

Sygn. akt V ACa 1346/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 11 grudnia 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie V Wydział Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący: SSA Aleksandra Kempczyńska

Sędziowie: SA Edyta Jefimko (spr.)

SO (del.) Ewa Kiper

Protokolant: Małgorzata Szmit

po rozpoznaniu w dniu 27 listopada 2018 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa (...) Szpitala (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w R.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 14 grudnia 2016 r., sygn. akt IV C 1211/15

I. oddala apelację;

II. nie obciąża strony powodowej kosztami postępowania apelacyjnego.

Ewa Kiper Aleksandra Kempczyńska Edyta Jefimko

Sygn. V ACa 1346/17

UZASADNIENIE

(...) Szpital (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w R. w pozwie skierowanym przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. wniósł o zasądzenie kwoty 8 063 859 zł i 19 gr. wraz z odsetkami liczonymi od dnia 16 lutego 2013 r. do dnia zapłaty, oraz o zasądzenie kosztów procesu - tytułem zapłaty za udzielone w okresie od dnia 1 stycznia 2012 r. do dnia 31 grudnia 2012 r. w ramach umownych limitów planowe świadczenia opieki zdrowotnej.

Narodowy Fundusz Zdrowia w W. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda na jego rzecz zwrotu kosztów postępowania.

Wyrokiem z dnia 14 grudnia 2016 r. Sąd Okręgowy w Warszawie oddalił powództwo, nie obciążając powoda obowiązkiem zwrotu kosztów procesu na rzecz pozwanego.

Powyższy wyrok Sąd Okręgowy wydał na podstawie następujących ustaleń faktycznych i wniosków.

(...) Szpital (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w R. jest następcą prawnym działającego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (...) Szpitala (...) w R.. W okresie od dnia 1 stycznia 2012 r. do dnia 31 grudnia 2012 r. strony łączyły umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych:

- umowa z dnia 24 stycznia 2012 r. nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna,
- umowa z dnia 29 grudnia 2011 r. nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej- leczenie szpitalne,
- umowa z dnia 9 lutego 2012 r. nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne,
- umowa z dnia 9 stycznia 2012 r. nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej rehabilitacja lecznicza,
- umowa z dnia 27 stycznia 2012 r. nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne).

Umowy te określały rodzaj i zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych przez (...) Szpital (...) w R., zasady rozliczeń pomiędzy stronami oraz kwotę zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia, przy czym w § 4 ust. 11 pkt 1 umów przewidziano półroczny okres rozliczeniowy. Rozliczenia były dokonywane za pośrednictwem systemu informatycznego. Narodowy Fundusz Zdrowia jako zasadę przyjął rozliczanie w pierwszej kolejności udzielonych świadczeń sklasyfikowanych jako ratujących życie, (czyli świadczeń w wypadkach nagłych), a dopiero w dalszej kolejności świadczeń planowych. Zasady sprawozdawczości świadczeń wykonywanych przez świadczeniodawców określone zostały w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W 2012 r. obowiązywały zarządzenia: nr (...) z dnia 31 sierpnia 2010 r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy) oraz rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (II fazy), nr (...) z dnia 27 września 2010 r. zmieniające powyższe zarządzenie, nr (...) z dnia 30 listopada 2010 r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy), nr (...) z dnia 1 grudnia 2011 r. w sprawie określenia szczegółowego komunikatu XML dotyczącego przekazywania w postaci elektronicznej danych zawartych w rachunku i komunikatu XML dotyczącego rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych, zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz deklaracji POZ/KAOS i nr (...) z dnia 18 lipca 2012 r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy). W załącznikach do zarządzeń: nr (...) nr (...), nr (...), nr (...) i nr (...) jako „Kolejność uznawania świadczeń” wskazano, że w pierwszej kolejności należy wykonywać świadczenia ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem innym niż ubezpieczony, następnie świadczenia inne niż ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem uprawnienia innym niż ubezpieczony, następnie świadczenia ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem uprawnienia ubezpieczony, następnie świadczenia inne niż ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem uprawnienia ubezpieczony. Narodowy Fundusz Zdrowia w sposób wskazany w tych załącznikach dokonywał rozliczenia udzielonych przez stronę powodową świadczeń zdrowotnych.

Umowy zawarte przez strony były wielokrotnie aneksowane, przy czym wprowadzone zmiany dotyczyły zwiększenia wartości zobowiązania pozwanego względem powoda w zakresie finansowania świadczeń. Wprowadzenie zmian do umów pozwany uzależnił od złożenia przez powoda oświadczeń, iż ten zrzeka się w przyszłości dalszych roszczeń związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej. Strona powodowa podpisała aneksy i ugody, ponieważ znajdowała się w trudnej sytuacji finansowej, która ulegała systematycznemu pogorszeniu.

Podstawą poczynionych przez Sąd Okręgowy ustaleń faktycznych były dowody z dokumentów. Ponieważ okoliczności z nich wynikające nie były pomiędzy stronami sporne, dlatego Sąd oddalił wnioski dowodowe złożone przez stronę powodową. Okoliczności dotyczące sytuacji finansowej powoda, zasad rozliczeń zawartych umów i stosowanej w tym zakresie przez Narodowy Fundusz Zdrowia praktyki, (wynikającej z załączonych do akt sprawy zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia), zostały ustalone w sposób zgodny z twierdzeniami powoda, dlatego za zbędne uznane zostało prowadzenie w tym zakresie postępowania dowodowego.

Sąd Okręgowy uznał powództwo w całości za bezzasadne.

Nie było sporne pomiędzy stronami, że w ramach limitu przewidzianego w łączących strony umowach Narodowy Fundusz Zdrowia zapłacił za świadczenia udzielone w stanach nagłych, nie płacąc w tym wypadku za świadczenia nie mającego takiego charakteru, które zostały wcześniej zaplanowane i wykonane jako ponadlimitowe. Dokonując rozliczenia umów pozwany stosował załączniki do zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr: (...) nr (...), nr (...), nr (...), nr (...). (...) Szpital (...) w toku postępowania kwestionował, iż „powyższe zarządzenia nie mogą stanowić względem niego wiążącego źródła prawa”.

Zgodnie z art. 132 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1510, z późn.zm.) dalej powoływanej jako „u.ś.o.z.” - podstawą udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu. Zgodnie z art. 19 ust. 1 u.ś.o.z.” w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcom niezwłocznie. Tym niemniej, zgodnie z art. 132 ust. 5 u.o.ś.o.z. wysokość łącznych zobowiązań Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, w tym także świadczeń w stanach nagłych, nie może przekraczać wysokości kosztów przeznaczonych w planach finansowych tej osoby prawnej.

Roszczenie dochodzone pozwem, w ocenie Sądu Okręgowego, jest roszczeniem ex contractu, a ponieważ pozwany z zawartych z powodem umów się wywiązał, bowiem uiszczył na rzecz powodowego szpitala maksymalną kwotę finansowania określoną w tych umowach, to nie był zobowiązany (w ramach roszczenia o wykonanie umowy) do zapłaty na rzecz powoda kwoty dochodzonej pozwem. Umowy zostały wykonane w sposób prawidłowy, czyli brak było przesłanek do dochodzenia roszczenia odszkodowawczego na podstawie art. 471 k.c., jak również w oparciu o art. 415 k.c.

Sąd Okręgowy stwierdził, że pozwany był uprawniony do tego, by decydować w jakiej kolejności będzie zaspokajać roszczenia powoda w ramach limitów wynikających z zawartych przez strony umów, w tym podjąć decyzję o rozliczeniu w pierwszej kolejności świadczeń udzielonych w stanach nagłych. Jednak w wyniku przyjęcia takiego sposobu rozliczeń mogło dojść do sytuacji, że w ramach limitów ustalonych na 2012 r. świadczenia planowe mogły nie zostać sfinansowane.

Sąd Okręgowy zwrócił również uwagę, że Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach wolnych środków zawierał szereg aneksów i ugód zwiększając środki na świadczenia zdrowotne. Strona powodowa twierdziła, że te ugody były sprzeczne z zasadami współzycia społecznego. Sąd Okręgowy ustalił, że sytuacja (...) Szpitala (...) była szczególnie trudna, (placówka medyczna miała bardzo duże zobowiązania przekraczające jej możliwości finansowe), ale nawet gdyby uznać zawarte ugody za sprzeczne z zasadami współzycia społecznego, to i tak nie byłoby podstaw do uwzględnienia roszczenia powoda o zapłatę wynagrodzenia za udzielenie planowych, ale ponadlimitowych świadczeń. (...) Szpital (...), udzielając świadczeń w stanach nagłych, powinien w ramach limitu przesunąć świadczenia planowe na kolejny okres, aby mogły zostać sfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach przyznanego limitu.

O kosztach sądowych rozstrzygnięto w oparciu o art. 102 k.p.c. odstępując od obciążenia powoda obowiązkiem ich zwrotu pozwanemu.

Apelację od powyższego wyroku złożył powód zaskarżając orzeczenie Sądu Okręgowego w całości na podstawie następujących zarzutów:

I naruszenia przepisów postępowania w postaci:

1.art. 227 k.p.c. w zw. z art. 217 § 3 k.p.c. poprzez oddalenie wniosków dowodowych w postaci dowodu z przesłuchania świadków na okoliczności wskazane w treści pozwu oraz na okoliczności przedstawione przez pełnomocnika powoda na rozprawie w dniu 14 grudnia 2016 r., czego konsekwencją było uznanie przez Sąd, że brak jest podstaw do uwzględnienia roszczenia powoda, podczas gdy zeznania tych świadków mogły doprowadzić do rozstrzygnięcia istotnych okoliczności spornych;

2.art. 227 k.p.c. w zw. z art. 217 § 3 k.p.c. i art. 278 § 1 k.p.c. poprzez oddalenie wniosków dowodowych w postaci dowodu z opinii biegłych wskazanych w treści pozwu na okoliczności wskazane w treści pism procesowych strony powodowej, wskutek błędnego uznania przez Sąd, że okoliczności sporne zostały dostatecznie wyjaśnione, podczas, gdy ustalenie, które z udzielonych przez powodową spółkę świadczeń zostały udzielone w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia (tzw. przypadki nagłe), wymagało wiadomości specjalnych;

3.art. 207 § 7 k.p.c. poprzez wydanie przez Sąd zarządzenia o zwrocie pisma procesowego pełnomocnika powoda z dnia 26 lipca 2016 r. w sytuacji, gdy brak było ku temu podstaw, bowiem pismo zawierało wnioski dowodowe strony powodowej, a w konsekwencji naruszenie art. 217 § 1 k.p.c.;

4.art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie przez Sąd Okręgowy oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego wbrew zasadom logiki i doświadczenia życiowego, skutkujące uznaniem, że zawierane przez powodową spółkę z pozwanym ugody, nie były sprzeczne z zasadami współzycia społecznego, bowiem trudna finansowa spółki, będąca skutkiem udzielenia świadczeń zdrowotnych obywatelom w ilości przekraczającej wartość kontraktu z pozwanym, nie uzasadniała zawierania tych ugód, podczas, gdy stosownie do ugruntowanej linii orzeczniczej sądów powszechnych, zwolnienie Narodowego Funduszu Zdrowia z obowiązku pokrycia kosztów świadczeń udzielonych w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia poprzez wymuszenie na świadczeniobiorcy przy wykorzystaniu dominującej pozycji zrzeczenia się roszczenia o zapłatę należnego za ich wykonanie wynagrodzenia pozostaje w ewidentnej sprzeczności z zasadami współzycia społecznego;

5.art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie wadliwej oceny materiału dowodowego, polegającej na uznaniu przez Sąd Okręgowy, że pozwany w sposób prawidłowy dokonał rozliczenia udzielonych przez powoda świadczeń zdrowotnych, w pierwszej kolejności płacąc w ramach zawartego kontaktu za świadczenia udzielone w stanach zagrożenia życia lub zdrowia, podczas, gdy takie uwarunkowanie nie wynikało z zawartej między stronami umowy, a pozwany dokonał wyboru świadczeń, za które zapłacił powodowi wynagrodzenie w sposób całkowicie dowolny i pozostający poza jakimkolwiek wpływem powoda;

6.art. 233 §1 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej a nie swobodnej oceny materiału dowodowego, skutkującej uznaniem, że powód powinien był liczyć się z ograniczeniami wynikającymi z zawartego z pozwanym kontraktu, dokonując rejestracji pacjentów na świadczenia planowe, podczas, gdy powód nie był i nie jest w stanie przewidzieć, ilu pacjentów zgłosi się do szpitala, w celu uzyskania świadczeń zdrowotnych w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia, a tym samym, nie jest w stanie skutecznie zaplanować świadczeń zdrowotnych planowych, których będzie mógł w danym okresie udzielić, z uwagi na brak rozdzielenia w kontrakcie zawartym pomiędzy stronami podziału kwot według kategorii wskazanych w treści zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia;

7.art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny materiału dowodowego, skutkującej uznaniem przez Sąd Okręgowy, że w sytuacji zaistnienia konieczności udzielenia świadczeń zdrowotnych pacjentom w stanie zagrożenia życia lub zdrowia, tzw. kolejka oczekujących na świadczenia planowe powinna się „przesuwać”, a brak zapłaty przez pozwanego na rzecz powoda wynagrodzenia za świadczenia planowe udzielone w ramach kontraktu jest wynikiem wadliwego planowania świadczeń przez powoda oraz braku dokonywania „przesunięć” w kolejce

oczekujących, podczas, gdy z zebranego w sprawie materiału dowodowego wynika, że na podstawie zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, na które powołuje się Sąd w treści uzasadnienia, pozwany dokonał w pierwszej kolejności zapłaty wynagrodzenia za świadczenia udzielone przez powoda w stanach nagłych, a następnie za świadczenia planowe bez względu na kolejność ich udzielenia;

8.art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie wybiórczej oceny zgromadzone w sprawie materiału dowodowego, skutkującej uznaniem, że skoro Narodowy Fundusz Zdrowia „nie ma jakiejś takiej drukarki, która mu drukuje znaki Narodowego Banku Polskiego”, to brak jest podstaw do obciążenia go kosztami udzielonych ponad wartość kontraktu świadczeń zdrowotnych przez powoda, przy jednoczesnym pominięciu okoliczności dotyczących konieczności stosowania do powoda ustaw: Kodeks Spółek Handlowych i Prawo Upadłościowe i Prawo Naprawcze, a z drugiej strony brak możliwości odmowy udzielenia przez powoda świadczeń pacjentom, zgłaszającym się do szpitala w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia (tzw. stany nagłe), stosownie do treści obowiązujących przepisów prawa, w tym m. in. ustawy o działalności leczniczej, czy ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty;

9.art.233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie jednostronnej oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego poprzez przyjęcie za udowodnione, że świadczenia, za które zapłata nie nastąpiła były tzw. świadczeniami planowymi, za które zapłata się nie należy oraz że w przypadku tych świadczeń, powód miał możliwość „przesunąć” pacjentów w kolejce oczekujących, podczas, gdy w zdecydowanej większości przypadków brak jest możliwości stwierdzenia, czy stan, w jakim znajduje się pacjent jest tzw. stanem nagłym, bez dokonania przynajmniej podstawowego badania przedmiotowego i podmiotowego, bowiem czasem z pozoru niegroźne objawy, mogą mieć za przyczynę jakąś poważniejszą dolegliwość, powodującą stan zagrażający życiu lub zdrowiu pacjentów, a ocena, czy dany przypadek był tzw. przypadkiem nagłym winna zostać dokonana przy wykorzystaniu wiedzy specjalistycznej (a więc przez biegłego);

10.art.233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, skutkującej uznaniem, że sytuacja w której pacjent zostanie przesunięty w kolejce oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych za każdym razem, kiedy pojawi się pacjent wymagający udzielenia świadczenia w tzw. stanie nagłym, jest sytuacją analogiczną jak sytuacja, w której po dwóch godzinach oczekiwania w kolejce po kielbasę, kobieta w ciąży zostanie obsłużona poza kolejnością i wykupi ostatnie pęto tej kielbasy, podczas, gdy życie i zdrowie ludzkie ma o wiele większą wartość, podlega też ochronie konstytucyjnej, a powód jako podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w wielu sytuacjach nie jest w stanie odmówić pacjentom udzielenia tych świadczeń, bowiem w sytuacji, gdyby pacjent taki np. zmarł, pracownicy szpitala mogliby zostać pociągnięci nawet do odpowiedzialności karnej;

11.art.233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej, a nie swobodnej oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, skutkującej uznaniem, że pacjent powinien zostać przesunięty w kolejce oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych za każdym razem, kiedy pojawi się pacjent wymagający udzielenia świadczenia w tzw. stanie nagłym, podczas, gdy takie postępowanie powoda musiałoby prowadzić do ciągłego przesuwania kolejki;

12.art. 229 k.p.c. i art. 230 k.p.c. poprzez błędne ich zastosowanie do stanu faktycznego sprawy, będące wynikiem wadliwego uznania, że strona powodowa przyznała szereg okoliczności przytoczonych przez stronę pozwaną i w konsekwencji wydanie wyroku w zasadzie wyłącznie w oparciu o twierdzenia strony pozwanej, podczas gdy materiał dowodowy zgromadzony w sprawie nie pozwalał na wysunięcie takich twierdzeń,

13.art.233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie wybiórczej oceny materiału dowodowego, bez uwzględnienia specyfiki i wyjątkowości prowadzonej przez powoda działalności, mającej na celu realizację zagwarantowanego w Konstytucji RP prawa do ochrony zdrowia oraz pogarszającej się sytuacji finansowej powoda, spowodowanej przede wszystkim brakiem zapłaty przez pozwanego za świadczenia zdrowotne udzielane przez powoda w stanach nagłych;

II.naruszenia prawa materialnego w postaci:

1.art. 68 Konstytucji RP poprzez:

- dokonanie jego nieprawidłowej wykładni, skutkującej uznaniem za uzasadnione ciągle przesuwanie kolejki pacjentów oczekujących na udzielenie im planowych świadczeń zdrowotnych,

-uznanie, że zarządzenia wydawane przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, wskazane w treści uzasadnienia wyroku, są zgodne z Konstytucją RP, w sytuacji gdy ich stosowanie powoduje znaczące ograniczenie prawa pacjenta do ochrony życia i zdrowia,

2.art. 87 Konstytucji RP poprzez nieuwzględnienie tego przepisu w procesie orzekania, a w konsekwencji uznanie, że zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia mają moc wiążącą w stosunku do powoda oraz do zawartej między stronami umowy, nawet w sytuacji, gdy zostały wydane już po zawarciu kontraktu i nie zostały wskazane w katalogu powszechnie obowiązujących przepisów prawa uregulowanych w Konstytucji RP;

3.art. 19 ust. 1-4 u. o. ś. z. poprzez dokonanie wadliwej wykładni tego przepisu, skutkującej uznaniem, że przepis ten nie będzie znajdował zastosowania w sprawie, bowiem pozwany zapłacił już powodowi za świadczenia udzielone w tzw. stanach nagłych, do czego miał prawo, ze względu na treść zarządzeń wydawanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia,

4.art. 415 k.c. poprzez jego niezastosowanie w sprawie wskutek wadliwego uznania przez Sąd Okręgowy, że skoro strony zawarły umowę, to wyłączone jest dochodzenie przez powoda zapłaty w oparciu o reżim odpowiedzialności deliktowej,

5.art. 471 k.c. poprzez jego wadliwe zastosowanie, będące wynikiem wadliwego stwierdzenia przez Sąd Okręgowy, że skoro pozwany zapłacił powodowi kwoty wskazane w treści umowy, to nie można stwierdzić, że zobowiązanie zostało niewłaściwie wykonane, mimo iż z zawartej między stronami umowy nie wynikały żadne obostrzenia co do kolejności dokonywania rozliczeń za udzielane świadczenia

III.błąd w ustaleniach faktycznych, będący wynikiem wadliwie przeprowadzonej analizy zebranego w sprawie materiału dowodowego oraz niezasadnego oddalenia części wniosków dowodowych strony - przejawiający się w nieprawidłowym uznaniu, że:

-zawarte pomiędzy stronami umowy, będące przedmiotem postępowania zostały przez pozwanego wykonane w całości w sposób należyty,

-pozwany miał prawo w sposób całkowicie dowolny i jako pozostający poza jakimkolwiek wpływem powoda ustalać sposób wyboru świadczeń, za które zapłaci powodowi wynagrodzenie,

-szkoda, jaką powód poniósł w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych w ilości większej, niż to wynikało z zawartego z pozwanym kontraktu, jest wynikiem wadliwego planowania udzielania świadczeń przez powoda i niedokonywania przesunięć w tzw. kolejce oczekujących na udzielenie świadczenia;

-Narodowy Fundusz Zdrowia nie ma obowiązku płacenia za świadczenia udzielone ponad zawarty kontrakt;

-zawarcie przez strony ugód przytoczonych w treści uzasadnienia wyroku nie było sprzeczne z zasadami współzycia społecznego.

W oparciu o powyższe zarzuty skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie powództwa w całości oraz zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda zwrotu kosztów procesu za obie instancje.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja nie jest zasadna.

Ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd Okręgowy są prawidłowe. Sąd Apelacyjny podziela je i uznaje za własne. Dotyczą one wszystkich istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy okoliczności faktycznych.

Na podstawie dowodów z dokumentów złożonych zarówno przez stronę powodową, jak i stronę pozwaną Sąd Okręgowy ustalił okoliczności związane z podpisaniem przez strony pięciu umów, tj. umowy z dnia 24 stycznia 2012 r. nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna, umowy z dnia 29 grudnia 2011 r. nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej- leczenie szpitalne, umowy z dnia 9 lutego 2012 r. nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne, umowy z dnia 9 stycznia 2012 r. nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej rehabilitacja lecznicza oraz umowy z dnia 27 stycznia 2012 r. nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne), fakty związane z ich aneksowaniem oraz treść tych umów. Na podstawie zgodnych oświadczeń stron ustalił również, iż świadczenia, które były kwalifikowane jako udzielone w stanach nagłych zostały objęte rozliczeniem w pierwszej kolejności, zgodnie z zarządzeniami wydawanymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia od 2010 r., tj. zarządzeniami: nr (...) z dnia 31 sierpnia 2010 r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy) oraz rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (II fazy), nr (...) z dnia 27 września 2010 r. zmieniające powyższe zarządzenie, nr (...) z dnia 30 listopada 2010 r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy), nr (...) z dnia 1 grudnia 2011 r. w sprawie określenia szczegółowego komunikatu XML dotyczącego przekazywania w postaci elektronicznej danych zawartych w rachunku i komunikatu XML dotyczącego rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych, zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz deklaracji POZ/KAOS oraz nr (...) z dnia 18 lipca 2012 r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy).

Ustalono zostało, zgodnie z niezaprzeczonymi przez pozwanego twierdzeniami powoda, iż należności za takie świadczenia zostały zapłacone, ponieważ nie przekraczały limitów umownych przyjętych ostatecznie na 2012 r. Nie zostały zaś uregulowane przez stronę pozwaną świadczenia określane jako planowe, czyli takie, które miały zostać sfinansowane w ramach przyjętych limitów a udzielone w okresie od dnia 1 stycznia 2012 r. do dnia 31 grudnia 2012 r. W tej sytuacji zbędne było przeprowadzenie dowodów z zeznań świadków, zgłoszonych przez stronę powodową na „okoliczności wskazane w treści pozwu”, a nadto na okoliczność przyjętego przez pozwanego sposobu i trybu rozliczania, jak również trudnej sytuacji finansowej powodowego szpitala w chwili aneksowania umów i zawierania ugód.

Przyczyną odmowy zapłaty za świadczenia planowe udzielone przez powodowy szpital nie było kwestionowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia faktu ich udzielenia, ale wyczerpanie limitów umownych - spowodowane rozliczeniem w pierwszej kolejności świadczeń udzielonych w stanach nagłych. Rozliczenie, przeprowadzone zgodnie z zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, spowodowało wyczerpania puli środków przeznaczonych na 2012 r. na świadczenia planowe w zakresie kwoty dochodzonej pozwem. Powodowa spółka zakwestionowała taki sposób rozliczenia świadczeń podnosząc, iż zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, regulujące kolejność rozliczania świadczeń, stanowią akt prawa wewnętrznego pozwanej osoby prawnej i dlatego nie mają wobec niej mocy wiążącej.

Walor źródła prawa, które wyznacza ex lege treść stosunku prawnego łączącego strony umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej można przypisać jedynie ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Kodeksowi cywilnemu, rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 81, poz. 484) oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. Nr 140, poz. 1143). Podkreślić jednak należy, iż w zakresie norm względnie obowiązujących dopuszczalne jest samodzielne określenie treści umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez strony. Nie można zatem a limine wyłączyć samodzielnego oznaczenia przez strony zasad rozliczeń (por. uzasadnienie wyroku Sądu najwyższego z dnia 19 maja 2016 r., IV CSK 550/15, OSNC 2017/3/36).

Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczące kolejności rozliczania udzielonych świadczeń zdrowotnych, zostały wydane na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 u.ś.o.z. Zgodnie z art. 102 ust. 5 u.ś.o.z. do zakresu działania Prezesa Funduszu w szczególności należy nadzór nad realizacją zadań oddziałów wojewódzkich Funduszu (pkt 21) oraz ustalanie jednolitych sposobów realizacji ustawowych zadań realizowanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu (pkt 25). Stanowiący podstawę wydanych zarządzeń art. 102 ust. 5 u.ś.o.z. obejmuje zarówno decyzje administracyjne, jak i inne decyzje - z zakresu kierowania ustawową i statutową działalnością Narodowego Funduszu Zdrowia, które to rozstrzygnięcia mogą przyjąć różne nazwy. Nie ma przy tym przeszkód formalnoprawnych, by decyzje, w tym drugim znaczeniu, były określane jako zarządzenia w ramach pragmatyki wykonywania ustawowych zadań przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Niezależnie od przyjętej nazwy brak jest argumentów prawnych dla przyjęcia tezy, że postanowienia tych decyzji, dokumentów czy zarządzeń to akty prawne (por. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 23 marca 2017 r., II GKS 1913/17, .Lex nr 2364470).

Rację ma zatem co do zasady strona powodowa, że mimo oznaczenia aktu wydanego przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia jako „zarządzenie” i wskazania jego podstawy, nie można przyjąć, iż stanowi ono źródło prawa (akt normatywny) w rozumieniu art. 87 Konstytucji RP. Art. 102 u.ś.o.z. nie zawierają delegacji do wydania aktu prawnego, lecz podstawę kompetencyjną podejmowania określonych czynności przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Oznacza to, zdaniem Sądu Apelacyjnego, że zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wydawane jedynie w oparciu o przepis kompetencyjny, zawierają postanowienia, które muszą być wprowadzone przez strony wprost lub pośrednio (przez odwołanie do nich) do umowy. Postanowienia takie, mieszcząc się w zasadzie swobody umów, stanowią sposób ukształtowania ich treści. Jeżeli nie zostały przeniesione wprost i w całości do umowy, tylko przez wskazanie, należy je traktować jako wzorzec kwalifikowany wyznaczający treść stosunku prawnego, oddziaływujący na treść, ale zewnętrzny wobec umowy (lex contractus). Konsekwentnie zmiana wzorca dokonywana zarządzeniem Prezesa NFZ, dla związania stron kontraktu, wymaga przyjęcia go przez adherenta (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia .30 marca 2012 r., III CSK 217/11, Lex nr 1224682, z dnia 19 maja 2016 r., IV CSK 550/15, OSNC 2017/3/36, i z dnia 29 stycznia 2016 r., II CSK 91/15, OSNC-ZD 2017/3/48).

Treść zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia: nr (...), nr (...), nr (...), nr (...) i nr (...) nie została przeniesiona wprost do umów łączących strony, jak i przez wskazanie, czyli odwołanie się do tych zarządzeń. Nie wyklucza to jednak uznania, iż powyższe zarządzenia należy traktować jako wzorzec umowy w rozumieniu art. 384 § 1 k.c., który wiąże drugą stronę, jeżeli został jej doręczony przed zawarciem umowy. Jako desygnat pojęcia wzorzec umowny używane są określenia takie jak: regulamin, ogólne warunki umów, formularze umów, taryfy czy też instrukcje, czyli przygotowane przez proponenta z góry, jeszcze przed zawarciem umowy, postanowienia kształtujące treść stosunku prawnego wiążącego strony. Konstrukcja prawna wzorca ma zastosowanie do zobowiązaniowych stosunków umownych. Wzorce umowne są to inaczej klauzule, które zostały opracowane przed zawarciem umowy i wprowadzone przez jedną ze stron umowy do stosunku prawnego w ten sposób, że druga strona nie miała wpływu na ich treść. Są one zwykle opracowane w oderwaniu od konkretnego stosunku umownego i w sposób jednolity określają treść przyszłych umów indywidualnych, ułatwiając tym samym zawarcie transakcji. Wzorzec umowny stanowi zatem czynnik kształtujący treść stosunku prawnego jako dodatkowego elementu, w stosunku do wymienionych w art. 56 k.c., pozwala też na rozwiązanie ewentualnej między nimi kolizji. Dzięki temu da się odpowiednio uszeregować kolejność, w jakiej należy uwzględniać treść poszczególnych czynników. W takim przypadku pierwszeństwo mają postanowienia zawarte w samej umowie, po czym należy brać pod uwagę ustalenia zawarte we wzorcu, następnie ustalone zwyczaje, w ostatniej zaś kolejności dyspozytywne przepisy prawa.

Bezspornie już przed zawarciem umów z pozwanym powodowy szpital otrzymał powyższe zarządzenia, bo je stosował realizując umowy za lata poprzednie. Zarządzenia dotyczące kolejności rozliczania świadczeń zostały wydane w 2010, 2011 i 2012 r., przy czym wynikające z nich zasady w zakresie kolejności rozliczania świadczeń obowiązujące od 2010 r. nie ulegały zmianie, zatem ukształtowały one treść stosunku prawnego łączącego strony i wiązały nie tylko pozwanego, ale także powoda. Ostatnie z zarządzeń zostało wydane w trakcie 2012 r. (zarządzenie nr (...) z dnia 18 lipca 2012 r.), ale nie zmieniało ono zasad dotyczących kolejności rozliczania świadczeń, a nadto powód nawet nie twierdził, aby odmówił jego (jako wzorca) przyjęcia.

Nie ulega wątpliwości, że podmiot dysponujący środkami publicznymi - dokonujący ich rozdziału oraz kontrolujący sposób wydatkowania - jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia, pozostaje w pozycji faktycznie nadrzędnej względem podmiotów otrzymujących finansowanie i wykonujących na jego podstawie świadczenia zdrowotne. Nadrzędność ta przejawia się nie tylko w finansowym uzależnieniu zakładów opieki zdrowotnej od Narodowego Funduszu Zdrowia, lecz także w faktycznej konieczności podporządkowania się przez nie treści umów redagowanych w całości przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Wyraz podporządkowania zakładów opieki zdrowotnej stanowi także sposób weryfikowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia prawidłowości wykonania przez nie zobowiązania wynikającego z zawartej umowy. Mimo oparcia relacji stron na instrumencie zakładającym ich równorzędność, (a takim jest umowa regulowana przez prawo cywilne), sposób dokonywania kontroli umieszcza Narodowy Fundusz Zdrowia w pozycji faktycznie władczej względem zakładów opieki zdrowotnej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 października 2014 r., IV CSK 10/14, Lex nr 1552150).

Uznanie wskazanych zarządzeń za wzorce umowne, które zostały przyjęte przez powodowy szpital, skutkować musi przyjęciem, iż wpłynęły one na treść stosunków prawnych łączących strony, a zatem znajdowały zastosowanie przy rozliczaniu udzielanych świadczeń.

Dochodząc zapłaty kwoty wskazanej w pozwie powodowa spółka opierała się na twierdzeniu, że strona pozwana nie wykonała umów łączących strony w zakresie finansowania świadczeń, (które miały zostać sfinansowane na ich podstawie z racji ich wykonania w 2012 r.), lecz nie zostały rozliczone z tej przyczyny, że bezpodstawnie, w ocenie skarżącej, strona pozwana w pierwszej kolejności rozliczyła w ramach limitów, (zmienianych kolejnymi aneksami), świadczenia w stanach nagłych, wykonane w warunkach określonych w art. 19 ust. 4 u.ś.o.z. i art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 2190, z późn.zm.) - dalej powoływanej jako „u.d.l.”. Z argumentacji skarżącej zdaje się wynikać, iż tylko świadczenia tzw. planowe powinny zostać rozliczone w ramach limitów umownych, natomiast świadczenia udzielone w stanach nagłych powinny być traktowane i rozliczane jako świadczenia ponadlimitowe. Sąd Okręgowy słusznie nie podzielił tego stanowiska, przyjmując, że w zakres świadczeń na rok 2012 r., (które zostały objęte zawartymi przez strony umowami), wchodzi nie tylko świadczenia planowe, lecz również świadczenia udzielane w stanach nagłych. Liczby świadczeń nagłych z reguły nie można dostatecznie precyzyjnie przewidzieć przy zawieraniu umów, możliwe jest jedynie przyjęcie w tym zakresie określonych założeń.

Należy przypomnieć, że umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej tworzy między świadczeniodawcą a Narodowym Funduszem Zdrowia stosunek zobowiązaniowy, do którego - jeżeli ustawa nie stanowi inaczej - mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego (art. 155 u.ś.o.z.). Dotyczy go zatem art. 354 k.c., zgodnie z którym dłużnik powinien wykonać zobowiązanie zgodnie z jego treścią i w sposób odpowiadający jego celowi społeczno-gospodarczemu oraz zasadom współżycia społecznego, a jeżeli istnieją w tym zakresie ustalone zwyczaje, także w sposób odpowiadający tym zwyczajom. W taki sam sposób powinien współdziałać przy wykonaniu zobowiązania wierzyciel. Postanowienia umowy określające rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz świadczeń wzajemnych są - co do zasady - wiążące dla stron umowy (por.m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 maja 2014 r., IV CSK 536/13, OSNC-ZD 2015, nr C, poz. 41).

Przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej musi być zgodny z przedmiotem zamówienia opisanym w zawartej umowie pod rygorem nieważności (art. 155 ust. 3 u.ś.o.z.), a świadczenia udzielane w wykonaniu umowy opłacane są wyłącznie do maksymalnej, określonej w umowie, kwoty zobowiązań Narodowego Funduszu Zdrowia, a ponadto obowiązuje związanie limitem, z możliwością tylko wewnętrznych przesunięć (art. 158 u.ś.o.z.). Obowiązkiem świadczeniodawcy, wynikającym z umowy, jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz uprawnionych w całym okresie obowiązywania umowy, a obowiązkiem płatnika publicznego jest sfinansowanie udzielonych na podstawie umowy świadczeń. Wymaga jednak podkreślenia fakt, że obowiązek udzielania świadczeń na rzecz osób uprawnionych nie ma charakteru bezwzględny. Prawa osób uprawnionych w zakresie dostępności do świadczeń podlegają ograniczeniom wynikającym z ilości środków finansowych uzyskiwanych ze składek, a tym samym limitów określonych w umowach ze świadczeniodawcami. Prawa te są również szeregowane zgodnie z zasadami regulującymi kolejność medyczną (art. 20 u.ś.o.z.). Regulacja systemowa

udzielania i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej uwzględnia zatem ograniczoność środków publicznych przeznaczonych na ich finansowanie. Świadczeniodawca nie może czuć się zwolniony z obowiązku prowadzenia działalności w sposób racjonalny i optymalny z punktu widzenia dysponowania środkami publicznymi, a nie tylko z punktu widzenia rentowności własnej działalności, jak również powinien być świadom tego, że liczba świadczeń, za które otrzyma zapłatę, jest ściśle związana z treścią umowy i zależna jest od posiadanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia środków finansowych przeznaczonych na ten cel. Świadczeniodawca systemu powinien działać z jednej strony tak, aby udzielać świadczeń w zakresie wynikającym z umowy zawartej z płatnikiem, tj. uwzględniać limity umowne, z drugiej zaś strony tak, aby nie można mu było postawić zarzutu nieudzielenia pomocy w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego. Świadczeniodawcy muszą zdawać sobie sprawę, że realizując świadczenia opieki zdrowotnej ponad limity określone w umowie, nie działają zgodnie z prawdopodobną wolą Narodowego Funduszu Zdrowia (por. Agnieszka Pietraszewska - Macheta i Michał Sut - Nowe spojrzenie Sądu Najwyższego na podstawy prawne finansowania tzw. świadczeń ponadlimitowych. Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 27 sierpnia 2015 r., III CSK 455/14, Lex/el).

Oznacza to, iż nie każde świadczenie zdrowotne udzielane w stanach nagłych 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. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 20 lipca 2017 r., V ACa 564/16, Lex nr 2404628).

Zasadnie zatem Sąd Okręgowy uznał, iż podstawy uwzględnienia powództwa nie mógł stanowić art. 471 k.c. w sytuacji, gdy poza sporem pozostawało, że strona pozwana wypełniła wobec powoda obowiązek opłacenia wszystkich należności w granicach limitów, które zostały określone w aneksowanych wielokrotnie na korzyść powódki umowach dotyczących finansowania świadczeń wykonanych przez powodowy szpital w 2012 r. Tym bardziej nie można było uznać, aby działanie w granicach prawa mogło uzasadniać uwzględnienie powództwa na podstawie art. 415 k.c., skoro po stronie pozwanego nie wystąpiła przesłanka bezprawności. W szczególności cechy bezprawności nie można było przypisać zarządzeniom wydawanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia od 2010 r., na podstawie których świadczenia w stanach nagłych rozliczane były w pierwszej kolejności do wyczerpania limitów przyjętych na 2012 r. (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 6 września 2018 r., V ACa 1382/17, niepubl.). W tej sytuacji nie zachodziła potrzeba procesowa, aby przeprowadzić postępowanie dowodowe w zakresie dowodu z pisemnej opinii biegłego sądowego z zakresu rachunkowości i finansów, w celu ustalenia czy zastosowany przez pozwanego względem powoda sposób rozliczania oraz zapłaty za udzielone przez powoda w 2012 r. świadczenia - wynikający z zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia spowodował stratę powoda, a jeżeli tak to w jakiej wysokości.

Nie zostały także spełnione przesłanki uzasadniające uwzględnienie powództwa o zapłatę kwoty dochodzonej pozmem na podstawie art. 19 ust. 4 u.ś.o.z., bowiem sama skarżąca już w pozwie twierdziła, iż otrzymała zapłatę za świadczenia udzielone przez nią w 2012 r. w stanach nagłych. Również pozwany przyznawał, iż zabiegi ratujące życie zostały rozliczone w pierwszej kolejności, i to w całości. Sąd Okręgowy trafnie zatem przyjął, że wyczerpanie limitów określonych umową nie mogło uzasadniać tej części żądania, która dotyczyła świadczeń planowych opisanych w pozwie, przy jednoczesnym twierdzeniu ze strony powoda, że świadczenia udzielone w stanach nagłych w pierwszej kolejności zostały rozliczone.

Wprawdzie w piśmie procesowym z dnia 13 grudnia 2016 r. k. 1415 powód przedstawił częściowo odmienne twierdzenia, podnosząc, że na dochodzoną pozmem kwotę w łącznej wysokości 8 063 859, 19 zł składa się wartość niezapłaconego przez pozwanego powodowi wynagrodzenia za udzielenie świadczeń zdrowotnych „w trybie nagłym i planowym”, ale nie określił, jaka część z dochodzonej kwoty obejmuje wynagrodzenie za poszczególne kategorie świadczeń. Nie przedstawił także wyводу, jaki wpływ na dochodzone w takiej postaci roszczenie miał przyjęty, (a kwestionowany w toku całego postępowania), sposób rozliczeń, (wskazywany jako przyczyna doznanej straty), skoro

jakieś świadczenia udzielone w stanach nagłych ostatecznie – w jego ocenie - miały nie zostać opłacone, a jeśli tak to nie wyjaśnił z jakich przyczyn (odmiennych niż podane w pozwie).

Nie można także pominąć w tym zakresie okoliczności, iż skarżąca spółka cały czas kwestionowała swój obowiązek, (wynikający z zawartych z pozwanym umów), dotyczący aktywności związanej z działaniami mającymi na celu przestrzeganie limitu świadczeń i w konsekwencji konieczności przesuwania terminu udzielanych świadczeń planowych w sytuacji wzrostu w stosunku do zaplanowanej (na etapie zawierania umowy) puli świadczeń ratujących życie. Nie wykazała więc, iż doszło do nienależytego (w rozumieniu art. 471 k.c.) wykonania umowy przez pozwanego. W tej sytuacji prowadzenie postępowania dowodowego w zakresie dowodu z opinii biegłego do spraw medycyny ratunkowej, w celu ustalenia charakteru świadczeń (ratujących życie) oraz kosztów ich udzielenia było niecelowe.

Uznając apelację za bezzasadną Sąd Apelacyjny, na podstawie art. 385 k.p.c., orzekł o jej oddaleniu.

O kosztach postępowania za II instancję rozstrzygnięcie zapadło na podstawie art. 102 k.p.c. w zw. z art. 108 § 1 k.p.c. Za zastosowaniem art. 102 k.p.c. przemawiała bardzo trudna sytuacja finansowa strony powodowej, a także rodzaj dochodzonego roszczenia. Pozwany co do zasady nie kwestionował faktu udzielenia świadczeń zdrowotnych, za które zapłaty domagała się powodowa spółka, a także ich wartości, natomiast przyczyną odmowy spełnienia świadczenia było przekroczenie limitu wynikającego z łączących strony umów oraz fakt zawarcia ugód. Ponadto nie można pominąć, iż u podstaw zaistniałego pomiędzy stronami sporu leży istotna społecznie kwestia finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych.

Ewa Kiper Aleksandra Kempczyńska Edyta Jefimko