

Sygn. akt V ACa 363/18, V ACz 472/18

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 września 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – V Wydział Cywilny

w składzie:

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

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

sprawy z powództwa Wojewódzkiego Szpitala (...) w T.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego oraz zażalenia powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w B.

z dnia 14 lutego 2018 r., sygn. akt I C 673/14

I. oddala apelację;

II. oddala zażalenie;

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

SSO del. Leszek Jantowski SSA Anna Daniszewska SSA Mariusz Wicki

Na oryginale właściwe podpisy.

Sygn. akt V ACa 363/18, V ACz 472/18

## UZASADNIENIE

Powód, Wojewódzki Szpital (...) w T. wniósł o zasądzenie od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia w W. (...) w B. kwoty 323.136 złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 lutego 2012 roku do dnia zapłaty.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa.

Pismem z dnia 2 stycznia 2015 roku powód cofnął żądanie pozwu co do kwoty 5.712 złotych, podtrzymując roszczenie w pozostałej części (k. 878-882 akt). Pozwany wyraził zgodę na częściowe cofnięcie powództwa (k. 997 akt).

Wyrokiem z dnia 14 lutego 2018 r. Sąd Okręgowy B.:

1.zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 303.246 (trzysta trzy tysiące dwieście czterdzieści sześć) zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 lutego 2012r. do dnia 31 grudnia 2015r. oraz z dalszymi odsetkami ustawowymi za opóźnienie za okres od dnia 1 stycznia 2016r. do dnia zapłaty,

2.umorzył postępowanie w zakresie żądania kwoty 5.712 (pięć tysięcy siedemset dwanaście) zł,

3.oddał powództwo w pozostałej części,

4.zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 6.367,96 (sześć tysięcy trzysta sześćdziesiąt siedem 96/100) zł tytułem zwrotu kosztów procesu,

5.nakazał pobrać od powoda na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w B. kwotę 1.118,36 (tysiąc sto osiemnaście 36/100) zł tytułem zwrotu kosztów sądowych,

6.nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w B. kwotę 17.520,80 (siedemnaście tysięcy pięćset dwadzieścia 80/100) zł tytułem zwrotu kosztów sądowych.

***Powyższe rozstrzygnięcie zostało oparte na następujących ustaleniach faktycznych:***

Strony łączyła umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w leczeniu szpitalnym w okresie od dnia 1 stycznia 2009 roku, która obowiązywała także do dnia 31 grudnia 2011 roku. W 2011 roku kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umowy wynosiła maksymalnie 126.398.196 złotych, w tym w zakresie chorób płuc 3.090.345 złotych. Wartość poszczególnych świadczeń jest stała i jest wyrażona za każdą jednostkę - w przypadku chorób płuc, w kwocie 51 złotych.

Lekarze powoda dokonywali ostatecznej kwalifikacji rodzaju świadczenia.

Zawarta z pozwanym umowa obejmowała finansowanie wszystkich świadczeń, także tych udzielonych faktycznie ponad limit. Okresem rozliczeniowym był dany rok. Powód podejmował działania w celu zminimalizowania kosztów udzielonych świadczeń. W 2011 roku była prowadzona księga osób oczekujących w zakresie chorób płuc, co miesiąc była przekazywana informacja do oddziałów dotycząca stopnia wykonania kontraktu. Powód miał ustaloną procedurę postępowania w sprawach nagłych, kilkakrotnie występował o zwiększenie limitów do pozwanego, lecz bezskutecznie. Zgłosił zapotrzebowanie na około 80.000 punktów świadczeń, pozwany zakontraktował 60.000, a faktyczne wykonanie powoda w 2011 roku wyniosło około 76.000 punktów. Oczekiwania szpitala co do poziomu świadczenia były wyższe, od przyjętych w umowie. Faktycznie świadczenia z zakresu chorób płuc nie zostały w systemie oznaczone atrybutem T, jako ratujące życie i zdrowie

Dalej Sąd O. ustalił, że świadczenia udzielone pacjentom w 2011 roku przez powoda z zakresu chorób płuc, w części która nie została sfinansowana przez pozwanego, jedynie w czterech zgłoszonych w sprawie przypadkach nie zostały udzielone w stanach zagrożenia życia lub zdrowia oraz w przypadku niecierpiącym zwłoki. Dotyczy to chorych hospitalizowanych planowo W. A. - kwota 4.386 złotych, D. S. - kwota 3.570 złotych, J. N. - kwota 4.386 złotych i I. D. - kwota 1.836 złotych. W pozostałych 96 przypadkach świadczenia ze wskazanej grupy zostały udzielone przez powoda w stanach zagrożenia życia i zdrowia oraz w przypadkach niecierpiących zwłoki. Wśród tych chorych byli pacjenci przyjmowani w związku z niewydolnością oddechową lub zagrożeniem takiej niewydolności, z powodu zapalenia płuc, w celu leczenia odmy opłucnowej, z ropniem płuca lub ropniakiem opłucnej, z grzybicą płuc, z gruźlicą płuc, z rozpoznaniem rozstrzeni oskrzeli i infekcyjnymi komplikacjami z tego powodu i

z niewydolnością krążenia. Lekarz w tych przypadkach nie miał prawa odmówić przyjęcia do leczenia szpitalnego zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej. Byli także pacjenci z guzem płuca i z sarkoidozą płuc, którzy wprawdzie nie wymagali natychmiastowego przyjęcia do szpitala, jednak wymagali oni niecierpiącej zwłoki diagnostyki z uwagi na to, że każde opóźnienie zmniejsza szanse przeżycia lub skraca długość życia. Wśród przyjmowanych w tym trybie pacjentów, były zatem osoby przyjmowane do diagnostyki w związku z podejrzeniem choroby nowotworowej, lub w związku z diagnozą takiej choroby. Dalsze ich leczenie było uzależnione od tej diagnostyki. Nieuprawnione jest stwierdzenie braku konieczności hospitalizacji chorych diagnozowanych w kierunku raka płuc głównie z tego powodu, że zabiegi inwazyjne wykonywane w celu uzyskania materiału do badania mikroskopowego, są zbyt ryzykowne do przeprowadzenia w warunkach ambulatorium. Pozwany nie miał wystarczających środków na zapłatę za te świadczenia.

Sąd ustalił także, że w zakresie świadczeń z dziedziny chorób płuc udzielonych przez powoda w 2011 roku, pozwany przeprowadził kontrolę, w wyniku której ustalono, iż pozwany faktycznie zapłacił za dwa zgłoszone świadczenia, udzielone F. S. i M. G., łącznie 5.712 złotych, natomiast w zakresie dwóch innych świadczeń powód początkowo skorygował - na żądanie pozwanego - swoje zgłoszenie, jednocześnie wnosząc sprawę o ustalenie za nieważne zapisów umowy stron z dnia 31 grudnia 2008 roku, w związku z treścią zarządzenia nr 93/2008/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 22 października 2008 roku i zarządzenia nr 69/2009/DSOZ z dnia 3 listopada 2009 roku. Sąd Apelacyjny w Gdańsku wyrokiem w sprawie V ACa (...) uznał te zapisy ex tunc za nieważne. Co do pozostałych świadczeń w badanym zakresie pozwany zatwierdził raport.

W zakresie chorób płuc powód udzielił w 2011 roku świadczeń ponad limitowych w stanach nagłych ratujących życie i zdrowie pacjentów, o wartości łącznej 323.136 złotych, uwzględniając przy wycenie świadczeń ustaloną z pozwanym stawkę 51 złotych za jeden punkt rozliczeniowy. Stawka za jeden punkt udzielonego świadczenia jest stawką uśrednioną i stałą, niezależnie od oddziału i jej wysokość wynika z załącznika do kontraktu, zawieranego przez strony. W zakresie chorób płuc nie było aktualizacji wartości świadczenia. Powód swoje zgłoszenie o finansowanie tych świadczeń ponadlimitowych oparł o katalog świadczeń, albowiem innej możliwości nie miał. Powód faktycznie poniósł w 2011 roku wielokrotnie wyższe koszty finansowania świadczeń z zakresu chorób płuc, niż kwota zgłoszona w pozwie.

Dalej Sąd Okręgowy wskazał, że powyższy stan faktyczny ustalił na podstawie pisemnej opinii biegłego z zakresu chorób płuc. W ocenie Sądu opinia ta była jasna, logiczna, jednoznaczna, oparta została na podstawie dowodów z dokumentów - dokumentacji medycznej pacjentów, i została wydana zgodnie z aktualną wiedzą medyczną we wskazanej dziedzinie medycyny. Biegły szczegółowo odniósł się do poszczególnych grup pacjentów, objętych świadczeniem w 2011 roku. Sąd zauważył przy tym, że biegły w swojej opinii wykroczył poza postawioną mu tezę dowodową, odnosząc się także do kwestii analizy ewentualnego braku możliwości przesunięcia czy wstrzymania przyjęć planowych przy jednoczesnej konieczności udzielenia świadczeń nagłych (k. 1103 akt). W pozostałym zakresie Sąd Okręgowy uwzględnił także treść pozostałych dowodów z dokumentów, oraz co do zasady zeznania świadków oraz przesłuchanej za pozwanego E. K., w zakresie samego systemu zgłaszania i rozliczania świadczeń przez powoda do NFZ, także w zakresie podejmowanych przez szpital działań, zmierzających do uregulowania kwestii przyjmowania pacjentów, albowiem nie były wobec siebie sprzeczne, a służyły jedynie wyjaśnieniu systemu rozliczeń, obowiązującego pomiędzy stronami, także w zakresie spornych świadczeń, objętych żądaniem pozwu. Dotyczyło to także kwestii wysokości kosztów poniesionych przez powoda w 2011 roku na finansowanie świadczeń na

oddziale chorób płuc.

Przechodząc do rozważań Sąd Okręgowy wskazał, że roszczenie było uzasadnione. Sąd podkreślił, że w tego typu sprawach powód ma jedynie wykazać, iż udzielone świadczenie spełnia przesłanki określone obecnie w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2013 roku, poz. 217 z późn.zm.), a poprzednio określone w art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2007 roku, Nr 14, poz. 89 z późn.zm.), która również ma zastosowanie w niniejszej sprawie, albowiem obowiązywała ona do dnia 30 czerwca 2011 roku, zaś sporne świadczenia były udzielone także w okresie jej obowiązywania, a także w oparciu

o art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2011 roku, Nr 277, poz. 1634 z późn.zm.). Bezsprzeczonym zdaniem Sądu było bowiem to, że świadczenia objęte żądaniem pozwu nie zostały sfinansowane przez pozwanego w ramach limitu finansowego, wynikającego z zawartej w dniu 31 grudnia 2008 roku umowy - z uwagi na jego wyczerpanie w 2011 roku. Nadto w ocenie Sądu i instancji, nie miał decydującego znaczenia fakt, czy w sytuacji, gdy świadczenie zostało udzielone w warunkach wskazanych wymienionymi wyżej przepisami, świadczeniodawca podjął dodatkowo właściwe działania i czynności w celu umożliwienia realizacji tych świadczeń jeszcze w ramach limitu.

Sąd Okręgowy odwołał się do treści art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty i wskazał, że w związku z podstawą faktyczną żądania, to na powódzie - jako dochodzącym roszczenia o zapłatę za świadczenia medyczne udzielone pacjentom w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia, ciąży obowiązek wykazania, że z uwagi na okoliczności poszczególnych przypadków zachodziła potrzeba natychmiastowego udzielenia tych świadczeń. Wskazał przy tym, że zgodnie z art. 19 ust. 1 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w sytuacjach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Podkreślił, że biegły jednoznacznie i w sposób jasny oraz logiczny wskazał - w odniesieniu do 96 badanych przypadków - charakter tych świadczeń, w szczególności, czy zostały udzielone przez powoda w stanach nagłych, wymagających natychmiastowej reakcji ze względów życiowych, czy też nie, dodatkowo wskazał na charakter schorzeń, ich wpływ na stan zagrożenia zdrowia i życia konkretnych pacjentów, czy skutek świadczenia. Tym samym zdaniem Sądu Okręgowego w sposób wystarczający wykazano, że przypadki tych świadczeń medycznych były one ratującymi zdrowie i życie pacjentów, a nadto były udzielone w stanach nagłych. W 4 przypadkach potwierdziły się zarzuty pozwanego co do charakteru tych świadczeń, jako planowych.

W konsekwencji w ocenie Sądu Okręgowego powyższe przesądza o zasadności powództwa co do określonej części świadczeń.

Pozwany powoływał się na to, że w chwili obecnej nie ma bezwarunkowej odpowiedzialności za świadczenia udzielane w związku z zagrożeniem życia i zdrowia, wskazując, że zakład opieki zdrowotnej musi mieć na uwadze świadomość dysponowania jedynie określoną pulą środków na wykonanie określonych w umowach usług i winien właściwie je wykorzystywać, np. rozkładając w czasie udzielanie świadczeń i tworząc system kolejek. Sąd Okręgowy podkreślił, że w orzecznictwie sądów powszechnych spotyka się pogląd, iż w sytuacji, gdy świadczeniodawca nie wykaże dodatkowo, że nie był w stanie udzielić świadczenia ratującego zdrowie lub życie jeszcze w ramach limitu, że nie podejmował czynności zmierzających do racjonalnego gospodarowania środkami i w związku z tym racjonalnego organizowania świadczeń, nie może skutecznie domagać się pokrycia ich kosztów od oddziału NFZ w ramach procesu sądowego. W ocenie Sądu meriti takie twierdzenia, nakładające na świadczeniodawcę dodatkowe obowiązki i tym samym obciążenia dowodowe nie są uprawnione w świetle przepisów ustawy. Sąd I instancji podzielił wyrażony w orzecznictwie pogląd, że obowiązki wynikające z przepisów art. 7 ustawy o zoz i art. 30 ustawy o zawodach lekarza 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 Funduszem Zdrowia, a świadczeniodawcą i obciążyć nimi Fundusz zarządzający środkami publicznymi, z których powinny one być pokryte. Udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia albo zdrowia jest własnym ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy będącego zakładem opieki zdrowotnej czy lekarzem. W związku z tym, że obowiązek ma charakter ustawowy, nie może on być ograniczony innymi przepisami o niższej randze, w szczególności umową czy ogólnymi warunkami ustalonymi pomiędzy stronami umowy.

Zdaniem Sądu Okręgowego nie budzi wątpliwości, że wynikający z umowy limit finansowania obejmuje nie tylko świadczenia nie mające cech nagłości ratujące życie (np. świadczenia planowane), ale także te wykonywane w warunkach art. 7 czy art. 15 wskazanych ustaw i jeżeli te ostatnie są wykonywane w okresie, kiedy limit finansowania wynikający z umowy jeszcze się nie wyczerpał, winny być rozliczane w ramach tego limitu, jeśli natomiast limit uległ wyczerpaniu, podlegają rozliczeniu na podstawie obowiązku ustawowego, jedynie po wyczerpaniu przesłanek nagłości świadczenia ratującego zdrowie lub życie świadczeniobiorcy. Jedynie w przypadku wykazania, że świadczeniodawca

świadomie i celowo tak organizuje swoje świadczenia i środki finansowe, iż spowodowało to niemożność rozliczenia tych świadczeń w ramach limitu, choć było to realnie możliwe, wówczas zaistniałyby przesłanki do oddalenia takiego roszczenia. Ciężar udowodnienia takiej okoliczności

obciąża stronę pozwaną (art. 6 k.c.).

W ocenie Sądu, w okolicznościach niniejszej sprawy nie było przesłanek do stwierdzenia, że powód jako świadczeniodawca, celowo i świadomie nie zgłosił świadczeń objętych roszczeniem w ramach limitu, oraz że podejmował czynności, aby nie zgłosić w przewidzianej formie spornych świadczeń do rozliczenia. Z przedłożonych przez powoda dokumentów i z zeznań świadków wynika, że powód podejmował działania informacyjne co do limitów świadczeń, podkreślając, że w tym zakresie to i tak lekarz podejmuje decyzję co do konieczności udzielenia świadczenia nagłego, kierując się dobrem o życie i zdrowie pacjenta. Nadto za pomocą dokumentów, które nie zostały skutecznie zakwestionowane przez pozwanego wykazał, że przyjął procedury przyjmowania i kolejowania pacjentów. Dalej Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że zawarta pomiędzy stronami umowa dotyczyła limitu wszystkich świadczeń, także tych udzielanych w stanach nagłych, co potwierdził pozwany już w odpowiedzi na pozew. Realnie limit ten dotyczył całego okresu rozliczeniowego, co wynika z zasad finansowania i z treści zawartej umowy o świadczenie. W rezultacie - przy zachowaniu pewnej staranności ze strony powoda – nie zdołano zmieścić się w limicie rocznym z umowy i faktycznie udzielono świadczeń ponad ten limit. Podnoszona przez pozwanego kwestia zgłoszenia w systemie elektronicznym spornych świadczeń bez oznaczenia ich atrybutem T, jako świadczeń ratujących życie, nie mogła zdaniem Sądu I instancji zostać oceniona jako świadomie działanie powoda oraz jako mające istotne znaczenie dla sprawy. W ocenie Sądu Okręgowego był to tylko i wyłącznie element techniczny, który nie wpływał na ocenę tego, czy faktycznie świadczenie takie spełnia przesłanki z art. 7 ustawy o zoz, czy art. 15 ustawy o działalności leczniczej. Jak wynika bowiem z zeznań świadków, kwalifikacji świadczenia dokonują na samym początku lekarze, przy badaniu pacjenta i dokonują odpowiedniego wpisu w systemie. Sąd Okręgowy podzielił pogląd, że błąd w systemie w oznaczeniu świadczenia nie ma wpływu na ustalenie obowiązku ich finansowania przez pozwanego, a tym samym na samą kwalifikację świadczenia. Jedynie w sytuacji wykazania przez pozwanego celowego działania powoda w tym kierunku, możliwa jest odmowa uwzględnienia roszczenia, ale w sprawie niniejszej brak przesłanek do dokonania podobnej oceny.

Dalej Sąd Okręgowy odwołał się do art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2008 roku, Nr 164, poz. 1027 z późn.zm.), wskazując, że także świadczeniodawcy, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługuje prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wówczas wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej. Z tej przyczyny błędne jest twierdzenie, według którego do ubiegania się o zwrot

kosztów udzielenia świadczeń zdrowotnych w wypadkach nagłych konieczne jest podpisanie umowy.

W konsekwencji Sąd Okręgowy uznał, że łącznie w 96 przypadkach udzielonych świadczeń poddanych ocenie istniały przesłanki do uznania zasadności twierdzeń powoda, iż świadczenia te spełniały wymagania z art. 7 ustawy o zoz, a obecnie art. 15 ustawy o działalność leczniczej, na łączną kwotę 303.246 złotych. Wartość ta wynika z podliczenia wartości poszczególnych świadczeń wskazanych w pozwie i zestawienia do niego, przy prawidłowym przyjęciu stawki, wynikającej z załącznika do zawartej umowy. Zdaniem Sądu Okręgowego brak w tym przypadku podstaw do konieczności wykazywania przez powoda faktycznej, rzeczywistej wartości udzielonych świadczeń, wobec zgodnych ustaleń stron przy umowie, a nadto z uwagi na obiektywną okoliczność, że faktycznie zastosowana i przyjęta stawka jest zaniżona w porównaniu z rzeczywistymi kosztami świadczeń. Ta okoliczność wynika bowiem z przedłożonego przez powoda zestawienia kosztów na oddziale chorób płuc w 2011 roku (k. 1201-1202 akt), gdzie wartość jest wielokrotnie wyższa od wskazanej w pozwie. Sąd zwrócił uwagę, że sama przesłuchana za pozwanego E. K. potwierdziła, iż przy raportowaniu świadczeń powód oparł wyliczenie o katalog świadczeń, który był załącznikiem do umowy. Skoro sama umowa określała limit dla świadczeń limitowych i ponad limitowych, a zatem dla wszystkich udzielonych, to jednolity

winien być sposób określania ich wartości. W rezultacie zgłoszony przez pozwanego zarzut co do wysokości roszczenia Sąd uznał za nieuzasadniony.

W rezultacie Sąd Okręgowy zasądził od pozwanego kwotę 303.246 złotych, wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 lutego 2012 roku do dnia zapłaty (punkt 1 wyroku). W zakresie odsetek powód słusznie wskazał na wymagalność swojego roszczenia na dzień 15 lutego 2012 roku, mając na uwadze treść § 1 pkt 6 ogólnych warunków umów, w którym mowa o okresie rozliczeniowym w rozumieniu okresu roku kalendarzowego albo innego, zawierający się w roku kalendarzowym, § 23 i 27 ogólnych warunków umów, gdzie mowa o podstawie rozliczeń za świadczenia w postaci rachunku wraz z raportem i prawie do korygowania raportu jeszcze w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego. Konsekwencją tego jest uznanie, że wymagalność roszczeń z takiej podstawy jest powiązana z zakończeniem okresu rozliczeniowego w postaci roku kalendarzowego i z upływem terminu, w którym jest możliwe skorygowanie raportu w celu ostatecznego rozliczenia, który powinien nastąpić już po tym okresie, czyli począwszy od dnia 15 lutego każdego kolejnego roku.

Wobec skutecznego cofnięcia powództwa co do kwoty 5.712 złotych, w tej części Sąd Okręgowy umorzył postępowanie, na podstawie art. 355 § 1 k.p.c. w związku z art. 203 § 1 i 4 k.p.c. (punkt 2 wyroku).

Sąd oddalił powództwo w pozostałej części, tj. co do wartości 4 świadczeń, uznając w oparciu o opinię biegłego, że w przypadku tych świadczeń, nie zostały one udzielone w 2011 roku ze wskazań życiowych (punkt 3 wyroku).

O kosztach procesu Sąd orzekł w punkcie 4 wyroku, zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu, na podstawie art. 98 i 99 k.p.c. i art. 100 k.p.c., mając na uwadze uwzględnienie powództwa w 94 %. W zakresie tych kosztów Sąd wziął pod uwagę wynagrodzenia pełnomocników stron w stawce minimalnej, określone przepisami rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie, i odpowiedniego dotyczącego radców prawnych (7.200 złotych), a także uiszczone dwie opłaty skarbowe po 17 złotych. W punktach 5 i 6 wyroku Sąd orzekł o należnych i nie pokrytych do tej pory przez strony kosztach sądowych, uwzględniając stopień, w którym żądania stron zostały uwzględnione.

### ***Apelację od powyższego wyroku wniosła strona pozwana, zaskarżając go w punktach 1,4,5 i 6.***

Zaskarżonemu wyrokowi zarzucił :

1.naruszenie prawa materialnego, to jest art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku

O zakładach opieki zdrowotnej (t. j. Dz. U. z 2007 r. , Nr 14, poz. 89 ze zm.), art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2006 r. Nr 191, poz. 1410 ze zm.) i art. 5 ust. 33 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) poprzez ich błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie w niniejszej sprawie i w konsekwencji błędne przyjęcie, że świadczenia objęte pozwem były świadczeniami opieki zdrowotnej udzielonymi w stanach nagłych oraz, że przepisy te stanowią podstawę do dochodzenia roszczeń na drodze sądowej przez świadczeniodawców, którzy mają zawartą umowę z Funduszem, ponadto, że w takich przypadkach świadczeniodawca nie jest zobowiązany wykazać rzeczywistych kosztów udzielenia świadczeń,

2.naruszenie prawa materialnego, to jest art. 132 i art. 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.) poprzez błędne przyjęcie, że świadczenia zdrowotne udzielone w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego mogą być udzielane i finansowane bez zawartej umowy lub w wysokości przekraczającej określoną w umowie ilość i wartość świadczeń, a w konsekwencji kwotę wynikającą z planu finansowego Funduszu.

Wskazując na powyższe zarzuty skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości i obciążenie powoda kosztami postępowania apelacyjnego, w tym kosztami zastępstwa

procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

W odpowiedzi na apelację (k.1281-1294) strona powodowa wniosła o jej oddalenie i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

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

Apelacja nie była uzasadniona

Sąd Apelacyjny podziela ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd Okręgowy i przyjmuje je za własne, co czyni zbędnym ich ponowne przytaczanie (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 września 2014r. I CSK 628/13 LEX nr 1554252, uzasadnienie postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 7 kwietnia 2016r. III CSK 210/15, Legalis numer 1444982). Podobnie Sąd Apelacyjny podziela dokonaną przez Sąd pierwszej instancji ocenę zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, oraz ocenę prawną zgłoszonego przez stronę powodową roszczenia.

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

Odnośnie zarzutu naruszenia prawa materialnego : art.132 i 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz.1938) to podkreślić należy, że wskazane przez skarżącego przepisy zawarte zostały w dziale VI wymienionej ustawy zatytułowanym: „postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami” i regulują tryb zawierania umów pomiędzy świadczeniodawcą a NFZ oraz niezbędne składniki tych umów. Skarżący w istocie kwestionuje możliwość, że świadczenia zdrowotne udzielone w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego mogą być finansowane w wysokości przekraczającej określoną w umowie ilość i wartość świadczeń. Tymczasem z opinii biegłego z zakresu (...) C. R. (k.1098 – 1103) wynika jednoznacznie, że świadczenia udzielone 96 pacjentom wymienionym w zestawieniu przedłożonym przez powoda (k.635-642), były świadczeniami ratującymi ich życie lub zdrowie i zostały udzielone w trybie nagłym, tj. w stanie, gdy odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo życia. Potwierdzają to opisy zawarte w kartach informacyjnych leczenia szpitalnego. Sąd Apelacyjny podziela w całej rozciągłości i przyjmuje za

własne rozważania Sądu Okręgowego odnoszące się do przesłanek uznania przedmiotowych świadczeń za udzielone w stanach nagłych, ratujących życie.

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

W konsekwencji nie mogły być także uznane za trafne zarzuty naruszenia art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej , art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym

oraz art. 5 ust.33 cytowanej ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Co do tego ostatniego przepisu, to zawiera on definicję „stanu nagłego” w rozumieniu przedmiotowej ustawy – poprzez odesłanie do stanu, o którym mowa w art. 3 pkt. 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1868 i 2020 oraz z 2017 r. poz. 60). Przepis ten definiuje stan nagłego zagrożenia zdrowotnego jako „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”.

Skarżący nie wykazał, na czym miało polegać niewłaściwe zastosowanie obu wyżej cytowanych przepisów. W szczególności skarżący pominął, że charakter przedmiotowych świadczeń – jako nagłych, ratujących życie – ustalony został w oparciu o rzetelnie i wyczerpująco uzasadnioną opinię biegłego, których wnioski nie zostały skutecznie podważone.

Jeżeli chodzi o zarzut naruszenia art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, to przepisy tej ustawy przestały obowiązywać z dniem 1 lipca 2011r. na skutek uchylecia jej na podstawie art. 220 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej ( t. jedn. Dz.U z 2018r. poz.160). Art. 7 stanowił, że „zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która

potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia”. Jego odpowiednikiem jest art.15 ust.1 aktualnie obowiązującej ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, wedle którego „podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia”, oraz stanowiący jego uzupełnienie cytowany powyżej art. 19 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Skoro ustalone zostało – w oparciu o opinie biegłego - że przedmiotowe świadczenia udzielone zostały w stanach nagłych, ze względu na zagrożenie życia, to nie sposób uznać, aby Sąd I instancji dopuścił się naruszenia wyżej cytowanych przepisów.

Skarżący podnosił także w uzasadnieniu apelacji (k.1268 v), że strona powodowa nie wykazała rzeczywistych kosztów udzielenia świadczenia w stanach nagłych. W istocie, przepis art. 19 ust.4 dopuszcza możliwość przyznania wynagrodzenia uwzględniającego wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej. Podkreślenia jednak wymaga, że pojęcie „uzasadnione koszty” nie musi być bynajmniej utożsamiane z pojęciem „rzeczywistych kosztów”. Trudno bowiem sobie wyobrazić, w jaki sposób podmiot udzielający świadczenia w sytuacjach nagłych miałby wykazać poniesienie rzeczywistych kosztów tych świadczeń, w oderwaniu od zobiektywizowanych kryteriów przyjętych np. w ramach umowy obejmującej te same świadczenia, ale w granicach ustalonego limitu.

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

W sprawie bezspornym było, że zawarta pomiędzy stronami umowa nie precyzowała wysokości wynagrodzenia za udzielenie świadczeń ponad limit w warunkach przymusu ustawowego. Bezspornym jednak było to, że dochodzona kwota została wyliczona na podstawie katalogu świadczeń wynikającego z zawartej z pozwanym umowy, jako iloczyn wykonanych świadczeń, liczby punktów za każde świadczenie – wynikającej z zarządzenia Prezesa NFZ nr 69/2009/DSOZ - i stawki jednostkowej 51 zł za 1 punkt (vide: uzasadnienie pozwu k.4- 5, także zeznania E. K. k.1163 – 1166, 00:03:16 – 00:24:47, zestawienie świadczeń k.635 ).



Poszukując kryteriów dla ustalenia wynagrodzenia za świadczenia udzielone ponad limit umowny, w ocenie Sądu Apelacyjnego to właśnie regulacje umowne powinny zostać wzięte pod uwagę w pierwszej kolejności. Skoro strony wypracowały w umowie pewne kryteria, na podstawie których ustalona została kwota za wykonane

świadczenia w ramach limitu, nie sposób uznać, aby istniały przekonujące argumenty służące zakwestionowaniu tego wyliczenia. Brak jest uzasadnionych podstaw ku temu, aby dokonać zróżnicowania wartości świadczeń w zależności od tego, czy zostały one udzielone w ramach limitu, czy też nie. W obydwu przypadkach placówka lecznicza ponosi tożsame koszty, związane z koniecznością zapewnienia pacjentowi należytej obsługi lekarsko - pielęgniarskiej, miejsca na oddziale, lekarstw i innych środków leczniczych czy wyżywienia. Zdaniem Sądu Apelacyjnego nie można nakładać na stronę powodową obowiązku wyliczenia udzielanych świadczeń medycznych z uwzględnieniem poszczególnych kosztów związanych ze świadczeniem ponadlimitowym. Jak już to bowiem wskazano, uwzględniając zasady doświadczenia życiowego byłoby to praktycznie niemożliwe (podobnie Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 26 stycznia 2017r. I ACa (...), LEX nr 2250114, tak też Sąd Apelacyjny w Warszawie wyroku z dnia 15 grudnia 2017r. V ACa 942/17, LEX nr 243018 ).

W ocenie Sądu Apelacyjnego pogląd wyrażony w wyroku Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 27 sierpnia 2015 r. III CSK 455/14 (OSNC-ZD 2017/2/19), wedle którego podmiotowi leczniczemu, który zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, przysługuje roszczenie o wynagrodzenie za wykonanie ponadlimitowych świadczeń w stanie nagłym w wysokości uzasadnionych kosztów ich udzielenia (art. 132 ust. 4 w zw. z art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 581) nie oznacza, aby nie można było tych kosztów obliczać właśnie w oparciu o kryteria określone w umowie. (podobnie Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 8 kwietnia 2016 r. , V ACa 793/15 Legalis nr 1507909, Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 6 maja 2016 r.

V ACa 852/15, Legalis Numer 1522768). Nie bez znaczenia jest bowiem to, że same kontrakty opierają się w istocie na prognozach w zakresie kosztów leczenia pacjentów w danym okresie, albowiem przewidują wynagrodzenia za świadczenia wykonane dopiero w przyszłości. Skoro istniała wiarogodna podstawą do wyliczenia wynagrodzenia za świadczenia ponadlimitowe w postaci stosowanych przez analogię regulacji kontraktowych, obciążenie świadczeniodawcy obowiązkiem szczegółowego, rozpisania tych świadczeń było zbędne (tak też w cytowanym wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 26 stycznia 2017r. I ACa (...)). Skoro strona pozwana zarzuca, że koszt ten jest inny, aniżeli ustalony w oparciu o kryteria umowne, w szczególności niższy, to zdaniem Sądu Apelacyjnego winna ten fakt wykazać (art. 6 k.c.). Inaczej byłoby, gdyby powód w ogóle nie był związany kontraktem z NFZ, a zatem nie istniałyby jakiegokolwiek umowne kryteria mogące być podstawą dla wyliczenia należności za świadczenia ponadlimitowe. Zgodzić należy się także z powodem, że obowiązujący model rozliczania świadczeń nie tworzy warunków do dokonania nawet próby szacunkowego określenia tych kosztów, bowiem

świadczeniodawca musiałby szczegółowo rozpisywać każde wykonane świadczenie już w chwili jego udzielania. Wymaganie wykazania uzasadnionych kosztów jest w rezultacie przerzuceniem obowiązku finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach przymusu ustawowego na świadczeniodawców, którzy obiektywnie nie są w stanie ich dowieść. ( por. także Grzegorz Głanowski glosa do wyroku SN z dnia 27 sierpnia 2015r. III CSK 455/14, PiM 2016/2/154-16).

Niezależnie od tego w ocenie Sądu Apelacyjnego, skoro pozwany zarzucał, że powodowy szpital mógł wykonać świadczenia objęte pozwem w ramach umówionego wartościowego limitu zakontraktowanych świadczeń, to również te okoliczności winien był udowodnić. Tymczasem wskazując, że powodowy szpital winien racjonalnie gospodarować przyznanymi limitami skarżący tej okoliczności nie

udowodnił, na co trafnie zwrócił uwagę Sąd Okręgowy. Sąd ten prawidłowo również wskazał, że z poczynionych w sprawie ustaleń wynika, iż powód przyjął procedury przyjmowania pacjentów w ramach ustalanych uprzednio kolejek.

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

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

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

Jednocześnie w punkcie II Sąd Apelacyjny rozstrzygnął zażalenie na postanowienie zawarte w punkcie 5 wyroku Sądu Okręgowego w B. z dnia 14 lutego 2018 r., w którym Sąd nakazał pobrać od powoda Wojewódzkiego Szpitala (...) w T. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w B. kwotę 1.118,36 zł tytułem zwrotu kosztów sądowych.

W uzasadnieniu tego rozstrzygnięcia Sąd Okręgowy wskazał, że żądanie powoda zostało uwzględnione w 94%. Koszty sądowe objęły wydatki na biegłego w wysokości 2.482, 16 zł oraz opłatę sądową 16.157, - zł. Zasądzone koszty obejmują nie pokryte dotąd przez strony koszty sądowe. Sąd podkreślił, że zwolnienie od kosztów sądowych orzeczone w toku postępowania dotyczy wyłącznie braku obowiązku ich ponoszenia w toku samego procesu, przy obowiązku ich rozliczenia w orzeczeniu końcowym, na podstawie ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych.

Zażalenie na to rozstrzygnięcie wniosła strona powodowa, zarzucając

naruszenie art. 100 ust.1 w zw. z art. 103 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych poprzez jego niezastosowanie, w sytuacji wydania w dniu 11 września 2014 r. przez Sąd I instancji postanowienia zwalniającego powoda od obowiązku ponoszenia kosztów sądowych w całości.

Wskazując na te zarzuty skarżący wniósł o uchylenie zaskarżonego postanowienia.

Zażalenie nie było uzasadnione.

Zgodnie z art. 100 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych strona w całości zwolniona od kosztów sądowych z mocy ustawy nie uiszcza opłat sądowych i nie ponosi wydatków, które obciążają tymczasowo Skarb Państwa. Art. 103 tej ustawy stanowi z kolei, że Sąd może przyznać zwolnienie od kosztów sądowych osobie prawnej lub jednostce organizacyjnej niebędącej osobą prawną, której ustawa przyznaje zdolność prawną, jeżeli wykazała, że nie ma dostatecznych środków na ich uiszczenie.

Przepisy powyższe nie regulują kwestii związanych z rozstrzygnięciem o kosztach sądowych w orzeczeniu kończącym postępowanie w sprawie, w przypadku zwolnienia stron od kosztów sądowych. W takiej sytuacji ma zastosowanie art.113 cytowanej ustawy odsyłający do odpowiedniego zastosowania zasad obowiązujących przy zwrocie kosztów procesu (art. 98 k.p.c. i następne) przy czym, w przypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może odstąpić od przewidzianego w ust. 2-3a obciążenia kosztami.

Biorąc pod uwagę, że zasądzona od powoda kwota nie jest znaczna – mając na uwadze zakres działalności powodowego szpitala i kwoty uzyskiwane w związku ze spełnianymi świadczeniami – w ocenie Sądu Apelacyjnego nie było podstaw do odstąpienia od obciążenia powoda brakującymi kosztami sądowymi.

Z tych też względów Sąd Apelacyjny na podstawie wyżej cytowanych przepisów oraz art. 385 k.p.c. w z. z art. 397 §2 k.p.c. orzekł jak w punkcie II wyroku.