

Sygn. akt V ACa 425/16

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 7 kwietnia 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – V Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący:	SSA Artur Lesiak (spr.)
Sędziowie:	SA Katarzyna Przybylska SO del. Teresa Karczyńska - Szumilas
Protokolant:	sekretarz sądowy Barbara Tobiasz

po rozpoznaniu w dniu 7 kwietnia 2017 r. w Gdańsku na rozprawie

sprawy z powództwa (...) Szpitala Miejskiego im. dr E. W. (1) w B.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. (...) w B.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w B.

z dnia 11 marca 2016 r. sygn. akt I C 896/13

I. oddala apelację;

II. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 10.800 (dziesięć tysięcy osiemset) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

Na oryginale właściwe podpisy

**Sygn. akt V ACa 425/16**

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 15 listopada 2013r. wniesionym przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) w B. powód (...) Szpital Miejski im. dr E. W. (...) w B. wniósł o zasądzenie kwoty 551.856, 24 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 lutego 2013r. do dnia zapłaty wraz z kosztami procesu.

W uzasadnieniu strona powodowa wskazała, iż łączyła ją z pozwanym umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, mocą tej umowy powód zobowiązał się do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Umowa zawierała określone limity udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących górną kwotę, jaką pozwany mógł zapłacić powodowi, przy czym pozwany nie zwracał kosztów udzielonych przez powoda świadczeń ponadlimitowych. Powód wskazał, iż w jego placówce medycznej niejednokrotnie zdarzają się sytuacje, w których istnieje konieczność udzielenia

pomocy medycznej z uwagi na nałożone przez ustawodawcę obowiązki zawarte w treści ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i dentysty oraz w ustawie z dnia 30 czerwca 2011 r. o zakładach opieki zdrowotnej, jak i w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. W przedmiotowej sprawie żądanie pozwu dotyczy zapłaty za świadczenia wykonane przez powoda w warunkach przymusu ustawowego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii. Umowny limit świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii na 2012 r. określono na kwotę 3.440.580,00 zł. Faktycznie powód wykonał świadczenia zdrowotne z tego zakresu na kwotę 3.992.364, 48 zł. Za część świadczeń nadwykonanych ponad umowny limit w kwocie 551.856,24 zł pozwany nie zapłacił. Kwota ta stanowi kwotę dochodzoną niniejszym pozwem. Strona powodowa, w przypadku kwestionowania przez pozwanego charakteru udzielonych przez powoda świadczeń zdrowotnych wniosła o dopuszczenie dowodu opinii biegłego z zakresu medycyny na okoliczność ustalenia- na podstawie całokształtu dokumentacji medycznej, iż konieczne było natychmiastowe udzielenie świadczeń medycznych dla ratowania ich życia i zdrowia.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o jego oddalenie i zasądzenie kosztów procesu.

Strona pozwana ostatecznie zakwestionowała powództwo co do zasady,

wskazując, iż świadczenia będące przedmiotem roszczenia finansowane są tylko w ramach kontraktu zawartego przez powoda z NFZ. Przy czym nie stanowią one świadczeń „nielimitowanych”, za jakie NFZ zobowiązany jest zapłacić bez względu na limity określone w umowie. Tym samym powód ma prawo domagać się zapłaty jedynie za świadczenia w wysokości określonej kontraktem. Jedyną podstawą do dochodzenia dodatkowych środków jest udzielenie świadczenia w warunkach określonych w art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym świadczeniodawca ma prawo do dodatkowych środków w przypadku udzielenia świadczeń w stanach nagłych ratujących życie lub zdrowie. Powód w żaden sposób nie wykazał, aby taki stan zaistniał. Powód na bieżąco w przesyłanych raportach statystycznych nie kwalifikował dochodzonych niniejszym pozwem świadczeń jako ratujących życie, co faktycznie oznacza, iż świadczenia takiego charakteru nie miały. Pozwany wskazał ponadto, iż nie dysponuje własnymi środkami finansowymi, do dyspozycji ma jedynie środki pochodzące ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. W sposób oczywisty przeznaczenie większych środków na finansowanie działalności powoda spowoduje zmniejszenie środków przeznaczonych na finansowanie innych świadczeniodawców. Tym samym powód dochodząc roszczenia na drodze sądowej w istocie narusza prawo innych podmiotów do otrzymania zapłaty za zrealizowane przez nich świadczenia. Stanowi to istotę sprzecznego z zasadami współżycia społecznego korzystania z własnego prawa.

Strony podtrzymały swoje stanowiska w toku dalszego postępowania.

Wyrokiem z dnia 27 lutego 2015 r. sygn. akt. I C 898/13 Sąd Okręgowy w B. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 551.856,24 zł wraz z ustawowymi odsetkami od 15 lutego 2013 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 01 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty ( pkt 1), umorzył postępowanie co do kwoty 2.444 zł ( pkt 2), zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 7.217 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego( pkt 3), kosztami sądowymi, od których ponoszenia zwolnione były strony obciążył Skarb Państwa ( pkt 4).

Sąd Okręgowy wskazał, że powyższy wyrok oparł na następujących ustaleniach i rozważaniach:

Powód w 2012r. działał jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, który udzielał świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Powód w 2012r. uzyskiwał środki finansowe od pozwanego w trybie przewidzianym ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r. nr 164, poz. 1027 ze zm.)

Powód zawarł z pozwanym umowę nr (...) ((...)), której przedmiotem było udzielanie przez powoda jako świadczeniodawcy świadczeń opieki zdrowotnej. Umowa została zawarta na okres od dnia (...) do dnia (...) Kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia (...) do dnia (...) wyniosła 23.878.412 zł. Kwota ta następnie została zwiększona do kwoty 48.000.848 zł.

Umowny limit świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii na 2012r. określono na kwotę 3.440.580 zł. Powód faktycznie wykonał świadczenia zdrowotne z tego zakresu na kwotę 3.992.364,48 zł.

Pozwany w dniu 27 grudnia 2013r. przekazał powodowi propozycję sfinansowania nadwykonań z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii na kwotę 337.538,24 zł. Kwota ta miała dotyczyć świadczeń które oznaczone zostały przez powoda jako ratujące życie.

Powód raportował pozwanemu świadczenia udzielone w 2012 r. drogą elektroniczną z użyciem Systemu (...), system ten służy wymianie danych pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcami. Świadczenia, które w raportach przesyłanym pozwanemu nie zostały oznaczone jako ratujące życie i zdrowie dotyczyły pacjentów przyjętych na oddział anestezjologii i intensywnej terapii w trybie planowym a których stan pogorszył się w trakcie hospitalizacji.

Świadczenia ponadlimitowe udzielone przez powoda w 2012 r. z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii zostały udzielone pacjentom znajdującym się w stanie bezpośredniego zagrożenia utraty zdrowia lub życia.

Na oddział anestezjologii i intensywnej terapii powodowego szpitala przyjmowani są pacjenci z innych palcówek jak również leczeni na innych oddziałach, których stan zdrowia uległ w trakcie hospitalizacji pogorszeniu. Na oddziale tym nie ma możliwości utworzenia list kolejkowych.

Powyższy stan faktyczny Sąd I Instancji ustalił w oparciu o przedstawione przez strony dokumenty, zeznania świadków, zeznania złożone w charakterze strony pozwanej przez E. K. a także opinię biegłego.

Sąd Okręgowy uznał za wiarygodne dowody z dokumentów zebrane w sprawie, albowiem zostały sporządzone we właściwej formie, przewidzianej dla tego typu dokumentów. Strony w żaden sposób nie kwestionowały ich wiarygodności i prawdziwości. Autentyczność zgromadzonych dokumentów nie budziła również wątpliwości Sądu I Instancji .

Sąd Okręgowy przyznał walor wiarygodności zeznaniom świadka M. S. oceniając je jako spójne, zgodne, logiczne i konsekwentne. Świadek ten uczestniczyła w leczeniu pacjentów oddziału anestezjologii i intensywnej terapii powodowego szpitala. Zeznania świadka znalazły potwierdzenie w opinii biegłego.

Jako wiarygodne Sąd I Instancji ocenił również zeznania świadka L. Z.. Świadek zeznawała na okoliczność dotyczące mechanizmu rozliczania udzielonych przez powoda świadczeń leczniczych, zeznania świadka znalazły potwierdzenie w znajdujących się w aktach sprawy dowodach z dokumentów.

Za wiarygodne Sąd Okręgowy uznał także zeznania świadka B. S., J. H. oraz zeznania złożone w charakterze strony pozwanej przez E. K.. Zarówno świadkowie zawnioskowani przez stronę pozwaną jak i zeznająca w charakterze strony pozwanej E. K. potwierdzili okoliczności dotyczące zawarcia i realizacji przez powoda umów o udzielanie świadczeń medycznych, jak i fakt odmowy zapłaty za wykonane przez powoda świadczenia ponadlimitowe wynikające z braku dostatecznych środków finansowanych.

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

przedmiotowej sprawy. Sąd I Instancji zauważył także, iż po zapoznaniu się z opinią biegłego żadna ze stron postępowania nie zgłosiła do niej merytorycznych zastrzeżeń.

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

Zgodnie z treścią przepisu art. 19 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( Dz. U. z 2014 roku, poz. 619) w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Stan nagły, zgodnie z art. 5 pkt.33 w/w ustawy, to taki o którym mowa w art. 3 pkt.8 ustawy z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. nr 191, poz. 140 ze zm.).

Jak wyjaśnił Sąd I Instancji według tego przepisu stan nagły zagrożenia zdrowotnego to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

Zgodnie natomiast z treścią przepisu art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013r., poz. 217 t.j.) podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Obowiązki wynikające z powyższych przepisów mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Jeżeli zatem podmiot leczniczy, który zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o świadczenie usług medycznych, udzielił świadczenia pacjentowi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ma roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie względem Narodowego Funduszu Zdrowia. W orzecznictwie wypracowanym na kanwie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ale niewątpliwie zachowującym aktualność także obecnie, powszechnie wskazuje się, iż określane w umowach ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą przypadków, gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Jeżeli bowiem zachodzi ustawowy obowiązek natychmiastowego udzielenia świadczeń, to nie mogą one być limitowane umową (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 05.JJ.2003 roku, IV

CK 189/02, LEXnr 164009).

Uwzględniając powyższe rozważania natury ogólnej, Sąd Okręgowy posiłkując się zebranymi dowodami w sprawie w postaci dokumentów, opinii biegłego, zeznań świadków oraz zeznań stron, a także w oparciu o zasady doświadczenia życiowego, doszedł do przekonania, że świadczenia z zakresu „anestezjologii i intensywnej terapii wykonane ponad limit zobowiązania wskazany w umowie za rok 2012, były świadczeniami podjętymi ze względu na stan zagrożenia życiu lub zdrowia pacjentów. Tym samym na pozwanym ciąży obowiązek zapłaty za przedmiotowe usługi medyczne wykonane przez powodowy zakład opieki zdrowotnej na rzecz świadczeniobiorców. Jak wynika z opinii biegłego z dziedziny anestezjologii, intensywnej terapii i medycyny ratunkowej w przypadku każdego z udzielonych przez powoda świadczenia ponadlimitowego objętego żądaniem pozwu pozbawienie pacjenta opieki udzielonej w ramach świadczenia stanowiło zagrożenie dla jego życia lub zdrowia, zatem w pełni wyczerpuje dyspozycję z art.3 pkt8 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, a tym samym art. 5 pkt.33 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Za słusznością wniosków wynikających z opinii biegłego przemawiają także zasady doświadczenia życiowego, z których wynika, że nie ma możliwości przyjmowania na oddział anestezjologii i intensywnej terapii powodowego szpitala innych pacjentów, niż tylko tych, których życie lub zdrowie jest zagrożone do tego stopnia, że wymagają oni stałej, nieprzerwanej kontroli stanu procesów życiowych.

Zdaniem Sądu I Instancji nie sposób zatem oczekiwać od personelu medycznego powodowej placówki, aby w takiej sytuacji odmówił przyjęcia, albowiem wówczas działałby wbrew ciężącemu na nim ustawowemu obowiązkowi ratowania życia lub zdrowia, co skutkowałoby koniecznością poniesienia odpowiedzialności karnej, a niejednokrotnie także i cywilnej. Nie da się bowiem przewidzieć, kiedy u innych pacjentów szpitala, wystąpi nagle załamanie się procesów życiowych wymagających natychmiastowej interwencji i anestezjologicznej i intensywnej terapii, która to pomoc nie będzie mogła być skutecznie udzielona na żadnym innym oddziale.

Sąd Okręgowy wskazał, że zobowiązanie pozwanego do zapłaty powodowi za świadczone usługi medyczne wynika z umowy zawartej pomiędzy stronami o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej-zawartych na podstawie przepisu art. 132 ust.1

ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Zgodnie z treścią przepisu art. 155 ust.1 w/w ustawy do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. Dokonując interpretacji umowy zawartej pomiędzy stronami należy odwołać się także do przepisu art. 56 i 65 kc a co do wykonania umowy art. 354 kc, co oznacza, że łącząca strony umowa wywołuje nie tylko skutki wynikające z jej treści ale także z innych przepisów ustawy, w tym art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 roku, poz. 217). Z powyższego przepisu wynika wprost, iż udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta jest ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy. Odnosząc się do kosztów świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach określonych w treści przepisu art. 15 w/w ustawy, Sąd I Instancji stwierdził, iż zgodnie z treścią przepisu art. 56 kc mającego zastosowanie przy interpretacji umowy łączącej strony, koszty te należy włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej tym samym obciążyć tymi kosztami pozwanego zarządzającego środkami publicznymi, z których świadczenia te powinny zostać pokryte. Wobec powyższego, świadczeniodawcy przysługuje umowne wynagrodzenie nie tylko za ustalone i udzielone umową świadczenia opieki zdrowotnej, ale także za ponadlimitowe świadczenia udzielone ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. (vide wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 25 kwietnia 2013 roku, V ACa 136/13, Lex nr 134403).

Sąd Okręgowy uznał zatem, że powodowi należy się zatem umowne wynagrodzenie od pozwanego za wykonane świadczenia zdrowotne bez względu na limit ustalony w zawartych umowach, jeżeli świadczenia za które powód dochodzi zapłaty zostały udzielone w warunkach art. 15 ustawy o działalności leczniczej.

W ocenie Sądu I Instancji, wbrew twierdzeniom zawartym w pozwie to właśnie ewentualne uznanie, że pozwany nie ma obowiązku pokrycia kosztów wynikających ze świadczeń ponadlimitowych udzielonym ubezpieczonym pacjentów w sytuacji istniejącego stanu zagrożenia dla zdrowia i życia tych pacjentów spowodowałoby naruszenie zasad współzycia społecznego określone w treści przepisu art. 5 kc.

Mając powyższe okoliczności, Sąd Okręgowy orzekł jak w punkcie I wyroku na podstawie w/w przepisów. O odsetkach Sąd I Instancji rozstrzygnął na mocy

przepisu art. 481 §1 i 2 kc.

Zgodnie z art. 98 kpc strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony. Pozwany przegrał niniejszą sprawę, wobec tego Sąd na podstawie przytoczonego wyżej przepisu i § 6 pkt 7 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. 2002 r., Nr 163, poz. 1349 ze zm.) zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 7217 zł tytułem zwrotu kosztów procesu (punkt 2 wyroku).

O kosztach sądowych Sąd orzekł jak w punkcie 3 wyroku obciążając nimi Skarb Państwa.

Apelację od powyższego wyroku wywiódł pozwany, który zaskarżył wyrok w całości. Skarżący zarzucił:

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

W oparciu o tak skonstruowane zarzuty pozwany wniósł o:

1. zmianę zaskarżonego wyroku przez oddalenie powództwa w całości, względnie uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi I Instancji do ponownego rozpoznania;
2. zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu apelacji pozwany wyjaśnił, że przeprowadzone postępowanie dowodowe nie daje żadnych podstaw do przyjęcia, że powód realizując kontrakt z pozwanym podejmował jakiegokolwiek czynności zmierzające przestrzegania wartości kontraktu. W ocenie skarżącego z zebranego w sprawie materiału dowodowego wynika, że powód nie podejmował żadnych starań w tym kierunku.

Powołując się na treść orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2006 r. sygn. akt V CSK 60/05 oraz z dnia 13 października 2006 r. sygn. akt II CSK 123/06 skarżący podkreślił, że dla skutecznego zgłoszenia roszczenia art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach konieczne jest wykazanie, że świadczeniodawca przedsięwziął kroki organizacyjne i zaplanował realizację świadczeń w sposób właściwy.

Wskazując na to, że powód jest podmiotem profesjonalnym skarżący stwierdził, iż powinien on w taki sposób zorganizować swoją działalność, aby mieć wiedzę o ilości udzielanych świadczeń i powinien być w stanie na bieżąco ustalić, czy udzielane świadczenia mieszczą się w określonym umowa limicie czy też limit przekraczają. W ocenie pozwanego powód mając wiedzę o ilości przyjęć w poprzednich miesiącach oraz o bieżących przyjęciach jest w stanie określić, czy w danym miesiącu przekroczy limit kontraktu oraz potrafi określić datę, kiedy takie przekroczenie nastąpiło. W oparciu o te dane powód winien tak zorganizować dalsze przyjęcia, aby pacjenci byli przyjmowani w następnych okresach rozliczeniowych w oparciu o listy kolejkowe, do prowadzenia których jest zobowiązany na podstawie art. 20 i następnych ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Powołując się na fakt, iż powód nie przedstawił dowodu na okoliczność prawidłowego planowania przyjęć pacjentów skarżący wskazał, że skutkiem powyższego jest niezasadność roszczenia. Skarżący zwrócił przy tym uwagę, iż wskazywał na okoliczności świadczące o tym, iż powód w swojej działalności żadnych rezerw na przyjęcia przypadków nagłych nie uwzględnił. W ocenie apelującego rozstrzygnięcie sprawy pomija więc ekonomiczny aspekt postępowania powoda. Zgromadzony w sprawie materiał dowodowy nie daje postaw do przyjęcia, że powód próbował zmieścić się w limicie kontraktu.

Pozwany wyjaśnił nadto, że od samego początku kwestionował wartość przedmiotu sporu. Mimo to, Sąd I Instancji nie podjął żadnych czynności zmierzających do ustalenia faktycznych kosztów udzielenia świadczeń objętych pozwem.

Powołując się na treść wyroku Sądu Najwyższego z dnia 27 sierpnia 2015 r. sygn. akt III CSK 455/14 pozwany wskazał, że podmiotowi leczniczemu, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługuje roszczenie o wynagrodzenie za wykonanie ponadlimitowych świadczeń w stanie nagłym w wysokości uzasadnionych kosztów ich udzielenia.

W tym stanie rzeczy, zdaniem pozwanego należało przyjąć, że dowód co do wysokości uzasadnionych kosztów udzielenia świadczeń objętych pozwem (ponad limit kontraktu) nie został przeprowadzony.

W odpowiedzi na apelację pozwanego, powód wniósł o jej oddalenie oraz zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

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

Apelacja pozwanego jako niezasadna nie doprowadziła do wnioskowanej zmiany zaskarżonego wyroku.

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

W apelacji postawione zostały zarówno zarzuty odnoszące się do braku prawidłowości ustalonego przez Sąd I Instancji stanu faktycznego sprawy jak również zarzut naruszenia prawa materialnego. Zauważyć trzeba, że prawidłowość zastosowania lub wykładni prawa materialnego może być właściwie oceniona jedynie na kanwie niewadliwie ustalonej podstawy faktycznej rozstrzygnięcia. Skuteczne zatem zgłoszenie zarzutu dotyczącego naruszenia prawa materialnego wchodzi zasadniczo w rachubę tylko wtedy, gdy ustalony przez sąd pierwszej instancji stan faktyczny, będący podstawą zaskarżonego wyroku, nie budzi zastrzeżeń (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 marca 1997 r., II CKN 60/97).

Formułując zarzut niewyjaśnienia wszystkich okoliczności faktycznych mających dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie, pozwany zarzucił Sądowi I Instancji brak poczynienia ustaleń w zakresie rzeczywistych kosztów poniesionych przez powoda w związku z udzieleniem przez niego świadczeń medycznych wykraczających poza limity wynikające z kontraktu.

Pozwany podkreślał, że powód nie przedłożył na tę okoliczność stosowanych dowodów, tym samym nie wykazał, by w istocie w związku z udzieleniem

świadczeń medycznych poniósł takie koszty jakich zapłaty dochodził w niniejszym postępowaniu.

Powyższy zarzut okazał się chybiony.

Co prawda, wbrew twierdzeniom powoda w treści sporządzonej odpowiedzi na apelację, w toku postępowania przed Sądem I Instancji pozwany nie kwestionował roszczenia powoda jedynie co do zasady ale również co do wysokości. Skarżący wskazał bowiem, że: „wbrew twierdzeniom powoda, pozwany w żadnej postaci nie zaakceptował dochodzonej należności”. (k. 89 akt sprawy).

Mimo powyższego nie sposób przyjąć, jak to sugerował skarżący, by powód w istocie był zobligowany w toku postępowania pierwszoinstancyjnego wykazać na podstawie zaoferowanych środków dowodowych wysokość kosztów faktycznie poniesionych w związku z udzieleniem osobom usług medycznych w sytuacji ratującej zdrowie i życie pacjenta. Nie sposób również przyznać racji skarżącemu, by orzekający w I Instancji Sąd Okręgowy musiał precyzyjnie analizować powyższą kwestię, co zostanie wyjaśnione w dalszej części uzasadnienia.

Odnosząc się do postawionego przez pozwanego zarzutu wskazać należy, że z opinii biegłego wynika w sposób bezsporny, że wszystkie świadczenia, które zostały przez powoda udzielone pacjentom w zakresie anestezjologii oraz intensywnej terapii, za które zapłaty domaga się powód, były świadczeniami wykonanymi w warunkach ratujących życie lub zdrowie – tj. w warunkach tzw. „przymusu ustawowego”.

W ocenie Sądu Apelacyjnego Sąd I Instancji zasadnie stwierdził, że koszty poniesione w związku z udzieleniem usługi medycznej w sytuacjach ratujących życie czy zdrowia pacjenta należy włączyć do skutków jakie wywołuje umowa o udzielenie świadczeń z opieki zdrowotnej. Wobec powyższego świadczeniobiorcy przysługuje umowne wynagrodzenie nie tylko za ustalone i udzielone umową świadczenia opieki zdrowotnej, ale także za ponadlimitowe świadczenia udzielone ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

Co prawda w wywiedzionej apelacji, argumentując postawiony zarzut skarżący przywołał orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 27 sierpnia 2015 r. sygn. akt III CSK 455/14. Wskazując na powyższe pozwany podkreślał, że w przypadku dochodzenia wynagrodzenia za świadczenia medyczne udzielone pacjentom ponad

obowiązujący limit, placówce medycznej należy się zwrot wyłącznie rzeczywiście poniesionych kosztów, które winny zostać przez nią należycie udokumentowane, udowodnione.

Należy jednak wyjaśnić, że przedmiotowa kwestia nie została przesądzona w sposób jednoznaczny zarówno w judykaturze oraz w doktrynie. Znane są bowiem liczne orzeczenia sądów, które nakazują traktować przedmiotową kwestię w sposób odmienny. Powyższe sprawa, że cytowany przez skarżącego wyrok Sądu Najwyższego nie ma charakteru dominującego ani wiążącego, oraz nie stanowi dostatecznej podstawy warunkującej konieczność zmiany zaskarżonego wyroku.

Sąd Apelacyjny w całej rozciągłości podziela stanowisko odmienne, zgodnie z którym w przypadku, kiedy strony łączyła umowa i istniały podstawy wyliczenia wynagrodzenia za wykonane świadczenia, nie można nakładać na stronę powodową obowiązku wyliczenia udzielanych świadczeń medycznych, z uwzględnieniem poszczególnych kosztów związanych z przypadkiem pozalimitowym. Dostrzec należy, że same umowy przyjmują hipotetyczne założenia w zakresie wyliczeń kosztów leczenia, skoro przewidują wynagrodzenia za świadczenia wykonywane w przyszłości. Wręcz niemożliwym jest aby strona powodowa była w stanie przedłożyć kosztorys uwzględniający absolutnie wszystkie koszty związane z konkretnym przypadkiem, tak aby mogłyby zostać one następnie zweryfikowane. ( vide: wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 6 maja 2015 r., I ACa 435/15, LEX nr 1746832). W analogicznym tonie wypowiedział się Sąd Apelacyjny w Gdańsku w wyroku z dnia 25 kwietnia 2013 roku, V ACa 136/13, Lex nr 134403, na który w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia powołał się Sąd I Instancji.

W ocenie Sądu Apelacyjnego przyjęcie odmiennego rozumowania niż to, które uwzględnił Sąd I Instancji prowadziłoby do skrajnego formalizmu, obowiązku dokumentowania na piśmie każdego wydatku poniesionego przez powoda w odniesieniu do każdego z pacjentów jakie został przez niego przyjęty ponad wyznaczony umowa limit. W pełni zrozumiałym jest, że przy obecnej polityce płacowej, braku wystarczających środków na zapewnienie szpitalom wystarczającej liczby personelu, nałożenie na placówki takiego obowiązku prowadziłoby do spowolnienia, opóźnienia w świadczeniu usług medycznych. Znaczna część czasu, jaką personel aktualnie przeznaczą na udzielanie usług medycznych, opiekowanie się

pacjentem musiałby przeznaczać na wykonywanie czynności biurowych, kompletowaniu niezbędnej dokumentacji. Wspomnieć nadto należy, że takie czynnik jak zużycie prądu czy wody przez jednego pacjenta są praktycznie niemożliwi do ustalenia w sposób ścisły oraz udokumentowania stosownymi rachunkami.

Stąd też skoro również wynagrodzenie należne powodowi za wykonaną usługę medyczną w ramach zawartej z pozwanym umowy jest wynagrodzeniem szacunkowym, jedynie hipotetycznie określającym wysokość poniesionych związku udzielona usługą medyczną kosztów, nie sposób obarczać powoda dodatkowymi, szczególnie uciążliwymi obowiązkami szczegółowego dokumentowania wszystkich kosztów ponoszonych w sytuacji udzielania usługi w ramach przymusu ustawowego. Skoro bowiem ustawa nakłada na placówki lecznicze udzielania takich usług także pacjentom ponadlimitowym, w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia oraz zdrowia, za wykonanie takiej usługi powinno należeć się takie samo wynagrodzenie jak za realizowanie takiego świadczenia względem pacjentów, którzy korzystają z tej usługi w granicach wyznaczoną umową zawartą pomiędzy stronami.

Dlatego też zasady racjonalnego rozumowania nakazują przy rozliczaniu pacjentów przyjętych ponad limit zastosowanie zasady analogicznej jak ta, która odnosi się do pacjentów przyjmowanych w ramach kontraktu.

Podkreślić nadto należy, że w toku postępowania przed Sądem Okręgowym, kwestionując wysokość kwoty jakiej zapłaty dochodził powód, skarżący nie wskazał, o ile powyższa kwota została przez stronę przeciwną zawyżona oraz jakie okoliczności na to wskazują, nie wyjaśnił także na jaką kwotę w jego ocenie winna faktycznie opiewać wartość każdej z udzielonych przez powoda usług. Nie przedstawił nadto na tę okoliczności żadnych argumentów i dowodów.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, ciężar udowodnienia tych okoliczności obciążał pozwanego (art. 6 k.c.). Skoro bowiem pozwany twierdzi, że koszt świadczeń medycznych udzielanych pacjentom w stanach ratujących życie lub zdrowie jest niższy od takich samych świadczeń, które udzielane są pacjentom w ramach kontraktu, winien przedstawić racjonalne argumenty potwierdzające tę tezę.



W realiach przedmiotowej sprawy nie doszło także do naruszenia żadnej normy prawa materialnego, w szczególności Sąd I Instancji nie uchybił dyspozycji zawartej w treści art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. 2016, 1793 j. t.)

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Omawiając podniesiony przez skarżącego zarzut należy wyjaśnić, że nie każde świadczenie zdrowotne udzielane w warunkach art. 15 u.d.l. 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 Narodowy Fundusz Zdrowia ponad określony w umowie limit (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 18.01.2006 r., V CSK 60/05, LEX nr 258565, z dnia 13.10.2006 r., III CSK 123/06, LEX nr 258671).

Nie budziło wątpliwości Sądu Apelacyjnego, że wszyscy pacjenci, którym powód udzielił świadczeń medycznych, za które zapłaty się domaga zostali przyjęci w ramach tzw. przymusu ustawowego.

W kontekście powyższego wyłania się zagadnienie rozkładu ciężaru dowodu okoliczności, że sporne świadczenia medyczne udzielane przez powoda pacjentom w sytuacji zagrożenia ich życia i zdrowia mogło zostać przy zachowaniu przez powoda racjonalnej polityki przyjęć wykonane w ramach umownego limitu finansowania określonego w umowie łączącej strony.

W ocenie Sądu Apelacyjnego ciężar udowodnienia tych okoliczności obciążał pozwanego (art. 6 k.c.). Skoro zatem pozwany twierdził, że powodowy szpital mógł wykonać świadczenia objęte pozwem w niniejszej sprawie w ramach umówionego wartościowego limitu zakontraktowanych świadczeń powinien był te okoliczności udowodnić. Tymczasem zarzucając powodowi, że mimo posiadania wiedzy o przyjmowaniu pacjentów poza ustalonym limitem powód nie przesunął pacjentów planowych na dalszy okres w oparciu o listy kolejkowe do prowadzenia których był zobowiązany, nie uwzględnił również żadnych rezerw na przyjęcie pacjentów nagłych pozwany - nie tylko nie powołał na te okoliczności żadnych dowodów, ale usiłował przerzucić ciężar ich udowodnienia na powoda.

Pozwany zarzucając Sądowi I Instancji całkowite pominięcie ekonomicznego oraz organizacyjnego aspektu postępowania powoda nie przedstawił żadnych

dowodów wskazujących na to, że powód nie prowadził racjonalnej polityki gospodarowania środkami jakie otrzymał od pozwanego w ramach kontraktu oraz, że w przypadku innej organizacji pracy powoda, byłby on w stanie wygospodarować środki na udzielenie świadczeń, za które zapłaty się domaga niniejszym pozwem w ramach limitu którym dysponuje.

Reasumując powyższe rozważania uznać należy, że z uwagi na brak inicjatywy dowodowej pozwanego w zakresie podnoszonej przez niego okoliczności, iż powód miał możliwość rozliczenia świadczeń objętych sporem w granicach limitu i powinien był zachować odpowiednią rezerwę na przypadki świadczeń ratujących życie, wykazania braku prowadzenia przez powoda racjonalnej oraz rozsądnej polityki finansowej, kwestie te nie były przedmiotem ustaleń Sądu I instancji. Wobec braku udowodnienia podnoszonych okoliczności, zarzut naruszenia przez Sąd Okręgowy dyspozycji art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych okazał się niezasadny.

W tym stanie rzeczy nie podzielając wskazanych wyżej zarzutów apelacji ani argumentacji zgłoszonej na ich poparcie, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. w punkcie I wyroku oddalił apelację.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c. i art. 108 § 1 k.p.c. w zw. z § 2 pkt 7) w zw. z § 10 ust 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015

r. w sprawie opłat za czynności radcy prawnego (t.j. Dz. U. 2015 poz. 1804 ze zm.). Wartość przedmiotu zaskarżenia w niniejszej sprawie wynosiła 495.065,00 zł. Zatem w oparciu o przywołane przepisy należało zasądzić od pozwanego na rzecz powoda kwotę 10 800 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego, o czym Sąd Apelacyjny orzekł w punkcie II wyroku.