

Sygn. akt V ACa 1382/17

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 września 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie V Wydział Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący: SSA Robert Obrębski (spr.)

Sędziowie: SA Marta Szerel

SO del. Joanna Piwowarun - Kołakowska

Protokolant: Aleksandra Napiórkowska

po rozpoznaniu w dniu 6 września 2018 r. w Warszawie

na rozprawie

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

przeciwko(...)

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 12 kwietnia 2017 r., sygn. akt IV C 1258/15

**I. oddala apelację;**

**II. nie obciąża strony powodowej kosztami postępowania apelacyjnego.**

Joanna Piwowarun – Kołakowska Robert Obrębski Marta Szerel

Sygn. akt VA Ca 1382/17

## UZASADNIENIE

Pozwem z 15 grudnia 2014 r. (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w R., będąca następcą prawnym Wojewódzkiego Szpitala (...) w R., wniosła o zasądzenie od (...) kwoty 11039561,67 zł wraz z odsetkami ustawowymi od 16 lutego 2014 r. do daty zapłaty tytułem należności za wykonanie planowanych świadczeń z zakresu pełnej rehabilitacji leczniczej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego w wielu oddziałach powodowego szpitala przez cały okres 2013 r., które z naruszeniem podanych w pozwie przepisów i zawartej przez strony umowy zostały uznane za świadczenia ponadlimitowe, na sfinansowanie których strona pozwana nie znalazła środków wskutek wadliwego rozliczenia w pierwszej kolejności, w ramach limitów, które zostały ustalone na 2013 r. w łączącej strony umowie i licznych aneksach, w których bezskutecznie powódka zrzekała się dalszych roszczeń z tego tytułu, tych świadczeń, które zostały przez pozwaną uznane za ratujące życie i które wyczerpały limity w sposób, który według pozwanej, nie pozwalał na pełne sfinansowanie świadczeń planowych, których dotyczyła łącząca strony umowa. Powódka powoływała się na wadliwą wykładnię ze strony pozwanej podanych w pozwie przepisów ustawy 29 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku

Praw Pacjenta, jak też ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Kwestionowała również podstawy wydania przez Prezesa (...)zarządzeń, na podstawie których w pierwszej kolejności ustalone limity środków na poszczególne świadczenia zostały przeznaczone na zabiegi ratujące życie, po sfinansowaniu których już zabrakło środków na zapłacenie przez pozwaną za wykonanie przez powódkę zabiegów planowanych, których finansowanie miało zostać objęte realizacją wiele razy zmienianej umowy na rok 2013 r. Wysokość tych należności została przez powódkę określona w kwocie należności głównej objętej pozwem. Jako podstawę prawną tego roszczenia powódka wskazywała tak art. 471 k.c., jak też art. 415 k.c. Jako ewentualną podstawę prawną tego roszczenia w toku procesu podawała też art. 19 ust. 4 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W piśmie procesowym z 28 grudnia 2016 r. powódka podała bowiem, że na dochodzoną kwotę roszczenia głównego składa się należność za świadczeń w planowym trybie przyjęcia w kwocie 5452138,48 zł, jak również należność za świadczenia wykonane w tzw. nagłym trybie przyjęcia, które nie zostały jednak sfinansowane przez stronę pozwaną. Do powołanego pisma dołączona została też dokumentacja, która pochodziła od strony powodowej.

Strona pozwana wnosila o oddalenie powództwa w całości. Zaprzeczała, by usługi świadczone przez powoda w 2013 r. na rzecz pacjentów powodowego szpitala były zrealizowane w warunkach ratowania życia, związanych z nagłymi wypadkami w rozumieniu art. 19 ust. 4 powołanej. Podnosiła, że w pozwie zostało wręcz przyznane, że świadczenia ratujące życie zostały w całości oraz w pierwszej kolejności sfinansowane przez stronę pozwaną w ramach limitów ustalonym ostatecznie na 2013 r. Na pozostałe zaś, planowe zabiegi, ustalone na ten rok, środki okazały się zaś niewystarczające. Przekraczały bowiem ustalone przez obie strony limity. Pozwana zaprzeczała więc, aby naruszyła umowę łączącą strony, jak też by dopuściła się deliktu wobec powódki, a także by była zobowiązana do sfinansowania świadczeń planowych w oparciu o art. 19 ust. 4 powołanej ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Powołując się ponadto na wyrok Sądu Najwyższego z 27 sierpnia 2015 r., III CSK 455/14, w toku procesu wskazywała także na spoczywający na powódce ciężar udowodnienia wysokości należności za tego rodzaju świadczenia, faktycznie udzielone pacjentom powodowego szpitala. Zaprzeczała ponadto, aby wysokość należności dochodzonej pozwem mogła zostać określona na podstawie stawek ustalonych przez strony w umowie z 24 stycznia 2012 r., przedłużonej na rok 2013 r. i wielokrotnie zmienianej w jego trakcie na korzyść powódki. Podnosiła ponadto, że podpisując kolejne tego rodzaju aneksy, powódka skutecznie prawnie zrzekła się dalszych roszczeń z tego tytułu w istotnym zakresie należności głównej objętej pozwem, wysokość której była samodzielnie wyliczana przez pozwaną w odpowiedzi na pozew.

Wyrokiem z dnia 12 kwietnia 2017 r. Sąd Okręgowy oddalił powództwo oraz odstąpił od obciążenia powódki kosztami procesu poniesionymi przez stronę pozwaną w tej sprawie.

Odwołując się do treści art. 387 § 2<sup>1</sup> k.p.c., rozpoznanie apelacji nie wymagało bowiem przeprowadzenia postępowania dowodowego, za w pełni wystarczając Sąd Apelacyjny uznał także ustalenia Sądu Okręgowego, dość szczegółowo opisane w transkrypcji ustnego uzasadnienia powołanego wyroku, w apelacji powódki zasadne zarzuty z tym związane nie zostały zaś podniesione, przy opisie stanu faktycznego, który stanowił podstawę wydania wyroku przez Sąd Okręgowy, poprzestać należy na wskazaniu, że podstawie dokumentacji przedłożonej przez obie strony, w tym stronę powodową, od której pochodziły dokumenty mające oddawać rodzaj świadczeń wykonanych w powodowym szpitalu w 2013 r., Sąd Okręgowy ustalił okoliczności związane z podpisaniem przez strony umowy z 24 stycznia 2012 r., dotycząca finansowania przez stronę pozwaną świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, która za zgodą strony została rozciągnięta na rok 2013 r., którego dotyczyły również umowy o finansowanie leczenia szpitalnego i rehabilitacji, które były w tym okresie wielokrotnie aneksowane poprzez podwyższanie pierwotnych limitów kwotowych przeznaczonych przez pozwaną na finansowanie świadczeń, które powódka wykonywała w tym czasie w ramach ustalonych limitów, dotyczących świadczeń, których zakres można było wówczas przewidzieć i objąć ustaleniami i określonymi w ten sposób limitami. Sąd Okręgowy ustalił ponadto, zgodnie z pierwotnymi twierdzeniami powódki zawartymi w pozwie, które zostały przez stronę pozwaną potwierdzone w odpowiedzi na pozew, że świadczenia, które były kwalifikowane jako ratujące życie zostały objęte rozliczeniem w pierwszej kolejności,

zgodnie z zarządzeniami wydawanymi przez (...) od 2010 r. Ustalono więc zostało, że należności za takie świadczenia zostały zapłacone. Nie przekraczały bowiem limitów przyjętych ostatecznie na 2013 r. Nie zostały zaś uregulowane przez stronę pozwaną świadczenia określone jako planowe, czyli takie, które miały zostać sfinansowane w ramach wskazanych limitów. Zostały jednak wyparte przez świadczenia ratujące życie, które pozwany rozliczał w pierwszej kolejności, uwzględnienie których doprowadziło do wyczerpania całej puli środków przeznaczonych na 2013 r., czyli rozliczenie których nie pozwoliło na sfinansowanie świadczeń określanym mianem planowych, których miały też dotyczyć środki przewidziane w wielokrotnie aneksowanych umowach, przy korzystnej dla siebie zmianie których powodowy szpital składał na piśmie swoje oświadczenia o zrzeczeniu się dalszych roszczeń wobec pozwanej w tytułu tego rodzaju świadczeń za 2013 r.

Oceniając znaczenie prawne ustalonych okoliczności, Sąd Okręgowy nie znalazł podstaw do uwzględnienia powództwa w żadnym z przepisów, na które powoływała się strona powodowa. Podstawy uwzględnienia powództwa nie mógł uzasadniać art. 471 k.c. Pozwany, według Sądu Okręgowego, całą kwotę ustaloną na 2013 wypłacił bowiem powódce. Nie sposób było więc uznać, aby nienależycie wykonał swoje obowiązki wynikające z umów łączących strony, wielokrotnie aneksowanych, które określały wartość finansowych obowiązków pozwanego wobec powodowego szpitala, w całości wypełnionych, mimo tego, że objęta pozwem część należności na świadczenia planowe, które miały zostać z tych środków sfinansowane, nie została uregulowana przez pozwaną. Cała jej wartość przekraczała bowiem limity ustalone pomiędzy stronami, akceptowane przez powódkę, która zrzekła się ponadto, jak podkreślał Sąd Okręgowy, dalszej części roszczeń z tytułu finansowania świadczeń wykonanych w 2013 r. ponad ustalone limity. Posługując się przykładem dotyczącym konieczności sprzedaży limitowanego towaru osobie zwolnionej od oczekiwania na swoją kolej, w racji uprzywilejowania przysługującego przykładowo kobietom brzemiennym, a tym samym nieuchronności zaakceptowania sytuacji, w której ograniczonego towaru nie wystarcza dla osób oczekujących cierpliwie w kolejce, jak też odwołując się do ograniczonych środków w dyspozycji pozwanej i ogólnospołecznego interesu niepozwalającego na doprowadzenie do finansowego załamania systemu opieki zdrowotnej, Sąd Okręgowy argumentował, że pozwana była uprawniona do tego, by decydować w jakiej kolejności będzie zaspokajać roszczenia powódki w ramach limitów, w tym podjąć decyzję o rozliczeniu w pierwszej kolejności świadczeń ratujących życie, a tym samym mogło w ten sposób, bez naruszenia prawa oraz łączącej strony umowy, dojść do sytuacji, w której świadczenia o planowym charakterze, niezaliczane do ratujących życie, mogły nie zostać z tej przyczyny sfinansowane w ramach limitów ustalonych na 2013 r. Ani więc art. 471 k.c., ani art. 415 k.c., nie mogły, w ocenie Sądu Okręgowego, uzasadniać powództwa wniesionego w tej sprawie. Podstawy jego uwzględnienie nie mógł również stanowić art. 19 ust. 4 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z tego powodu, że według Sądu Okręgowego, powódka nie podnosiła, a tym samym nie wykazała, aby żądanie pozwu dotyczyło należności za wykonanie przez pozwaną w 2013 r. świadczeń ratujących życie, wypadków nagłych w rozumieniu tego przepisu. O kosztach procesu Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 102 k.p.c. Uznał, że sytuacja finansowana powodowego szpitala nie pozwala na jego obciążenie kosztami procesu poniesionymi przez pozwaną w tej sprawie.

Apelację od wyroku Sądu Okręgowego wniosła powodowa spółka, która zaskarżyła ten wyrok w całości i zarzuciła Sądowi Okręgowemu naruszenie art. 217 § 3 w zw. z art. 227 i art. 233 § 1 k.p.c. poprzez oddalenie części wniosków zgłoszonych przez powódkę w celu wykazania, że część zabiegów była nagła, a tym samym wadliwie przyjęcie, skutek naruszenia zasad swobodnej oceny tych dowodów, które zostały przeprowadzone, że powództwo nie dotyczyło nagłych wypadków, a ponadto bezpodstawne uznanie, również na podstawie wadliwie zastosowanych zarządzeń, które (...)wydawał od 2010 r. bez podstawy prawnej, że rozliczanie zabiegów ratujących życie w pierwszej kolejności, przed zabiegami planowymi, nie stanowiło naruszenia przepisów, na których żądanie pozwu zostało oparte, a ponadto art. 68 i 87 Konstytucji RP oraz art. 19 ust. 4 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jak też że art. 471 k.c. lub art. 415 k.c. Na podstawie tych zarzutów powódka wnosiła o zmianę zaskarżonego wyroku w całości przez zasądzenie od pozwanej na swoją rzecz kwoty 11039562,67 zł z odsetkami za okres podany w pozwie. Na podstawie art. 380 w zw. z art. 382 i art. 241 k.p.c. domagała się również przesłuchania wskazanych w apelacji świadków, jak też dopuszczenia dowodów z opinii biegłych: z zakresu medycyny ratunkowej, aby na podstawie akt i dokumentacji medycznej pacjentów, będącej w posiadaniu powódki, biegły ustalił,

że świadczenia opisane w załącznikach do pozwu były udzielone w warunkach określonych w art. 19 ust. 1 powołanej ustawy oraz że miały niezbędny zakres w rozumieniu przyjętym w ust. 2 tego przepisu, jak też z opinii biegłego z zakresu rachunkowości w celu ustalenia, na podstawie pełnej dokumentacji księgowej znajdującej się w posiadaniu powódki, poprawności zastosowanego przez pozwaną wobec powódki rozliczenie świadczeń, jak też określenia, czy z tej przyczyny mogła wystąpić stronie powódki konkretna strata oraz w jakiej wysokości, z podziałem na świadczenia udzielone w trybie nagłym i świadczenia planowe.

W odpowiedzi na apelację strona pozwana wносиła o jej oddalenie w całości i obciążenie powoda poniesionymi kosztami postępowania apelacyjnego według norm przepisanych.

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

Apelacja nie zasługiwała na uwzględnienie, przede wszystkim z powodów związanych ze sposobem skonstruowania powództwa, niejasnym zmienianiem jego struktury faktycznej i częściowo prawnej w trakcie procesu, zwłaszcza w piśmie procesowym powodowego szpitala z 28 grudnia 2016 r. i dalszych jego pismach, aż do apelacji, której należy zarzucić analogiczny mankament braku jasności w stosunku do pierwotnej konstrukcji powództwa opartego na trzech różnych podstawach prawnych, w znacznym zakresie się wykluczających, a także z powodu niepodniesienia oraz nieudowodnienia przez powódkę tych elementów faktycznych powództwa, które by mogły uzasadniać zawarte w nim żądanie na podstawie art. 19 ust. 4 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, choćby częściowo, gdyby zostało ono skonstruowane prawidłowo i gdyby zostały w tej sprawie wykazane przesłanki określone w tym przepisie.

Zgodnie z art. 132 ust. 4 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, także świadczenia nieokreślone w umowie. udzielane są na rzecz osób ubezpieczonych podlegają finansowaniu przez (...) wyłącznie na zasadach określonych w tej ustawie, czyli w stanach nagłych, zasady finansowania których zostały określone w art. 19 ust. 4 powołanej ustawy, czyli w sytuacjach określonych w art. 15 ustawy o działalności leczniczej. W nagłych wypadkach, w rozumieniu tych przepisów, świadczeń opieki zdrowotnej należy bowiem udzielić niezwłocznie, jak wynika z art. 19 ust. 1 powołanej ustawy w dnia 27 sierpnia 2004 r. Podmiot leczniczy, który nie zawarł umowy z (...) o udzielanie takich świadczeń albo przekroczył określony limit, jest uprawniony do otrzymania wynagrodzenia ze środków publicznych za udzielenie świadczeń nagłych tylko w zakresie „uzasadnionych kosztów udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej”, jak wynika z ust. 4 art. 19 ustawy. Na podstawie podanego przepisu nie można natomiast skutecznie dochodzić zapłaty za świadczenia realizowane na podstawie umowy, które nie zostały wykonane w warunkach nagłych, czyli w celu ratowania życia pacjenta. Świadczenie nieratujące życia finansowane są bowiem wyłącznie na zasadach określonych w umowie zawartej pomiędzy (...) a podmiotem, który na jej podstawie takie świadczenia wykonuje, czyli w granicach limitów, które zostały ustalone na konkretny rok wykonywania takich świadczeń.

Opisana w pozwie konstrukcja powództwa wniesionego w tej sprawie opierała się na twierdzeniu, że strona pozwana nie wykonała umowy łączącej strony w zakresie finansowania świadczeń, które miały zostać sfinansowane na jej podstawie w racji ich wykonania przez powodowy szpital w 2013 r., lecz nie zostały rozliczone z tej przyczyny, że bezpodstawnie, jak podnosiła powódka, strona pozwana w pierwszej kolejności rozliczyła w ramach limitów, które były podnoszone kolejnymi aneksami, świadczenia ratujące życie, wykonane więc w warunkach nagłych w rozumieniu przyjętym w art. 19 ust. 4 powołanej ustawy z 27 sierpnia 2004 r., czyli za które miałyby obowiązek zapłacić na podstawie tego właśnie przepisu, czyli o oparciu o ustawę. Nie mogła natomiast, według powódki, zapłaty za takie świadczenia rozliczyć w ramach umowy, która była zawarta na potrzeby świadczeń przewidywanych do wykonania, zaplanowanych przez stronę pozwaną. Sąd Apelacyjny nie mógł podzielić takiej argumentacji z tej mianowicie przyczyny, że ani z przepisów powoływanych przez powodową spółkę w pozwie, dalszych pismach oraz w apelacji, ani też z umów łączących strony nie wynika podstawa do przyjęcia, że rozliczenie w ramach umowy miało obejmować wyłącznie świadczenia przewidywane, właśnie dlatego, że w zakres takich świadczeń, które są obejmowane umowami zawierającymi z pozwaną na dany rok, w tym wypadku 2013 r., wchodzi nie tylko świadczenia planowe, a więc takie, których wykonanie nie musi związać się bezpośrednio z ratowaniem życia, lecz również wypadki nagłe, ratujące życie,

ilości których nie sposób też przewidzieć przy podpisywaniu, zwykle na początku danego roku lub też pod koniec poprzedniego, umowy dotyczącej ich finansowania. Koniecznością staje się natomiast przyjęcie określonych założeń co do przewidywanej ilości takich zabiegów, które związane będą z wypadkami nagłymi, ratującymi życie, nawet jeśli nie zostaną one potwierdzone praktyką związaną w realizacją takiej umowy przez cały rok, za który określone w niej zostają limity, do których pozwana jest zobowiązana do finansowania świadczeń obu wskazanych kategorii. Zakres obowiązków strony pozwanej wyznacza więc ogólna liczba świadczeń danego rodzaju w konkretnym roku oraz jednostkowo ustalona ich wartość. Zupełnie bez znaczenia przy podpisywaniu umowy pozostaje proporcja pomiędzy takimi zabiegami, które mają charakter nagły i związany z ratowaniem życia, a innymi, planowymi świadczeniami, które bez poważnego zagrożenia dla życia danych pacjentów można jednak odłożyć w czasie. Nie sposób było więc podzielić tezę, na której oparta została opisana w pozwie konstrukcja powództwa, by takie świadczenia, które ratują życie, jeśli są realizowane w warunkach nagłych, nie były finansowane w ramach limitów umownych przyjętych na dany rok, lecz wyłącznie w oparciu o art. 19 ust. 4 powołanej ustawy. Ich finansowanie na podstawie tego przepis będzie uzasadnione wyłącznie w odniesieniu do takich świadczeń, które we wskazanych warunkach zostały wykonane po wyczerpaniu limitu umownego lub przez podmiot, który w ogóle nie zawarł stosowej umowy z(...).

Przy uwzględnieniu podanych argumentów, nie sposób uznać, by strona pozwana jako dłużnik z umowy dotyczącej finansowania świadczeń udzielonych przez powódkę w 2013 r. nie mogła określić rodzajowo świadczeń, które na jej podstawie rozlicza, nawet w sposób dla siebie korzystny, w tym w pierwszej kolejności, do wyczerpania limitu, poprzez rozliczenie świadczeń ratujących życie, które w danym roku zostały wykonane, w oparciu o dokumentację, która została przedstawiona przez pozwaną. Zgodne z zasadami prawa, w tym także cywilnego, jest bowiem, że dłużnik jest uprawniony do podejmowania takiego rodzaju działań, które mogą doprowadzić do zminimalizowania wydatków lub zwiększenia zysków, w tym również takich, które mogą pogorszyć sytuację jego kontrahenta, w tym doprowadzić do tego, że świadczenia planowe, niezwiązane z ratowaniem życia nie zostałyby sfinansowane ze względu na brak środków w ramach ustalonych limitów. Takie działanie należy uznać za dozwolone, jeśli nie jest ono sprzeczne z prawem, ani też nie narusza łączącej strony umowy, mimo tego, że może w ten sposób zostać ograniczony zakres świadczeń, obowiązek sfinansowania których mógłby powstać po stronie pozwanej na podstawie art. 19 ust. 4 powołanej ustawy, czyli z mocy samego prawa. Nie sposób było więc uznać, aby podstawę uwzględnienia powództwa mógł stanowić art. 471 k.c. w sytuacji, gdy poza sporem pozostawało, że strona pozwana wypełniła wobec powódki obowiązek opłacenia wszystkich należności w granicach limitów, które zostały określone w zmienianych wielokrotnie na korzyść powódki umowach dotyczących finansowania świadczeń wykonanych przez powodowy szpital w 2013 r. Tym bardziej nie można było uznać, aby działanie w granicach prawa i zgodnie z własnym interesem mogło uzasadniać uwzględnienie powództwa na podstawie art. 415 k.c. Po stronie pozwanego nie wystąpiła bowiem przesłanka bezprawności. W szczególności cechy bezprawności, z podanych powodów, nie można było przypisać zarządzeniom wydawanym przez (...) od 2010 r., na podstawie których świadczenia ratujące życie były rozliczane w pierwszej kolejności do wyczerpania limitów przyjętych na dany rok, w tym 2013 r.

W sytuacji, gdy strona pozwana nie działała we wskazanym zakresie bezprawnie, w całości wypełniając swoje zobowiązania wobec powódki, które dotyczyły sfinansowania zabiegów wykonanych przez powódkę w 2013 r. do wysokości limitów ustalonych przez strony dla świadczeń różnych rodzajów, jako podstawa żądania dotyczącego świadczeń ponadlimitowych mógł zostać skutecznie wskazany wyłącznie art. 19 ust. 4 powołanej ustawy. Uwzględnienie żądania opartego na tym przepisie wymagałoby jednak wykazania przesłanek określonych w jego treści, w tym nagłego charakteru świadczenia, a tym samym udowodnienia, że jego niewykonanie w każdym konkretnym wypadku stanowić mogło realne zagrożenie dla życia indywidualnego pacjenta.

Przedstawiona w pozwie konstrukcja powództwa została jednak oparta na innych założeniach. Powódka nie zaprzeczała, że strona pozwana zapłaciła za wykonanie przez powódkę świadczeń ratujących życie w 2013 r. Twierdziła z drugiej strony, że ich rozliczenie w pierwszej kolejności, zgodnie z podważają treścią zarządzeń (...), które były wydawane do 2010 r., doprowadziło do dużo wcześniejszego wyczerpania limitu, a tym samym nierozliczenia takich zabiegów, które miały charakter planowy, czyli były przewidywane na etapie podpisywania umowy, wykonanej przez pozwaną w całości. Z tego właśnie powodu jako pierwszoplanowa podstawa prawna żądania pozwu został podany

art. 471 k.c. albo art. 415 k.c. Nie był natomiast wprost wskazywany art. 19 ust. 4 powołanej ustawy. W konsekwencji powódka nie podnosiła i nie usiłowała nawet wykazać, o jakie konkretne zabiegi chodziło i że zostały one wykonane w warunkach nagłych, czyli w celu ratowania życia konkretnych pacjentów, którzy w uzasadnieniu pozwu w ogóle nie zostali oznaczeni. Nie został ponadto także dołączony materiał źródłowy, dokumentacja dotycząca konkretnych pacjentów, na rzecz których powódka mogła wykonać wskazane świadczenia w 2013 r.

Powództwo zostało więc oparte o wadliwe założenia konstrukcyjne, które a limine nie pozwalały na jego uwzględnienie, w tym przede wszystkim o tezę, potwierdzoną przez stronę pozwaną w odpowiedzi na pozew, zgodnie z którą zabiegi ratujące życie zostały rozliczone w pierwszej kolejności, i to w całości. Taka konstrukcja powództwa uzasadniała więc przyjęcie, tak jak pozwany i Sąd Okręgowy, że podstawą prawną roszczenia objętego pozvem stanowi wyłącznie wykonanie zabiegów, które nie ratowały życia, zrealizowanych ponad limity określone w umowach dotyczących roku 2013, które w wymiarze kwotowym w całości zostały wykonane przez stronę pozwaną.

Opisana w pozwie konstrukcja powództwa była z gruntu wadliwa. Przy przyjęciu założeń, na których opierała się strona powodowa, należało oprzeć powództwo na zupełnie innych elementach faktycznych, gdyby istotnie znalazły potwierdzenie we wcześniejszych działaniach powodowego szpitala w stosunku do strony pozwanej, związanych z rozliczeniem wszystkich świadczeń, które zostały wykonane w 2013 r. Środki, które powódka otrzymała od pozwanej na podstawie umów dotyczących 2013 r., powinna była co najwyżej zaliczyć na poczet świadczeń, które miały charakter planowy na etapie zawierania umowy, przy wyraźnym zastrzeżeniu, że w tej grupie nie mogą zostać uwzględnione tego rodzaju świadczenia ratujące życie, konieczność wykonania których nie była na tym etapie zakładana, jak też przy jednoznacznym oświadczeniu, że dokonana zapłata nie obejmuje takich właśnie świadczeń ratujących życie. Podstawę tego powództwo powinno więc stanowić twierdzenie, że pozwana nie zapłaciła za takie świadczenia, które zostały przez nią bezskutecznie rozliczone w pierwszej kolejności z tej przyczyny, że były to świadczenia ratujące życie. Podstawy tego powództwa nie mogły natomiast stanowić świadczenia określane jako planowe, jeżeli nie zostało co do nich jednoznacznie podniesione i wykazane, że chodziło o konkretne świadczenia nagle w rozumieniu przyjętym w art. 19 ust. 4 ustawy, czyli spełnione w warunkach ratujących życie, niezależnie od tego, czy były w całości objęte planowym zakresem świadczeń, na podstawie którego ustalano limity na 2013 r. czy też ten zakres przekraczały. Innymi słowy, konstrukcja powództwa musiałaby zostać oparta wyłącznie na twierdzeniach dotyczących zastosowania art. 19 ust. 4 powołanej ustawy, nie zaś na twierdzeniu, że strona pozwana nie rozliczyła świadczeń planowych, bez względu na to, czy ratowały one życie czy też były zabiegami planowanymi, których wykonanie można było odłożyć w czasie bez istotnego zagrożenia dla życia konkretnych pacjentów. Sąd Okręgowy nadmiernie dosadnie i obrazowo usiłował wyjaśnić przyjęte w tym zakresie stanowisko posługując się przykładem kolejki, omijanej przez osoby uprzywilejowane, ze względu na konieczność obsłużenia których mogło nie wystarczyć towaru dla osób, które w tej kolejce cierpliwie czekały. Dalsze wywody oddały jednak trafnie stanowisko Sądu Okręgowego, który poprawnie przyjął, że wyczerpanie limitów określonych umową nie mogło uzasadniać tej części żądania, która dotyczyło świadczeń planowych opisanych w pozwie, przy jednoczesnym twierdzeniu ze strony powódki, że świadczenia ratujące życie w całości i w pierwszej kolejności zostały rozliczone, w efekcie czego wyparte z tego rozliczenia, w ramach limitów, zostały świadczenia planowe. Uzasadnione, jak zaznaczono, było uznanie, że nie chodziło więc o świadczenia nagle, które zostały wykonane w warunkach ratujących życie konkretnych pacjentów, którzy w ogóle nie zostali w pozwie imiennie oznaczeni.

Do istotnej próby zmiany konstrukcji faktycznej powództwa miało dojść pismem z 28 grudnia 2016 r., w których kwota należności głównej została przez powódkę podzielona na dwie osobne pozycje: 5452138,48 zł i 5139010,98 zł, które łącznie odpowiadały należności głównej z pozwu. Przede wszystkim w tym piśmie pojawiło się twierdzenie, że druga z tych kwot dotyczy należności za świadczenia w nagłym trybie przyjęcia, zaś pierwsza odnosi się do świadczeń planowych, wyłącznie o których powódka pisała w pozwie. Nowym tezom ze strony powódki towarzyszyły ponowione w apelacji wnioski dowodowe, które przede wszystkim dotyczyły dowodów z opinii biegłych, oddalonych następnie przez Sąd Okręgowy, który w ustnym uzasadnieniu, dostępnym na podstawie transkrypcji i zapisu elektronicznego, w ogóle nie dostrzegł znaczenia podanego pisma w odniesieniu do konstrukcji powództwa opisanej w pozwie. Nie poddał tej zmiany ponadto analizie. Doszło w ten sposób do naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. ze strony Sądu Okręgowego, który

miał obowiązek się odnieść do treści tego pisma i znaczenia zawartych w nim twierdzeń oraz zgłoszonych dowodów dla oceny zasadności powództwa. Niewątpliwe uchybienie Sądu Okręgowego nie miało jednak wpływu na trafność wydanego wyroku oraz cenę zasadności apelacji, która jednak nie zasługiwała na uwzględnienie.

Przede wszystkim, próba przedstawienia w powołanym piśmie zmiany konstrukcji powództwa, zaprezentowanej w pozwie w opisany już sposób, nie była czytelna, a tym samym nowe twierdzenia, które w powołanym piśmie z 28 grudnia 2016 r. zostały podniesione, nie były przekonujące i nawet wiarygodne, również dlatego, że nie zostały przez powódkę zaprezentowane jasne tezy co do pierwotnie podniesionych twierdzeń, jakoby świadczenia ratujące życie, które zostały udzielone w 2013 r., nie zostały jednak w całości opłacone. Nie podając więc, że powołanym piśmie zostały wycofane twierdzenia podniesione w treści pozwu, powódka powołała nowe, które były ewidentnie sprzeczne w pozwem w zakresie dotyczącym zaprezentowanej w nim faktycznej, w konsekwencji także prawnej konstrukcji powództwa, bezzasadnie opartego na art. 471 lub art. 415 k.c. Już z tego powodu nie sposób było uznać, że doszło do skutecznej zmiany podstawy faktycznej powództwa w powołanym piśmie oraz przedstawienia nowej, odmiennej jego konstrukcji prawnej, zwłaszcza że w dalszych pismach, a nawet w apelacji, powódka w dalszym ciągu powoływała art. 471 i art. 415 k.c. jako podstawy prawne roszczenia, które również kwotowo nie uległo żadnej zmianie.

Co więcej, w powołanym piśmie ogólnie tylko w wymiarze kwotowym został przedstawiony podział na roszczenie dotyczące świadczeń udzielonych w trybie nagłego przyjęcia oraz w ramach świadczeń planowanych. Nie zostały natomiast zaprezentowane żadne konkretne okoliczności, które by mogły zostać poddane czynnościom rozpoznawczy, w tym dowodowym, zmierzającym w tym kierunku, aby przynajmniej we wskazanej w tym piśmie części powództwo w ten sposób nieudolnie zmieniane zostało zbadane pod kątem przesłanek, które zostały zapisane w hipotezie art. 19 ust. 4 powołanej ustawy. Powódka do tego pisma załączyła tylko własne, przez siebie sporządzone wydruki. W treści części z nich zostały użyte literowe oznaczenie „P i (...), mające, jak należy ponadto przypuszczać, stanowić oznaczenie świadczeń wykonanych w trybie przyjęć nagłych oraz planowych. Nie zostało natomiast podane, na rzecz jakich osób jako pacjentów, jakiego rodzaju, o jakiej wartości zostały w 2013 r. wykonane świadczenia ratujące życie w warunkach nagłych określonych w powołanym przepisie. Zakres przedstawionych wydruków, zwłaszcza skonfrontowany z treścią pozwu, pierwotną konstrukcją powództwa i zgłoszonymi w powołanym piśmie wnioskami dowodowymi dotyczącymi biegłych mógł nawet sugerować, że zgłoszone wnioski dotyczą zbadania przez biegłych zgłoszonych również w apelacji całej dokumentacji strony powodowej za 2013 r., w tym dotyczącej świadczeń ratujących życie, które zostały jednak opłacone, jak to wynikało z twierdzeń podanych w pozwie.

Próba dokonania zmiany podstawy faktycznej i konstrukcji powództwa, które została podjęta w powołanym piśmie, nie była skuteczna. Zawarte w niej dane i załączone wydruki nie były czytelne w relacji do twierdzeń zawartych w pozwie, a ponadto były niewystarczające do przeprowadzenia postępowania dowodowego w tym zakresie. Z pewnością nie było potrzeby badania każdego z zabiegów wykonanych przez powódkę w 2013 r. Konieczne było natomiast podanie okoliczności związanych w wykonaniem przez powódkę konkretnych świadczeń na rzecz imiennie wskazanych pacjentów, które ratowały ich życie. Zostały więc wykonane w warunkach nagłych w rozumieniu przyjętym w art. 19 ust. 4 powołanej ustawy, lecz nie zostały opłacone przez pozwaną. Twierdzeń tego rodzaju powódka jednak nie zaprezentowała ani w powołanym piśmie, ani w dalszym toku postępowania przed Sądem Okręgowym, a nawet w apelacji.

Nie można było uznać, aby wystarczające w podanym zakresie były też informacje zawarte w załącznikach do wskazanego pisma z 28 grudnia 2016 r., jak też w załącznikach do kolejnych pism, które składała powódka przez Sądem Okręgowym, nawet zawierających niejasną jednak informację oznaczoną przez (...), czyli sugerującą, że chodziło o świadczenia wykonane w trybie nagłego przyjęcia, który zresztą nie jest równoznaczny z wykonaniem zabiegu ratującego życie, czyli z wystąpieniem nagłego wypadku w rozumieniu przyjętym w art. 19 ust. 4 powołanej ustawy. Nawet bowiem przyjmując założenie, że chodziło o przyjęcia w trybie nagłym, na tej tylko podstawie nie sposób było uznać, że w każdym takim wypadku chodziło o świadczenie ratujące życie, czyli wypadek nagły w rozumieniu przyjętym w powołanym przepisie.

Niewystarczający charakter informacji zawartych we wskazanych wyżej załącznikach wynikał przede wszystkim z tego, że pochodzące od powódki, czyli własne oznaczenia, że chodziło o wypadek nagłego przyjęcia pacjentów, którzy nie zostali, nawet w tych załącznikach, oznaczeni imiennie, lecz tylko numerem rejestracji, nazwiskiem lekarza i rodzajem wykonanego świadczenia, nie mogły zostać dowodowo zweryfikowane. Powódka nie przedstawiła bowiem dokumentacji źródłowej w zakresie dotyczącym pacjentów, na rzecz których tego rodzaju zabiegi miały zostać wykonane bez refundacji ze strony pozwanej, na podstawie której właściwy biegły mógłby zbadać, czy wskazane oznaczenia (...) były uzasadnione, a następne czy wykonane na rzecz wyselekcjonowanych w ten sposób pacjentów zabiegi miały na celu ratowanie ich życia, czyli czy to były wypadki nagle w rozumieniu przyjętym w art. 19 ust. 4 ustawy. Strona powodowa była w tym zakresie obciążona wymogiem wskazania stosownych danych, czyli zaprezentowania skonkretyzowanych twierdzeń faktycznych, w zakresie których można byłoby badać dowodowo, czy zostały co do danych pacjentów spełnione przesłanki określone w powołanym przepisie. Należało więc zaprezentować takie twierdzenie w odniesieniu do konkretnych pacjentów, złożyć dotyczącą ich dokumentację i zgłosić właściwe wnioski dowodowe. Nie można było skutecznie przedstawić tylko własnych wydruków, adnotacje z których należało zweryfikować, oraz zawnioskować, aby biegły zbadał całą, a więc bardzo obszerną dokumentację, która w ogóle nie została złożona do akt, czyli z którą strona przeciwna w ogóle nie mogła się zapoznać. Zaniechanie na tym etapie uniemożliwiło przeprowadzenie czynności dowodowych w podanym kierunku.

Brak podstaw do dopuszczenia dowodów z opinii biegłych zgłoszonych przez stronę powodową, której wnioski zostały oddalone przez Sąd Okręgowy, a następnie ponowione w apelacji, był efektem niewłaściwego ich zgłoszenia, zwłaszcza w części dotyczącej tezy dowodowej, również zawartej w apelacji. Wniosek dotyczący biegłego z zakresu ratownictwa medycznego został przede wszystkim sformułowany w sposób zupełnie abstrakcyjny, bez odniesienia do konkretnych pacjentów, w tym bez wyłączenia osób, na rzecz których mogło dojść do udzielenie świadczeń nagłych i ratujących życie, które zostały jednak opłacone przez stronę pozwaną, jak też bez wyłączenia osób, które nie zostały przyjęte w trybie nagłym albo mimo ich przyjęcia w takim trybie, nie wykonano na ich rzecz świadczeń ratujących życie. Biegłemu nie można było także zlecić ustalenia, czy wykonane świadczenia na rzecz nieokreślonych osób dotyczyły okoliczności wskazanych w treści art. 19 ust. 1 powołanej ustawy. Taka ocena związana jest bowiem z kwalifikacją prawną pod hipotezę zawartą w tym przepisie konkretnych okoliczności wymagających ustalenia. Z natury rzeczy przeprowadzenie tej kwalifikacji należy do sądów, nie zaś do biegłych, którym można było zlecić wyłącznie ustalenie, czy dany pacjent został przyjęty w trybie nagłych, a tym samym czy dokonanie takiej adnotacji przez powoda w załączniku do pisma złożonego przed Sądem Okręgowym w toku postępowania zakończonych wydaniem zaskarżonego wyroku było trafne oraz czy wykonane świadczenie ratowało życie konkretnych pacjentów, a ponadto czy nie zostało opłacone. Strona powodowa takich danych nie wskazała. Nie złożyła również odpowiednio wyselekcjonowanej dokumentacji, na podstawie której częściowo trafna teza dowodowa mogłaby zostać zweryfikowana w ramach czynności dowodowej związanej z dopuszczeniem i przeprowadzeniem dowodu z opinii właściwego biegłego z zakresu medycyny ratunkowej. Wniosek o charakterze niedoprecyzowanym podmiotowo i częściowo wadliwy co do tezy dowodowej, bez złożenia odpowiedniej dokumentacji źródłowej, nie mógł z tej przyczyny zostać uwzględniony przez Sąd Okręgowy, który trafnie ten wniosek oddalił. Nie zasługiwał też na uwzględnienie postępowaniu apelacyjnym. Z podanych przyczyn takie dowód nie został więc dopuszczony przez Sąd Apelacyjny.

W konsekwencji na uwzględnienie nie zasługiwał również wniosek, który dotyczył biegłego z zakresu księgowości. W sytuacji, gdy powódka miała za stroną pozwaną kontrakt, w którym określone zostały stawki za świadczenia różnego rodzaju wykonywane przez powodowy szpital również w 2013 r., nie było nawet potrzeby zgłaszania takiego dowodu. Wystarczające byłoby bowiem oparcie wyliczeń na wskazanych stawkach, niezależnie od tego, że występujące w tym zakresie orzecznictwo nie jest stabilne.

W niektórych orzeczeniach zostało przyjęte, że finansowanie świadczeń przekraczających limit powinno się odbywać w zasadzie na podstawie umowy. Obejmuje bowiem również usługi, które podmiot leczniczy obowiązany jest wykonać na podstawie ustawy. Według tego poglądu, koszty takich świadczeń należy więc włączyć do skutków, jakie wywołuje zawarcie umowy dotyczącej finansowania określonych w niej limitów (tak np. Sąd Najwyższy w wyroku z 5 sierpnia



2004 r., III CK 365/03, jak też z 15 grudnia 2004 r., IV CK 361/104; z 13 lipca 2005 r., I CK 18/05; z 10 maja 2006 r., III CSK 53/06 oraz z 12 marca 2009 r., V CSK 272/08).

Według odmiennego stanowiska, eksponującego doniosłość ustalonego w umowie limitu i okoliczność samego jej zawarcia, świadczenia przekraczające limit realizowane są w wykonaniu obowiązku ustawowego, bezumownie, czyli w sposób niepozwalający na zastosowanie stawki określonej w umowie przy obliczaniu należności za usługi wykonane ponad limit (tak Sąd Najwyższy np. w wyroku z 7 sierpnia 2003 r., IV CKN 393/01; z 28 stycznia 2004 r. IV CK 434/02, z 17 września 2004 r., V CK 58/04, z 10 marca 2005 r., I CK 578/04 i z 14 września 2005 r., III CK 83/05).

Z kolei w powoływanym przez stronę pozwaną wyroku z 27 sierpnia 2015 r., III CSK 455/14, Sąd Najwyższy przyłączył się z jednej strony do poglądu, który został przyjęty w pierwszej z wymienionych dwóch linii. Z drugiej jednak strony uznał, poprzez zastosowanie art.19 ust. 4 powołanej ustawy z 27 sierpnia 2004 r., że sposób określenia w tym przepisie należności za wykonanie usługi przez podmiot, który zawarł umowę określającą jej stawkę, ponad limit podany w tej umowie, w warunkach nagłych, może „domagać się zwrotu uzasadnionych kosztów ich udzielenia, a nie wynagrodzenia według stawek umownych”, czyli „zwrotu poniesionych uzasadnionych kosztów”. Według pozwanej, powód w tej sprawie nie przedstawił takich dowodów. Nie wykazał więc wydatków, które poniósł na świadczenia lecznicze zrealizowane na rzecz pacjentów wskazanych w pozwie w 2014 r. Sąd Apelacyjny nie podzielił zasadności tego poglądu. Stan orzecznictwa, zwłaszcza, że nie jest ono spójne, wymaga dalszej analizy kwestii dotyczącej dowodzenia wysokości roszczenia wykazanego co do samej jego zasady. Nie można w szczególności poprzestać na poglądzie, który został przez Sąd Najwyższy wyrażony w powołanym wyroku z 27 sierpnia 2015 r., III CSK 455/14, zwłaszcza że przytoczona konkluzja, dosyć arbitralna, może zostać też uznana za niespójną z przyjętym założeniem, jakoby w tym orzeczeniu poparta została pierwsza z opisanych linii orzeczniczych, wyraźnie dominująca, jak też wyrażana w orzeczeniach pochodzących z późniejszego okresu. Chodzi więc o bardziej pogłębioną wykładnię art. 19 ust. 4 powołanej ustawy i dostrzeżenie, że w istocie chodzi o kwestie dowodowe wymagające zastosowania konstrukcji zawartej w tym przepisie oraz ogólnych zasad postępowania dowodowego w zakresie wykazania należności wynikającej z faktu spełnienia świadczenia przez zakład leczniczy, przy konieczności uwzględnienia specyfiki jego działania.

Zgodzić się należy z tezą uznającą konieczność równego potraktowania zakładów leczniczych, które świadczą usługi w warunkach nagłych ponad limit określony w podpisanej umowie, z placówkami, które w ogóle takiej umowy nie podpisały na dany rok. Poza sporem musi bowiem pozostawać, że zasady tych świadczeń nie zostały pod tym kątem zróżnicowane w omówionych przepisach, z których wynika prawny obowiązek udzielenia takich świadczeń za rzecz osób znajdujących się w stanie zagrożenia ich życia. Niezależnie od tego, czy jako podstawa określenia wynagrodzenia za wskazane świadczenia zostanie przyjęta stawka podana w umowie zawartej przez podmiot, który przekroczył określony w niej limit, czy też zostanie przyjęte, że takie świadczenie zostało spełnione bez umowy, poza sporem musi również pozostawać, jak przyjął Sąd Najwyższy w powołanym wyroku z 27 sierpnia 2015 r., III CSK 455/14, że nie może w tym zakresie zostać pominięte uregulowanie zawarte w treści art. 19 ust. 4 powołanej ustawy, zgodnie z których „wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej”. Przy analizie tego zapisu, nie sposób jednak nie dostrzec, że określony w tym przepisie został przede wszystkim zakres świadczeń, które podlegają sfinansowaniu ze środków publicznych. Wprost zostało w jego treści wskazane, że chodzi o „niezbędne świadczenia opieki zdrowotnej”. Gdyby powód przedstawił pełną dokumentację dotyczącą świadczeń udzielonych, pozwaną należałoby obciążyć powinnością wskazania, które z nich nie były jednak „niezbędne” w rozumieniu powołanego przepisu, jak też ciężarem zgłoszenia w tym zakresie właściwych wniosków dowodowych, czyli dowodu z opinii biegłego sądowego, w celu wykazania zasadności takich zarzutów. W sprawie niniejszej strona pozwana nie musiała z taką inicjatywą występować dlatego, że powódka nie wykazała właściwym dowodem z opinii biegłego z zakresu medycyny ratunkowej, których konkretnie świadczeń, wykonanych na rzecz oznaczonych imienne pacjentów, dotyczyło twierdzenie, jakoby chodziło o świadczenia ratujące życie w warunkach nagłych i nieopłacone przez stronę pozwaną. Dopuszczenie dowodu z opinii biegłego z zakresu księgowości, nie dość że nie było potrzebne, nie było uzasadnione z tego powodu, że powódka nie wykazała podstawowych danych wyjściowych, w oparciu o które taki biegły mógłby przeprowadzić odpowiednie wyliczenia. Nie

można więc było ustalić, z przyczyn obciążających powódkę, czy w 2013 roku zostały w powodowym szpitalu wykonane świadczenia ratujące życie w trybie nagłym, które nie zostały opłacone, czyli podstawę roszczenia z tytułu których stanowiłby wprost art. 19 ust. 4 powołanej ustawy, zwłaszcza że od początku powództwo zostało oparte na twierdzeniu, że świadczenia ratujące życie zostały w całości opłacone, w pierwszej zresztą kolejności, i dlatego właśnie wyparte z tej przyczyny zostały świadczenia planowe, które nie zostały sfinansowane ze środków strony pozwanej. Z podanych powodów żaden zarzut apelacji nie mógł uzasadniać jej uwzględnienia. Apelacja powodowego szpitala w całości została więc oddalona.

Mając na uwadze trudną sytuacją finansową powodowego szpitala, jak też biorąc pod uwagę status strony pozwanej jako podmiotu zajmującego się stale finansowaniem systemu opieki zdrowotnej, na podstawie art. 102 k.p.c., mimo oddalenia apelacji, Sąd Apelacyjny zdecydował o nieobciążaniu powódki w tej sprawie kosztami procesu poniesionymi przez stronę pozwaną w postępowaniu apelacyjnym.

Mając powyższe na uwadze, na podstawie powołanych przepisów i art. 385 k.p.c. Sąd Apelacyjny orzekł jak w sentencji.

Marta Szerel Robert Obrębski Joanna Piwowarun-Kołąkowska