

Sygn. akt I ACa 1601/13

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 czerwca 2014 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	Sędzia SA Krzysztof Depczyński (spraw.)
Sędziowie:	SA Dorota Ochalska - Gola SA Joanna Walentkiewicz - Witkowska
Protokolant:	st. sekr. sądowy Katarzyna Olejniczak

po rozpoznaniu w dniu 17 czerwca 2014 r. w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa **Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Ł.**

przeciwko **Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu (...) w Ł.**

o zapłatę

na skutek apelacji strony pozwanej

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 4 listopada 2013r. sygn. akt I C 918/12

I. oddala apelację;

II. zasądza od Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego w Ł. na rzecz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Ł. kwotę 5 400,00-, zł (pięć tysięcy czterysta złotych 00/100) z tytułu zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Sygn. akt I ACa 1601/13

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 4 listopada 2013 roku Sąd Okręgowy w Łodzi w sprawie z powództwa Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Ł. przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia w Ł. o zapłatę

1. zasądził od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Ł. na rzecz powoda Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Ł. kwotę 893.936,16 złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 14 marca 2012 r. do dnia zapłaty;
2. umorzył postępowanie w zakresie cofniętego powództwa co do kwoty 491.652,81 złotych;
3. zasądził od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Ł. na rzecz powoda Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Ł. kwotę 14.081 zł tytułem zwrotu kosztów procesu;
4. nakazał ściągnąć od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Ł. na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Łodzi kwotę 33.773 złotych tytułem brakującej opłaty sądowej obciążającej pozwanego;
5. nakazał ściągnąć od powoda Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Ł. na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Łodzi kwotę 18.185 złotych tytułem brakującej opłaty sądowej obciążającej powoda;
6. nakazał zwrócić powodowi Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Ł. kwotę 2.988,04 złotych z tytułu niewykorzystanej zaliczki na koszty opinii biegłego, wpłaconej w kwocie 4.000 złotych i zaksięgowanej w dniu 21 grudnia 2012 r. pod poz. 2411 121486.

Rozstrzygnięcie przedstawione powyżej zostało oparte na następujących ustaleniach faktycznych poczynionych przez Sąd pierwszej instancji:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Ł. zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia (...) Oddziałem Wojewódzkim następujące umowy o udzielanie świadczeń medycznych:

1. Umowę nr (...) z dnia 26 stycznia 2010 r. o udzielanie świadczeń medycznych w zakresie: Leczenie szpitalne na okres od 01.01.2009 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. ;
2. Aneks z dnia 16 grudnia 2010 r. do umowy nr (...) z dnia 26 stycznia 2010 r. o udzielanie świadczeń medycznych w zakresie: leczenie szpitalne na okres od 1.01.2011 r. do 31.12.2011 r. Od dnia 01.01.2011 r. umowa z dnia 26 stycznia 2010 r. uzyskała sygnaturę 055/110028/03/010/11;
3. Aneks z dnia 29 grudnia 2011 r. do umowy nr (...) z dnia 26 stycznia 2010 r. o udzielanie świadczeń medycznych w zakresie: Leczenie szpitalne na okres od 1.01.2011 r. do 31.12.2011 r.

Do powyższych umów zostały określone między stronami plany rzeczowo – finansowe stanowiące załączniki do umowy i aneksów.

W 2011 roku powód świadczył usługi medyczne w zakresie oznaczonym w wyżej wskazanych umowach.

Powód w dniu 27 lutego 2012 r. zwrócił się do Dyrektora Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego w Ł. o zapłatę według załączonej do tego pisma faktury nr (...) na kwotę 1.385.588,91 zł, za wykonane usługi medyczne w 2011 r. w związku z zakończeniem okresu rozliczeniowego. W dniu 27 marca 2012 r. pozwany przesłał do powoda pismo, w którym poinformował powoda, że nie może dokonać zapłaty za wykonane nadwykonania bowiem jest zobowiązany do dokonania zapłaty jedynie za świadczenia zrealizowane do ustalonej maksymalnie kwoty zobowiązania za 2011 r. według zawartej umowy. Odesłano powodowi przesłaną pozwanemu fakturę.

W dniu 19 kwietnia 2012 r. powód przesłał pozwanemu wezwanie do zapłaty kwoty 1.385.588,91 złotych za wykonane ponad limit 2011 r. leczenie szpitalne pacjentów. Zastrzeżono, że brak zapłaty spowoduje skierowanie sprawy na drogę sądową. W odpowiedzi na to wezwanie do zapłaty, w dniu 26 kwietnia 2012r pozwany przesłał powodowi pismo, w

którym podtrzymał swoje dotychczasowe stanowisko i odmówił zapłaty za nadwykonania w 2011 r. Podniesiono, że powód nie przedstawił szczegółowego wykazu przeprowadzonych hospitalizacji, co uniemożliwiło pozwanemu zajęcie stanowiska w sprawie.

W toku procesu powód złożył do akt – i drogą elektroniczną do pozwanego – zestawienie świadczeń wykonanych w 2011 r. stanowiących nadwykonanie ponad zawartą z pozwanym umowę i wskazał, że każde przyjęcie do szpitala jest odnotowywane w systemie informatycznym i pozwany ma stały dostęp do tego systemu i możliwość weryfikowania czynności podejmowanych przez powoda. Pozwany przyznał, że sprawozdawczość jest przekazywana pozwanemu, lecz nie jest weryfikowana ponad kontrakty na dany rok.

Z opinii biegłego sądowego z zakresu anestezjologii intensywnej terapii i medycyny ratunkowej prof. dr hab. n med. W. K. wynika, że analiza 152 historii chorób dostarczonych przez powoda wykazała zasadność zakwalifikowania chorego do trybu pilnego lub zagrażającego życiu – a także do trybu nagłego – w przypadku chorych z chorobą nowotworową, w 102 przypadkach z różnych oddziałów powodowego Szpitala, wskazanych przez biegłego w załączniku do opinii.

Pozwany zakwestionował nadto jeszcze pięć przypadków wskazując je biegłemu.

Biegły po ponownej analizie uznał, że cztery przypadki wskazane przez pozwanego zostały błędnie zaliczone przez biegłego do świadczeń ratujących życie, wobec przedstawienia tej samej dokumentacji dwukrotnie. Po dokonaniu przez biegłego korekty wartość hospitalizacji wykonanych przez powoda w 2011 r. i zakwalifikowanych jako ratujących życie a nie zapłaconych przez pozwanego wyniosła 893.936,16 złotych.

Na rozprawie w dniu 21 października 2013 r. pełnomocnik powoda – w obecności pełnomocnika pozwanego - ograniczył powództwo do kwoty 893.936,16 złotych.

Mając na uwadze powyższe rozważania prawne, a także okoliczności niniejszej sprawy, Sąd Okręgowy uznał, że żądanie powoda – po jego ograniczeniu do kwoty 893.936,16 złotych – zasługuje na uwzględnienie w całości i zasądził od Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego w Ł. na rzecz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Ł. kwotę 893.936,16 złotych z tytułu udzielonych świadczeń ponadlimitowych w zakresie leczenia szpitalnego uznając, że kwota ta stanowi należną zapłatę za ponadlimitowe świadczenia zdrowotne, których powód udzielił ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia pacjentów w 2011 r.

W ocenie Sądu Okręgowego koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy, zgodnie z art. 56 k.c., włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między Narodowym Funduszem Zdrowia, a świadczeniodawcą i obciążyć nimi Fundusz zarządzający środkami publicznymi, z których powinny one być pokryte. Określone w umowach limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą sytuacji, w których istnieje konieczność natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia. Skoro więc istnieje ustawowy obowiązek udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a obowiązek sfinansowania udzielonych ubezpieczonym przez zakłady opieki zdrowotnej świadczeń spoczywa na Funduszu, to należy uznać, że zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie, jeżeli tylko wykaże, że nastąpiło to w sytuacji określonej w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Rozstrzygając kwestie żądania powoda zasądzenia od pozwanego dochodzonej kwoty stanowiącej zapłatę za świadczenia zdrowotne udzielone przez niego w zakresie leczenia szpitalnego, Sąd Okręgowy uznał, że udzielone przez powoda świadczenia w wyżej wskazanym zakresie należy zakwalifikować jako świadczenia udzielone w warunkach zagrożenia życia i zdrowia pacjentów (istnienie niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, bądź innego przypadku niecierpiącego zwłoki). Zatem zakład opieki zdrowotnej nie mógł odmówić takim pacjentom udzielenia świadczenia w zakresie wskazanym powyżej, a nadto lekarz miał obowiązek udzielić pomocy lekarskiej w każdym takim przypadku.

W przedmiotowej sprawie, po sporządzeniu przez biegłego opinii, polegającej na szczegółowej analizie dokumentacji medycznej każdego pacjenta, nie ulega w ocenie Sądu Okręgowego wątpliwości, że pacjenci, którym powód udzielił

świadceń ponadlimitowych w 2011 r. w zakresie leczenia szpitalnego, znajdowali się niewątpliwie w takim stanie zdrowia, że istniały bezwzględne podstawy do zastosowania takiego typu leczenia w konkretnym przypadku.

W ocenie Sądu Okręgowego świadczenia ponadlimitowe udzielone przez powoda w zakresie chirurgii onkologicznej, chirurgii naczyniowej, ortopedii i traumatologii narządów ruchu, – po ich weryfikacji przez biegłego – należy zakwalifikować jako świadczenia udzielone w warunkach zagrożenia życia i zdrowia pacjentów. W związku z powyższym, takim pacjentom zakład opieki zdrowotnej nie mógł odmówić udzielenia świadczenia medycznego, a lekarz miał obowiązek udzielić pomocy lekarskiej w każdym takim przypadku.

Konsekwencją takich ustaleń było uznanie przez Sąd pierwszej instancji, że mimo wyczerpania środków zakontraktowanych umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, powodowy Szpital nie mógł odmówić udzielenia pomocy pacjentom zgłaszającym się w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia.

O odsetkach ustawowych od zasądzonej na rzecz powoda kwoty, Sąd pierwszej instancji orzekł na podstawie art. 481 § 1 i § 2 zd. 1 k.c., przyjmując jako termin początkowy ich naliczania, następny dzień po dniu upływu terminu wyznaczonego dla pozwanego do zapłaty określonego w fakturze za wykonane świadczenia z załącznikiem w postaci wskazania ilości i wykonanych hospitalizacji na poszczególnych oddziałach Szpitala w 2011 r. Dostarczenie faktury do pozwanego nastąpiło w dniu 28 lutego 2012 r. Termin zapłaty określony został w fakturze na dzień 13 marca 2012 r.

Wobec cofnięcia przez powoda pozwu ponad dochodzoną kwotę 893.936,16 złotych, przy uwzględnieniu, że w części cofnięcie pozwu nastąpiło ze zrzeczeniem się roszczenia, a w części także wobec braku sprzeciwu pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego w Ł. w kwestii cofnięcia pozwu, Sąd Okręgowy umorzył postępowanie w pozostałym zakresie tj. ponad zasądzoną kwotę 893.936,16 złotych.

Biorąc pod uwagę całokształt okoliczności niniejszej sprawy, w tym przede wszystkim charakter tej sprawy, Sąd Okręgowy orzekł o kosztach w oparciu o wynik procesu na podstawie art. 98 k.p.c. mając na względzie, że powód wygrał proces w 65% i w takim stosunku rozliczył wszystkie koszty.

Apelację od powyższego rozstrzygnięcia wniosła strona pozwana, zaskarżając go w części tj. w zakresie punktów 1, 3 i 4 i zarzucając mu:

1. naruszenie art. 6 k.c. w zw. z art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez jego niezastosowanie i w wyniku tego przyjęcie, że powód udowodnił w procesie, że z tytułu wykonywania świadczeń, w stanach nagłych w rozumieniu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym należy mu się wynagrodzenie w zasądzonej kwocie, chociaż powód nie przedstawił dowodów potwierdzających poniesienie kosztów w tej wysokości, ani że świadczenia te zostały udzielone w niezbędnym zakresie, choć ciężar takiego dowodu obciążał powoda;
2. naruszenie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz art. 132 ust. 1 oraz art. 136 tej ustawy w zw. z art. 56 k.c. poprzez przyjęcie, że umowa stron, która określa m.in. rodzaj i zakres udzielanych świadczeń, zasady rozliczeń między Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcą oraz maksymalną kwotę zobowiązania jest podstawą do ustalenia wynagrodzenia powoda także za świadczenia opieki medycznej nieobjęte tą umową, w każdym wypadku gdy o celowości udzielenia świadczeń zadecyduje sam powód, bez konieczności ustalenia uzasadnionych kosztów każdej hospitalizacji;
3. naruszenie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez przyjęcie, że do ustalenia konieczności udzielania świadczenia wystarczająca jest taka kwalifikacja przez biegłego anestezjologa bez konieczności wyjaśnienia przyczyn każdej hospitalizacji oraz zakresu udzielonego świadczenia pod względem jego niezbędności;
4. naruszenie art. 232 k.p.c. poprzez uznanie sprawy za dostatecznie wyjaśnioną zgromadzonymi dowodami mimo braku wykazania przez powoda wysokości kosztów poniesionych przez niego na dodatkowe hospitalizacje, do których

wykazania konieczna była inicjatywa dowodowa powoda lub dopuszczenie przez Sąd z urzędu dowodu z opinii biegłego z zakresu rachunkowości-specjalisty do spraw rachunku kosztów, którego zadaniem powinno być wskazanie, jakie uzasadnione koszty, wcześniej niepokryte w ramach bieżącej działalności, generują u powoda dodatkowe hospitalizacje lub jaki procent kosztów statystycznych świadczenia wyliczonych na podstawie zapisów na kontach kosztowych w księgowości powoda stanowią uzasadnione tj. faktycznie dodatkowo ponoszone koszt w kosztach ogólnych;

5. naruszenie art. 233 k.p.c. przez jego niezastosowanie tj. danie wiary nieudowodnionym twierdzeniom powoda, iż należy mu się wynagrodzenie za świadczenia udzielone poza umową w wysokości ustalonej zgodnie z zasadami wyceny świadczeń określonymi w umowie;

6. naruszenie art. 328 § 2 k.p.c. przez jego niezastosowanie tj.:

a) nieodniesienie się w uzasadnieniu do podnoszonego przez pozwanego argumentu, iż pojęcie uzasadnione koszty świadczeń nie jest tożsame z ich wyceną dokonaną przez strony w umowie, zatem także w przypadku przyjęcia za podstawę rozstrzygnięcia tej umowy powód zobowiązany był te koszty wykazać;

b) niewyjaśnienie motywów rozstrzygnięcia w zakresie uznania za zasadną kwoty mimo kwestionowania przez pozwanego nie tylko jej zasadności, ale także wysokości.

W następstwie tak sformułowanych zarzutów skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez orzeczenie o oddaleniu powództwa w całości, zasądzenie na rzecz pozwanego kosztów postępowania, a także uchylenie punktu 4, ewentualnie o uchylenie wyroku w zakresie punktów 1, 3 i 4 i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania przez Sąd I instancji w tym zakresie.

W odpowiedzi na apelację pozwanego, strona powodowa wniosła o oddalenie apelacji oraz zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych za postępowanie przed Sądem II instancji.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja jest niezasadna.

W pierwszej kolejności odnieść należy się do podniesionego przez stronę pozwaną zarzutu naruszenia art. 233 k.p.c., którego naruszenia skarżący upatruje w jego niezastosowanie tj. daniu wiary nieudowodnionym twierdzeniom powoda, że należy mu się wynagrodzenie za świadczenia udzielone poza umową w wysokości ustalonej zgodnie z zasadami wyceny świadczeń określonymi w umowie.

Jak wskazuje się już w utrwalonym orzecznictwie Sądu Najwyższego zarzut naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c. byłby skuteczny wówczas, gdyby skarżący wykazał uchybienie podstawowym regułom służącym ocenie wiarygodności i mocy poszczególnych dowodów, tj. regułom logicznego myślenia, zasadzie doświadczenia życiowego i właściwego kojarzenia faktów (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 grudnia 2005 r., sygn. akt III CK 314/05, Lex nr 172176). Ocena mocy i wiarygodności dowodów, przeprowadzona w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia, mogłaby być skutecznie podważona w postępowaniu odwoławczym tylko wówczas, gdyby pozwany wykazał, że zawiera ona błędy logiczne, wewnętrzne sprzeczności itp. W przedmiotowej sprawie Sąd Okręgowy w sposób wszechstronny, bezstronny i zgodnie z zasadą swobodnej oceny dowodów dokonał analizy zgromadzonego materiału dowodowego, w tym opinii biegłego sądowego z zakresu anestezjologii intensywnej terapii i medycyny ratunkowej prof. dr hab. n med. W. K.. Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 9 stycznia 2004 r. sygn. akt IV CK 339/02 wskazał, że wiarygodność i moc poszczególnych dowodów nie podlega klasyfikacji parametrycznej, stąd przekonanie uczestników postępowania może być odmienne od przekonania składu orzekającego. Rozwiązanie pozornej sprzeczności istnienia dwóch usprawiedliwionych sądów (mniemań) tkwi w ustawowym przyznaniu kompetencji składowi orzekającemu ustalenia według swobodnego uznania, którą spośród prawdopodobnych wersji uznaje za prawdziwą. Sam fakt, że

dowód przeprowadzony w sprawie został oceniony niezgodnie z intencją skarżącego nie oznacza zatem naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Ocena dowodów należy bowiem do sądu orzekającego i nawet w sytuacji, w której z dowodu można było wywieść wnioski inne niż przyjęte przez sąd, do naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. dojść może tylko wtedy, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej, albo wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo – skutkowych.

Wbrew twierdzeniom skarżącego strona powodowa skutecznie zdołała uargumentować i udowodnić, że świadczenia dochodzone przez nią w przedmiotowym postępowaniu, nie wliczając tych co do których cofnęła powództwo, były świadczeniami udzielonymi w okolicznościach zagrożenia dla zdrowia bądź życia. Powyższe zostało przede wszystkim potwierdzone przez biegłego lekarza sądowego, który w swojej opinii odniósł się do każdego przypadku wskazując, który z nich mógł zostać uznany za przypadek nagły, kwalifikujący się do natychmiastowej pomocy.

Należy przy tym podkreślić, że zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego, opinia biegłego nie może być weryfikowana, a zwłaszcza dyskwalifikowana, bez posłużenia się wiedzą specjalistyczną. Sąd naruszałby art. 233 § 1 k.p.c., polemizując w sferze wymagającej wiadomości specjalnych z wnioskami biegłego, bez uzupełnienia stanowiska biegłego lub bez zasięgnięcia opinii innego biegłego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 lipca 2005 r., sygn. akt II UK 277/04, opubl. OSNP 2006/5-6/97). Jak podkreśla się ponadto w orzecznictwie w odróżnieniu od oceny dowodu z zeznań świadka, ocena dowodu z opinii biegłego nie jest dokonywana według kryterium wiarygodności w tym znaczeniu, że nie można „nie dać wiary biegłemu”, odwołując się do wewnętrznego przekonania sędziego, czy też zasad doświadczenia życiowego. Opinia biegłego podlega, tak jak inne dowody, ocenie według art. 233 § 1 k.p.c., jednakże co odróżnia ją pod tym względem, to szczególne dla tego dowodu kryteria oceny, które stanowią: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej (H. Pietrkowski – Zarys metodyki pracy sędziego w sprawach cywilnych - Warszawa 2006 r.). Opinia biegłego sądowego z zakresu anestezjologii intensywnej terapii i medycyny ratunkowej prof. dr hab. n. med. W. K. jest rzeczowa, przekonująca, przejrzysta i logicznie uzasadniająca podstawy na których biegły uznał dany przypadek za nagły, oparta ponadto na wiedzy i doświadczeniu biegłego. Opinie tę zatem jako kompletną i wyczerpującą należało zaakceptować. Zauważyć przy tym należy, że pozwany pomimo że w sposób dość lakoniczny w jednym z zarzutów kwestionuje przyjęcie przez Sąd pierwszej instancji w ustaleniach, że dla konieczności udzielenia świadczenia wystarczająca jest taka kwalifikacja przez biegłego anestezjologa bez konieczności wyjaśnienia przyczyn każdej hospitalizacji oraz zakresu udzielonego świadczenia pod względem jego niezbędności to nie rozwinął tego zarzutu w uzasadnieniu apelacji, skupiając swe wywody jedynie na nie udowodnieniu, w jego ocenie, przez stronę powodową wysokości udzielonych świadczeń. W tej sytuacji, przy braku jurydycznej argumentacji, nie zasługuje na uwzględnienie powyższy zarzut. Nie można bowiem uznać, że opinia biegłego cechuje się dowolnością i uznaniowością, a tym samym, że nie daje się zweryfikować. Założenia przyjęte przez biegłego zostały zaakceptowane przez Sąd Okręgowy, a skoro, jak się okazało, odpowiadają one prawu, nie ma podstaw do czynienia z tego tytułu zarzutu Sądowi.

Dodatkowo, co należy stanowczo podkreślić, strona pozwana po złożeniu przez biegłego prof. W. K. opinii uzupełniającej nie zakwestionowała jej i nie wnosiła o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego. Oznacza to, że jej zarzuty podnoszone w apelacji do opinii biegłego są nieskuteczne.

Nie sposób zgodzić się z również z twierdzeniami skarżącego, że powód nie udowodnił wysokości dochodzonego roszczenia.

Pamiętać należy, że zakres obowiązku NFZ za wykonane przez zakłady opieki zdrowotnej usługi medyczne obejmuje też te usługi, które świadczeniodawca zobowiązany był wykonać z mocy szczególnych przepisów ustawy, nawet jeżeli nie zostały one określone w umowie i objęte uzgodnionym wynagrodzeniem. W takich przypadkach przepisy nakładają wprost na lekarzy i zakłady opieki zdrowotnej bezwzględny obowiązek udzielenia pomocy medycznej. Bezspornie umowa z Funduszem nie precyzowała kto ma wykonywać ponadlimitowe świadczenia w przypadkach niecierpiących zwłoki, a także nie precyzowała ceny za wykonane świadczenia poza limitem, same klauzule umowne ograniczały się

jedynie do wykazania limitu ilościowego w zakresie świadczeń zdrowotnych i przyznanego za nie wynagrodzenia. Nie można przyjąć, że powód udzielając pomocy medycznej w nagłych przypadkach w takiej sytuacji ma działać na własne ryzyko i w chwili obecnej ma ponosić tego finansowe konsekwencje. Zważywszy, że odpowiedzialność za ciągłość i powszechną dostępność świadczeń zdrowotnych ponosi publiczna osoba prawna, jaką jest Narodowy Fundusz Zdrowia, uznać należy, że to pozwany winien pokryć koszty świadczeń udzielnych w warunkach ratujących zdrowie bądź życie. W ocenie Sądu Apelacyjnego powód sprostął ciężarowi dowodowemu także w zakresie udowodnienia zasadności wysokości przyznanego roszczenia. Jak wynika bowiem z pisma procesowego powoda z dnia 21 września 2013 roku świadczenia uznane za biegłego za nagłe i wymagające niezwłocznej pomocy strona powodowa oznaczyła symbolem świadczenia, przypisała do niego liczbę punktów, ceny za punkt oraz kwoty finalnej refundacji (k. 164-167). Strona powodowa wskazała przy tym, już we wcześniejszych swoich pismach, że świadczenia te wyliczyła analogicznie jak w przypadku świadczeń finansowanych przez NFZ na podstawie łączącej strony umowy, czego strona pozwana nie kwestionowała w toku postępowania, wskazując jedynie, że z kwoty dochodzonej przez powoda powinny być odjęte koszty, które można byłoby uznać za stałe, jednakże poza przykładowym wyliczeniem skarżąca nie sprecyzowała jakie koszty za stałe należałoby uznać. Zaznaczyć przy tym należy, że w orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmuje się, że jeżeli źródłem zobowiązania jest umowa, to stosunek zobowiązaniowy dookreślają przepisy Kodeksu cywilnego i innych ustaw (art. 56 k.c.), w tym także przepisy dyspozytywne o ile nie zostały wyłączone przez odmienną wolę stron wyrażoną w umowie. Przepisy bezwzględnie obowiązujące natomiast są źródłem obowiązku w każdym wypadku, chyba że stosownie do art. 58 k.c. dojdzie do nieważności całej umowy a nie jej poszczególnych postanowień (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 sierpnia 2000 r., III CK 365/03 niepubl.). Sąd Najwyższy podkreślał także, że koszty świadczeń medycznych udzielonych ubezpieczonemu w warunkach przymusu ustawowego należy zgodnie z art. 56 k.c. włączyć do skutków jakie wywołuje umowa zawarta między NFZ a świadczeniodawcą i obciążyć nimi Narodowy Fundusz Zdrowia jako podmiot zarządzający środkami publicznymi, nie można bowiem nałożyć na zakłady opieki zdrowotnej obowiązku ponoszenia kosztów świadczeń ponadlimitowych (por. wyroku z dnia 12.12.2006 r., sygn. akt II CSK 279/06; wyrok z dnia 10.05.2006 r., sygn. akt III CSK 53/05, wyrok z dnia 29.03.2006 r. sygn. akt IV CSK 158/05, wyrok z dnia 3.11.2004 r., sygn. akt III CSK 546/03).

Skoro w umowie strony wypracowały pewne kryteria na podstawie których ustalona została kwota za wykonane świadczenia w ramach limitu brak jest podstaw do kwestionowania tego wyliczenia. Słusznie w tych okolicznościach Sąd Okręgowy oddalił wniosek strony pozwanej o powołanie biegłego z zakresu rachunkowości uznając, że wniosek ten spowodowałby jedynie nieuzasadnioną zwłokę w postępowaniu, nie wnosząc do sprawy istotnych okoliczności. Podkreślić należy, że obie strony są profesjonalistami, ponadto zwłaszcza skarżąca ma bardzo duże doświadczenie w rozliczaniu nadwykonań, bo dokonuje tego corocznie od wielu lat. Każda ze stron dysponuje również wyspecjalizowaną obsługą prawną – finansową, ma zatem możliwość przeprowadzenia stosownych badań, ocen i analiz dotyczących kosztów obciążeń pracy szpitalem na danego pacjenta. Trudno oczekiwać w tym przypadku aby biegły z zakresu rachunkowości, który nie ma wiedzy z zakresu procedur medycznych, jedynie na podstawie ksiąg rachunkowych czy bilansu, które są zestawieniem globalnym a nie rozpisany na poszczególnych pacjentów oraz trybu ich przyjęcia, był w stanie oszacować koszt kwestionowanych świadczeń podjętego ponad limit określony umową, biorąc przy tym pod uwagę, że w jej ramach przecież wykonywane były również świadczenia związane z przypadkami nagłymi. Nad powołaniem biegłego do oszacowania wysokości należności za wykonane tego rodzaju świadczeń, w ocenie Sądu Apelacyjnego, można byłoby ewentualnie zastanawiać się jedynie w sytuacji kiedy strony nie łączyłaby żadna umowa i nie byłoby podstaw do wyliczenia wynagrodzenia za wykonane świadczenia.

Nie sposób również podzielić argumentacji skarżącej, że Sąd pierwszej instancji naruszył art. 328 § 2 k.p.c. przez jego niezastosowanie tj. nieodniesienie się w uzasadnieniu do podnoszonego przez pozwanego argumentu, iż pojęcie uzasadnione koszty świadczeń nie jest tożsame z ich wyceną dokonaną przez strony w umowie, zatem także w przypadku przyjęcia za podstawę rozstrzygnięcia tej umowy powód zobowiązany był te koszty wykazać oraz niewyjaśnienie motywów rozstrzygnięcia w zakresie uznania za zasadną kwoty mimo kwestionowania przez pozwanego nie tylko jej zasadności, ale także wysokości. Sąd Okręgowy sprostął wszystkim wymogom stawianym dla uzasadnienia wyroku, powołał podstawę prawną swego rozstrzygnięcia, wskazał również jakie fakty i w oparciu o jakie dowody ustalił. W sprawie przeprowadzone zostały dowody z dokumentów, z których wynikały niesporne okoliczności

w sprawie, a jedyny dowód budzący kontrowersje w niniejszej sprawie to dowód z opinii biegłego, którą opinię Sąd pierwszej instancji w całości podzielił i sporne okoliczności ustalił na jej podstawie. Poza dowodem z opinii biegłego nie były w sprawie przeprowadzane inne dowody, których moc dowodowa i wiarygodność Sąd Okręgowy miałby określać i wskazywać w motywach wyroku. Sąd pierwszej instancji szczegółowo wyjaśnił również przyczyny nieuwzględnienia wniosku pozwanego o powołanie biegłego z zakresu rachunkowości wskazując jednocześnie, że powszechnie wiadome jest że wykonanie dodatkowych procedur ponad zaplanowane wcześniej z reguły powoduje zwiększenie kosztów, a nie ich zmniejszenie, wskazując też, że pozwany Fundusz narzuca szpitalom wartość procedur i nie są one wyceniane według rzeczywistych kosztów ich ponoszenia. W tych okolicznościach nie można uznać za zasadny podnoszony przez pozwanego zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c.

Z powyższych względów nie mógł również odnieść zamierzonego rezultatu zarzut naruszenia art. 232 k.p.c. poprzez uznanie sprawy za dostatecznie wyjaśnioną zgromadzonymi dowodami mimo braku wykazania przez powoda wysokości kosztów poniesionych przez niego na dodatkowe hospitalizacje, do których wykazania konieczna była inicjatywa dowodowa powoda lub dopuszczenie przez Sąd z urzędu dowodu z opinii biegłego z zakresu rachunkowości-specjalisty do spraw rachunku kosztów, którego zadaniem powinno być wskazanie, jakie uzasadnione koszty, wcześniej niepokryte w ramach bieżącej działalności, generują u powoda dodatkowe hospitalizacje lub jaki procent kosztów statystycznych świadczenia wyliczonych na podstawie zapisów na kontach kosztowych w księgowości powoda stanowią uzasadnione tj. faktycznie dodatkowo ponoszone koszty w kosztach ogólnych.

W orzecznictwie wskazuje się, że przepis art. 232 k.p.c. w zdaniu pierwszym jest skierowany do stron i nakłada na nie obowiązek wskazywania dowodów dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne. W tej części zatem nie może zostać naruszony przez sąd, skoro nie na sąd nakłada określone obowiązki. W zdaniu drugim, odnoszącym się do sądu, dopuszcza możliwość przeprowadzenia przez sąd dowodów niewskazanych przez strony, co nie miało miejsca w rozpoznawanej sprawie, a zatem również w tej części omawiany przepis nie mógł zostać naruszony przez Sąd Okręgowy. Uzasadnienie omawianego zarzutu wskazuje, że skarżącemu chodzi o niewłaściwie określony przez Sąd pierwszej instancji rozkład ciężaru dowodu, co jednak może być skutecznie podważane jedynie w ramach, podniesionego z resztą przez skarżącego, zarzutu naruszenia art. 6 k.c. w związku z odpowiednim przepisem prawa materialnego kształtującym zasady odpowiedzialności stron. Zamiar wykazania, że Sąd Okręgowy bezpodstawnie uznał za udowodnioną określoną okoliczność wymaga przytoczenia jako naruszonych odpowiednich przepisów postępowania cywilnego dotyczących oceny dowodów i ustalania stanu faktycznego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 maja 2006 r., sygn. akt III CSK 53/05, LEX nr 258669). Pamiętać przy tym należy, że opinia biegłego nie może być źródłem materiału faktycznego sprawy, gdyż rolą biegłego nie jest dokonywanie samodzielnych ustaleń faktycznych istotnych dla zastosowania określonej normy prawnej. Strona powodowa wykazała na jakiej podstawie wyliczyła dochodzoną kwotę, wskazując że była to umowa wiążąca strony. Sama opinia biegłego ma na celu ułatwić sądowi ocenę zebranego w sprawie materiału dowodowego wtedy gdy potrzebne są do tego wiadomości specjalne. Gdy sąd zleca biegłemu wydanie opinii musi mieć na względzie to, czy dysponuje on wiadomościami specjalnymi niezbędnymi dla stwierdzenia okoliczności mających wpływ dla rozstrzygnięcia sprawy. W okolicznościach przedmiotowej sprawy strona pozwana nie tylko nie zdołała podważyć wyliczenia dokonanego przez powoda, ale nie wykazała także zasadności powołania biegłego z zakresu rachunkowości. Nie doszło zatem do naruszenia art. 232 k.p.c. Także nie można uznać za skutecznie podniesiony zarzut naruszenia art. 6 k.c. Sąd Okręgowy mógłby bowiem naruszyć przepis art. 6 k.c. jedynie wówczas, gdyby nałożył na powoda bądź pozwanego ciężar dowodzenia okoliczności, których te strony nie podnosiły i nie wywodziły z nich skutków prawnych. Sytuacja taka, o czym była mowa powyżej, nie miała zaś miejsca.

Z powyższych względów nie sposób również uznać, że Sąd pierwszej instancji naruszył podnoszony przez pozwanego przepis art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Oczywiście, do zasądzenia żądanej przez stronę powodową kwoty konieczne było wykazanie przez nią, że udzieliła świadczeń w warunkach nagłych, ponieważ to na zakładzie opieki zdrowotnej, który dochodzi roszczenia o zapłatę za świadczenia medyczne udzielone pacjentom w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia ciąży dowód wykazania tego, że z uwagi na okoliczności poszczególnych przypadków zachodziła potrzeba natychmiastowego udzielenia tych świadczeń (por.

wyrok Sądu Najwyższego z 14 lutego 2008 r., sygn. akt II CSK 532/07, LEX nr 469387; wyrok SN z 5 listopada 2003 r., sygn. akt IV CK 189/02, LEX nr 164009). Strona powodowa udowodniła powyższe okoliczności, gdyż z przeprowadzonych w sprawie dowodów (a w szczególności z opinii biegłego) wynika niezbicie, że powodowy szpital udzielił świadczeń zdrowotnych w stanie zagrożenia życia lub pogarszającego się stanu zdrowia wymagających niezwłocznej pomocy medycznej, których wartość powódka oparła na wyliczeniach wynikających z łączącej strony umowy. Jak była o tym mowa powyżej utrwalone jest stanowisko, zgodnie z którym koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach tzw. przymusu ustawowego należy, zgodnie z art. 56 k.c., włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między kasą chorych (obecnie NFZ) a świadczeniodawcą i obciążyć nimi kasę chorych (obecnie NFZ) jako podmiot zarządzający środkami publicznymi, z których powinny być one sfinansowane.

W związku z powyższym Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację pozwanego jako niezasadną, zasądzając na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. od strony pozwanej na rzecz strony powodowej kwotę 5.400, na którą złożyło się wynagrodzenie radcy prawnego wynikające z § 2 ust. 1 i 2 oraz § 6 pkt 7 w zw. z § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz.U.2013.490 j.t.).