

Sygn. akt I ACa 435/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 maja 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSA Anna Miastkowska

Sędziowie: SSA Krystyna Golinowska

del. SSO Dariusz Limiera (spr.)

Protokolant: st. sekr. sąd. Julita Postolska

po rozpoznaniu w dniu 6 maja 2015 r. w Łodzi na rozprawie

sprawy z powództwa **Kliniki (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w W.**

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

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 19 grudnia 2014 r. sygn. akt I C 537/12

1. oddała apelację;

2. zasądza od Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego w Ł. na rzecz Kliniki (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w W. kwotę 5.400 (pięć tysięcy czterysta) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Sygnatura akt I ACa 435/15

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 19 grudnia 2014 roku Sąd Okręgowy w Łodzi w sprawie z powództwa Kliniki (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością

w W. o zapłatę, zasądził od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego w Ł. na rzecz Kliniki (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w W. kwotę 1.061.413,61 zł

z ustawowymi odsetkami od dnia 15 lutego 2011 roku do dnia zapłaty, oddalając powództwo w pozostałej części.

Rozstrzygając o kosztach Sąd Okręgowy zasądził od Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego w Ł. na rzecz Kliniki (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością

w W. kwotę 66.328 zł tytułem zwrotu kosztów procesu, a nadto nakazał pobrać od Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego

w Ł. na rzecz Skarbu Państwa-Sądu Okręgowego w Łodzi kwotę 7.115,15 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych.

Powyższy wyrok zapadł na podstawie poczynionych przez Sąd pierwszej instancji ustaleń faktycznych, z których wynika, że w dniu 27 kwietnia 2010 roku

w Ł. powód zawarł z pozwanym umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne w okresie od 1 maja 2010 roku do 31 grudnia 2011 roku na kwotę 1.000.008 złotych. Załączony do umowy plan rzeczowo-finansowy na 2011 rok doprecyzowywał ustaloną dla powoda, łączną ilość zakontraktowanych świadczeń. Aneksiem z dnia 27 lipca 2010 roku podwyższono kwotę zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia do kwoty 1.536.681 zł. W trakcie obowiązywania umowy strony zawarły dodatkowo jeszcze aneks z dnia 25 października 2010 roku podwyższono kwotę zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia do kwoty 2.932.500 zł. Kolejnym aneksem z dnia 20 stycznia 2011 roku podwyższono ją do kwoty 3.971.727 złotych. Aneksiem z dnia 7 lutego 2011 roku podwyższono kwotę zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia do kwoty 3.981.162 zł. Zaś aneksem z dnia 2 czerwca 2010 r. wobec przejęcia przez powoda spółki z ograniczoną odpowiedzialnością (...) w S. w/w kwotę zobowiązania pozwanego powiększono do 5.041.248 zł. Kolejnym aneksem z dnia 23 sierpnia 2010 r. w/w zobowiązanie podwyższono do kwoty 6.092.919 zł, zaś z dnia 9 listopada 2010 roku do kwoty 7.390.104 zł, a aneksem z dnia 8 grudnia 2010 r. do kwoty 8.641.287 zł. Pismem z dnia 14 października 2010 roku powód zwracał się do pozwanego o renegocjowanie warunków umowy, prosząc jednocześnie o sfinansowanie świadczeń wykonanych ponad przyznany limit świadczeń a wykonanych w trybie nagłym. Podobnie jak kolejnymi pismami z dnia 13 stycznia 2011 roku, 16 marca 2011r, 7 lipca 2011r, 29 lipca 2011 roku. Powód w okresie od dnia 1 maja 2010 roku do dnia 31 grudnia 2010 roku wykonał procedury medyczne na łączną kwotę 5.270.309,40 zł, przy czym w zakresie: a) kardiologii E11, E12, E13 i E14 na kwotę 3.691.176 zł, b) kardiologia hospitalizacja E23, E24, E25, E26 na kwotę 1.185.393 zł, c) kardiologia hospitalizacja 393.740,40 zł.

Z tytułu w/w świadczeń pozwany zapłacił powodowi kwotę 3.980.040 zł w tym:

- a) z tytułu procedur w zakresie kardiologia E11, E12, E13 i E14-kwotę 3.691.176 zł;
- b) z tytułu procedur E23, E24, E25, E26 w zakresie kardiologia hospitalizacja- 198.900 zł;
- c) z tytułu procedur kardiologia hospitalizacja-89.964 zł.

Pacjenci wobec których zastosowano procedury medyczne – hospitalizacja E23-E26 poza oznaczonymi przez biegłego numerami 16, 38, 40, 51, 59, 65 wymagali z punktu widzenia oceny klinicznej i angiograficznej wykonania zabiegów w trybie pilnym i istniały pełne wskazania do zakwalifikowania ich do zabiegu (...) w trybie pilnym a procedurę należało traktować jako wykonywaną w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Aby zakwalifikować przypadki jako pilne bez znaczenia jest rozpoznanie dusznicy bolesnej stabilnej wobec tego, iż momencie analizy koronograficznej zmienia się definitywnie podejście do chorego. U wszystkich pacjentów istniały ciężkie zwężenia tętnic wieńcowych grożące pęknięciem blaszki miażdżycowej i konsekwencjami w postaci ostrego zespołu wieńcowego. A stan nagłego zagrożenia zdrowotnego (art. 3 pkt 8 ustawy o państwowym Ratownictwie Medycznym) to stan polegający na nagłym lub przewidywalnym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, których następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała bądź utrata życia. Przewidywalny krótki czas możliwości pojawienia się następstw krytycznych zmian

w tętnicach wieńcowych występował u tej grupy chorych. Nadto u wielu chorych występowała choroba wielonaczyniowa i konieczność rewaskularyzacji wielu zwężeń. Zwłaszcza że większość chorych to osoby w podeszłym wieku, którzy nie powinni czekać na wykonanie zabiegów ani jednego dnia dłużej. W razie stwierdzenia krytycznego zwężenia tętnic wieńcowych należy ocenić tryb wykonania tych zabiegów i wykonać jak największą ilość zabiegów ad hoc po diagnostycznej koronografii. Niewykonanie zabiegu (...) w trybie ad hoc przy stwierdzonej niekorzystnej angiograficznie anatomii zwężenia tętnicy wieńcowej nie powinno mieć miejsca i może być uznane za błąd w sztuce lekarskiej. Nadto dodatkowe podanie kontrastu przy kolejnym zabiegu, który nie jest obojętny dla organizmu (np. skutkiem jego podania może być niewydolność nerek). Stąd niezależnie od możliwych powikłań miejscowych przy kolejnym zabiegu, zabiegi (...) powinno się wykonywać bezpośrednio po koronografii. Nadto już samo pozostawienie krytycznego zwężenia w tętnicy wieńcowej bez dalszych procedur może doprowadzić do pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta w krótkim, przewidywalnym czasie i to na lekarzu spoczęłaby odpowiedzialność za brak decyzji o wykonaniu zabiegu w trybie pilnym. Biegły S. O. (1) odnośnie w/w pacjentów wydał sprzeczną opinią ponieważ sporządził ją bez analizy dokumentacji angiograficznej i koronograficznej. Czas oczekiwania na tzw. planowy zabieg (...) wynosi kilka

miesiący a lekarze powoda decydując się na kolejny zabieg P. u pacjentów kierowali się wskazaniami medycznymi a nie proceduralnymi. Wszyscy pacjenci z tej grupy byli ciężko chorymi ludźmi z wieloma chorobami współistniejącymi, co pogarsza rokowanie. Wskazania do pilnej hospitalizacji nie dotyczyły jedynie pacjentów numer 16 (pesel (...)), 38 (pesel (...)), 40 (pesel (...)), 51 (pesel (...)), 59 (pesel (...)), 65 (pesel (...)) z tabeli numer 1 opracowanej przez biegłego.

W zakresie grupy 2 – procedury medyczne E11-E14 związane z podaniem leku antagonisty receptora płytkowego zastosowano prawidłowo, Jej zastosowanie należy do standardów leczenia ostrych zespołów wieńcowych.

W zakresie grupy pacjentów co do których zastosowano procedury E16, E17, E18, E19, E54, E56, E77. Wskazania do pilnej hospitalizacji nie dotyczyły jedynie pacjenta numer 4 (pesel (...)) z tabeli numer 3 opracowanej przez biegłego. Odnosnie pacjentki numer 3 (pesel (...)) pilność jej hospitalizacji różni się od pozostałych analizowanych pacjentów. Wobec jednak faktu, iż po przewiezieniu jej karetką ze szpitala powoda i założeniu jej bajpasów w klinice w A., a następnie karetką pogotowia przewiezieniu jej do powodowego szpitala, powód nie mógł odmówić jej ponownego przyjęcia, co powoduje, iż tę hospitalizację należy również ocenić jako pilną. Zwłaszcza że nie można wykluczyć, iż wypisanie jej do domu po takim zabiegu mogło spowodować uszczerbek na jej zdrowiu czy życiu.

Odsunięcie w czasie zabiegów opisanych w opinii pisemnej jako pilnych mogłoby narazić pacjentów na ryzyko utraty życia i zdrowia. Często w trakcie wykonywanego zabiegu koronografii podejmowana jest decyzja, co do dalszego leczenia: zachowawczym, angioplastyce czy zabiegu kardiochirurgicznym. Podjęcie takiej decyzji w czasie zabiegu koronograficznego pozwala uniknąć kolejnego nakłucia naczynia i zabiegu oraz ewentualnych powikłań.

Wartość wykonanych procedur w zakresie siedmiu pacjentów, których stan zdrowia nie kwalifikował ich do leczenia w trybie pilnym wynosi 90.800,79 zł.

Sąd Okręgowy oceniając zebrany w sprawie materiał dowodowy, odmówił wiary dowodowi z opinii biegłego z zakresu kardiologii S. O. (1). Biegły w opinii z dnia 22 marca 2013 roku stwierdził, iż 74 pacjentów hospitalizowanych przez powoda nie spełniało kryteriów stanu nagłego. Biegły przy tym sporządził swoją opinię jedynie na podstawie dokumentacji znajdującej się w aktach i jak sam wskazał analiza pełnej dokumentacji medycznej pacjentów byłaby zasadna, jednak jej nie zażądał. Nie zapoznał się zwłaszcza z pełną dokumentacją historii chorób pacjentów co do których wykonano kardiologiczne zabiegi inwazyjne, jak również pełną ich dokumentacją koronograficzną i angiograficzną. Nadto jak okazało się

w trakcie opinii ustnej biegły nigdy nie był kardiologiem inwazyjnym. W swojej praktyce lekarskiej nie wykonał nigdy żadnego zabiegu kardiochirurgicznego, w tym koronografii. Nadto w ustnej opinii uzupełniającej biegły używał sformułowań świadczących o braku jego obiektywizmu: „proszę mnie zapytać czy hospitalizacja była zasadna jako taka czy w A.”, „hospitalizacja pacjenta była zasadna ale czy w A. który nie miał pieniędzy to nie wiem”, „jeśli ktoś nie ma pieniędzy nie powinien przyjmować pacjenta na (...), „z tej sprawy wynika że jest problem czy pacjent musiał leżeć w A. a nie gdzie indziej”. Te wszystkie okoliczności nie pozwoliły Sądowi traktować opinii biegłego S. O. (1) jako rzetelnej i obiektywnej. Przede wszystkim bowiem okazało się że biegły O. z uwagi na brak kwalifikacji - nigdy bowiem nie był kardiologiem inwazyjnym nie ma odpowiedniej wiedzy aby dokonać oceny dokumentacji medycznej spornych pacjentów. W konsekwencji brak było uzasadnionych podstaw aby dać wiarę jego opinii, jak również, aby tę opinię uzupełniać czy dokonywać jego konfrontacji z biegłym M. S. (1).

Sąd nie znalazł natomiast podstaw, aby odmówić wiary dowodowi z opinii biegłego M. S. (1). Biegły wydał opinię na podstawie akt sprawy jak również dokumentacji medycznej zgromadzonej w siedzibie powoda w tym dokumentacji koronograficznej oraz angiograficznej na płytach CD, bardzo szczegółowo opisując każdego z pacjentów i uzasadniając jego kwalifikację. Biegły przekonywająco na podstawie dokumentacji lekarskiej odpowiedział na pytania zawarte w postanowieniu dowodowym sądu. Opinia pisemna biegłego jest rzeczowa, jednoznaczna, nie zawiera twierdzeń pozostających ze sobą w sprzeczności oraz jest poparta fachową wiedzą z zakresu kardiologii inwazyjnej. Biegły bowiem M. S. (1) jest czynnym zawodowo od 25 lat kardiologiem inwazyjnym. Opinia pisemna została również potwierdzona w opinii ustnej. Nie zmienia jej wiarygodności okoliczność iż biegły ostatecznie w opinii ustnej ocenił

jako pilną hospitalizację pacjentki przewiezionej ponownie do kliniki powoda po zabiegu wszczepienia bajpasów w A.. Biegły bardzo szczegółowo uzasadnił zmianę swojego stanowiska pozostawiając ostateczną ocenę Sądowi.

Sąd Okręgowy oddalił wnioski dowodowe pozwanego o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego ds. księgowości na okoliczność, jaki procent ceny świadczenia ustalonego przez strony w umowie stanowią koszty stałe a jakie zmienne, uznając

że tak sformułowana teza dla biegłego z zakresu księgowości pozostawała bez znaczenia dla ustaleń niniejszego stanu faktycznego, ponieważ z art. 19 ust.4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej wynika, iż świadczeniodawca udzielając świadczenia w stanie nagłym ma prawo do wynagrodzenia za to świadczenie uwzględniającego uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej, nie czyniąc rozróżnienia na koszt stałe i zmienne.

W/w postanowieniem oddalono również wniosek o dopuszczenie dowodu

z konfrontacji biegłych S. O. (1) oraz M. S. (1). Sąd Okręgowy podkreślił, że uzasadnieniem dla dopuszczenia dowodu z innego biegłego były w przedmiotowej sprawie argumenty podważające miarodajność opinii S. O. (1) lub co najmniej miarodajność tę poddające w wątpliwość. Brakowało jej kategoryczności. Nadto po złożeniu przez biegłego opinii uzupełniającej nie była ona dla Sądu przekonywująca. Jak bowiem wskazał w opinii ustnej sam biegły do wydania przez niego pełnej opinii zasadne byłoby zapoznanie się przez niego z pełną dokumentacją pacjentów ale nie wnosił o jej przejrzenie (zob. wyr. SN z 4.8.1999 r., I PKN 20/99, OSNP 2000, Nr 22, poz. 807, wyr. SA

w K. z 5.6.2002 r., III AUA 811/02, OSA 2003, Nr 9, poz. 35). Nadto jak wynika z opinii ustnej biegłego S. O. (1) nie próbował on poprzez stosowną argumentację przekonać Sąd o trafności wniosków swojej opinii, lecz sposób w jaki odpowiadał wynikało iż czuje się dotknięty zgłoszonymi wątpliwościami i "usztyniał" swoje dotychczasowe stanowisko. A zatem zasięgnięcie dodatkowej (trzeciej) opinii od tego samego biegłego czy też jego konfrontację z biegłym M. S. (1) oceniono jako nieracjonalne (por wyrok SN z 10.2.2000 r., II UKN 399/99, OSNP 2001, Nr 15, poz. 497).

Zdaniem Sądu Okręgowego potrzeba zażądania dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych mogłaby w szczególności zaistnieć wówczas, gdy powołani w sprawie dwaj biegli wydadzą tak w rozpoznawanej sprawie rozbieżne opinie. Z powyższego nie wynika jednak, aby sąd miał obowiązek powołać trzeciego biegłego, czy w każdej sytuacji dokonywać konfrontacji biegłych. Jeżeli bowiem biegły później powołany tak jak w przedmiotowej sprawie ustosunkuje się szczegółowo i przekonywująco do wcześniej wydanej odmiennej opinii, wskazując na jej błędy i braki, to zgodnie z art. 286 kpc Sąd może poprzestać na tej opinii

i oprzeć na niej swoje rozstrzygnięcie (tak Sąd Najwyższy w postanowieniu

z 19.11.2012r, II UK 182/12 opubl. (...) Prawnej L., oraz

w wyroku z 24.8.1972 r., II CR 222/72, OSPiKA 1973, Nr 5, poz. 93). Zwłaszcza,

że pozwany wniosek o konfrontację biegłych uzasadniał jedynie w sposób bardzo ogólnikowy podając iż opinię są sprzeczne, a biegły S. O. (1) jest również biegłym sądowym. Pozwany zwłaszcza nie ustosunkował się do zarzucanego przez powoda braku obiektywizmu biegłego, jego stronniczości i braku kompetencji. Biegły zaś S. O. (1) jak się okazało po opinii ustnej nie posiadał wiadomości specjalnych w stopniu pozwalającym na udzielenie pełnej

i kategorycznej opinii w przedmiotowej sprawie. Wskazać przy tym trzeba, że ocena kwalifikacji biegłego lekarza uwzględniać powinna nie tylko posiadane specjalizacje medyczne, a także jego praktykę medyczną i przygotowanie teoretyczne, w tym ewentualny dorobek naukowy i publikacje z danej dziedziny wiedzy medycznej. Biegły zaś O. jak sam podał nigdy nie praktykował w zakresie kardiologii inwazyjnej (nie wykonał nawet jednego zabiegu) w przeciwieństwie do M. S. (1), który od 25 lat wykonuje zabiegi będące przedmiotem oceny

w niniejszej sprawie. Nadto wskazać trzeba, iż powód wobec biegłego S. O. (1) zgłaszał zarzuty co do jego bezstronności i wnosił o jego wyłączenie

w ramach procedury wyłączenia biegłego z art. 281 kpc. Sąd Okręgowy tego wniosku nie rozpoznał. Oceniając bowiem tę opinię z w/w przyczyn jako wadliwą dopuścił dowód z opinii innego biegłego. Nie mniej jednak stwierdzić trzeba, iż zarzuty w tym zakresie powoda należałyby podzielić i biegłego wyłączyć w myśl art. 281 kpc (por Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi - I Wydział Cywilny z 2013-01-25, I ACa 1073/12, O.: www.orzeczenia.ms.gov.pl oraz (...) Prawnej L.. Stan faktyczny na podstawie kserokopii dokumentów ustalono na podstawie przepisu art. 308 k.p.c.

W świetle powyższych okoliczności Sąd pierwszej instancji uznał, że roszczenie powoda jest zasadne w części. Sąd podkreślił, że strony zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tymczasem przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135) nie zawierają żadnych regulacji w kwestii dotyczącej rozliczeń między świadczeniodawcą i Narodowym Funduszem Zdrowia z tytułu udzielonych przez powoda świadczeń medycznych. Artykuł 136 ustawy określa jedynie konieczne elementy treści takiej umowy, w tym w szczególności rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem, a świadczeniodawcami oraz kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy. A z treści art. 97 ust. 3 pkt 2 powołanej ustawy wynika, że do zadań Narodowego Funduszu Zdrowia należy przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie.

Sąd Okręgowy zważył zatem, że kwestia rozliczeń musi być rozstrzygnięta przede wszystkim na podstawie wiążącej strony umowy, z uwzględnieniem art. 56 k.c. zgodnie z treścią, którego czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy, z zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów. Oznacza to, że treść umownego stosunku prawnego może być modyfikowana przez przepisy ustawowe. Do takich przepisów należy zaliczyć przede wszystkim art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (obecnie art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej), według którego zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Stosownie zaś do treści art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Z kolei, stosownie do art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Wymienione przepisy powinny być interpretowane zgodnie z Konstytucją. Artykuł 68 ust. 1 Konstytucji RP przyznaje każdemu człowiekowi prawo podmiotowe do ochrony zdrowia, a art. 68 ust. 2 przyznaje każdemu obywatelowi prawo do równego dostępu w granicach określonych ustawami do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (por. wyroki Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 marca 1999 r., K 2/98, OTK 1999, nr 3, poz. 38 i z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK 2004, nr 1A, poz. 1, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 2009 r., V CSK 272/08, LEX nr 530613).

Sąd Okręgowy podzielił stanowisko Sądu Najwyższego, zgodnie z którym świadczeniodawcy przysługuje wobec Narodowego Funduszu Zdrowia roszczenie o wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe spełnione na rzecz osób ubezpieczonych w okolicznościach, w których było zagrożone zdrowie lub życie tych osób (por. wyroki z dnia 5 listopada 2003 r., IV CK 189/02, niepubl., z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK 365/03, niepubl., z dnia 15 grudnia 2005 r., II CSK 21/05, OSNC 2006, nr 9, poz. 157, z dnia 13 lipca 2005 r., I CK 18/05, OSP 2006, nr 6, poz. 70, z dnia 14 lipca 2006 r., II CSK 68/06, niepubl., z dnia 25 maja 2006 r., II CSK 93/05, niepubl. i z dnia 8 sierpnia 2007 r., I CSK 125/07, OSP 2008, nr 7-8, poz. 72). Zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego wyrażonym w wyroku z dnia 12 marca 2009 roku (V CSK 272/08, LEX nr 530613) przepisy art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (obecnie art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej) i art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry są adresowane bezpośrednio do zakładów opieki zdrowotnej i lekarzy. Wynika z nich, że udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia albo zdrowia jest własnym ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy będącego zakładem opieki zdrowotnej, czy lekarzem. Należy jednak podkreślić, że nie wyłączają one obowiązków Narodowego Funduszu Zdrowia wynikających z innych ustaw. Obowiązki wynikające z powołanych przepisów mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy zatem, zgodnie z art. 56 k.c., włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między Narodowym Funduszem Zdrowia, a świadczeniodawcą i obciążyć nimi Fundusz zarządzający środkami publicznymi, z których powinny one być pokryte. Jak podkreślił Sąd Najwyższy 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 (obecnie w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej). Dodatkowo rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie „kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej” (Dz. U. z dnia 13 października 2005 r.) wydane na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.2) wskazuje, iż: świadczeniodawca umieszcza świadczeniobiorcę, z wyjątkiem świadczeniobiorcy znajdującego się w stanie nagłym, na liście oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, zwanej dalej "listą oczekujących", na podstawie następujących kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej: stanu zdrowia świadczeniobiorcy; rokowania co do dalszego przebiegu choroby, chorób współistniejących mających wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie, zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności. Świadczeniodawca, stosując kryteria medyczne kwalifikuje świadczeniobiorcę do kategorii medycznej: jako "przypadek pilny" - jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia.

Sąd Okręgowy powołując się na treść ustawy z dnia 8 września 2006 r.

o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z dnia 20 października 2006 r.) podkreśla, że stan nagłego zagrożenia zdrowotnego to stan polegający na nagłym lub przewidywanym, w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie i funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia; przypadek pilny - jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia. Zgodnie zaś z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 tj.), a w szczególności biorąc pod uwagę treść art. 19 ust.1, iż w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. W przypadku gdy świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym są udzielane przez świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca ma prawo do tych świadczeń w niezbędnym zakresie. W razie braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej określonych w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy lub w związku z wystąpieniem siły wyższej, świadczeniodawca zapewnia, w przypadku, o którym mowa w ust. 1, udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez innego świadczeniodawcę.

Sąd I instancji mając powyższe na uwadze doszedł do przekonania,

że świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej.

Reasumując powyższe Sąd Okręgowy uznał, że udzielone przez powoda świadczenia w zakresie kwoty 1.061.413,61 zł należy zakwalifikować jako udzielone w warunkach zagrożenia życia i zdrowia pacjentów (istnienie niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, bądź innego przypadku nie cierpiącego zwłoki). Były to bowiem przypadki, gdy odroczenie w czasie pomocy medycznej mogło skutkować utratą zdrowia albo utratą życia. Konsekwencją takich ustaleń jest uznanie, 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.

W związku z powyższym, Sąd – na podstawie wyżej wskazanych przepisów – zasądził od pozwanego na rzecz powoda w/w kwotę 1.061.413,61 złotych uznając, że kwota ta stanowi należną zapłatę za ponadlimitowe świadczenia zdrowotne, które powód udzielił ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia pacjentów.

W odniesieniu do siedmiu pacjentów (U. L., H. A., W. A., W. J., W. W., W. W., J. D.), którym powód udzielił świadczeń na kwotę 90.800,79 zł Sąd Okręgowy dzieląc kategorię opinię biegłego M. S. (1) ocenił, iż stan pacjentów nie spełniał powyżej opisanych warunków pilności i pozwalał na odroczenie w czasie pomocy medycznej. Taki pogląd jest też konsekwencją stanowiska powoda, który po opinii ustnej biegłego M. S. (1) nie kwestionował opinii ani pisemnej ani uzupełniającej tego biegłego i nie zgłaszał w tym zakresie żadnych wniosków dowodowych.

O odsetkach ustawowych od zasądzonej na rzecz powoda kwoty 1.061.413,61 zł, Sąd orzekł na podstawie art. 481 k.c. i §27 ust. 2 ogólnych warunków umów zgodnie z którym rozliczenie wykonania umowy następuje najpóźniej po upływie 45 dni od upływu okresu rozliczeniowego.

Koszty procesu w rozpoznawanej w sprawie wyniosły 73.545 zł, przy czym strona powodowa wydatkowała 66.328 zł (7.200 zł- wynagrodzenie pełnomocnika, 17 zł - opłata od pełnomocnictwa, 57.611 zł opłata sądowa od pozwu). Pozwany zaś wydatkował kwotę 7.217 zł tytułem wynagrodzenia profesjonalnego pełnomocnika.

Z dochodzonej łącznie sumy 1.152.214 zł powództwo uwzględniono do kwoty 1.061.413,61 zł. Powód jako przegrywający zatem proces w 8%, uległ w nieznacznej części i poniesione przez niego koszty procesu winny być rozliczone zgodnie

z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu regulowaną przez art. 98 k.p.c. Skoro zatem powód rzeczywiście wydatkował kwotę 66.328 zł celem dochodzenia swoich praw tę kwotę zasądzono na rzecz strony powodowej od pozwanego.

Nieuiszczone koszty sądowe wyniosły 7.115,15 zł tytułem wynagrodzeń biegłych sądowych (766 zł biegły S. O., 6.008,15 + 341 biegły M. S.) i wyłożono je tymczasowo ze Skarbu Państwa.

Zgodnie zaś z przepisem art. 113 ust.1 ustawy o kosztach sądowych

w sprawach cywilnych z dnia 28 lipca 2005 r. (tekst jednolity Dz.U.z 2010, Nr 90, poz.594) kosztami sądowymi, których strona nie miała obowiązku uiścić, sąd

w orzeczeniu kończącym sprawę w instancji obciąży przeciwnika, jeżeli istnieją ku temu podstawy, przy odpowiednim zastosowaniu zasad obowiązujących przy zwrocie kosztów procesu, a zatem zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu(art. 98 k.p.c.). Uwzględniając, iż pozwany przegrał proces w całości, nakazano pobrać od pozwanego tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych kwotę 7.115,15 zł na podstawie przepisu art. 113 ust.1 w/w ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w związku z art. 98 k.p.c.

Apelację od powyższego wyroku wniósł pozwany NFZ, skarżąc go w części – w zakresie punktu 1, 3 i 4, zarzucając mu:

1) naruszenie prawa materialnego poprzez:

a) naruszenie art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm., dalej: u.ś.o.z.), oraz art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym poprzez ich błędną wykładnię polegającą na uznaniu, że w przedstawionym przez powoda stanie faktycznym zostały spełnione przesłanki pozwalające na ich zastosowanie, co skutkowało ustaleniu, że udzielone przez powoda świadczenia w 74 przypadkach wskazanych w pozwie dotyczyły sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego;

b) naruszenie art. 19 ust. 1, art. 132 ust. 1 oraz art. 136 u.ś.o.z., 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 nie objęte tą umową, w każdym

przypadku gdy o celowości udzielenia świadczenia zadecyduje sam powód, bez konieczności ustalania uzasadnionych kosztów każdej hospitalizacji.

c) naruszenie art. 56 k.c. poprzez błędną jego wykładnię, czego konsekwencją było przeprowadzenie w sposób sprzeczny z poprawnością logiczną, interpretacji zawartej pomiędzy Stronami umowy, polegającej na uwzględnieniu wyłącznie takiej jej interpretacji, przy której zastosowanie znajduje art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (obecnie art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej), art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza denty, przy całkowitym pominięciu treści art. 97 ust. 2, art. 107 ust. 5 pkt 1, 114 ust. 1, art. 116 ust. 1 pkt 1 oraz art. 163 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2014 r. o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

2) naruszenie przepisów postępowania poprzez:

a) naruszenie art. 227 § 1 k.p.c. , art. 233 k.p.c. oraz art. 286 k.p.c. poprzez:

- nieuzasadnione dopuszczenie dowodu z opinii drugiego biegłego sądowego - dr n. med. M. S. (1) na okoliczność, która była już udowodniona w sporządzonej zgodnie z postanowieniem Sądu opinii biegłego - dr med. S. O. (1),
- nieuwzględnienie wniosku dowodowego pozwanego i niedopuszczenie dowodu z konfrontacji powołanych do sprawy dwóch biegłych — biegłego O. i S. i oparcie rozstrzygnięcia wyłącznie na jednej z dwóch opinii biegłych powołanych na okoliczność ustalenia, czy świadczenia objęte pozwem zostały udzielone pacjentom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w rozumieniu art. 19 ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w rozumieniu art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, podczas gdy obie opinie, zawierające skrajnie odmienne wnioski, zostały sporządzone w sposób kompletny, spójny, rzetelny i zgodny z zasadami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 stycznia 2005 r. w sprawie biegłych sądowych (Dz. U. Nr 15, poz. 133 z późn. zm.);

b) naruszenie art. 217 §1 k.p.c. w związku z art. 227 k.p.c. i 278 §1 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku dowodowego pozwanego o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego w zakresie rachunkowości na okoliczność wysokości kosztów, które poniosła strona powodowa w następstwie wykonania świadczeń w warunkach nagłych, w sytuacji gdy okolicznością istotną w sprawie było ustalenie uzasadnionych kosztów udzielonych świadczeń wobec zgłoszenia przez powoda, jako podstawy dochodzonego roszczenia art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i dla przeprowadzenia takiej oceny wymagane są wiadomości specjalne,

które to uchybienia doprowadziły do dokonania ustaleń faktycznych sprzecznych z zebrany materiał dowodowy, prowadzących do stwierdzenia, że udzielone przez powódkę świadczenia w zakresie kwoty 1.061.413,61 zł należy zakwalifikować jako udzielone w warunkach zagrożenia życia i zdrowia pacjentów, a zatem odroczenie w czasie pomocy medycznej mogło skutkować utratą zdrowia albo utratę życia.

W następstwie powyższych zarzutów skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w pkt 1 poprzez oddalenie powództwa w całości oraz związaną z tym zmianę rozstrzygnięcia o kosztach postępowania w pkt 3 i 4 wyroku, ewentualnie o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania oraz zwolnienie pozwanego z obowiązku ponoszenia kosztów sądowych w całości.

W odpowiedzi na apelację Narodowego Funduszu Zdrowia powód Klinika (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w W., wniósł:

1. o oddalenie apelacji w całości;

2. o zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym według norm przepisanych oraz pominięcie wniosku pozwanego dot. nieobciążania strony pozwanej kosztami zastępstwa procesowego strony przeciwnej na zasadzie art. 102 k.p.c.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Na wstępie wskazać należy, że w ocenie Sądu Apelacyjnego, Sąd I instancji w sposób prawidłowy zgromadził w sprawie materiał dowodowy i dokonał prawidłowej jego oceny. Także poczynione na jego podstawie ustalenia faktyczne uznać należało za prawidłowe, a tym samym Sąd Apelacyjny przyjął je za własne.

W pierwszej kolejności, odnosząc się do zarzutów naruszenia prawa procesowego wskazać należy, że niezasadny jest zarzut naruszenia art. 227 § 1 k.p.c., art. 233 k.p.c. oraz art. 286 k.p.c. polegający na:

- nieuzasadnionym dopuszczeniu dowodu z opinii drugiego biegłego sądowego - dr n. med. M. S. (1) na okoliczność, która była już udowodniona w sporządzonej zgodnie z postanowieniem Sądu opinii biegłego - dr med. S. O. (1);

- nieuwzględnieniu wniosku dowodowego pozwanego i niedopuszczenie dowodu z konfrontacji powołanych do sprawy dwóch biegłych — biegłego O. i S. i oparcie rozstrzygnięcia wyłącznie na jednej z dwóch opinii biegłych powołanych na okoliczność ustalenia, czy świadczenia objęte pozwem zostały udzielone pacjentom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego

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). Jak podkreśla się w orzecznictwie jak i piśmiennictwie, ocena dowodu z opinii biegłego w odróżnieniu od oceny dowodu z zeznań świadka, nie jest dokonywana przez sąd według kryterium wiarygodności w tym znaczeniu, że nie można „nie uwierzyć 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 szczególnie 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.).

Z uzasadnienia Sądu pierwszej instancji wynika, że Sąd ten w sposób wszechstronny, prawidłowy oraz zgodnie z zasadą swobodnej oceny dowodów dokonał analizy zgromadzonego materiału dowodowego, w tym opinii obu biegłych, odmawiając przymiotu wiarygodności biegłemu dr med. S. O. (1), uznając jednocześnie za w pełni wiarygodną opinię biegłego dr n. med. M. S. (1). Dokonując oceny opinii biegłych Sąd Okręgowy właściwie odwołał się do kryteriów obiektywnych, a nie wyłącznie do własnego wewnętrznego przekonania.

Prawidłowo Sąd Okręgowy odmówił wiarygodności opinii biegłego dr med. S. O. (1), przede wszystkim z uwagi na fakt, iż opinia ta została wydana wyłącznie na podstawie rejestrów znajdujących się w aktach sprawy, gdy tymczasem dla oceny, czy dany przypadek medyczny był „nagły”, konieczne było sięgnięcie do dokumentacji medycznej poszczególnych pacjentów, co potwierdził sam biegły. Pomimo tego biegły nie zażądał dokumentacji medycznej pacjentów. Słusznie zauważył także Sąd Okręgowy, że biegły ten nigdy nie był kardiologiem inwazyjnym, a w swojej praktyce lekarskiej nie wykonał nigdy żadnego zabiegu kardiochirurgicznego, w tym koronografii. S. O. (1) nie ma zatem pełnej

i odpowiedniej wiedzy, aby właściwie dokonać oceny dokumentacji medycznej spornych pacjentów, a zatem jego opinia nie może być oceniona jako rzetelna

i obiektywna. Wątpliwości, co do bezstronności tego biegłego nasuwają się także jego swobodne wypowiedzi, co do publicznej i niepublicznej służby zdrowia oraz możliwości dokonywania przez nich zabiegów.

Sąd Apelacyjny w pełni podziela ocenę Sądu I instancji dotyczącą wiarygodności opinii biegłego dr n. med. M. S. (1), którą należy uznać za całkowicie rzetelną, zupełną i obiektywną. Biegły ten wydał opinię na podstawie nie tylko akt sprawy jak również dokumentacji medycznej zgromadzonej w siedzibie powoda, w tym dokumentacji koronograficznej oraz angiograficznej na płytach CD, bardzo szczegółowo opisując każdego z pacjentów i uzasadniając jego kwalifikację. Słusznie podkreślił Sąd I instancji, że biegły przekonywająco na podstawie dokumentacji lekarskiej odpowiedział na pytania zawarte w postanowieniu dowodowym sądu. Opinia pisemna biegłego jest rzeczowa, jednoznaczna, nie zawiera twierdzeń pozostających ze sobą w sprzeczności oraz jest poparta fachową wiedzą z zakresu kardiologii inwazyjnej. Istotne znaczenie ma przy tym fakt, że biegły M. S. (1) jest od 25 lat czynnym zawodowo kardiologiem inwazyjnym. Konstatując powyższe, opinię tego biegłego, jako kompletną, uzasadnioną i wyczerpującą, należało zaakceptować.

Nie można także podzielić zarzutu apelującego naruszenia przepisów prawa procesowego art. 227 § 1 k.p.c., art. 233 k.p.c. oraz art. 286 k.p.c. polegającego na nieuwzględnieniu wniosku dowodowego pozwanego i niedopuszczenie dowodu

z konfrontacji powołanych do sprawy dwóch biegłych — biegłego O.

i S.. Sąd Apelacyjny podziela zapatrywanie Sądu Instancji, że ta konfrontacja była zbędna, jako że biegli w takiej sytuacji pozostają zwykle przy swoich stanowiskach. Sąd Okręgowy podkreślił, że uzasadnieniem dla dopuszczenia dowodu z opinii biegłego S., były w przedmiotowej sprawie argumenty podważające miarodajność opinii S. O. (1), jako że brakowało jej kategoryczności. Jak wskazał w opinii ustnej sam biegły do wydania przez niego pełnej opinii zasadne byłoby zapoznanie się przez niego z pełną dokumentacją pacjentów, gdy tymczasem nie wnosił o jej przejrzenie, a zatem zasięgnięcie dodatkowej (trzeciej) opinii od tego samego biegłego, czy też jego konfrontację z biegłym M. S. (1) słusznie oceniono jako nieracjonalne.

Odnosząc się do dalszych zawartych w apelacji zarzutów naruszenia przepisów prawa procesowego, tj. naruszenia art. 217 § 1 k.p.c. w związku z art. 227 k.p.c. i 278 § 1 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku dowodowego pozwanego o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego w zakresie rachunkowości na okoliczność wysokości kosztów, które poniosła strona powodowa w następstwie wykonania świadczeń w warunkach nagłych, w sytuacji gdy okolicznością istotną w sprawie było ustalenie uzasadnionych kosztów udzielonych świadczeń wobec zgłoszenia przez powoda, Sąd Apelacyjny uznał je za bezpodstawne. Należy przyznać rację Sądowi Okręgowemu, że dowód z opinii biegłego ds. księgowości na okoliczność, jaki procent ceny świadczenia ustalonego przez strony w umowie stanowią koszty stałe, a jakie zmienne, nie miały żadnego znaczenia dla ustaleń niniejszego stanu faktycznego, ponieważ z art. 19 ust.4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej wynika, iż świadczeniodawca udzielając świadczenia w stanie nagłym ma prawo do wynagrodzenia za to świadczenie uwzględniającego uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej, nie czyniąc rozróżnienia na koszt stałe i zmienne. Ponadto warunki konkursu w jakich zawierana jest podstawowa umowa z założenia zapewnić ma Narodowemu Funduszowi Zdrowia optymalne czyli najniższe stawki.

W złożonej apelacji pozwany podnosił także zarzuty naruszenia prawa materialnego polegające m.in. na naruszeniu art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oraz art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym poprzez ich błędną wykładnię i przyjęciu, że zostały spełnione przesłanki pozwalające na ich zastosowanie.

W ocenie Sądu Apelacyjnego w przedmiotowej sprawie strona powodowa skutecznie zdołała uargumentować i udowodnić, że świadczenia dochodzone przez nią w procesie, nie wliczając tych kilku, co do których powództwo zostało oddalone, 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 M. S. (1), 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. W tym zakresie brak jest podstaw by Sąd polemizował z opinią specjalisty, natomiast strona pozwana nie wykazała wadliwości opinii w tym zakresie. Nie doszło zatem do naruszenia art. 19 ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oraz art. 3 pkt 8 ustawy

z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, jako

że przypadki, co do których powództwo zostało uwzględnione miały charakter „nagły” i odmowa udzielenia im pomocy medycznej mogło skutkować utratą życia i zdrowia.

Pojęcie stanu nagłego obejmuje swoim zakresem pomoc lekarską, która ma zapobiec ciężkim skutkom na zdrowiu pacjentów. W kontekście ziszczenia się przesłanek realizacji świadczenia w trybie określonym w art. 19 ust. 1 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych istotne znaczenie ma więc „natychmiastowość” i „bezpośredniość” zagrożenia, które uzasadniają niezwłoczne udzielenie pomocy. Przyjęty w art. 60 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych termin „stan nagły” nie może być rozumiany inaczej, niż określa to art. 3 pkt 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym w związku z art. 5 pkt 33 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, a jeżeli tak, to należy rozumieć, że sam fakt przyjęcia pacjenta bez skierowania właściwego lekarza do szpitala, z pominięciem procedury określonej w art. 20 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, oznacza, że pacjent znajduje się w stanie, w którym odmówienie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia lub życia, a więc w stanie nagłym, wymagającym niezwłocznego udzielenia świadczenia, o czym stanowi art. 19 ust. 1 ustawy o świadczeniach, chyba że z dokumentacji lekarskiej sporządzonej w dniu przyjęcia wynika co innego. We wskazanych przypadkach, co do których powództwo zostało uwzględnione, z dokumentacji medycznej wynikało, że były to przypadki nagłe, a odroczenie w czasie pomocy medycznej mogło skutkować utratą zdrowia albo życia tych pacjentów

Nietrafny jest również zarzut skarżącego naruszeniu art. 19 ust. 1 tej ustawy, art. 132 ust. 1 oraz art. 136 u.ś.o.z., 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 nie objęte tą umową.

Sąd Apelacyjny stoi na stanowisku, że osoba znajdująca się w stanie nagłym w rozumieniu art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, gdy odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratę życia, ma prawo do uzyskania świadczenia w niezbędnym zakresie nawet od świadczeniodawcy, który w ogóle nie zawarł umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczenia te - ratujące zdrowie lub życie -

w wypadkach nagłych mogą być udzielane zarówno w zakresie leczenia szpitalnego, jak i leczenia ambulatoryjnego. Zgodnie z art. 19 ust. 4 ustawy z 2004 r.

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, roszczenie o wynagrodzenie za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone w stanie nagłym przysługuje również osobom, które udzieliły takich świadczeń pomimo niezawarcia umowy o świadczenie opieki zdrowotnej. Z tej przyczyny błędne jest twierdzenie, według którego do ubiegania się zwrotu kosztów udzielenia świadczeń zdrowotnych w wypadkach nagłych konieczne jest podpisanie umowy.

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 przecież 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).

Zdaniem Sądu Apelacyjnego zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za świadczenie zdrowotne udzielone w warunkach określonych w poprzednio obowiązującym art. 7 u.z.o.z., a obecnie art. 15 u.d.l. i to niezależnie od tego czy zostały one udzielone w ramach umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz ustalonych w tej umowie limitów świadczeń, czy też stanowiły tzw. świadczenia ponadlimitowe.

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.

Z powyższych względów nietrafne są zarzuty apelacji, że Sąd pierwszej instancji naruszył wskazane przez pozwanego przepisy prawa materialnego. 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 co do wszystkich pacjentów poza 7 pacjentami o numerach P.: (...), (...), (...), (...), (...), (...), (...), (...), 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 tych pacjentów poza wymienionymi. Pacjenci ci wymagali 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, pielęgniarkach i położnych, co wynika z art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (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. Uwzględniając powyższe nie może zostać uwzględniony zarzut apelującego naruszenia art. 56 k.c., jako że Sąd Okręgowy właściwie zastosował wskazany przepis, poddając go prawidłowej interpretacji.

Mając to wszystko na uwadze stwierdzić należy, że zarzuty apelacyjne w istocie stanowią polemikę z prawidłowymi ustaleniami faktycznymi Sądu I instancji i dokonaną ich oceną. I wreszcie, niezasadny jest także zarzut naruszenia przez Sąd Okręgowy prawa materialnego.

Wobec powyższego apelacja strony pozwanej jako bezzasadna, w oparciu o art. 385 k.p.c. podlegała oddaleniu.

Zasądzając od pozwanego na rzecz powoda kwotę 5.400 złotych tytułem kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym Sąd drugiej instancji kierował się regułami wynikającymi z art. 98 i nast. k.p.c. Wysokość tych kosztów Sąd ustalił na podstawie § 6 pkt 7 i § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenie przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 490).