

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 kwietnia 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Rzeszowie Wydział I Cywilny w składzie:

<i>Przewodniczący</i>	<i>SSA Jan Sokulski</i>
<i>Sędziowie:</i>	<i>SA Dariusz Mazurek (spraw.)</i> <i>SO del. Marek Nowak</i>
<i>Protokolant:</i>	<i>st. sekr. sądowy Aleksandra Szubert</i>

po rozpoznaniu w dniu 18 kwietnia 2013 r. na rozprawie

sprawy z powództwa ***Szpitala (...) w M.***

przeciwko ***Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. Oddział Wojewódzki w R.***

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Rzeszowie

z dnia 30 listopada 2012 r., sygn. akt I C 1254/09

I. ***o d d a l a*** apelację,

II. ***z a s ą d z a*** od pozwanego na rzecz powoda kwotę 5.400 zł (pięć tysięcy czterysta) tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.

UZASADNIENIE

Powód Szpital Powiatowy im. E. B. w M. ostatecznie domagał się zasądzenia od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia w W. na rzecz powoda kwoty 2 644 032 zł z odsetkami w wysokości ustawowej od dnia 6 lipca 2009r. a co do kwoty 110 721,50 zł objętej pierwotnym żądaniem pozwu cofnął pozew za zgodą pozwanego.

Sąd Okręgowy w Rzeszowie rozstrzygając o żądaniu powoda wyrokiem z dnia 30 listopada 2012r. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 2 615 760 zł z odsetkami w wysokości ustawowej od dnia 7 lipca 2009r. Oddalił żądanie co do kwoty 28 272 zł i umorzył postępowanie w pozostałym zakresie.

Ponadto orzekł o kosztach procesu i kosztach sądowych w ten sposób, że zasądził od powoda na rzecz pozwanego kwotę 7217 zł tytułem częściowego zwrotu kosztów zastępstwa procesowego. Nakazał ściąganie od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa kwoty 100 000 zł tytułem opłaty sądowej i 63 496 zł tytułem wydatków w sprawie. Zasądził od powoda na rzecz pozwanego kwotę 2 400 zł tytułem częściowego zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

W uzasadnieniu wyroku wskazał, że rozstrzygnął sprawę na podstawie następujących okoliczności faktycznych dokonanych w sprawie:

Dnia 19 czerwca 2008r. Szpital Powiatowy w M. zawarł z pozwanym umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego. Strony ustaliły w umowie maksymalną wartość świadczeń udzielonych przez świadczeniodawcę na 25 380 256,89 zł w okresie od 1 lipca do 31 grudnia 2008r. Ustalono również cenę jednostek rozliczeniowych.

Za zrealizowane w okresie objętym pozwem ponad limit wynikający z zawartej przez strony umowy świadczenia opieki zdrowotnej powód wystawił fakturę z dnia 29 maja 2009r. na kwotę 2 356 848 zł z tytułu hospitalizacji w trybie nagłym oraz na kwotę 1 188 288 zł z tytułu leczenia szpitalnego. Pozwany odmówił zapłaty tych należności. Według ustaleń Sądu Okręgowego opartych na wnioskach opinii biegłych prof. J. M. i dr A. K. na 767 przypadków 647 wymagało pomocy medycznej ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Ponadto Sąd Okręgowy ustalił, że powodowy szpital podejmował działania w celu ograniczenia wydatków. Ustalił też, że na podstawie czynności kontrolnych dokonanych przez pozwanego odnośnie świadczeń z zakresu opieki szpitalnej udzielonych w szpitalu w M. w okresie od 1 lipca 2008r. do 31 grudnia 2008r. wartość zakwestionowanych w opinii biegłych świadczeń wynosiła 28 272 zł. Ponadto Sąd Okręgowy dokonał ustaleń okoliczności w jakich powodowy szpital realizował świadczenia zdrowotne w okresie objętym żądaniem pozwu oraz w okresach bezpośrednio sąsiadujących z czasem wykonywania umowy w 2008r.

Dokonując oceny zgromadzonego materiału dowodowego Sąd Okręgowy wskazał na szczególną rzetelność biegłych w opracowywaniu dokumentów stanowiących podstawę do wydanej opinii, a także fachowość biegłych i należyte wykształcenie.

Dokonując rozważań nad zasadnością żądania powoda Sąd Okręgowy co do zasady odpowiedzialności pozwanego powołał się na poglądy judykatury i ocenił, że umowa zawarta przez strony ma charakter cywilnoprawny do której ma zastosowanie art. 56 k.c. Następnie dokonał rozważań nad charakterem świadczeń udzielonych przez powoda i oceny które z nich miały charakter świadczeń zdrowotnych udzielonych w sytuacji objętej dyspozycją art. 7 ustawy o z.o.z i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza. Oceniał na tej podstawie, że po uwzględnieniu modyfikacji żądania przez powoda roszczenie powoda okazało się uzasadnione co do kwoty 2 615 760 zł jako różnicy pomiędzy kwotą ostatecznie dochodzona przez powoda, a wartością świadczeń co do których powodowi nie udało się wykazać, że były to świadczenia wymagające interwencji medycznej w stanach nagłych.

Rozstrzygnięcie o kosztach procesu Sąd Okręgowy uzasadnił wskazując, że jego podstawę stanowiła zasada odpowiedzialności za wynik sprawy (art. 98 § 1 k.p.c.) oraz art. 113 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych.

Wyrok Sądu Okręgowego został zaskarżony apelacją przez pozwanego Narodowy Fundusz Zdrowia.

Pozwany wnosząc apelację od wyroku Sądu Okręgowego w Rzeszowie zaskarżył go w części w zakresie rozstrzygnięć zawartych w punkcie I, IV, V i zarzucił wyrokowi w zaskarżonej części:

- naruszenie prawa materialnego w zakresie art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry w związku z art. 19 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez niewłaściwą ich interpretację, a w konsekwencji nieprawidłowe zastosowanie polegające na przyjęciu, że wartość świadczeń wykonanych w warunkach określonych w art. 7 ustawy o z.o.z. lub art. 30 ustawy o zawodzie lekarza powinna być automatycznie dodana do kwoty zobowiązania określonej w umowie;

- naruszenie art. 7 ustawy o z.o.z. oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry w związku z art. 19 ust. 1 i 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej(...) poprzez niewłaściwą interpretację a w konsekwencji nieprawidłowe zastosowanie, polegające na przyjęciu, że świadczenia wykonane w warunkach przymusu ustawowego są wykonaniem

umowy i winny być rozliczane według stawek określonych w umowie, a nie w wysokości uzasadnionych kosztów udzielania niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej;

- art. 20 i 21 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej(...) w związku z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005r. w sprawie kryteriów medycznych jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy umieszczając świadczeniobiorców na liście oczekujących na udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej w związku z art. 19 ust. 1 ustawy o z.o.z. poprzez ich nie zastosowanie i pominięcie, że powód w 2008r. nie udzielał świadczeń szpitalnych według kolejności o której mowa w/w przepisach;

- art. 7, 39, 58 oraz 134 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (...) poprzez niewłaściwą interpretację, a w konsekwencji nieprawidłowe zastosowanie i przyjęcie, że wskazane przepisy potwierdzają zasadność dochodzonego przez powoda roszczenia;

- art. 113 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych przez błędne zastosowanie i obciążenia pozwanego całością opłaty od pozwu i wydatkami na biegłego.

Ponadto pozwany zarzucił naruszenie przepisów postępowania w zakresie:

- art. 278 § 1 k.p.c. poprzez wezwanie w charakterze biegłych osób, które nie mogły być uznane za posiadające wiadomości specjalistyczne;

- art. 233 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów polegające na przyjęciu, że postępowanie dowodowe wykazało, że świadczenia za które powoda dochodzi zapłaty zostały wykonane w ramach t.z.w. przymusu ustawowego;

- art. 284 k.p.c. w związku z 278 § 1 k.p.c. przez nakazanie biegłemu badania dokumentacji medycznej nie znajdującej się w aktach sprawy;

- art. 232 § 1 k.p.c. poprzez zastąpienie przez Sąd powoda w inicjatywie dowodowej;

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przyjęcie, że pozwany nie kwestionował wartości wykazanych w pozwie świadczeń;

- art. 217 § 2 k.p.c. poprzez pominięcie wniosków dowodowych pomimo, że okoliczność taka jak rozstrzygnięcie czy karta informacyjna wypisywana po zakończonym leczeniu szpitalnym jest w każdym wypadku wystarczającą podstawą do stwierdzenia wystąpienia nagłego, nieprzewidzianego stanu o którym mowa w art. 7 i 30, miała istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, a brak ich przeprowadzenia skutkowało błędnym przeprowadzeniem postępowania dowodowego a w konsekwencji uwzględnieniem powództwa.

Wskazując na powyższe zarzuty pozwany domagał się zmiany zaskarżonego wyroku w punktach I, IV, V poprzez oddalenie powództwa i zasądzenia od powoda kosztów procesu za obie instancje, ewentualnie uchylenia wyroku w zaskarżonej części i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu.

W uzasadnieniu apelacji pozwany argumentował, że Sąd I instancji rozstrzygając sprawę dokonał uproszczonego zabiegu polegającego na dodaniu do umowy wartości świadczeń wykonanych ponad limit.

Apelujący podnosił, że powód zgodnie z art. 20 ustawy o świadczeniach i art. 19 ust. 1 ustawy o z.o.z. powinien ustalić kolejność świadczeń, czyli odroczyć ich wykonanie w czasie biorąc pod uwagę wynikające z umowy możliwości finansowania tych świadczeń, a nadto powinien określić wielkość zjawiska występowania świadczeń nagłych i nieprzewidzianych, które charakteryzowało się pewną przewidywalną regularnością w poprzednich latach. W ocenie pozwanego Powód powinien tak gospodarować środkami wynikającymi z umowy aby pozostawić rezerwę finansową na wypadki nagłe. Apelujący podkreślał, że pozostali świadczeniodawcy na terenie województwa (...) stosowali się do ustawy i tworzyli listy oczekujących oraz wykazywały na bieżąco do zapłaty w ramach limitu również świadczenia wykonane w ramach t.z.w. przymusu ustawowego. Pozwany argumentował, że zasadą finansowania świadczeń opieki

zdrowotnej ze środków publicznych jest oparcie tego finansowania na umowie i związane to jest z zasadami gospodarki finansowej funduszu. Pozwany wskazując na poglądy judykatury zgodnie z którymi do oceny stosunku prawnego łączącego strony umowy o wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej ma zastosowanie przepis art. 56 k. c. Pozwany zarzucał, że Sąd Okręgowy bezpodstawnie dokonał wyliczenia wartości świadczeń, za które zapłaty domaga się powód na podstawie ceny ustalonej wolą stron w umowie. Apelujący wyraził pogląd, że świadczenia wykonane nawet w szczególnych okolicznościach po wyczerpaniu limitu określonego w umowie, są świadczeniami wykonanymi poza umową. Dlatego płatność za te świadczenia powinna być dokonywana według kryteriów określonych w art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej(...). W ocenie apelującego nie ma żadnego uzasadnienia do różnicowania sytuacji świadczeniodawców, którzy wykonali świadczenia wynikające z art. 7 ustawy o z.o.z. i 30 ustawy o zawodzie lekarza bez zawartej umowy i sytuacji świadczeniodawców, którzy wykonali te świadczenia po wyczerpaniu limitu wynikającego z zawartej umowy. W ocenie apelującego zawsze w takiej sytuacji kryterium do zapłaty za świadczenia powinno stanowić wykazanie poniesienia uzasadnionych kosztów niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej. W ocenie apelującego powód takich kosztów nigdy nie wykazał, a Sąd Okręgowy orzekając w sprawie pominął treść art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej(...).

Apelujący zarzucił, że Sąd Okręgowy nie odniósł się do stanowiska prezentowanego w procesie przez pozwanego, że powód powinien w pierwszej kolejności wykonywać i wykazywać do rozliczenia świadczenia nagłe i nieprzewidziane, przesuwać i zmieniając termin świadczeń planowych.

Apelujący podnosił, że Sąd Okręgowy nie miał podstaw do podniesienia jako argumentu uzasadniającego treść rozstrzygnięcia okoliczności niekorzystnego podziału środków dla województwa (...), wskazując, że wynikał on z obowiązującego prawa, a skutki zastosowania przepisów z których wynikał system finansowania był znany świadczeniodawcom.

W ocenie apelującego powołani w sprawie przez Sąd biegli nie posiadali wiadomości specjalistycznych, a zgodnie z poglądami judykatury i powołanym przez apelującego poglądem Sądu Najwyższego wyrażonym w uzasadnieniu wyroku w sprawie I UK 204/09 ocena czy zachodziła potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczenia wymaga wiedzy specjalistycznej adekwatnej do rodzaju konkretnego schorzenia. Pozwany zarzucał, że w skład zespołu biegłych wchodziła osoba nie będąca lekarzem, ale doktorem nauk biologicznych.

Dlatego też apelujący zarzucił, że dokonana przez Sąd w ramach 233 § 1 k.p.c. ocena przydatności dowodu z opracowanej przez biegłych opinii budzi wątpliwości, a zeznania świadków – ordynatorów oddziałów szpitalnych na których wykonywane były sporne świadczenia - nie mogły stanowić podstawy do jakichkolwiek ustaleń z uwagi na bardzo ogólną wiedzę świadków co do zakresu udzielonych świadczeń. Pozwany podnosił, że w sprawie nie został w sposób należyty zgromadzony materiał dowodowy, który stanowił podstawę do oceny przez biegłych poszczególnych przypadków. Biegli według swojego wyboru zwracali się do pozwanego o przedstawienie pełnej dokumentacji niektórych przypadków medycznych i zapoznawali się z tą dokumentacją poza pozwanym oraz poza sądem. Pozwany otrzymał dokumentację medyczną dopiero na koniec procesu. W ten sposób doszło do ustalenia stanu faktycznego na podstawie dowodów, które nie zostały zgromadzone w sprawie.

W ocenie pozwanego Sąd w sposób nieuprawniony ocenił, że wartość świadczeń z tytułu udzielenia których powód domaga się zapłaty nie była kwestionowana przez pozwanego. Tymczasem pozwany od początku procesu twierdził, że powód nie wykazał uzasadnionych kosztów udzielenia niezbędnych świadczeń. Pozwany nie kwestionował natomiast faktu, że wartość świadczeń zawarta w wyliczeniu powoda dołączonym do pisma z dnia 2 marca 2012r. nie odbiega od wartości świadczeń ustalonych wolą stron w umowie zawartej przez strony.

Pozwany argumentował, że nie kwestionował prawidłowości leczenia zastosowanego przez personel powoda, uważa jednak, że świadczenia mogły być udzielone w trybie planowym, a ich rozliczenie winno odbyć się w ramach zawartej umowy, a część wykonanych przez powoda świadczeń planowych powinna być odroczone w czasie. W tym kontekście pozwany zarzucał, że doszło do nieuzasadnionego oddalenia przez Sąd wniosku dowodowego pozwanego zmierzającego do wykazania, że oparcie przez biegłych wniosków opinii na treści kart informacyjnych, co miało

miejsce w znacznej części przypadków, nie mogło stanowić rzetelnej podstawy do oceny nagłości i pilności udzielenia świadczenia w chwili zgłoszenia się pacjenta do szpitala.

Na koniec apelujący zarzucił, że rozstrzygając o kosztach procesu i kosztach sądowych Sad I instancji nie uwzględnił okoliczności, że powód uległ w 1/3 w swoich żądaniach, co powinno skutkować stosunkowym rozdzieleniem kosztów, a nie obciążeniem pozwanego wszystkimi kosztami.

Powód w odpowiedzi na apelację domagał się oddalenia apelacji pozwanego i zasądzenia od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny w Rzeszowie rozpoznając apelację pozwanego zważył, co następuje:

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

Sprawa będąca przedmiotem rozpoznania przez Sąd Apelacyjny łączy się ze znaną już w judykaturze problematyką gdzie przedmiotem sporu jest umowa o wykonanie świadczeń zdrowotnych zawarta na podstawie art. 132 oraz art. 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), a konkretnie sporu na tle zapłaty ze środków publicznych za świadczenia zdrowotne udzielane przez świadczeniodawców w warunkach określonych w art. 7 ustawy o z.o.z. i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty.

Rozważenia nad zasadnością zarzutów zawartych w apelacji pozwanego NFZ należało zatem poprzedzić omówieniem zagadnień natury ogólnej co do których orzecznictwo ukształtowało praktykę i poglądy, które uznać można za utrwalone, a odnoszące się bezpośrednio do zagadnień których dotyczą zarzuty zawarte w apelacji pozwanego.

Z przeprowadzonych poniżej rozważań, wynika, że działanie systemu ochrony zdrowia w Polsce opiera się na kilku fundamentalnych zasadach ustrojowych zawartych w art. 68 Konstytucji R.P. oraz ustawach, w szczególności: ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawie o zakładach opieki zdrowotnej (obecnie o działalności leczniczej), o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Zgodnie z zasadami zawartymi w wymienionych aktach prawnych Państwo Polskie zagwarantowało wszystkim prawo do ochrony zdrowia, zaś obywatelom Rzeczypospolitej Polskiej zapewniło równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Pozwany zarzucając naruszenie prawa materialnego wskazał na dwie istotne kwestie jakie wynikają z możliwej interpretacji przepisów, których naruszenie pozwany zarzucił w apelacji.

Po pierwsze chodzi o zagadnienie czy świadczenia zdrowotne wykonane przez świadczeniodawców na podstawie art. 7 ustawy o z.o.z. i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza, które miały zastosowanie w niniejszej sprawie można uznać za świadczenia wykonane w wykonaniu zawartej umowy, a po drugie czy w związku z tym wartość tych świadczeń powinna być ustalana w oparciu o te same mierniki, które strony zastosowały do świadczeń umownych.

Dokonując rozważań nad tymi kwestiami Sąd Apelacyjny ma świadomość, że poglądy judykatury, początkowo rozbieżne, ulegały pewnej ewolucji, a ostatecznie pomimo, że wyrażane były na tle konkretnych stanów faktycznych w sprawach rozpoznawanych przez sądy, w zasadniczych kwestiach dawały podstawę do dokonywania jednolitej interpretacji obowiązujących przepisów i ustalenia kryteriów, które w sposób uniwersalny można stosować w konkretnych rozpoznawanych sprawach.

Sąd Apelacyjny w Rzeszowie w składzie rozpoznającym apelację przyłącza się do stanowiska powszechnie prezentowanego w orzecznictwie Sądu Najwyższego i sądów powszechnych zgodnie z którym limity świadczeń zdrowotnych określonych w umowach o świadczenie opieki zdrowotnej nie mogą skutkować odmową udzielania świadczenia w warunkach zagrażających życiu i zdrowiu, a udzielenie takich świadczeń przez świadczeniodawców stwarza dla nich roszczenie o zapłatę ze środków publicznych wynagrodzenia (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). Sąd Apelacyjny w niniejszym składzie podziela to stanowisko jako dominujące.

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.), dalej: u.ś.o.z. Realizacja tego uprawnienia jest zapewniana przez art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 ze zm.), oraz uchylony już, ale mający zastosowanie do rozpoznawanej sprawy art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 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 dentysty (t.j. z Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 ze zm.), dalej: art. 30 u.z.l., art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039) oraz uchylonego już, ale mającego zastosowanie do niniejszej sprawy art. 19 ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217, ze zm.).

Omówione wyżej ustrojowe zasady funkcjonowania Państwa w zakresie zapewnienia ochrony zdrowia realizowane są w praktyce przez zakłady opieki zdrowotnej i podmioty prowadzące działalność leczniczą, a faktycznie przez lekarzy i personel medyczny, a drugiej strony Narodowy Fundusz Zdrowia jako dysponenta środkami publicznymi przeznaczonymi w budżecie Państwa na ochronę zdrowia.

Sąd Okręgowy rozstrzygając sprawę opowiedział się za poglądem zgodnie z którym przepisy art. 7 ustawy o .z.o.z. i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza(...) adresowane bezpośrednio do zakładów opieki zdrowotnej i lekarzy dają podstawę do stwierdzenia, że udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia albo zdrowia jest własnym ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy będącego zakładem opieki zdrowotnej czy lekarzem. Nie wyłączają one obowiązków Narodowego Funduszu Zdrowia wynikających z innych ustaw.

„Obowiązki wynikające z powołanych przepisów art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l. 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” (wyrok Sądu Najwyższego z dnia z dnia 12 marca 2009 r.V CSK 272/08). Taka ocena w pełni akceptowana przez Sąd Apelacyjny dawała podstawę do stwierdzenia, że w sytuacji gdy istnieje ustawowy obowiązek udzielania świadczeń, a obowiązek ich finansowania spoczywa na Narodowym Funduszu Zdrowia to powodowi przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenia o ile mieszczą się one w kategorii określonej w art. 7 ustawy o z.o.z. i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza (...). Sens art. 56 k.c. jest taki, że skutki wynikające z ustawy, zasad współżycia społecznego lub z ustalonych zwyczajów powstają na zasadzie przypisania normatywnego, a więc nie ze względu, lecz bez względu na wolę stron. Ta ostatnia obejmuje bezpośrednio tylko zawarcie umowy. Zachodzi zatem pewna różnica pomiędzy dokonywaniem wykładni oświadczeń woli kontrahentów w oparciu o art. 65 § 2 k.c. a uzupełnieniem treści stosunku prawnego na podstawie art. 56 k.c. W pierwszym przypadku sąd musi respektować rzeczywistą wolę stron, podczas gdy w drugim przypadku ustala treść zobowiązania (czy też innego rodzaju stosunku prawnego wynikającego z czynności prawnej) niezależnie od czynnika woli, a zgodnie z treścią odnośnych przepisów prawa lub norm i standardów powinnego zachowania, powszechnie akceptowanych w społeczeństwie (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 lutego 2008 r. II CSK 532/07).

Również Sąd Apelacyjny w składzie rozpoznającym apelację podziela zacytowane stanowisko i zauważa, że ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. przewiduje wyjątki od zasady, że świadczenia finansowane ze środków publicznych udzielane są wyłącznie na podstawie umów zawartych ze świadczeniodawcami. Należą do nich sytuacje, w których - jak w rozpatrywanej sprawie - leczenie jest wykonywane w stanach nagłych. W sytuacji stanów nagłych (zdefiniowanych

w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym - Dz. U. Nr 113, poz. 1270 ze zm. - w zw. z art. 5 pkt 33 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej) świadczenia zdrowotne, zgodnie z art. 60 ustawy, udzielane są niezwłocznie bez wymaganych w normalnym trybie procedur w postaci n.p. skierowania i również są finansowane przez Fundusz, na podstawie zawartej ze świadczeniodawcą umowy, albo - jeśli takiej umowy nie zawarto - na podstawie wystawionego przez wykonującego świadczenie rachunku (art. 19 ustawy). W obu przypadkach jednak wyłączona jest bezpośrednia płatność za przeprowadzone leczenie przez świadczeniobiorcę. Podmiotem uprawnionym do wystąpienia do organu Funduszu z żądaniem wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym jest wyłącznie świadczeniodawca.

W ocenie Sądu Apelacyjnego powyższe rozważania przesądzają również o tym, że wykonane przez powoda świadczenia należało rozliczać tak jak świadczenia umowne t.z.n. w oparciu o te same mierniki, jakimi posługiwały się strony dokonując rozliczenia świadczeń na podstawie umowy. Należy podkreślić, że w sytuacji gdy pozwany jest jedynym dysponentem środków publicznych na ochronę zdrowia a jedynym funkcjonującym systemem rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej jest system stosowany w rozliczeniach z pozwanym, to brak jest uzasadnienia do podzielenia twierdzenie pozwanego, że powód w sposób nieuprawniony zastosował do wyliczenia wartości wykonanych ponad limit świadczeń system stosowany w rozliczeniach z pozwanym. Należało zatem przyjąć tak jak uczynił to Sąd Okręgowy, że system na podstawie którego powód dokonał wyliczenia wartości dochodzonego roszczenia jest jedyną metodą, w oparciu o którą możliwe jest wycenienie wykonanych świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej opierające swoje funkcjonowanie na zasadzie non profit. W niniejszej sprawie ocena taka jest tym bardziej uzasadniona, że w toku procesu pozwany przyznał, że dokonane przez powoda wyliczenie wartości świadczeń ponad limitowych udzielonych przez personel powoda w ramach obowiązku ustawowego jest zgodne z systemem rozliczania świadczeń umownych przez pozwanego. Prawdłowo zatem ocenił Sąd Okręgowy, że powód wykazał również wysokość dochodzonego roszczenia.

Sąd Apelacyjny nie podziela zapatrywania pozwanego co do tego, że w okolicznościach faktycznych niniejszej sprawy należało zastosować art. 19 ust. 5 ustawy o świadczeniach zdrowotnych do oceny zasadności żądania powoda. Wymieniony przepis dotyczy sytuacji w której dochodzi do udzielenia świadczeń w t.z.w. stanach nagłych przez świadczeniodawcę nie mającego zawartej umowy z NFZ. Poza sporem w niniejszej sprawie było, że powód udzielał świadczeń na podstawie zawartej umowy, z czego wynikały dla niego określone obowiązki w zakresie sprawozdawczości. Takiej sytuacji nie można porównywać ze stanem faktycznym objętym dyspozycją art. 19 ust. 5 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, w którym NFZ nie ma jakiegokolwiek informacji o działalności leczniczej jednostki ubiegającej się o zapłatę za świadczenia wykonane tylko w ramach obowiązku ustawowego. Tymczasem w okolicznościach niniejszej sprawy pozwany dysponował sprawozdaniami powoda i wiedzą o zakresie świadczeń udzielanych przez powoda, a rzeczą powoda było wykorzystanie tych danych, ewentualnie wykorzystanie swoich uprawnień nadzorczych wynikających z faktu zawarcia ze szpitalem umowy.

Sąd Apelacyjny o ile podziela pogląd pozwanego, że wskazane w uzasadnieniu Sądu Okręgowego zasady zawarte w przepisach art. 7, 30, 50, 134 ustawy o świadczeniach zdrowotnych same w sobie nie mogą stanowić podstawy roszczenia dochodzonego przez powoda to zwraca uwagę, że rozważania Sądu Okręgowego w tym zakresie stanowiły jedynie uzupełnienie zasadniczej argumentacji Sądu przemawiającej za słusnością żądania powoda w zakresie w jakim żądania pozwu zostało uwzględnione. Dlatego pomimo, że Sąd Apelacyjny podziela stanowisko apelującego co do kwestii, że stosowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia zasady podziału środków finansowych pomiędzy świadczeniodawców same w sobie nie mogą stanowić podstawy faktycznej dla roszczeń świadczeniodawców, chyba, że działania takie okazałyby się bezprawne i stały się przyczyną wyrządzenia szkody. Jednak w niniejszej sprawie takie okoliczności nie zachodziły. Jedną z podstaw systemu ochrony zdrowia w Polsce jest obecnie powierzenie dysponowania środkami publicznymi na ochronę zdrowia Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Faktem powszechnie znanym jest, że wartość udzielanych świadczeń zdrowotnych przekracza wysokość środków, którymi dysponuje Fundusz na ochronę zdrowia. Zasady zawierania umów były znane powodowi przed zawarciem umowy w czerwcu 2009r. bo były jawne i podane świadczeniodawcom do wiadomości. Dlatego twierdzenie, o nierównym traktowaniu świadczeniodawców na terenie województwa (...) jest zbyt daleko idące. Ocena ta nie zmienia jednak ostatecznej

oceny Sądu Apelacyjnego z której wynika, że zaskarżony wyrok odpowiada prawu z innych wskazanych w uzasadnieniu względów.

Nie ma również uzasadnienia zarzut apelującego naruszenia zaskarżonym wyrokiem art. 20 i 21 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej(...). Regułą jest, że w stanach nagłych świadczenia są udzielane niezwłocznie (art. 19 ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych). O ile powód wykorzystał istniejąca w systemie możliwość dokonywanie rozliczeń świadczeń w sposób opisany przez pozwanego to trudno czynić mu zarzut łamania prawa, skoro funkcjonujący w okresie przejściowym system na to zezwalał, a pozwany tolerował tego rodzaju postępowanie, mimo posiadanych uprawnień nadzorczych. Pozwany nie zdołał wykazać – poza zgłoszonymi twierdzeniami – , że taki sposób rozliczania się powoda z pozwanym mógł wpłynąć na ocenę zasadności zgłoszonego żądania.

Zarzuty pozwanego w zakresie naruszenia prawa procesowego koncentrowały się na nieprawidłowościach w zakresie przeprowadzonego przez Sąd Okręgowy dowodu z opinii biegłych. Zarzuty te dotyczyły naruszenia art. 278 k.p.c. (brak zdaniem apelującego wiedzy specjalistycznej osób przywołanych na biegłych), sposobu przeprowadzenia tego dowodu (art. 284 k.p.c.) jak i oceny mocy dowodowej dowodu z opinii biegłych.

W świetle okoliczności wskazanych przez biegłych w czasie ich przesłuchania przez Sąd I instancji nie można zgodzić się z zarzutem pozwanego, że powołani na biegłych dr A. K. i prof. J. M. nie mieli wiedzy specjalistycznej wymaganej do opracowania opinii w niniejszej sprawie. Sąd Apelacyjny zauważa, że przedmiotem opinii nie był stan zdrowia pacjentów, których dokumentację medyczną badali biegli, ale prawidłowość zastosowanych przez personel medyczny szpitala procedur medycznych czyli z zakresu t.z.w. orzecznictwa lekarskiego na co zwrócił uwagę prof. J. M. w czasie przesłuchania (k. 2792). A zatem biegli nie dokonywali oceny prawidłowości postawionego przez lekarza rozpoznania, ale oceniali czy w świetle danych wynikających z dokumentacji medycznej i postawionej przez lekarza diagnozy zachodziła podstawa do udzielenia świadczeń zdrowotnych w trybie nagłym. W tym zakresie oboje biegli dysponowali wiedzą teoretyczną, wieloletnią praktyką i wykształceniem. Nie bez znaczenia jest również okoliczność, że opracowana opinia jest opinią łączną, a zatem przy formułowaniu wniosków opinii biegli wykorzystali wiedzę i doświadczenie każdego z nich. Apelujący zdaje się pomijać okoliczność, że dr A. K. jest specjalistą z zakresu zdrowia publicznego, która to dziedzina jak żadna inna dotyczy kontraktowania świadczeń medycznych. Brała też czynny udział w diagnostyce pacjentów (k. 2798).

Dlatego Sąd Apelacyjny ocenił, że w kontekście tak ustalonych kwalifikacji biegłych Sąd Okręgowy nie naruszył art. art. 278 k.p.c. powołując te osoby do opracowania opinii w niniejszej sprawie.

Co do samej oceny wniosków opinii Sąd Apelacyjny przypomina, że dowód z opinii biegłych podlega nieco odmiennym regułom oceny niż inne dowody osobowe. Opinia biegłego podlega, jak i inne dowody, ocenie według art. 233 § 1 k.p.c., lecz odróżniają je szczególne kryteria oceny. Stanowią je zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej wniosków. Przedmiotem opinii biegłego nie jest przedstawienie faktów, lecz ich ocena na podstawie wiedzy fachowej (wiadomości specjalnych). Nie podlega ona zatem weryfikacji jak dowód na stwierdzenie faktów, na podstawie kryterium prawdy i fałszu. Nie są miarodajne dla oceny tego dowodu niekonkurencyjne z nim oceny stron co do faktów będących przedmiotem opinii. Nie jest rolą sądu ocena opinii biegłego pod kątem jej zgodności z dokumentacją medyczną oraz prowadzonym leczeniem, ocena sądu nie może wkraczać w sferę wiedzy specjalistycznej. Sąd dokonuje natomiast oceny opinii biegłego na podstawie kryteriów zgodności z zasadami logiki, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia skuteczności wyrażonych w niej wniosków, bez, co raz jeszcze należy podkreślić, wkraczania jednakże w sferę wiedzy specjalistycznej. Ocena Sądu powinna uwzględniać złożone przez biegłego sprawozdanie z dokonanych czynności celem opracowania opinii. Po stwierdzeniu, że biegli posiadali niezbędną wiedzę specjalistyczną potrzebną do opracowania opinii, Sąd Okręgowy w sposób prawidłowy na podstawie art. 233 § 1 k.p.c. ocenił przeprowadzony dowód w oparciu o wskazane wyżej kryteria czemu dał wyraz w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku. Zarzut, że podstawą do wydania opinii była dokumentacja nie znajdująca się w aktach sprawy, z która biegli zapoznawali się poza sądem, odnosi się jedynie do części dokumentacji w postaci historii chorób pacjentów, które na wniosek

biegłych były przedmiotem dodatkowej oceny, niezależnie od kompletu kart informacyjnych leczenia szpitalnego. W ocenie Sądu Apelacyjnego taki sposób postępowania biegłych świadczy o ich rzetelności. Dopuszczenie przez Sąd możliwości zapoznania się przez biegłych z wybranymi historiami chorób pacjentów poza siedzibą sądu było uzasadnione, skoro dokumenty te były konieczne do opracowania wniosków opinii. Nie naruszało to uprawnień stron w zakresie podjęcia obrony swoich praw, skoro strony zapoznane zostały z wynikami pracy biegłych i miały możliwość weryfikacji wniosków zawartych w opinii. Generalną zasadą jest, że zgodnie z art. 278 § 1 k.p.c. dowód z opinii biegłych przeprowadza Sąd i to Sąd decyduje o zakresie przedmiotowym opinii, w tym podstawach do jej opracowania.

Przyjmując nawet, że dopuszczenie przez Sąd możliwości wykorzystania do opracowania opinii dokumentów nie znajdujących się w aktach sprawy stanowiło naruszenia przepisów postępowania, to wymagałoby to od apelującego wykazania czy i w jaki sposób naruszenia to wpłynęło na treść rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie, czego jednak apelujący nie uczynił.

Dodatkowo należy podkreślić, że w sytuacji gdy zgłoszone zostały przez pozwanego zarzuty do opinii biegłych Sąd Okręgowy nie zaniechał przesłuchania biegłych, którzy składając osobiście zeznania do protokołu rozprawy w dniu 13 stycznia 2012r. (k. 2791 – 2799) odnieśli się szczegółowo do wszystkich zgłoszonych zarzutów. Taki sposób przeprowadzenia dowodu gwarantował Sądowi przeprowadzenie rzetelnej oceny dowodu i nie naruszał zasady kontrydiktoryjności. Jak już wyżej powiedziano kwestionowanie przez strony wniosków opinii biegłych, nie może wkraczać w sferę wiedzy specjalistycznej. Dlatego słusznie ocenił Sąd Okręgowy, że do oceny biegłych należało pozostawić decyzję w których przypadkach do sformułowania ostatecznych wniosków opinii wystarczające było wykorzystanie karty informacyjnej leczenia szpitalnego, a jak zeznali biegli następowało to w oczywistych przypadkach (n.p. zawał serca).

Sąd Apelacyjny nie podziela stanowiska prezentowanego w zarzutach apelacji, że w niniejszej sprawie Sąd I instancji zastąpił powoda w inicjatywie dowodowej. Zarzut naruszenia art. 232 § 1 k.p.c. został przez apelującego określony mało precyzyjnie co poważnie ogranicza możliwości Sądu odwoławczego do szczegółowego ustosunkowania się do jego treści. Z treści protokołu rozprawy w dniu 13 stycznia 2012r. (k. 2799) wynika, że to obie strony zobowiązane zostały przez Sąd do przedstawienia stosownych wyliczeń, w związku z czym Sąd Apelacyjny nie może zgodzić się z apelującym, że mogło to doprowadzić do naruszenia równowagi procesowej.

Na koniec odnosząc się do zarzutu nieuwzględnienia wniosków dowodowych pozwanego Sąd Apelacyjny zauważa, że Sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z dalszych biegłych lub opinii instytutu, gdy zachodzi taka potrzeba, a więc wtedy gdy przeprowadzona już opinia zawiera istotne luki, jest niekompletna, bo nie odpowiada na postawione tezy dowodowe, niejasna, czyli nienależycie uzasadniona lub nieweryfikowalna, tj. gdy przedstawiona ekspertyza nie pozwala organowi orzekającemu zweryfikować zawartego w niej rozumowania co do trafności wniosków końcowych. Opinia opracowana w sprawie odpowiadała na wszystkie pytania zawarte w zleceniu. Jak już wyżej wspomniano uwzględnienie przez Sąd wniosku pozwanego o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego na okoliczność możliwości wykorzystania przez biegłych kart informacyjnych, doprowadziłoby do próby podważenia kompetencji biegłych, pomimo braku podstaw do poddawania w wątpliwość ich wiedzy i dorobku naukowego oraz pomimo oceny, że opracowana opinia jest rzetelna, zupełna i zawiera logiczne uzasadnienie.

Odnosząc się na koniec do zarzutu dotyczącego rozstrzygnięcia o kosztach procesu w tym kosztach sądowych to Sąd Apelacyjny zauważa, że rozstrzygnięcie o kosztach procesu Sąd Okręgowy uzasadnił wskazując jako podstawę rozstrzygnięcia art. 98 § 1 k.p.c. pomimo częściowego uwzględnienia powództwa. Dlatego należało się zgodzić z pozwanym, że w niniejszej sprawie o kosztach procesu należało orzec na podstawie art. 100 k.p.c., ale biorąc pod uwagę, że powód uległ co do swoich żądań w niewielkim zakresie bo co do 1/3, to po zastosowaniu art. 100 k.p.c. zdanie drugie wynik rozstrzygnięcia o kosztach zawarty w zaskarżonym wyroku odpowiada prawu, bowiem pozwany poniósł koszty od części żądania, która została uwzględniona.

W konsekwencji rozważań nad zarzutami zawartymi w apelacji pozwanego Sąd Apelacyjny nie znajdując podstaw faktycznych i prawnych do uwzględnienia apelacji, na podstawie art. 385 k.p.c. orzekł o jej oddaleniu.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na zasadzie odpowiedzialności za wynik sprawy (art. 98 § 1 w związku z 108 § 1 i 391 § 1 k.p.c.).

Na zasądzone na rzecz powoda koszty składa się wynagrodzenie profesjonalnego pełnomocnika w wysokości odpowiadającej § 12 ust. 1 punkt 2 i § 6 punkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (...).

Z tych wszystkich względów orzeczono jak w sentencji.