na to, że apelacja pozwanego została uwzględniona jedynie w 3,5 %, o kosztach postępowania odwoławczego należało orzec w oparciu o art. 100 zd. 2 k.p.c., nakładając obowiązek uiszczenia wszystkich kosztów postępowania drugoinstancyjnego na stronę pozwaną. Na koszty te złożyło się wyłącznie wynagrodzenie pełnomocnika powoda w postępowaniu apelacyjnym w kwocie 2.700 zł, ustalone zgodnie z § 6 pkt 6 w zw. z § 13 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę adwokata ustanowionego z urzędu (Dz.U. z 2013 r. poz. 461 j.t.).