

Sygn. akt I ACa 335/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 września 2014 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	Sędzia SA Jolanta Grzegorzczak (spraw.)
Sędziowie:	SA Alicja Myszkowska SO del. Dariusz Limiera
Protokolant:	st.sekr.sądowy Katarzyna Olejniczak

po rozpoznaniu w dniu 16 września 2014 r. w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa **Wyższej Szkoły (...) w Ł.**

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

o zapłatę

na skutek apelacji strony pozwanej

od wyroku częściowego Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 20 grudnia 2013 r. sygn. akt I C 28/13

1. **oddala apelację;**

2. **pozostawia rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego Sądowi Okręgowemu w Łodzi w orzeczeniu kończącym sprawę w instancji.**

Sygn. akt I ACa 335/14

UZASADNIENIE

Wyrokiem częściowym z dnia 20 grudnia 2013 roku Sąd Okręgowy w Łodzi w sprawie z powództwa Wyższej Szkoły (...) w Ł. przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia Oddziałowi Wojewódzkiemu w Ł. o zapłatę, zasądził od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia na rzecz Wyższej Szkoły (...) w Ł. kwotę 832.026,24 złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 24 października 2012r. do dnia zapłaty i umorzył postępowanie co do kwoty 264.297,30 złotych, wobec cofnięcia powództwa przez stronę powodową w tym zakresie.

Powyższy wyrok zapadł na podstawie poczynionych przez Sąd pierwszej instancji ustaleń faktycznych, z których wynika, że w okresie od 1 marca 2011 r. do 31 grudnia 2011 r. oraz w styczniu 2012 r. powód udzielił ponad limit określony w umowach z pozwanym Funduszem na Oddziale (...) 427 świadczeń łącznej wartości 1.096.323,54 złotych na rzecz szczegółowo wymienionych pacjentów - w tym 59 świadczeń w grupie A czyli świadczonych na rzecz pacjentów w stanie nagłego zagrożenia życia łącznej wartości – 143.943,42 złotych, 173 świadczenia w grupie (...) czyli na rzecz pacjentów znajdujących się w stanie zdrowia polegającym na przewidywalnym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania się zdrowia, wartości – 510.296,82 złotych oraz 63 świadczenia w grupie C, tj. pacjentów z możliwością odroczenia leczenia na czas do 6 miesięcy, wartości – 177.786 złotych.

W świetle powyższych okoliczności Sąd pierwszej instancji uznał, że w całości jest zasadne powództwo w ostatecznie popieranej wysokości, czyli 832.026,24 złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 24 października 2012 roku do dnia zapłaty. Bez względu bowiem na limit określony umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, zakład opieki zdrowotnej ma obowiązek udzielenia świadczenia pacjentowi i ma prawo żądania zwrotu kosztów tego świadczenia, o ile świadczenie to było udzielone w warunkach tzw. przymusu ustawowego (świadczenie nagłe, ratujące życie lub zdrowie pacjenta, którego to świadczenia nie można odroczyć w czasie). Zgodnie z art. 56 k.c., koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego, należy włączyć do skutków jakie wywołuje umowa zawarta między NFZ a świadczeniodawcą i obciążyć nimi NFZ, jako zarządzającego środkami publicznymi, z których powinny być one pokryte. Powyższe stanowisko, w ocenie Sądu Okręgowego, nie zmienia faktu, że co do zasady strony wiąże zawarta umowa o udzielaniu i finansowaniu świadczeń zdrowotnych, a więc NFZ obowiązany jest świadczyć tylko w granicach kwot określonych w umowie, za wykonanie świadczeń tam określonych. Wszystkie ponadlimitowe wydatki świadczeniodawcy o tyle tylko będą podlegać zwrotowi przez NFZ, o ile świadczeniodawca wykaże, że poniósł je w warunkach przymusu ustawowego, a więc w sytuacjach nagłych, dla ratowania życia lub zdrowia ludzkiego.

W ocenie Sądu pierwszej instancji, w przedmiotowej sprawie wyżej wymieniony charakter mają świadczenia udzielone przez powodowy Zakład zarówno w kategorii A (wartości 143.943,42 złotych) – stan nagłego zagrożenia życia, w kategorii B (wartości 510.296,82 złotych) – stan polegający na przewidywalnym w krótkim okresie czasu pojawieniem się objawów pogorszenia zdrowia, jak i w kategorii C gdzie możliwe odroczenie leczenia nie przekraczało 6 miesięcy, a przekroczenie tego terminu mogło skutkować poważnym uszkodzeniem funkcji organizmu lub uszkodzeniem ciała pacjentów.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Okręgowy uznał żądanie strony powodowej w zakresie zapłaty za świadczenia udzielone chorym na Oddziale Chirurgicznym za kwotę 832.026,24 złotych, które zostały wykonane ponad limit zakreślony w umowie, ale w warunkach ratowania życia lub zdrowia ubezpieczonych. Natomiast co do pozostałych spornych świadczeń udzielonych na tym Oddziale za łączną kwotę 264.297,30 złotych, powód cofnął pozew ze zrzeczeniem się roszczenia, a cofnięcie to Sąd pierwszej instancji uznał za dopuszczalne i skuteczne i w zakresie tej kwoty, umorzył postępowanie na podstawie art. 355 k.p.c.

Apelację od powyższego wyroku wniósł pozwany NFZ, skarżąc go w części – w zakresie punktu 1, zarzucając mu:

1) naruszenie przepisów prawa procesowego:

a) art. 232 k.p.c. poprzez uznanie sprawy za dostatecznie wyjaśnioną w oparciu o zgromadzone dowody, mimo braku wykazania przez powoda wysokości kosztów poniesionych przez niego na dodatkową hospitalizację, niezbędności ich udzielenia oraz tego, że wymienione przypadki stanowią stan nagły w rozumieniu art. 3 pkt 8 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym;

b) art. 233 k.p.c. w związku z art. 278 § 1 k.p.c. oraz 317 k.p.c. przez jego niezastosowanie, tj. danie wiary nieudowodnionym twierdzeniom powoda, że należy mu się wynagrodzenie za świadczenia udzielone poza umową w warunkach przymusu ustawowego, w wysokości ustalonej zgodnie z zasadami wyceny świadczeń określonymi w umowie i uznanie tym samym, że istnieją wystarczające podstawy do wydania wyroku częściowego;

c) art. 328 § 2 k.p.c. przez jego niezastosowanie, tj. niewyjaśnienie motywów rozstrzygnięcia w zakresie uznania za zasadną zasądzoną kwoty, mimo kwestionowania przez pozwanego nie tylko jej zasadności, ale także wysokości;

2) przepisów prawa materialnego, tj.:

a) art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, w związku z art. 56 k.c. oraz w związku z art. 5 pkt 33, art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, poprzez ich błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie w niniejszej sprawie i w konsekwencji błędne przyjęcie, że wszystkie świadczenia, objęte pkt 1-szym skarżonego wyroku, zostały wykonane w warunkach przymusu ustawowego i tym samym uzasadnionym jest żądanie zwrotu kosztów ich udzielenia w ramach umowy zawartej z Oddziałem;

b) art. 6 k.c. w związku z art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku 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 warunkach przymusu ustawowego 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;

c) art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz art. 132 ust. 1 i art. 136 tej ustawy, w związku z art. 56 k.c., poprzez przyjęcie, że umowa stron, która określa m. in. rodzaj i zakres udzielanych świadczeń, zasady rozliczeń pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcą oraz maksymalną kwotę zobowiązania, jest podstawą do ustalenia wynagrodzenia powoda także za świadczenia opieki zdrowotnej nieobjęte tą umową, w każdym przypadku gdy o celowości udzielenia świadczenia zdecyduje sam powód, bez konieczności ustalania uzasadnionych kosztów każdej hospitalizacji.

W następstwie powyższych zarzutów skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w pkt 1 i oddalenie powództwa w tej części, ewentualnie o uchylenie wyroku w zakresie pkt 1 i przekazanie sprawy w tym zakresie do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji, a nadto wniósł o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych oraz zwolnienie pozwanego z obowiązku ponoszenia kosztów sądowych w całości.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja pozwanego nie zasługiwała na uwzględnienie z następujących przyczyn.

W pierwszej kolejności, odnosząc się do zarzutów naruszenia prawa procesowego wskazać należy, że niezasadny jest zarzut naruszenia art. 233 k.p.c. w związku z art. 278 § 1 oraz 317 k.p.c., którego skarżący upatruje w daniu wiary nieudowodnionym twierdzeniom powoda, że należy mu się wynagrodzenie za świadczenia udzielone poza umową w warunkach przymusu ustawowego, w wysokości ustalonej zgodnie z zasadami wyceny świadczeń określonymi w umowie i uznanie tym samym, że istnieją wystarczające podstawy do wydania wyroku częściowego.

W ugruntowanym już orzecznictwie Sąd Najwyższy wielokrotnie podkreślał, że zarzut naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c. aby był skuteczny musi wskazywać na uchybienie podstawowym regułom, służącym ocenie wiarygodności i mocy poszczególnych dowodów, tj. regułom logicznego myślenia, zasadzie doświadczenia życiowego i właściwego kojarzenia faktów (np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 grudnia 2005 r., sygn. akt III CK 314/05, Lex nr 172176). Tymczasem apelacja skarżącego tych kryteriów nie spełnia.

Lektura uzasadnienia Sądu pierwszej instancji wskazuje, że Sąd Okręgowy w sposób wszechstronny, zgodnie z zasadą swobodnej oceny dowodów dokonał analizy zgromadzonego materiału dowodowego, w tym opinii biegłego sądowego prof. nadzw. dr hab. n. med. M. G., której pozwany nie podjął nawet próby zakwestionowania.

W ocenie Sądu Apelacyjnego w przedmiotowej sprawie strona powodowa skutecznie zdołała uargumentować i udowodnić, że świadczenia dochodzone przez nią w procesie, nie wliczając tych, co do których cofnęła powództwo i zrzekła się roszczenia, były świadczeniami udzielonymi w okolicznościach zagrożenia dla zdrowia bądź życia pacjentów i które wymagały niezwłocznego udzielenia im pomocy medycznej. Powyższe zostało przede wszystkim potwierdzone przez biegłego sądowego, który w swojej opinii odniósł się do każdego wymienionego i szczegółowo opisanego przypadku udzielenia świadczeń, wskazując, który z nich mógł zostać uznany za przypadek nagły, kwalifikujący się do natychmiastowej pomocy, a opinia ta nie była kwestionowana przez stronę pozwaną. W tym zakresie brak jest podstaw by Sąd polemizował z opinią specjalisty, natomiast strona pozwana nie wykazała wadliwości opinii w tym zakresie. Jak podkreśla się ponadto w orzecznictwie, w odróżnieniu od oceny dowodu z zeznań świadka, ocena dowodu z opinii biegłego przez sąd 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 złożona w przedmiotowej sprawie jest rzeczowa, przekonywująca, przejrzysta i logicznie uzasadniająca podstawy, w oparciu o które biegły uznał dany przypadek za nagły, oparta ponadto na wiedzy i doświadczeniu biegłego. Opinię tę zatem jako kompletną, uzasadnioną i wyczerpującą należało zaakceptować. Kwestionowanie przez skarżącego, że świadczenia udzielone wskazanym w sprawie pacjentom nie były udzielane w warunkach przymusu ustawowego jest tym bardziej niezrozumiałe, że jak była o tym mowa powyżej, skarżący nie kwestionował w żadnym zakresie opinii biegłego sporządzonej na potrzeby tego postępowania.

Nietrafny jest również zarzut skarżącego, że powód nie udowodnił wysokości dochodzonego roszczenia.

Jak podkreśla się w literaturze i orzecznictwie - do zakresu obowiązków NFZ należy finansowanie usług medycznych wykonanych przez zakłady opieki zdrowotnej, obejmujących także te usługi, które świadczeniodawca zobowiązany był wykonać z mocy szczególnych przepisów ustawy, nawet jeżeli nie zostały one określone w umowie i nie były objęte uzgodnionym wynagrodzeniem. W takich przypadkach przepisy nakładają wprost na lekarzy i zakłady opieki zdrowotnej bezwzględny obowiązek udzielenia pomocy medycznej. Bezspornie umowa zawarta przez strony 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. Nietrafne jest twierdzenie strony apelującej, że powód udzielając pomocy medycznej przeciw w nagłych przypadkach, w takiej sytuacji ma działać na własne ryzyko i ma ponosić tego finansowe konsekwencje, tym bardziej, że pomocy takiej nie mógł odmówić. Zważywszy zatem na fakt, że odpowiedzialność za ciągłość i powszechną dostępność świadczeń zdrowotnych ponosi publiczna osoba prawna, jaką jest Narodowy Fundusz Zdrowia, uznać należy, że to pozwany powinien pokryć koszty świadczeń udzielonych przez stronę powodową pacjentom wymagającym opieki medycznej w warunkach ratujących zdrowie bądź życie.

Niezasadne jest również w takiej sytuacji wymaganie aby każde podjęte w tym celu działanie było pod względem finansowym szczegółowo, matematycznie rozpisane, w sytuacji kiedy strona powodowa świadczenia ponadlimitowe wyliczyła analogicznie jak w przypadku świadczeń finansowanych przez NFZ na podstawie łączącej strony umowy, czego strona pozwana nie kwestionowała w toku postępowania. 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 (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK 365/03, Lex 276211). Sąd Najwyższy podkreślił także, że koszty świadczeń medycznych udzielonych ubezpieczonemu w warunkach przymusu

ustawowego, zgodnie z art. 56 k.c., należy 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. wyrok 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. Obie strony są profesjonalistami w zakresie usług medycznych, ponadto 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 szpitala kosztami wykonanych świadczeń medycznych (terapii) w przeliczeniu na danego pacjenta. W tym przypadku kiedy strony łączyła umowa i istniały podstawy wyliczenia wynagrodzenia za wykonane świadczenia, nie można nakładać na stronę powodową obowiązku wyliczenia udzielanych świadczeń medycznych, z uwzględnieniem poszczególnych kosztów związanych z przypadkiem pozalimitowym. Dostrzec należy, że same umowy przyjmują hipotetyczne założenia w zakresie wyliczeń kosztów leczenia, skoro przewidują wynagrodzenia za świadczenia wykonywane w przyszłości. Wręcz niemożliwym jest aby strona powodowa była w stanie przedłożyć kosztorys uwzględniający absolutnie wszystkie koszty związane z konkretnym przypadkiem, tak aby mogłyby zostać one następnie zweryfikowane. Ponadto należy mieć na względzie, że nie było żadnych przeszkód aby postanowienia w przedmiocie wynagrodzenia pozalimitowego wpisać w umowę łączącą strony, tym bardziej, że problem wykonywania prac poza przyjętym limitem i związanego z nim wynagrodzenia pojawia się w praktyce od wielu lat.

Wbrew twierdzeniom pozwanego nie można uznać również, że Sąd pierwszej instancji naruszył art. 328 § 2 k.p.c. przez jego niezastosowanie, tj. niewyjaśnienie motywów rozstrzygnięcia w zakresie uznania za zasadną zasądzoną kwoty, mimo kwestionowania przez pozwanego nie tylko jej zasadności, ale także wysokości. Sąd Okręgowy sprostął wszystkim wymogom stawianym przez ustawodawcę uzasadnieniu wyroku, wskazał jakie fakty ustalił i w oparciu o jakie dowody wydał wyrok w przedmiotowej sprawie, powołał również podstawę prawną swego rozstrzygnięcia. W przedmiotowym postępowaniu przeprowadzone zostały dowody z dokumentów, z których wynikały niesporne okoliczności w sprawie, a najistotniejszy dowód - dowód z opinii biegłego, którą to opinię Sąd pierwszej instancji w całości podzielił i sporne okoliczności ustalił na jej podstawie, nie był nawet podważany przez skarżącego. Podkreślić przy tym należy, że zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego uzasadnienie wyroku wyjaśnia przyczyny, dla jakich orzeczenie zostało wydane, jest sporządzane jednak już po wydaniu wyroku, a zatem wynik sprawy z reguły nie zależy od tego, jak napisane zostało uzasadnienie i czy zawiera ono wszystkie wymagane elementy. W konsekwencji zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. może być usprawiedliwiony tylko w wyjątkowych okolicznościach, w których treść uzasadnienia orzeczenia Sądu uniemożliwia całkowicie dokonanie oceny toku wyводу, który doprowadził do wydania orzeczenia lub w przypadku wadliwego zastosowania prawa materialnego do niedostatecznie jasno ustalonego stanu faktycznego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 listopada 2009 r., II PK 129/09). W niniejszej sprawie wyrok jest prawidłowy a uzasadnienie wyjaśnia w sposób wyczerpujący motywy przyjętego stanowiska, będącego podstawą merytorycznego rozstrzygnięcia. 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 skutku zarzut naruszenia art. 232 k.p.c. poprzez uznanie sprawy za dostatecznie wyjaśnioną w oparciu o zgromadzone dowody, mimo braku wykazania przez powoda wysokości kosztów poniesionych przez niego na dodatkową hospitalizację, niezbędności ich udzielenia oraz tego, że dochodzone przypadki stanowią stan nagły w rozumieniu art. 3 pkt 8 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

W literaturze i 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 przepis ten nie na sąd nakłada określone obowiązki. W zdaniu drugim, odnoszącym się do sądu, dopuszcza możliwość przeprowadzenia przez sąd dowodów

niewskazanych przez strony, co nie nastąpiło w rozpoznawanej sprawie, a zatem również w tej części omawiany przepis nie mógł zostać naruszony przez Sąd Okręgowy. Z uzasadnienia omawianego zarzutu wywieść można, że skarżący podnosi niewłaściwie określony przez Sąd pierwszej instancji rozkład ciężaru dowodu, co jednak może być skutecznie podważane jedynie w ramach, podniesionego zresztą przez skarżącego zarzutu naruszenia art. 6 k.c. w związku z odpowiednim przepisem prawa materialnego, kształtującym zasady odpowiedzialności stron. Natomiast zamiar wykazania, że Sąd bezpodstawnie uznał za udowodnioną określoną okoliczność, wymaga przytoczenia jako naruszonych odpowiednich przepisów postępowania cywilnego dotyczących oceny dowodów i ustalenia stanu faktycznego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 maja 2006 roku, 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, były to zasady rozliczeń przewidziane w umowie wiążącej strony. Zaznaczyć też trzeba, że 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 i z pewnością wiadomości tego rodzaju posiada biegły wydający opinię w przedmiotowej sprawie. Strona pozwana nie kwestionowała kwalifikacji biegłego prof. M. G..

Zatem odnosząc się do podniesionego przez pozwaną zarzutu naruszenia przepisu art. 6 k.c., na wstępie wskazać należy, że w orzecznictwie wskazuje się, że powód powinien w zasadzie dowieść faktów - a więc zaoferować dowody na okoliczności, z których wywodzone jest dochodzone roszczenie (tworzące prawo podmiotowe); jest obowiązany udowodnić również fakty, które uzasadniają jego odpowiedź na zarzuty pozwanego (por. uzasadnienie wyroku SN z 16.4.2003 r., II CKN 1409/00, OSNC 2004/7-8, poz. 113; wyrok SN z dnia 19.11.1997 r., I PKN 375/97, OSNP 1998/18, poz. 537). Sąd Okręgowy mógłby naruszyć przepis art. 6 k.c. jedynie wówczas, gdyby nałożył na powoda bądź pozwanego ciężar udowodnienia okoliczności, których żadna z tych stron nie podnosiła i nie wywodziła z nich korzystnych dla siebie skutków prawnych. Sytuacja taka, o czym była mowa powyżej, nie zaistniała w tym procesie.

Z powyższych względów nietrafny jest również zarzut apelacji, że Sąd pierwszej instancji naruszył wskazany przez pozwanego przepis art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Istotnie 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 Sądu Najwyższego 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 zakład opieki zdrowotnej udzielił świadczeń zdrowotnych w stanie zagrożenia życia lub pogarszającego się stanu zdrowia wymienionych pacjentów, wymagających niezwłocznej pomocy medycznej, których wartość strona powodowa wyliczyła w oparciu o zasady rozliczeń wynikające z łączącej strony umowy. Jak była o tym mowa wyżej, w orzecznictwie 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.

Pamiętać przy tym należy, że prawa do ochrony zdrowia i życia są realizowane między innymi przez uprawnienie do uzyskania natychmiastowej pomocy medycznej w stanach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. Uprawnienie to wynika z art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.). Realizacja tego uprawnienia jest zapewniona przez art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654 ze zm.), nakładający na zakłady opieki zdrowotnej bezwzględny obowiązek udzielenia świadczeń zdrowotnych w stanach nagłych. Obowiązek ten ciąży przy tym nie tylko na samych zakładach opieki zdrowotnej, ale także bezpośrednio na ich personelu medycznym, to jest -

lekarzach, pielęgniarzach i położnych, co wynika z art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty (t.j. Dz.U. z 2008 r., Nr 136, poz. 857 ze zm.), art. 12 ust. 1 ustawy dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. Nr 174, poz. 1039). Z tego też względu osoby, które udzieliły pomocy medycznej w wypadkach nagłych mogą domagać się od Państwa zwrotu kosztów udzielenia tej pomocy. Jak wskazał Sąd Najwyższy, czynności prawne wywołują nie tylko skutki w nich wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy (art. 56 k.c.) (por. wyrok SN z dnia 5 sierpnia 2004 r. sygn. akt III CK 365/03; z dnia 15 grudnia 2004 r., sygn. akt IV CK 361/04; z dnia 13 lipca 2005 r., sygn. akt I CK 18/05). Dlatego zakres obowiązku NFZ świadczenia za wykonane przez zakłady opieki zdrowotnej usługi medyczne obejmuje także te usługi, które świadczeniodawca zobowiązany był wykonać z mocy szczególnych przepisów ustawy, nawet jeżeli nie zostały one określone w umowie i objęte uzgodnionym wynagrodzeniem. Koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym 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 NFZ, jako podmiot zarządzający środkami publicznymi, z których powinny być one pokryte.

Mając powyższe na uwadze Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c., oddalił jako niezasadną apelację strony pozwanej od wyroku częściowego, pozostawiając na podstawie art. 108 k.p.c. rozstrzygnięcie o kosztach procesu za instancję odwoławczą Sądowi pierwszej instancji w wyroku kończącym definitywnie postępowanie w sprawie.