

Sygn. akt VI ACa 1900/14

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 stycznia 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie VI Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący - Sędzia SA Agata Zajac

Sędziowie: SA Ewa Stefańska

SO (del.) Jolanta Pyżlak (spr.)

Protokolant: Izabela Nowak

po rozpoznaniu w dniu 21 stycznia 2016 r. w Warszawie

na rozprawie sprawy z powództwa Zespołu (...) w S.

przeciwko (...)

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 25 sierpnia 2014 r.

sygn. akt IV C 232/14

I. oddala apelację;

II. odstępuje od obciążenia strony powodowej kosztami zastępstwa procesowego poniesionymi przez stronę pozwaną w postępowaniu apelacyjnym.

Sygn. akt VI ACa 1900/14

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 16 października 2013 roku powód Zespół (...) w S. wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) z/s w W. kwoty 1.762.025,33 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi:

- od kwoty 1.379.619,73 zł od dnia 1 stycznia 2013r. do dnia zapłaty, tytułem nadwykonań wypracowanych przez powoda w okresie od dnia 1 stycznia 2012 r. do dnia 31 grudnia 2012 r., związanych z realizacją umowy nr (...) o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne;

- od kwoty 382.405,60 zł od dnia 1 stycznia 2013 r. do dnia zapłaty, tytułem nadwykonań wypracowanych przez powoda za okres od dnia 1 stycznia 2012 r. do dnia 31 grudnia 2012 r. związanych z realizacją umowy nr (...) o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej - rehabilitacja lecznicza.

Ponadto powód wniósł o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania sądowego wraz z kosztami zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Pozwany wnosił o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według obowiązujących w tym zakresie norm.

Wyrokiem z dnia 25 sierpnia 2014r. w sprawie o sygn. akt IV C 232/14 Sąd Okręgowy w Warszawie oddalił powództwo, nieuiszczone koszty sądowe przejął na rachunek Skarbu Państwa oraz zasądził od powoda na rzecz pozwanego kwotę 7200 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego.

Swoje rozstrzygnięcie Sąd Okręgowy oparł na następujących ustaleniach faktycznych i rozważaniach prawnych:

Zespół (...) w S. prowadzi działalność leczniczą polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz prowadzi inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonania, a także promuje zdrowie oraz realizuje zadania dydaktyczne i badawcze w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.

W dniu 11 stycznia 2012 r. powód zawarł z pozwanym umowę nr (...) o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne, a w dniu 26 stycznia 2012 roku umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - rehabilitacja lecznicza. Zgodnie z postanowieniami wyżej wskazanych umów powód był obowiązany do udzielania świadczeń zdrowotnych w nich określonych, natomiast pozwany był obowiązany do finansowania tych świadczeń do kwoty określonej w umowach.

W dniu 20 kwietnia 2012 r. w związku z przekroczeniem limitu planowanych świadczeń zdrowotnych powód wystosował wniosek o renegotiację umowy nr (...) w rodzaju leczenie szpitalne na 2012r. z prośbą zwiększenia planu rzeczowo-finansowego w zakresach świadczeń obejmujących:

- Choroby wewnętrzne - hospitalizacja - wzrost o 12.000 pkt,
- Ortopedia i Traumatologia Narządów Ruchu - hospitalizacja - wzrost o 20.000 pkt,
- Ortopedia i Traumatologia Narządów Ruchu - hospitalizacja – (...) - wzrost o 3.000 pkt.

W piśmie z dnia 23 maja 2012r. pozwany wyraził chęć podpisania aneksu zwiększającego wartość umowy zgodnie z treścią projektu aneksu załączonego do niniejszego pisma i poinformował, iż nie przewiduje do końca 2012 r. dalszych zmian w umowie dot. ww. zakresów świadczeń zdrowotnych.

W piśmie z dnia 27 lipca 2012r. Szpital (...) wnioskował o zmianę warunków umowy nr (...) w zakresie leczenie szpitalne za okres styczeń-czerwiec 2012 r. w związku z finansowaniem powstałych nadwykonań w tym okresie rozliczeniowym.

W kolejnym piśmie opatrzonym tą samą datą tj. 27 lipca 2012r. powód wystąpił o zmianę warunków umowy nr (...) w zakresie rehabilitacja lecznicza za okres styczeń-czerwiec 2012r. w związku z finansowaniem powstałych nadwykonań w tym okresie rozliczeniowym.

W odpowiedzi na powyższe pisma pozwany w dniu 2 sierpnia 2012r. poinformował, iż kwestie renegotiacji umowy podejmie w późniejszym terminie, wskazując, że termin rozliczenia umów za wskazany okres mija 14 sierpnia 2012r., zatem najwcześniej dopiero po 15 sierpnia 2012r. (...) Oddział Wojewódzki(...)a z siedzibą w W. (dalej jako (...)) przystąpi do rozpatrywania wniosków dotyczących zmian w umowach.

W piśmie z dnia 27 września 2012r. (...) odmówił renegotiacji umowy, a tym samym zapłaty za wykonanie świadczeń zdrowotnych, podkreślając, iż „nie ma możliwości finansowania nieograniczonej liczby świadczeń opieki zdrowotnej” i że podstawą udzielania świadczeń osobom ubezpieczonym jest umowa zawarta przez świadczeniodawcę jednocześnie poinformował, iż „kwestią kluczową jest finansowanie świadczeń tzw. nielimitowanych oraz świadczeń oznaczonych jako ratujące życie”.

W dniu 29 sierpnia 2012r. Szpital (...) wystąpił z wnioskiem do (...) o renegotjacje umowy nr (...) w zakresie leczenia szpitalne w zakresie anestezjologia i intensywna terapia - hospitalizacja. Szpital wnosil o zmianę poziomu referencyjnego z poziomu I na poziom II, w związku ze zmianą wprowadzoną rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. nr 202, poz. 119 1).

Pismem z dnia 13 września 2012 roku (...) rozpoznał negatywnie złożony wniosek, a tym samym nie dokonał zmiany poziomu referencyjnego i nie zwiększył wartości umowy nr (...) po I półroczu 2012 roku.

W piśmie opatrzonym datą 24 września 2012r. Szpital (...) wnioskował o renegotjacje umowy nr (...) w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgia ogólna – hospitalizacja, wnosząc o zwiększenie limitu punktów o 5000 w okresie październik - grudzień 2012r. Powyższe uzasadnił wprowadzeniem nowych rodzajów procedur w zakresie chirurgii metabolicznej i bariatrycznej.

(...) w odpowiedzi na wskazane wyżej pismo w dniu 8 października 2012 roku odmówił renegotjacji umowy, a jednocześnie zmiany limitu punktów, podając m.in. iż „Fundusz nie finansuje strategii rozwojowych podmiotów szczególnie będących w fazie „planów”, a jedynie faktycznie wykonaną i sprawozdaną usługę do kwoty określonej w umowie”.

W piśmie z dnia 6 lutego 2013r. Szpital (...) wniósł o renegotjacje umowy nr (...) w rodzaju leczenie szpitalne za 2012 r. Podobnie Szpital uczynił w stosunku do umowy nr (...) w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

We wniosku pozwanego z dnia 25 marca 2013r. o zawarcie ugody do umowy za 2012r. podniósł on, iż nie może sfinansować z własnych środków pełnej kwoty wypracowanych przez świadczeniodawców nadwykonań. (...) wskazał ponadto, że z procesu finansowania zostały wykluczone okresy, za które świadczeniodawca w 2012r. podpisał ugody/porozumienia/aneksy o zrzeczeniu się roszczeń oraz te, w stosunku do których została zmniejszona kwota zobowiązania (...). Jednocześnie (...) poinformował, iż podpisanie ewentualnej ugody będzie wymagało podpisania porozumienia zmniejszającego umowę rozliczeniową oraz zrzeczenia się roszczeń istniejących, jak i tych które mogą powstać w przyszłości, wynikających z umowy stanowiącej podstawę zawarcia ugody.

W dniu 8 lutego 2013r. Szpital (...) zawarł z (...) ugodę nr (...) dotyczącą rozliczenia wynagrodzenia za świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Zgodnie z treścią § 1 pkt 2 wyżej wspomnianej ugody pozwany zobowiązał się zapłacić powodowi dodatkowe wynagrodzenie w wysokości 172 955,60 zł z tytułu udzielania w okresie od dnia 1 lipca 2011 roku do dnia 31 grudnia 2011 roku świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w ilości przekraczającej liczby jednostek rozliczeniowych określone w umowie.

W dniu 28 marca 2013r. Szpital (...) zawarł ugodę nr (...) dotyczącą rozliczenia wynagrodzenia za świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne. Zgodnie z treścią § 1 pkt 2 wyżej wspomnianej ugody pozwany zobowiązał się zapłacić powodowi dodatkowe wynagrodzenie w wysokości 392 808,00 zł z tytułu udzielania w okresie od dnia 1 stycznia 2012 roku do dnia 31 grudnia 2012 roku świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w ilości przekraczającej liczby jednostek rozliczeniowych określonej w umowie.

Z zestawienia przygotowanego przez Szpital (...) dotyczącego świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza wynika, iż wartość nadwykonań za 2012 r. z zakresu fizjoterapia ambulatoryjna oraz rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym wynosi 382.405,60 zł.

Zgodnie natomiast z zestawieniem dotyczącym świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne wynika, iż wartość nadwykonań powoda za 2012r. z zakresu: położnictwo i ginekologia - hospitalizacja, położnictwo i ginekologia – hospitalizacja - (...), neonatologia-hospitalizacja, neonatologia-hospitalizacja - (...), choroby wewnętrzne - hospitalizacja, chirurgia ogólna - hospitalizacja, ortopedia i traumatologia narządów ruchu - hospitalizacja, ortopedia i traumatologia narządów ruchu - hospitalizacja- (...), pediatria-hospitalizacja, świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym, - anestezjologia i

intensywna terapia-hospitalizacja, - świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym- UE, wynosi 1 379.619,73 zł. Wartość wypracowanych nadwykonań przez Szpital (...) łącznie wynosi 1 762.025,33 zł .

W dniu 10 września 2013r. powód wystosował ostateczne przedsądowe wezwanie do zapłaty należności w wysokości 1 343 842,75 zł wynikającej z realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne nr (...) oraz w wysokości 365 265,16 zł wynikającej z realizacji umowy w rodzaju rehabilitacja lecznicza nr (...) tj. łącznie kwoty 1 762.025,33 zł w terminie 7 dni od otrzymania wezwania.

Powyższy stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił na podstawie załączonych do akt dokumentów, uznając dowody te za wiarygodne. Wskazał, iż pominął na podstawie art. 207 § 6 k.p.c. wnioski dowodowe powoda zgłoszone w piśmie złożonym w dniu 25 sierpnia 2014r. jako spóźnione.

Sąd Okręgowy uznał, iż roszczenie powoda nie zasługuje na uwzględnienie. Sprawa toczy się w warunkach obowiązywania art. 207 k.p.c. w nowym brzmieniu, który nakłada na strony procesowe określone obowiązki. Powód inicjujący powstępowanie sądowe, ma obowiązek przedstawienia Sądowi wszystkich twierdzeń i dowodów, na których opiera swoje roszczenie. Zgodnie z treścią art. 207 § 6 k.p.c. Sąd pomija spóźnione twierdzenia i dowody, chyba że strona uprawdopodobni, że nie zgłosiła ich w pozwie, odpowiedzi na pozew lub dalszym piśmie przygotowawczym bez swojej winy lub że uwzględnienie spóźnionych twierdzeń i dowodów nie spowoduje zwłoki w rozpoznaniu sprawy albo że występują inne wyjątkowe okoliczności. W ocenie Sądu Okręgowego powód nie zgłosił wszystkich twierdzeń i dowodów w pierwszym piśmie procesowym. Natomiast na podstawie dotychczas przedłożonych dokumentów i dowodów Sąd nie jest w stanie ustalić, czy kwota dochodzona pozwem jest zasadna oraz czy świadczenia wykonane ponad limit były uzasadnione. Roszczenie nie zostało udowodnione przez powoda, na którym zgodnie z treścią art. 6 k.c. spoczywa ciężar udowodnienia zasadności jego roszczeń.

O kosztach Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 102 k.p.c. i art. 98 k.p.c.

Od powyższego wyroku apelację wniosła strona powodowa zaskarżając wyrok w całości i podnosząc następujące zarzuty:

1. naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez jego błędną wykładnię, która miała istotny wpływ na wynik sprawy, w ten sposób, iż Sąd I instancji dokonał błędnej analizy zgromadzonego i przedłożonego przez powoda materiału dowodowego, któremu Sąd I instancji uprzednio przyznał wiarygodność, oraz na podstawie którego wskazał, iż faktycznie nastąpiło wypracowanie świadczeń ponad limit o wartość 1 762 025,33 zł, a następnie nie uwzględnił powyższego roszczenia, co wskazuje, iż w ostatecznym wywodzie nie dokonał merytorycznej analizy treści zawartych w zgromadzonym materiale dowodowym, tym samym uchybił obowiązkowi dokonania własnej oceny dowodów zgromadzonych w sprawie;

2. naruszenie art. 232 zdanie pierwsze k.p.c., które miało wpływ na treść orzeczonego wyroku, poprzez błędne przyjęcie przez Sąd I instancji, iż strona powodowa nie wywiązała się z nałożonego na nią obowiązku wskazania dowodów dla stwierdzenia faktów, z których wywodzi skutki prawne oraz umożliwiających ustalenie, czy dochodzona pozwem kwota jest zasadna, pomimo, iż strona powodowa przekazała niezbędny materiał dowodowy wraz z wyliczeniami, potwierdzający zasadność żądanego roszczenia i czyniący zadość obowiązkowi przewidzianemu w świetle art. 6 k.c., na którym de facto Sąd I instancji ustalił wartość roszczenia;

3. art. 328 § 2 k.p.c. poprzez jego niezastosowanie przez Sąd I instancji oraz sporządzenie uzasadnienia rozstrzygnięcia niezawierającego rzetelnego wyjaśnienia podstawy faktycznej i prawnej oraz faktów, które uznał za udowodnione, dowodów, na których oparł się, i przyczyn, dla których innym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej, a także przytoczenia podstawy prawnej wyroku z przytoczeniem przepisów prawa; lakoniczność oraz powyższe braki sporządzonego uzasadnienia utwierdzają przekonanie o uchybieniu przez Sąd I instancji w postaci niedokonania merytorycznej analizy treści zgromadzonego materiału dowodowego oraz nierozpoznania roszczenia co do istoty sprawy, utrudniając tym samym kontrolę wydanego orzeczenia;

4. naruszenie art. 217 § 2 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. poprzez błędną ich wykładnię, która miała istotny wpływ na rozstrzygnięcie sprawy, w ten sposób że Sąd I instancji bezzasadnie pominął twierdzenia i dowody przedstawione przez stronę powodową w piśmie z dnia 22 sierpnia 2014r. o tytule Replika Powoda na odpowiedź na pozew z dnia 14 kwietnia 2014r., zawierające stanowisko strony powodowej oraz dodatkowe wnioski dowodowe, w szczególności wnioski o dopuszczenie dowodów z opinii biegłych lekarzy z zakresu specjalizacji położnictwa i ginekologii, neonatologii, chorób wewnętrznych, chirurgii wewnętrznej i ogólnej, ortopedii i traumatologii narządów ruchu, pediatrii, anestezjologii i intensywnej terapii oraz ratownictwa medycznego, mających na celu polemikę i odparcie zarzutów przedstawionych przez stronę pozwaną - Narodowy Fundusz Zdrowia;

5. naruszenie art. 207 § 6 k.p.c. poprzez błędne uznanie przez Sąd I instancji, iż wnioski dowodowe przedstawione przez stronę powodową w piśmie z dnia 22 sierpnia 2014r. były spóźnione, a w konsekwencji pominięte przez Sąd I instancji, kiedy to nie były one spóźnione, bowiem stanowiły poparcie twierdzeń będących repliką zarzutów wskazanych przez pozwanego - Narodowy Fundusz Zdrowia w odpowiedzi na pozew, a przedłożony uprzednio w pozwie materiał dowodowy był wystarczający do uzasadnienia roszczenia wynikającego z realizacji zawartej z Pozwanym umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, a tym samym do rozpoznania sprawy co do jej istoty;

6. naruszenie art. 232 zdanie drugie k.p.c. w zw. art. 278 § 1 k.p.c. poprzez jego niezastosowanie, które miało istotny wpływ na treść orzeczonego wyroku, w postaci błędnego uznania przez Sąd I instancji, iż w przedmiotowej sprawie nie zachodzą okoliczności wymagające wiadomości specjalnych z zakresu różnych specjalizacji położnictwa i ginekologii, neonatologii, chorób wewnętrznych, chirurgii wewnętrznej i ogólnej, ortopedii i traumatologii narządów ruchu, pediatrii, anestezjologii i intensywnej terapii oraz ratownictwa medycznego, pomimo zaistnienia okoliczności faktycznych przesądzających o konieczności powołania biegłego oraz złożonego przez stronę powodową wniosku dowodowego, celem odparcia zarzutów wskazanych przez pozwanego w odpowiedzi na pozew.

W konsekwencji skarżący wniósł o zmianę wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 25 sierpnia 2014r. przez zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kwoty wskazanej w pozwie, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania przez Sąd I instancji oraz zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu przed Sądem I i II instancji, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Pozwany wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powoda jest niezasadna. Wprawdzie niektórym jej zarzutom nie można odmówić słuszności, jednakże nie mają one wpływu na treść zaskarżonego orzeczenia. Sąd Apelacyjny podziela ustalenia faktyczne dokonane przez Sąd Okręgowy, natomiast argumentacja prawna niewątpliwie wymaga uzupełnienia.

Sąd Okręgowy ustalił, iż powodowy szpital udzielił świadczeń leczniczych w 2012r. w zakresach wskazanych w dołączonych do pozwu dokumentach ponad limity ustalone z umowami z pozwanymi. Wskazał też ich ogólną wartość, odpowiadającą wartości wskazanej w pozwie. Okoliczności te nie były kwestionowane przez pozwanego, a Sąd oparł swoje ustalenia na złożonych przez strony dokumentach dając im wiarę. W tej sytuacji zarzut naruszenia art. 233 §1 k.p.c. należy uznać za niezasadny, bowiem Sąd pierwszej instancji ocenił złożone przez powoda dokumenty zgodnie z tezami dowodowymi powoda. Zgodnie z treścią tego przepisu sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału, a zatem z uwzględnieniem wszystkich dowodów przeprowadzonych w postępowaniu, jak również wszelkich okoliczności towarzyszących przeprowadzaniu poszczególnych dowodów i mających znaczenie dla oceny ich mocy i wiarygodności. Ramy swobodnej oceny dowodów wyznaczone są wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego oraz regułami logicznego myślenia, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i wając ich moc oraz wiarygodność, odnosi je do pozostałego materiału dowodowego. Podnosząc w apelacji zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. strona musi wykazać jakich dowodów Sąd nie ocenił lub ocenił wadliwie, jakie fakty pominął i jaki wpływ pominięcia faktów

czy dowodów miało na treść orzeczenia. Tylko ocena rażąco błędna lub sprzeczna z treścią materiału dowodowego, nieodpowiadająca zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego może czynić usprawiedliwionym zarzut naruszenia art. 233§1 k.p.c. W niniejszej sprawie z dokumentów złożonych przez powoda wynika, iż powód zawarł umowy z pozwanym, zwracał się do niego o ich renegocjację z uwagi na wykonania ponadlimitowe, częściowo pozwany wnioski te uwzględnił zawierając z powodem ugody. Natomiast na okoliczność rodzaju udzielonych świadczeń ponadlimitowych i ich wartości powód dołączył do pozwu jedynie komputerowy wydruk zawierający zestawienie „nadwykonań”, poświadczony za zgodność z oryginałem przez pełnomocnika, natomiast nie zawierający w oryginale żadnych podpisów. W istocie zatem nie jest to nawet dokument prywatny, lecz inny środek dowodowy w rozumieniu art. 308 k.p.c. Pozwany jednakże nie kwestionował samego faktu wykonania przez powoda takich świadczeń, a zatem okoliczność tę należy uznać za przyznaną w rozumieniu art. 229 i 230 k.p.c., co nie oznacza jednak, iż wykazano tymi dowodami lub przyznano okoliczności niezbędne dla uwzględnienia niniejszego powództwa, o czym w dalszej części uzasadnienia.

Art. 232 zdanie pierwsze k.p.c. dotyczy stron, a zatem Sąd nie może naruszyć tego przepisu. Prawidłowo natomiast Sąd pierwszej instancji uznał, iż ciężar dowodu w niniejszej sprawie spoczywa na stronie powodowej.

Sąd Okręgowy w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku ustalił stan faktyczny powołując się przy każdej okoliczności na poszczególne dowody złożone do akt przez strony, wskazał też, iż dowody te uznał za wiarygodne, nie odmówił mocy dowodowej żadnym dokumentom czy innym dowodom złożonym do akt sprawy, a zatem nie można mu zarzucić, iż nie wskazał faktów, które uznał za udowodnione, dowodów, na których oparł się, i przyczyn, dla których innym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej. Rzeczywiście natomiast nie wskazał pełnej podstawy prawnej dochodzonego roszczenia. Jednakże zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. może być usprawiedliwiony tylko w tych wyjątkowych przypadkach, w których treść uzasadnienia orzeczenia sądu pierwszej instancji całkowicie uniemożliwia dokonanie oceny toku wyводу, który doprowadził do wydania orzeczenia. O skutecznym jego postawieniu można mówić tylko wtedy, gdy uzasadnienie wyroku nie zawiera elementów pozwalających na weryfikację stanowiska sądu, a braki uzasadnienia w zakresie poczynionych ustaleń faktycznych i oceny prawnej muszą być tak znaczne, że sfera motywacyjna orzeczenia pozostaje nieujawniona, bądź ujawniona w sposób uniemożliwiający poddanie jej ocenie instancyjne. W niniejszej sprawie Sąd Okręgowy wskazał, iż powodem oddalenia powództwa było jego nieudowodnienie, bowiem zgłoszone dopiero na ostatniej rozprawie wnioski dowodowe były sprekludowane (spóźnione). Sfera motywacyjna orzeczenia została zatem ujawniona przez Sąd pierwszej instancji w sposób umożliwiający jego kontrolę instancyjną. Jednakże w pierwszej kolejności należy wskazać jakie okoliczności wymagały udowodnienia w niniejszej sprawie.

Powód jako podstawę prawną dochodzonego roszczenia wskazał w pozwie art. 405 k.c. w zw. z art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zw. z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry w zw. z art. 15 ustawy o działalności leczniczej oraz w zw. z art. 7 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Jak się wskazuje w orzecznictwie wskazana podstawa prawna nie wiąże Sądu, wiąże natomiast podstawa faktyczna.

W roku 2012r. strony łączyły umowy o udzielanie świadczeń leczniczych zawarte na podstawie art. 132 ust. 1 ustawy z 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2015 poz. 581 t.j.). Zgodnie z tymi umowami powód (świadczeniodawca) był zobowiązany do udzielania świadczeń leczniczych w zakresach wskazanych w załącznikach, przy czym łączne kwoty zobowiązań Funduszu wobec świadczeniodawcy nie mogły przekroczyć kwoty wskazanej w tych umowach. Za świadczenia objęte limitami wynikającymi z umów pozwany zapłacił, dodatkowo zawarł również porozumienia dotyczące części świadczeń ponadlimitowych i zapłacił za nie. W świetle zawartych umów i przepisów ww. ustawy powód nie może domagać się od pozwanego zapłaty za tzw. nadwykonania poza świadczeniami udzielonymi w tzw. stanach nagłych.

Niezależnie od limitów ustalonych w umowach powód był zobowiązany do udzielania świadczeń w stanach wskazanych w art. 15 ustawy z 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2015 poz.618.) („Podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia

takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia”), w art. 7 ustawy o prawach pacjenta z 6 listopada 2008r. (Dz.U. 2012 poz. 159) („ Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. W przypadku porodu pacjentka ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem”), w art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2015 poz. 464) („ 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”).

Jak wskazał Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z 27 sierpnia 2015r. III CSK 455/14 LEX nr 1800063 podstawą udzielania takich świadczeń jest również umowa zawarta przez świadczeniodawcę z Funduszem, niezależnie od tego czy świadczenia te zostały udzielone w ramach limitów ustalonych umową czy też po wyczerpaniu limitów, który to pogląd Sąd Apelacyjny w obecnym składzie podziela. A zatem źródłem obowiązku finansującego jest umowa zawarta ze świadczeniodawcą a nie przepisy o bezpodstawnym wzbogaceniu. Udzielanie świadczeń w stanach nagłych jest ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy o charakterze bezwzględny i koszt wykonania świadczenia, którego umowa nie przewidywała ze względu na jego rodzaj lub wyczerpanie limitu nie może obciążać ani świadczeniodawcy, ani świadczeniobiorcy. Podmiotowi leczniczemu, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługuje roszczenie o wynagrodzenie za wykonanie ponadlimitowych świadczeń w stanie nagłym w wysokości uzasadnionych kosztów ich udzielenia, analogicznie jak w art. 19 ust. 4 ww. ustawy o świadczeniach leczniczych (tak też SN w cytowanym wyżej wyroku).

Zgodnie z art. 19 ust. 4 ww. ustawy świadczeniodawca ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z ust. 5 tego artykułu - w celu uzyskania wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca powinien złożyć wnioski do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i ich kosztów oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności udzielenia świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych.

Definicję stanu nagłego zawiera art. 3 pkt 8 ustawy z 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2013. poz. 757 t.j.) w zw. z art. 5 ust. 33 ww. ustawy o świadczeniach leczniczych: jest to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

Skoro powód w niniejszej sprawie już w pozwie podnosił, iż świadczenia objęte żądaniem pozwu zostały udzielone w stanie nagłym (por. k. 16 uzasadnienie pozwu) i dlatego pozwany powinien za nie zapłacić, pomimo faktu, iż zostały udzielone powyżej limitów ustalonych w umowie, to już w pozwie powinien złożyć dokumenty o których mowa w art. 19 ust. 5 ww. ustawy w celu wykazania konkretnych świadczeń i uzasadnionych kosztów ich udzielenia oraz przedstawienia okoliczności uzasadniających ich sfinansowanie przez pozwanego, tj., wykazania że zostały udzielone w stanie nagłym w rozumieniu ustawy. Dopiero wówczas, gdy pozwany zakwestionował poszczególne świadczenia, powód mógłby wnosić o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego, lub też Sąd mógłby rozważyć dopuszczenie takiego dowodu z urzędu. Biegły powoływany jest do pomocy w ocenie materiału dowodowego zebranego w sprawie z uwzględnieniem wiedzy specjalnej, a nie do zbierania materiału dowodowego za stronę. W niniejszej sprawie nie zachodziły żadne szczególne okoliczności uzasadniające działanie sądu z urzędu, tym bardziej, iż w aktach nie było materiału dowodowego, który mógłby zostać poddany ocenie biegłego.

Zgodnie z wymogami kodeksu postępowania cywilnego po nowelizacji dokonanej w 2012r. strona powodowa powinna zgłosić wszystkie wnioski dowodowe na okoliczności istotne dla rozstrzygnięcia już w pozwie. W świetle art. 207 § 6 k.p.c. Sąd pomija spóźnione twierdzenia i dowody, chyba że strona uprawdopodobni, że nie zgłosiła ich w pozwie, odpowiedzi na pozew lub dalszym piśmie przygotowawczym bez swojej winy lub, że uwzględnienie spóźnionych twierdzeń i dowodów nie spowoduje zwłoki w rozpoznaniu sprawy albo że występują inne wyjątkowe okoliczności.

W niniejszej sprawie pozew został wniesiony w dniu 16 października 2013r., odpowiedź na pozew została przesłana pełnomocnikowi powoda w dniu 17 kwietnia 2014 (k. 155), zaś powód złożył pismo procesowe zawierające wnioski dowodowe dopiero w dniu 25 sierpnia 2014r. – na wyznaczonej w celu rozpoznania sprawy rozprawie (k.167). Pismo nie zawierało powołania się żadne wyjątkowe okoliczności o jakich mowa w tym przepisie, a z całą pewnością uwzględnienie wniosku powodowało zwłokę w postępowaniu, skoro powód dopiero domagał się udzielania mu terminu na zgromadzenie dowodów. Składając wnioski dowodowe dopiero na rozprawie wyznaczonej prawie rok po wniesieniu sprawy do sądu, choć stanowisko pozwanego było mu znane jeszcze przed wniesieniem sprawy do sądu, powód uchybił treści ww. przepisów, w związku z czym zasadnie Sąd Okręgowy pominął jego wnioski dowodowe. Należy jeszcze zwrócić uwagę na fakt, iż obszerność dokumentacji nie stanowi podstawy do uznania jej na inną okoliczność uzasadniająca późniejsze zgłoszenie wniosków dowodowych, bowiem wniosek mógł być zgłoszony już w pozwie przy uwzględnieniu możliwości przeprowadzenia z nich dowodu w trybie wskazanym w art. 249 k.p.c.

W związku z powyższym zarzut naruszenia przez Sąd art. 217§1 k.p.c. należy uznać za niezasadny, bowiem art. 207 §6 k.p.c. stanowi wyjątek od wskazanej tam zasady. Zgodnie z art. 217 §2 k.p.c. sąd może pominąć spóźnione twierdzenia i dowody. Ponadto po oddaleniu wniosków dowodowych powodowa nie zgłosiła zastrzeżenia do protokołu w rozumieniu art. 162 k.p.c. co do naruszenia przepisów, co uniemożliwia skuteczne powoływanie się na ewentualne uchybienia sądu w tej kwestii.

Ponadto należy zauważyć, iż powód skutecznie zrzekł się pozostałych roszczeń z tytułu leczenia szpitalnego w ugodzie z dnia 28 marca 2013r. – przy czym zrzeczenie to obejmuje również świadczenia udzielone w okolicznościach o jakich mowa w art. 15 ustawy o działalności leczniczej i art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (k. 77-78). Ugoda ta zawierała całkowite i ostateczne rozliczenie stron m.in. z tytułu tego rodzaju świadczeń, a strona powodowa nie uchyliła się w żaden sposób od złożonego tam oświadczenia woli. Brak jest też podstaw, aby uznać, iż ugoda ta jest nieważna z mocy prawa, bowiem żaden przepis nie zabrania zawierania ugód w kwestii finansowania świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z art. 917 k.c. przez ugodę strony czynią sobie wzajemne ustępstwa w zakresie istniejącego między nimi stosunku prawnego w tym celu, aby uchylić niepewność co do roszczeń wynikających z tego stosunku lub zapewnić ich wykonanie albo by uchylić spór istniejący lub mogący powstać w przyszłości. Powód zrzekając się dalszych roszczeń zrzekł się nie samego prawa uzyskiwania zapłaty z tytułu świadczeń udzielonych w stanie nagłym, ale ugoda ta objęła wzajemne – ilościowe rozliczenia stron z tego tytułu.

Nie zawarto ugody co nadwykonań udzielonych w zakresie rehabilitacji leczniczej w 2012r., ale rehabilitacja co do zasady nie jest wykonywana w stanach nagłych w rozumieniu ustawy, a zatem roszczenie z tego tytułu nie może być uwzględnione na podstawie art. 19 ust. 4 ww. ustawy (nie wykazano, aby poszczególne świadczenia z tego tytułu zostały udzielone w warunkach wskazujących na stan nagły w rozumieniu ustawy).

Nadto powód winien był wykazać również uzasadnione koszty udzielonych świadczeń zdrowotnych, bowiem ustalona w umowie stawka nie jest w tym przypadku wiążąca. Należy zatem uznać, iż zasadnie Sąd Okręgowy oddalił powództwo uznając je za nieudowodnione.

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

O kosztach orzeczono na podstawie art. 102 k.p.c. mając na uwadze złą sytuację finansową powoda oraz szczególny charakter niniejszej sprawy, fakt, iż szpital w efekcie poniósł koszty do których finansowania zobowiązany jest co do zasady pozwany.