

Sygn. akt VI ACa 271/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 14 lipca 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie VI Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący - Sędzia SA Ewa Stefańska (spr.)

Sędziowie: SA Małgorzata Kuracka

SA Agata Zajac

Protokolant: Izabela Nowak

po rozpoznaniu w dniu 14 lipca 2016 r. w Warszawie

na rozprawie sprawy z powództwa (...) spółki z o.o. w O.

przeciwko (...)

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 4 listopada 2014 r.

sygn. akt IV C 513/08

uchyla zaskarżony wyrok w punktach 1, 3, 4 i 5 i w tym zakresie przekazuje sprawę Sądowi Okręgowemu w Warszawie do ponownego rozpoznania, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego.

Sygn. akt VI ACa 271/15

UZASADNIENIE

Powód(...) w O. (obecnie: (...) spółka z o. o. z siedzibą w O.) domagał się zasądzenia od pozwanego (...) w W. na jego rzecz kwoty 3.267.507,65 zł wraz z ustawowymi odsetkami. Jako podstawę faktyczną dochodzonego roszczenia powód wskazał okoliczność, że w latach 2004-2007 udzielił ponadlimitowych świadczeń opieki zdrowotnej, które świadczone były pacjentom w stanach nagłych. Ostatecznie powód popierał żądanie w zakresie 314.911,53 zł wraz z ustawowymi odsetkami, na którą składały się kwoty: 212.730 zł tytułem nieobjętych ugodami ponadlimitowych świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych pacjentom w stanach nagłych w latach 2004 i 2006 oraz 102.181,53 zł tytułem niezapłaconych sum objętych ugodami.

Pozwany (...) w W. wnosil o oddalenie powództwa podnosząc, że nadwykonania powoda za rok 2007 zostały objęte ugodami i zapłacone, zaś co do pozostałego okresu zapłata za nadwykonania powinna obejmować wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia tych świadczeń, a nie koszty obliczone według stawek określonych w zawartych umowach.

Wyrokiem z dnia 4 listopada 2014 r. Sąd Okręgowy w Warszawie zasądził od (...) w W. na rzecz (...) spółki z o. o. z siedzibą w O. kwotę 314.911,53 zł wraz z ustawowymi odsetkami, zaś w pozostałym zakresie powództwo oddalił.

Wyrok Sądu Okręgowego został wydany w oparciu o poniższe ustalenia faktyczne i rozważania prawne.

(...) w O. zawarł z (...) w W. umowy: z dnia 28 stycznia 2004 r. nr (...) o udzielanie świadczeń zdrowotnych - leczenie szpitalne, z dnia 31 stycznia 2006 r. nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, z dnia 31 stycznia 2006 r. nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, z dnia 3 lutego 2006 r. nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne, z dnia 24 stycznia 2006 r. nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - rehabilitacja lecznicza, z dnia 4 stycznia 2006 r. nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - opieka długoterminowa.

Następnie strony zawarły ugody: w dniu 19 lutego 2008 r. ugodę nr (...) dotyczącą rozliczenia kosztów za świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne - świadczenia w poradniach, w tym świadczenia objęte umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr (...) oraz w dniu 18 lutego 2008 r. ugodę nr (...) do umowy nr (...) dotyczącą rozliczenia kosztów za świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju: opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w tym świadczenia objęte umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr (...). W ugodzie z dnia 19 lutego 2008 r. pozwany zobowiązał się zapłacić powodowi kwotę 102.039,03 zł, której nie zapłacił w całości, zaś w ugodzie z dnia 18 lutego 2008 r. zobowiązał się do zapłaty kwoty 5.126,25 zł, z której nie zapłacił 142,50 zł. Pozostałe zawarte przez strony ugody nie były przedmiotem rozważań Sądu pierwszej instancji, z uwagi na ograniczenie żądania przez powoda.

Pismem z dnia 27 września 2007 r. powód wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 3.267.507,65 zł tytułem zapłaty za ponadlimitowe świadczenia opieki zdrowotnej udzielone pacjentom w stanach nagłych. Pismo to zostało doręczone pozwanemu w dniu 1 października 2007 r.

W toku postępowania Sąd Okręgowy dopuścił dowody z opinii biegłych sądowych z zakresu: chirurgii, ginekologii-położnictwa, interny oraz pediatrii na okoliczność ustalenia, czy złożona przez powoda dokumentacja medyczna dotyczy pacjentów w stanach nagłych. Według opinii specjalisty z zakresu pediatrii A. G. we wszystkich przypadkach udzielenie świadczeń leczniczych było uzasadnione i niezbędne dla uniknięcia bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia pacjentów. Według opinii specjalisty chirurga F. W. (...) pacjentów wymagało udzielenia świadczeń zdrowotnych z uwagi na bezpośrednie zagrożenie ich życia lub zdrowia, zaś w wypadku (...) pacjentów udzielenie pomocy medycznej ponad ustalone w umowach limity świadczeń nie było konieczne. Według opinii specjalisty położnika-ginekologa P. A. w (...) przypadkach nie ma wątpliwości co do uzasadnionej i pilnej hospitalizacji pacjentek, zaś w (...) przypadkach pacjentki nie wymagały pilnego leczenia ginekologicznego. Według opinii specjalisty chorób wewnętrznych S. N. (...) pacjentów było hospitalizowanych zasadnie mając na uwadze zagrożenie ich życia lub zdrowia. Natomiast według opinii specjalisty z zakresu położnictwa i ginekologii A. Z. w (...) przypadkach hospitalizacja i wdrożone leczenie były uzasadnione i konieczne w trybie pilnym, natomiast w (...) przypadkach pacjentki wymagały leczenia, jednak można je było odroczyć w terminie kilku miesięcy. Na podstawie powyższych opinii Sąd Okręgowy sformułował ogólny wniosek o konieczności udzielenia przez powoda świadczeń opieki zdrowotnej ponad limit ustalony w umowach, z uwagi na bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia pacjentów.

W ocenie Sądu pierwszej instancji powództwo zasługiwało na uwzględnienie. Roszczenie powoda ma bowiem oparcie w bezwzględnym obowiązku udzielenia świadczeń medycznych pacjentowi w sytuacji zagrożenia jego życia lub zdrowia, wynikającym z treści art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Dlatego Sąd pierwszej instancji uznał za nietrafny zarzut pozwanego, że jedynym źródłem jego obowiązku pokrycia kosztów usług opieki zdrowotnej świadczonych przez powoda jest łącząca strony umowa. Zdaniem Sądu Okręgowego istniejące w umowie zastrzeżenie określające ilościowy limit świadczeń dotknięte byłoby nieważnością w zakresie świadczeń niecierpiących zwłoki ze względu na zagrożenie życia albo zdrowia pacjenta, jeżeli strony umowy nie ustaliłyby niezbędnych przedsięwzięć organizacyjnych zapewniających udzielenie tych świadczeń. W takim wypadku stosunek prawny powstały z mocy umowy zawartej

przez (...) ze świadczeniodawcą byłby z mocy prawa uzupełniony o obowiązek sfinansowania przez pozwanego świadczeń tego rodzaju.

Zdaniem Sądu pierwszej instancji zasadniczą kwestią było ustalenie, czy usługi medyczne świadczone przez powoda udzielane były w okolicznościach wskazanych w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Według Sądu Okręgowego opinie biegłych sądowych potwierdziły jednoznacznie twierdzenia powoda, że świadczona przez niego pomoc lekarska była udzielona w okolicznościach wskazanych przez powołane przepisy.

Sąd Okręgowy zauważył, że część przedmiotowych świadczeń udzielona została osobom nieobjętym ubezpieczeniem zdrowotnym, jednakże uznał, iż okoliczność ta nie ma znaczenia dla powstania po stronie pozwanego obowiązku zapłaty za świadczenia medyczne udzielone w sytuacjach określonych w art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty oraz art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, albowiem wynikający z tych przepisów przymus udzielenia świadczeń zdrowotnych w stanach zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta nie jest równoznaczny z obowiązkiem poniesienia finansowego ciężaru takich świadczeń przez świadczeniodawcę. Sąd pierwszej instancji wskazał, że obowiązki wynikające z art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne i dlatego koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy - na podstawie art. 56 k.c. - włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta przez świadczeniodawcę z (...), jako podmiotem zarządzającym środkami publicznymi, z których powinny zostać one pokryte. Zdaniem Sądu Okręgowego reguły te należy odnieść także do świadczeń udzielonych w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia osobom nieposiadającym uprawnień do świadczeń zdrowotnych z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, chyba że ich koszt został pokryty przez samych zainteresowanych. Obowiązek udzielenia pomocy medycznej tym osobom był bowiem również objęty skutkami umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych, a obciążenie świadczeniodawcy kosztami jego realizacji oznaczałoby nałożenie na określoną grupę zawodową daniny publicznej bez wyraźnego przepisu ustawy.

Sąd Okręgowy wyjaśnił, że rozstrzygając o zasadności roszczeń powoda wynikających z ugód z dnia 19 lutego 2008 r. nr (...) oraz z dnia 18 lutego 2008 r. nr (...) wziął pod uwagę fakt, iż pozwany nie udowodnił wywiązania się z wynikających z nich zobowiązań.

Sąd pierwszej instancji wskazał ponadto, że ostatecznie powód popierał powództwo jedynie co do kwoty 314.911,53 zł, jednakże wobec cofnięcia powództwa powyżej tej kwoty bez zrzeczenia się roszczenia i bez zgody pozwanego, brak było podstaw do umorzenia postępowania. Zdaniem Sądu Okręgowego zawarcie przez strony ugód pozasądowych, które obejmowały roszczenie powoda w tej części, skutkowało bezzasadnością powództwa w powyższym zakresie.

Od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie apelację wniósł pozwany (...) w W..

Apelacją pozwany zaskarżył wyrok w części uwzględniającej powództwo, wnosząc o jego zmianę i oddalenie powództwa w całości, ewentualnie o uchylenie wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania. Pozwany zarzucił wyrokowi Sądu Okręgowego naruszenie:

1) art. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez przyjęcie, że prawo do świadczeń pacjentów powoda nie ma znaczenia dla odpowiedzialności finansowej pozwanego za udzielone im świadczenia;

2) art. 233 § 1 w związku z art. 232 i art. 328 § 2 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej i selektywnej oceny dowodów oraz nie wyjaśnienie podstaw rozstrzygnięcia, albowiem w zaskarżonym wyroku:

- brak jest powiązania treści opinii biegłych z treścią rozstrzygnięcia; sąd nie uwzględnił okoliczności, że nie wszystkie świadczenia zostały przez biegłych uznane za udzielone w warunkach przymusu ustawowego;

- brak jest powiązania treści ugód z dnia 18 lutego 2008 r. nr (...) i z dnia 19 lutego 2008 r. nr (...) z treścią rozstrzygnięcia; sąd nie uwzględnił w wyroku okoliczności przewidzianych ugodami a warunkujących obowiązek pozwanego zapłaty na ich podstawie, ani granic zobowiązań wynikających z tych ugód;

- brak jest wskazania, które z opinii biegłych stanowiły podstawę uwzględnienia powództwa i w jakim zakresie każda z nich.

Powód (...) spółka z o. o. z siedzibą w O. (dawniej: (...) w O.) wnosił o oddalenie apelacji i zasądzenie od pozwanego na jego rzecz kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył:

Apelacja pozwanego zasługiwała na uwzględnienie.

W przedmiotowej sprawie Sąd Okręgowy w rzeczywistości zaniechał dokonania istotnych ustaleń faktycznych, zaś jego fragmentaryczne rozważania prawne nie znajdują oparcia w zgromadzonym materiale dowodowym i są w znacznej części wadliwe. Nieustalenie przez Sąd Okręgowy stanu faktycznego sprawy uniemożliwia dokonanie jego subsumpcji do obowiązujących przepisów prawa i oznacza nierozpoznanie istoty sprawy, co skutkuje koniecznością uchylenia wyroku w zaskarżonej części oraz przekazania sprawy Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania.

Ma rację pozwany zarzucając Sądowi pierwszej instancji naruszenie art. 233 § 1 w związku z art. 232 i art. 328 § 2 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej i selektywnej oceny dowodów oraz niewyjaśnienie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia. Sąd Okręgowy swoje ustalenia faktyczne ograniczył do wskazania na fakt zawarcia przez strony w latach 2004 i 2006 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, fakt zawarcia ugód z dnia 19 lutego 2008 r. nr (...) oraz z dnia 18 lutego 2008 r. nr (...), a także fakt wezwania pozwanego przez powoda do zapłaty kwoty 3.267.507,65 zł tytułem zapłaty za ponadlimitowe świadczenia opieki zdrowotnej udzielone pacjentom w stanach nagłych. Innych ustaleń faktycznych w sprawie brak.

W szczególności Sąd pierwszej instancji zaniechał dokonania ustaleń faktycznych w zakresie ilości i rodzajów ponadlimitowych świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych przez powoda w stanach zagrożenia życia lub zdrowia pacjentom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego. Jak słusznie wskazał pozwany w apelacji, Sąd Okręgowy ograniczył się do zacytowania wniosków opinii kolejnych biegłych sądowych, nie dokonując oceny tych dowodów, ani nie dokonując na tej podstawie własnych ustaleń faktycznych. Co więcej, pomimo iż z zacytowanych w uzasadnieniu wyroku opinii biegłych F. W., P. A. i A. Z. jednoznacznie wynika, że świadczenia udzielone części pacjentów nie miały charakteru nagłego, Sąd Okręgowy całkowicie pominął ten fakt i zasądził na rzecz powoda całość żądanej kwoty. Oznacza to, że zaskarżony wyrok został wydany w oderwaniu od treści opinii biegłych sądowych, które Sąd Okręgowy uznał za rzetelne i spójne.

Ponadto Sąd pierwszej instancji błędnie przyjął, że pozwany powinien zapłacić powodowi wynagrodzenie także za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone pacjentom nieuprawnionym do nich z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego. Ma bowiem rację pozwany zarzucając w apelacji naruszenie art. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2015 r., poz. 581 ze zm. - w brzmieniu obowiązującym w dacie zawarcia przez strony umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na lata 2004 i 2006, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej”) poprzez przyjęcie przez Sąd pierwszej instancji, że prawo do świadczeń pacjentów powoda nie ma znaczenia dla odpowiedzialności finansowej pozwanego za udzielone im świadczenia.

Z powołanego przepisu wynika, że do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo: osoby objęte powszechnym (obowiązkowym lub dobrowolnym) ubezpieczeniem zdrowotnym, tj. „ubezpieczeni”, a także osoby wymienione enumeratywnie w punktach 2-4 ustępu 1 tego artykułu, zwane „świadczeniobiorcami”. A contrario pozostałe osoby niewymienione przez ustawodawcę nie są uprawnione do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

publicznych na zasadach określonych w tej ustawie. Analogiczną regulację zawierał art. 2 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45, poz. 391), która została uchylona z dniem 1 października 2004 r. z mocy art. 251 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W ocenie Sądu Apelacyjnego obciążenie powyższymi kosztami (...) powodowałoby niezasadne uszczuplenie ilości środków pochodzących ze składek osób ubezpieczonych i przeznaczanych na finansowanie ich leczenia, co skutkowałoby pozbawieniem części ubezpieczonych możliwości skorzystania ze świadczeń leczniczych, bądź wydłużeniem czasu wyczekiwania przez nich na te świadczenia. W uzasadnieniu zaskarżonego wyroku Sąd Okręgowy odwołał się do wyrażonego w judykaturze poglądu, że w odniesieniu do świadczeń udzielonych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta, obowiązki wynikające z art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne, więc koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy - zgodnie z art. 56 k.c. - włączyć do skutków wywoływanych umową zawartą między (...) a świadczeniodawcą i obciążyć nimi (...) jako podmiot zarządzający środkami publicznymi. Pogląd ten zakłada, że analogiczną regułę należy stosować także w przypadku świadczeń udzielonych w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia osobom nieposiadającym uprawnień do świadczeń zdrowotnych, chyba że koszt tych świadczeń został pokryty przez samych zainteresowanych (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2007 r., sygn. akt I CSK 125/07, R. 2007, nr 12, s. 205).

W uzasadnieniu powołanego wyroku wskazano, że obowiązek udzielenia pomocy medycznej tym osobom, na podstawie art. 56 k.c., jest również objęty skutkami umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych, zawartych przez świadczeniodawcę z (...), natomiast obciążenie zakładu opieki zdrowotnej kosztami realizacji powyższego obowiązku oznaczałoby nałożenie na określoną grupę zawodową daniny publicznej bez wyraźnego przepisu ustawy. Jednakże zdaniem Sądu Apelacyjnego jest to przykład rozszerzającej wykładni art. 56 k.c., która zmierza do uzupełnienia na zasadzie słuszności luki, która powstała na skutek nie wskazania przez ustawodawcę podmiotu zobowiązanego do finansowania przymusowych świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom nieubezpieczonym. Skoro bowiem (...) przyjmuje składki od osób ubezpieczonych i na ich rzecz zawiera ze świadczeniodawcami umowy o świadczenia zdrowotne, brak jest podstaw do przyjęcia, że umowami tymi są objęte także świadczenia udzielane osobom nieubezpieczonym.

Z art. 56 k.c. wynika, że czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy, z zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów. W ocenie Sądu Apelacyjnego, jako ustawy wywołujące skutki niewyrażone wprost w umowach o świadczenia zdrowotne nie mogą być traktowane ustawa o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ponieważ ich przepisy wyłącznie nakładają na zakłady opieki zdrowotnej i lekarzy obowiązki, milcząc na temat źródeł finansowania ich realizacji. Tymczasem jako podmiot, który na zasadzie słuszności powinien finansować powyższe świadczenia, należałoby - w miejsce pozwanego - wskazać Skarb Państwa. Przy czym, nie chodzi tu o odpowiedzialność odszkodowawczą Skarbu Państwa za zaniechanie legislacyjne, którą trafnie wykluczył Sąd Najwyższy w uzasadnieniu powołanego wyroku.

Ponadto za trafny należy uznać pogląd, że podmiotowi leczniczemu, który zawarł umowę z (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługuje roszczenie o wynagrodzenie za wykonanie ponadlimitowych świadczeń w stanie nagłym w wysokości uzasadnionych kosztów ich udzielenia, a nie według wyceny wynikającej z umowy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 sierpnia 2015 r., sygn. akt III CSK 455/14, Lex nr 1800063). Sąd Najwyższy trafnie wyjaśnił, że przepisy art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (do dnia 1 lipca 2011 r. art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej), art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza o lekarza dentysty, art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz art. 19 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nakładają obowiązek udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej w stanie nagłym na wszystkie podmioty lecznicze, niezależnie od tego, czy zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, czy też nie. Udzielając odpowiedzi na pytanie, jak należy kwalifikować świadczenia udzielone w stanach nagłych przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę z (...) i który wyczerpał limit określony w umowie, tj. czy jest to świadczenie wykonane w ramach zawartej

umowy, czy świadczenie wykonane bez zawarcia umowy, Sąd Najwyższy opowiedział się za stanowiskiem, że źródłem obowiązku finansującego jest umowa zawarta ze świadczeniodawcą z tym zastrzeżeniem, że analiza zagadnienia musi uwzględniać przepisy ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Według Sądu Najwyższego brak ujęcia w art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej świadczeniodawców, którzy zawarli umowę, przemawia za tym, że założeniem ustawodawcy było, iż świadczenia te będą finansowane w ramach zawieranych umów. Ustalenie umowy jako źródła obowiązku pozwanego nie przesądza jednak o rozmiarze jego świadczenia. Zasady finansowania świadczeń udzielonych w stanach nagłych określone w art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej będą miały zastosowanie zarówno w stosunku do podmiotu leczniczego, który nie zawarł umowy, jak i podmiotu leczniczego, który umowę zawarł. Dlatego podmiot, który zawarł umowę i wykonuje świadczenia ponad określony limit lub w niej nieprzewidziane, a więc świadczenia nieokreślone w umowie, może domagać się zwrotu uzasadnionych kosztów ich udzielenia, a nie wynagrodzenia według stawek umownych. Mając powyższe na uwadze, powód domagając się od pozwanego zapłaty za ponadlimitowe świadczenia opieki zdrowotnej udzielone pacjentom w stanach nagłych, powinien udowodnić wysokość rzeczywistych kosztów ich udzielenia. Podstawą zasądzenia wynagrodzenia z tego tytułu nie mogą być bowiem stawki wynikające z zawartych umów o świadczenia opieki zdrowotnej.

Zarzut naruszenia art. 233 § 1 w związku z art. 232 i art. 328 § 2 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej i selektywnej oceny dowodów oraz niewyjaśnienie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia jest trafny także w odniesieniu do kwestii zawartych przez strony ugód, ich treści oraz ich skutków. Sąd Okręgowy ograniczył się do ustalenia faktu zawarcia ugód z dnia 19 lutego 2008 r. nr (...) oraz z dnia 18 lutego 2008 r. nr (...). Natomiast wyłącznie na podstawie twierdzeń powoda i wbrew treści dokumentów przyjął, że w ugodzie z dnia 19 lutego 2008 r. pozwany zobowiązał się zapłacić powodowi kwotę 102.039,03 zł, której nie zapłacił w całości, zaś w ugodzie z dnia 18 lutego 2008 r. zobowiązał się do zapłaty kwoty 5.126,25 zł, z której nie zapłacił 142,50 zł. Tymczasem, jak trafnie wskazał pozwany w apelacji, ugoda z dnia 19 lutego 2008 r. przewidywała obowiązek zapłaty kwoty 81.312,78 zł, a nie kwoty 102.039,03 zł. Ponadto Sąd pierwszej instancji całkowicie pominął treść obydwu ugód, z których wynika, że określone w nich kwoty są płatne po dostarczeniu przez powoda pozwanemu rachunku i raportu statystycznego. Pominął też treść pisma procesowego powoda z dnia 28 września 2010 r. (k. 569 akt), w którym przyznał on, że do powyższej ugody wystawił pozwanemu faktury jedynie na kwotę 58.166,92 zł, a pozostałych nie, z uwagi na awarię serwera w 2007 r. i związaną z tym utratę danych. Natomiast do drugiej z ugód wystawił faktury na kwotę 4.983,75 zł, zaś na kwotę 142,50 zł faktury nie wystawił, także z uwagi na awarię serwera i utratę danych. Ustalenia Sądu Okręgowego w powyższym zakresie powinny dotyczyć kwot, na które wystawione zostały przez powoda rachunki (a więc kwot wymagalnych) oraz kwot, które zostały zapłacone przez pozwanego. Tymczasem Sąd pierwszej instancji nie dokonał takich ustaleń faktycznych.

Ponownie rozpoznając sprawę Sąd Okręgowy przede wszystkim ustali, które z ponadlimitowych świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych pacjentom przez powoda w latach 2004 i 2006 spełniały kryteria wynikające z art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Ustaleń tych należy dokonać z podziałem na wyodrębnione przez powoda specjalności (por. pismo procesowe powoda z dnia 20 sierpnia 2013 r., k. 933 akt), z wyszczególnieniem poszczególnych przypadków. Następnie ustali, które z powyższych świadczeń zostały udzielone pacjentom objętym ubezpieczeniem zdrowotnym. Mając na uwadze wyłącznie świadczenia udzielone w stanach zagrożenia życia lub zdrowia pacjentom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, Sąd pierwszej instancji ustali rzeczywisty koszt ich udzielenia, albowiem jedynie w tym zakresie powodowi może przysługiwać roszczenie o wynagrodzenie za wykonanie ponadlimitowych świadczeń. Ponadto Sąd Okręgowy ustali, jakie kwoty wynikają z ugód z dnia 18 lutego 2008 r. nr (...) i z dnia 19 lutego 2008 r. nr (...), jakie są warunki żądania ich zapłaty przez powoda (kwestia wymagalności), a także w zakresie jakich kwot warunki te zostały przez powoda spełnione i jakie kwoty zostały przez pozwanego zapłacone.

Podstawą orzeczenia Sądu Apelacyjnego był art. 386 § 4 k.p.c. O kosztach procesu w postępowaniu apelacyjnym orzeczono na podstawie art. 108 § 2 k.p.c.