

Sygn. akt VA Ca 155/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 marca 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie V Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSA Robert Obrębski (spr.)

Sędziowie SA Ewa Klimowicz - Przygódzka

SO (del.) Elżbieta Wiatrzyk - Wojciechowska

Protokolant: Emilia Tłaga

po rozpoznaniu w dniu 20 marca 2019 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa Centrum (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w W.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia z siedzibą w W.

o zapłatę

na skutek apelacji obu stron od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 4 sierpnia 2017 r., sygn. akt IV C 1032/08

- 1. zmienia zaskarżony wyrok w punkcie drugim w części oraz w punktach trzecim i czwartym w całości w ten sposób, że zasądza od Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W. na rzecz Centrum (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w W. dalszą kwotę 588 789,08 (pięćset osiemdziesiąt osiem tysięcy siedemset osiemdziesiąt dziewięć złotych osiem groszy) z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 2 sierpnia 2008 r. do dnia zapłaty, obciąża pozwanego kosztami procesu w wymiarze 33 %, a powódkę w wymiarze 67 % oraz powierza szczegółowe ich rozliczenie referendarzowi sądowemu w Sądzie Okręgowym w Warszawie;**
- 2. oddala apelację powódki w pozostałym zakresie;**
- 3. oddala apelację strony pozwanej;**
- 4. obciąża pozwanego kosztami postępowania apelacyjnego w wymiarze 79 %, a powódkę w wymiarze 21 % i powierza ich szczegółowe rozliczenie referendarzowi sądowemu w Sądzie Okręgowym w Warszawie.**

Ewa Klimowicz-Przygódzka Robert Obrębski Elżbieta Wiatrzyk-Wojciechowska

Sygn. akt VA Ca 155/18

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 1 czerwca 2008 r. Centrum (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w W. wniosła o zasądzenie od Narodowego Funduszu Zdrowia kwoty 2229723 zł z odsetkami ustawowymi do dnia zapłaty: od kwoty 1036049 zł od 1 stycznia 2004 r.; od kwoty 440457,12 zł od 1 stycznia 2005 r. oraz od kwoty 753217,14 zł

od 1 stycznia 2007 r. tytułem należności za wykonanie świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego w wielu oddziałach powodowego szpitala za lata 2004 – 2006 r., które z naruszeniem podanych w pozwie przepisów nie zostały sfinansowane przez stronę pozwaną, mimo że były to świadczenia ponadlimitowe. Ostatnia z tych kwot dotyczyła świadczeń tego rodzaju wykonanych w 2006 r. Według ostatecznego stanowiska powoda, które zostało zaprezentowane w piśmie z dnia 12 listopada 2013 r., na podaną kwotę 753217,14 zł składały się należności w kwotach: 451981,90 zł za opiekę szpitalną; 292116,24 zł z specjalistyczną opieką ambulatoryjną; 5488 zł za świadczenia ambulatoryjne w zakresie badań współfinansowanych oraz 3721 zł z tytułu profilaktyki raka piersi. Powód powoływał się na wadliwą wykładnię, jak też stosowanie przez stronę pozwaną podanych w pozwie przepisów ustawy 29 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, jak też ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Twierdził, że wszystkie świadczenia opisane w pozwie zostały wykonane w warunkach nagłego ratowania życia i zdrowia pacjentów, którzy byli ubezpieczeni. Wysokość tych należności została przez powoda określona na podstawie stawek ustalonych przez obie strony w umowach za wskazane lata, w wysokości ustalonej dla poszczególnych rodzajów świadczeń wykonanych przez powoda, który jako podstawę prawną roszczenia wskazywał art. 19 ust. 1 i 4 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Strona pozwana wносиła o oddalenie powództwa w całości. Podnosiła zarzut przedawnienia w stosunku do roszczeń za lata 2005 i 2006 r., w zakresie których odwoływała się również do ugód zawartych przez strony. Zaprzeczała, by usługi świadczone przez powoda w 2006 r. na rzecz pacjentów powodowego szpitala były zrealizowane w warunkach ratowania życia, związanych z nagłymi wypadkami w rozumieniu art. 19 ust. 4 powołanej. Podnosiła, że charakteru tego rodzaju nie mogły mieć w szczególności liczne świadczenia ambulatoryjne oraz profilaktyczne. Pozwana zaprzeczała też, aby naruszyła umowy łączące strony oraz by była zobowiązana do sfinansowania świadczeń nadplanowych w oparciu o art. 19 ust. 4 powołanej ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Powołując się ponadto na wyrok Sądu Najwyższego z 27 sierpnia 2015 r., III CSK 455/14, wskazywała także na spoczywający na powodzie ciężar udowodnienia wysokości należności za świadczenia, faktycznie udzielone pacjentom szpitala. Zaprzeczał więc, aby wysokość należności dochodzonej pozwem, w tym za 2006 r., mogła zostać określona na podstawie stawek ustalonych przez strony w umowach na 2006 r.

Po sporządzeniu przez biegłego z zakresu rachunkowości opinii, z której wynikało, że wartość świadczeń wykonanych w 2006 r. w warunkach nagłych, ratujących życie lub zdrowie pacjentów, wynosiła 919592,28 zł, pismem z dnia 5 czerwca 2013 r., przedstawiając dokładne rozliczenia w tabelach z podziałem na poszczególne oddziały powodowego szpitala, strona pozwana podała, że za leczenie szpitalne ponad limity ustalone w umowie nr (...), powód nie otrzymał wynagrodzenie w kwocie 451891,90 zł, czyli w kwocie mniejszej niż wyliczył to biegły o 128397,20 zł. Podane także zostało, że za świadczenia ambulatoryjne wykonane w 2006 r. powód nie otrzymał należności w wysokości 292116,20 zł, czyli w kwocie mniejszej o 47146,20 zł w porównaniu do danych biegłego, który przy sporządzeniu opinii nie uwzględnił świadczeń, które przez pozwaną zostały jednak zapłacone po upływie kolejnych miesięcy jako okresów rozliczeniowych określonych w umowach łączących strony na 2006 r. Ustalając daty wyczerpania limitów przyznanych na ten rok dla konkretnych oddziałów szpitalnych, prowadzonych przez powoda, które przypadały na różne dni dwóch ostatnich miesięcy 2006 r., czyli uznając, że za ponadlimitowe mogły zostać uznane świadczenia wykonane w ramach leczenia szpitalnego w warunkach nagłych, ratujących życie i zdrowie ubezpieczonych pacjentów, po wyczerpaniu limitu, w piśmie z 23 grudnia 2016 r. pozwany wyliczyła zakres należności przysługującej powodowi na podstawie art. 19 ust. 4 powołanej ustawy, przy pominięciu jednak zarzutu niewykazania wartości tych świadczeń, na kwotę 105441,10 zł. Podała też, że wartość świadczeń z zakresu opieki ambulatoryjnej, wykonanych w 2006 r., które po wyczerpaniu limitu na takie świadczenia nie zostały opłacone, wynosiła 49777,92 zł. W pozostałym zakresie obie strony w pełni podtrzymywały swoje stanowiska co do zasadności roszczenia w części dotyczącej świadczeń udzielonych w 2006 r. przez powoda, który dochodzone roszczenie ograniczył ostatecznie do należności za 2006 r. Nie popierał żądania pozwu w odniesieniu do dwóch lat poprzednich.

Wyrokiem z dnia 4 sierpnia 2017 r. Sąd Okręgowy zasądził od strony pozwanej na rzecz powoda kwotę 155219,02 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od 2 sierpnia 2008 r. do dnia zapłaty. Oddalił powództwo w dalszym zakresie. Zasądził ponadto od powoda na rzecz strony pozwanej kwotę 7217 zł tytułem zwrotu kosztów procesu i nakazał ściągnąć od powoda na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Warszawie kwotę 221180,03 zł tytułem zwrotu wydatków na liczne czynności biegłych, pokrytych przez Skarbu Państwa.

Odwołując się wprost do treści art. 387 § 2¹ k.p.c., rozpoznanie apelacji nie wymagało bowiem przeprowadzenia postępowania dowodowego, za w pełni wystarczające Sąd Apelacyjny uznał ustalenia Sądu Okręgowego, opisane w uzasadnieniu powołanego wyroku, w apelacjach stron zasadne zarzuty z tym związane nie zostały bowiem podniesione, przy opisie stanu faktycznego, który stanowił podstawę wydania wyroku przez Sąd Okręgowy, poprzestać należy na wskazaniu, że podstawie dokumentacji przedłożonej przez obie strony, w tym stroną powodową, od której pochodziły dokumenty mające oddawać rodzaj świadczeń wykonywanych w powodowym szpitalu w 2006 r., Sąd Okręgowy ustalił okoliczności związane z podpisaniem przez obie strony szeregu umów, dotyczących finansowania przez pozwanego usług z zakresu specjalistycznej opieki ambulatoryjnej opieki oraz finansowania leczenia szpitalnego w okresie od początku 2004 do końca 2006 r., które były wielokrotnie aneksowane przez podwyższanie pierwotnych limitów kwotowych przeznaczonych przez pozwaną na finansowanie świadczeń, które powód wykonywał w podanym okresie w ramach limitów. Sąd Okręgowy wykorzystał opinie licznych biegłych, którzy osobiście potwierdzali wnioski zawarte w ich ekspertyzach, sporządzonych początkowo w opinii wykonanej pierwotnie przez Centrum (...), ze względu na to, że Sąd Okręgowy nie przyznał tej placówce statusu instytutu naukowego lub naukowo – badawczego. Dopuścił z tego powodu dowody z opinii lekarzy, którzy sporządzali szczerkowe opinie w zakresie poszczególnych specjalności medycznych, jako biegłych ad hoc, i oparł się na merytorycznych ustaleniach biegłych, na podstawie których ustalił liczby pacjentów, którzy byli przyjmowani na poszczególne oddziały w 2006 r. albo którym udzielano opieki ambulatoryjnej, osobno zaś liczby pacjentów z każdej specjalności, świadczenia szpitalne albo ambulatoryjne na rzecz których zostały udzielone w warunkach, które biegli uznali za stany nagłe, zagrażające życiu i zdrowiu. Ponadto Sąd Okręgowy ustalił, na podstawie danych strony pozwanej, daty, w których limity przyznane na poszczególne oddziały leczenia szpitalnego zostały wyczerpane w okresie ostatnich dwóch miesięcy 2006 r., z wyjątkiem poradni pulmonologii, limit roczny dla której został wyczerpany, według ustaleń Sądu Okręgowego, już 5 czerwca 2006 r. Sąd Okręgowy podał, że dane pacjentów uwzględnionych w wykazie liczbowym zamieszczonym w piśmie strony pozwanej z 23 grudnia 2016 r. znajdują się w załącznikach do tej korespondencji. Wartość świadczeń udzielonych na rzecz pacjentów powoda w warunkach nagłych, zagrażających życiu i zdrowiu, po wyczerpaniu rocznych limitów przypadających na oddziały i opiekę ambulatoryjną, na podstawie obliczeń pozwanego, uznanych za przyznane w sposób pośredni przez powoda, Sąd Okręgowy ustalił odpowiednio na kwoty: 105441,10 zł z tytułu leczenia szpitalnego oraz 49777,92 zł za ambulatoryjną opiekę.

Oceniając znaczenie prawne ustalonych okoliczności, Sąd Okręgowy za uzasadnione uznał powództwo w zakresie sumy podanych kwot, czyli w części dotyczącej łącznej kwoty 155219,02 zł, która została zasądzona od pozwanego na rzecz powoda na podstawie art. 19 ust. 1 i 4 w zw. z art. 132 ust. 1 powołanej ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Nie znalazł zaś podstaw do uwzględnienia powództwa w pozostałym zakresie. Według Sądu Okręgowego w powołanych przepisach na stronę pozwaną został nałożony obowiązek finansowania leczenia wykonanego w warunkach nagłych, ratujących życie i zdrowie, które zostały spełnione już po wyczerpaniu limitów określonych w umowach łączących strony na rok 2006 r. Na podstawie opinii biegłych Sąd Okręgowy uznał, że warunek ten został w tej sprawie spełniony w zakresie pacjentów, którzy zostali uwzględnieni w wielu wykazach sporządzonych przez biegłych we wnioskach licznych opinii. Strona pozwana nie wykazała natomiast zasadności twierdzeń przeciwnych, w tym też tezy, jakoby leczenie ambulatoryjne nie mogło być wykonywane w warunkach nagłych, zagrażających życiu lub zdrowiu, ani też że świadczenia zostały przez powoda spełnione na rzecz osób nieubezpieczonych. Z drugiej strony, opierając się na danych pozwanego, które Sąd Okręgowy uznał za przyznane w sposób co najmniej dorozumiany ze względu na ich niezakwestionowanie przez powoda, za uzasadnione zostało uznane roszczenie wyłącznie dotyczące zabiegów, które zostały wykonane po pełnym wyczerpaniu limitów rocznych przyjętych dla poszczególnych oddziałów leczenia szpitalnego i opieki ambulatoryjnej, których wartość została określona na łączną kwotę 155219,02 zł w oparciu o wyliczenie zaprezentowane przez

stronę pozwaną w piśmie z 23 grudnia 2016, które także w tej części Sąd Okręgowy uznał za niezakwestionowane przez powoda. Uznał też z drugiej strony, że zarzut niewykazania przez powoda faktycznej wysokości wydatków poniesionych na udzielenie świadczeń w warunkach nagłych już po wyczerpaniu rocznych limitów został podniesiony przez stronę pozwaną zbyt późno oraz że już z tego powodu nie zasługiwał na uwzględnienie, zwłaszcza że wartość uzasadnionej części żądania została ustalona przez Sąd Okręgowy na podstawie wyliczeń przeprowadzonych przez pozwanego i zaprezentowanych w piśmie z 23 grudnia 2016 r. Ocena zasadności roszczenia o zasądzenie odsetek od podanej kwoty została dokonana na podstawie art. 455 w zw. z art. 481 k.c., przez ich uwzględnienie od dnia następnego wobec daty doręczenia pozwanemu odpisu pozwu. O kosztach zaś procesu Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 100 k.p.c. poprzez obciążenie tymi kosztami powoda w całości ze względu na uwzględnienie powództwa w nieznaczej części wysokości żądania objętego pozwem.

Apelacje od wyroku Sądu Okręgowego wniosły obie strony. Apelacją strony pozwanej wyrok ten został zaskarżony w części uwzględniającej żądanie pozwu. Została ona oparta na zarzucie naruszenia przez Sąd Okręgowy art. 19 ust. 4 i 5 powołanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez zasądzenie kwoty 155219,02 zł z pominięciem ustaleń co do wysokości faktycznie poniesionych przez powoda kosztów tych świadczeń udzielonych w stanie nagłym, które zostały uznane za przekraczające limity. Następny zarzut dotyczył wadliwego przyjęcia przez Sąd Okręgowy, że zarzut niewykazania przez powoda wskazanych kosztów został podniesiony dopiero przed zamknięciem rozprawy, czyli że był spóźniony, jak też że podana kwota obejmuje wyłącznie świadczenia udzielone w stanie nagłym pacjentom, którzy nie zostali w ogóle imiennie wymienieni przez Sąd Okręgowy, wśród których były również osoby korzystające z opieki ambulatoryjnej. Na podstawie podanych zarzutów pozwany wnosił o zmianę zaskarżonej części wyroku Sądu Okręgowego poprzez oddalenie powództwa w całości oraz obciążenie powoda kosztami postępowania apelacyjnego, ewentualnie o jego uchylenie w podanej części i przekazanie sprawy Sądowi Okręgowemu do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach postępowania apelacyjnego.

Apelacją powoda wyroku Sądu Okręgowego został zaś zaskarżony w tej części, w której Sąd Okręgowy oddalił powództwo o zapłatę kwoty 790440,26 zł, obliczonej jako różnica pomiędzy wartością świadczeń w warunkach nagłych w 2006 r., ustaloną przez biegłego na kwotę 919592,28 zł, a zasądzoną przez Sąd Okręgowy kwotą 155219,02 zł, jak również w części dotyczącej odsetek od tej kwoty za okres od 16 lutego 2007 r. do 1 sierpnia 2008 r. i kosztów procesu. Powód zarzucił Sądowi Okręgowemu naruszenie art. 233 w zw. z art. 278 i art. 286 k.p.c. poprzez zasądzenie na rzecz powoda części należności wykazanej na podstawie opinii biegłych, które zostały pominięte w zakresie przenoszącym zasądzoną kwotę, w tym wyliczeń biegłego księgowego, który ustalił, że całe niezapłacone przez pozwanego wynagrodzenie za świadczenia wykonane przez powoda w warunkach nagłych w 2006 r. wyniosło 919592,28 zł, jak również przez wadliwe uznanie za podlegające rozliczeniu świadczenia spełniony już po pełnym wyczerpaniu limitów rocznych przyjętych dla poszczególnych usług medycznych, mimo że rozliczenia były przeprowadzane co miesiąc, po upływie którego pozostawały nierozliczone świadczenia spełnione w warunkach nagłych na rzecz ubezpieczonych pacjentów, za które pozwany nie zapłacił, czyli które miały charakter ponadlimitowy. Kolejny zarzut dotyczył naruszenia przez Sąd Okręgowy art. 230 k.p.c. przez bezpodstawne uznanie, że powód nie podważał okoliczności podawanych przez pozwanego, dotyczących okresów, w których upływały terminy wyczerpania limitów umownych, liczby pacjentów przyjętych w stanach nagłych i wartości usług ponadlimitowych, niezasadnie ustalonych na zasądzoną kwotę 155219,02, mimo że za prawidłową powód uznawał kwotę 919592,28 zł, którą wyliczył biegły księgowy. Następny zarzut dotyczył zaś pominięcia przez Sąd Okręgowy art. 229 k.p.c. w zakresie przyznanej przez pozwanego, w piśmie z 14 października 2013 r., okoliczności nierozliczenia świadczeń spełnionych w warunkach nagłego leczenia szpitalnego w wysokości 319197 zł. Ostatnia grupa zarzutów formalnych apelacji dotyczyła rozliczenia na niekorzyść skarżącego kosztów procesu w sposób sprzeczny z art. 100 w zw. z art. 113 ust. 1, 2 i 4 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, jak również niepodania w uzasadnieniu wyroku, z naruszeniem art. 328 § 2 k.p.c., przyczyn obciążenia powoda wydatkami w kwocie 221180,03 zł. Apelacja też została oparta na zarzucie naruszenia przez Sąd Okręgowy § 17 ust. 1-4 w zw. z § 22 ust. 1 i § 1 pkt 5 i 6 lit.a załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez pominięcie znaczenia miesięcznych okresów rozliczania świadczeń objętych rocznymi limitami i § 26 tego rozporządzenia w zakresie błędnego przyjęcia, że wierzycielowi należą się odsetki od wezwania dłużnika do

zapłaty świadczeń przekraczających limity, z pominięciem zasady, że są one wymagalne po 45 dniach od upływu okresu rozliczeniowego, czyli od 16 lutego 2007 r. Na podstawie podanych zarzutów powód wnosił o zmianę części zaskarżonej wyroku Sądu Okręgowego poprzez zasądzenie od pozwanego na swoją rzecz dalszej kwoty 764373,26 zł z odsetkami za opóźnienie od 16 lutego 2007 r. do dnia zapłaty oraz odsetek ustawowych od kwoty 15219,02 zł od 16 lutego 2007 r. do 1 sierpnia 2008 r. i obciążenie pozwanego kosztami procesu za obie instancje według norma przepisanych.

W odpowiedziach na apelacje obie strony wnosiły o oddalenie apelacji przeciwnika i o jego obciążenie całością poniesionych kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja powoda zasługiwała na częściowe uwzględnienie. Oddaleniu zaś w całości podlegała apelacja pozwanego. Część zarzutów z apelacji powoda, zwłaszcza związanych z oparciem się przez Sąd Okręgowy na wprost danych i argumentach podanych w piśmie pozwanego z 23 grudnia 2016 r., była bowiem uzasadniona i zasługiwała na uwzględnienie w zakresie, w jakim Sąd Okręgowy pominął bezzasadnie wcześniejsze stanowisko prezentowane przez pozwanego, w szczególności w reakcji na niekorzystną opinię biegłego księgowego, którą wynagrodzenie za świadczenia spełnione w warunkach nagłych w wymiarze, na który wskazywali biegli lekarze, zostało ustalone na kwotę 919592,28 zł, jednak bez odliczenia świadczeń tego rodzaju, za które pozwany zapłacił powodowi w trakcie roku 2006 r., zwłaszcza że powód dochodził z tego tytułu, jak wynika z pisma powoda z 12 listopada 2013 r., wyłącznie kwotę 753217,14 zł. Zgłoszenie roszczenia o większą kwotę było więc na etapie apelacji niedopuszczalne treścią art. 383 k.p.c. Ponad podaną kwotę należności za 2006 r. powództwo nie mogło się zostać uwzględnione już z powodów formalnych, dotyczących związania nie tylko Sądu Okręgowego, lecz również Sądu Apelacyjnego wskazanym zakresem roszczenia objętego żądaniem pozwu. W pierwszej kolejności szerszej analizy wymaga jednak apelacja strony pozwanej jako dalej idąca.

Zgodnie z art. 132 ust. 4 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, także świadczenia nieokreślone w umowie. udzielane są na rzecz osób ubezpieczonych podlegają finansowaniu przez Fundusz wyłącznie na zasadach określonych w tej ustawie, czyli w stanach nagłych, zasady finansowania których zostały określone w art. 19 ust. 4 powołanej ustawy, czyli w sytuacjach określonych w art. 15 ustawy o działalności leczniczej. W nagłych wypadkach, w rozumieniu tych przepisów, świadczeń opieki zdrowotnej należy bowiem udzielić niezwłocznie, jak wynika z art. 19 ust. 1 powołanej ustawy w dnia 27 sierpnia 2004 r. Podmiot leczniczy, który nie zawarł umowy z NFZ o udzielanie takich świadczeń albo przekroczył określony limit, jest uprawniony do otrzymania wynagrodzenia ze środków publicznych za udzielenie świadczeń nagłych tylko w zakresie „uzasadnionych kosztów udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej”, jak wynika z ust. 4 art. 19 ustawy. Na podstawie podanego przepisu nie można natomiast skutecznie dochodzić zapłaty za świadczenia realizowane na podstawie umowy, które nie zostały wykonane w warunkach nagłych, czyli w celu ratowania życia pacjenta. Świadczenie nieratujące życia finansowane są bowiem wyłącznie na zasadach określonych w umowie zawartej pomiędzy NFZ a podmiotem, który na jej podstawie takie świadczenia wykonuje, czyli w granicach limitów, które zostały ustalone na konkretny rok wykonywania tych świadczeń. Wcześniejsza praktyka orzecznicza wykazała ponadto rozbieżności w zakresie wykazywania wysokości wynagrodzenia za spełnienie przez świadczeniodawcę usług ponad limity ustalone na dany okres na podstawie umowy łączącej strony.

W niektórych orzeczeniach zostało przyjęte, że finansowanie świadczeń przekraczających limit powinno się odbywać w zasadzie na podstawie umowy. Obejmuje bowiem również usługi, które podmiot leczniczy obowiązany jest wykonać na podstawie ustawy. Według tego poglądu, koszty takich świadczeń należy więc włączyć do skutków, jakie wywołuje zawarcie umowy dotyczącej finansowania określonych w niej limitów (tak np. Sąd Najwyższy w wyrku z 5 sierpnia 2004 r., III CK 365/03, jak też z 15 grudnia 204 r., IV CK 361/104; z 13 lipca 2005 r., I CK 18/05; z 10 maja 2006 r., III CSK 53/06 oraz z 12 marca 2009 r., V CSK 272/08).

Według odmiennego stanowiska, eksponującego doniosłość ustalonego w umowie limitu i okoliczność samego jej zawarcia, świadczenia przekraczające limit realizowane są w wykonaniu obowiązku ustawowego, bezumownie, czyli

w sposób niepozwalający na zastosowanie stawki określonej w umowie przy obliczaniu należności za usługi wykonane ponad limit (tak Sąd Najwyższy np. w wyroku z 7 sierpnia 2003 r., IV KKN 393/01; z 28 stycznia 2004 r. IV CK 434/02, z 17 września 2004 r., V CK 58/04, z 10 marca 2005 r., I CK 578/04 i z 14 września 2005 r., III CK 83/05).

Z kolei w powoływanym przez stronę pozwaną wyroku z 27 sierpnia 2015 r., III CSK 455/14, Sąd Najwyższy przyłączył się z jednej strony do poglądu, który został przyjęty w pierwszej z wymienionych dwóch linii. Z drugiej jednak strony uznał, poprzez zastosowanie art.19 ust. 4 powołanej ustawy z 27 sierpnia 2004 r., że sposób określenia w tym przepisie należności za wykonanie usługi przez podmiot, który zawarł umowę określającą jej stawkę, ponad limit podany w tej umowie, w warunkach nagłych, może „domagać się zwrotu uzasadnionych kosztów ich udzielenia, a nie wynagrodzenia według stawek umownych”, czyli „zwrotu poniesionych, uzasadnionych kosztów”. Według pozwanego, powód w tej sprawie nie przedstawił takich dowodów. Nie wykazał więc wydatków, które poniósł na świadczenia lecznicze zrealizowane na rzecz pacjentów wskazanych w pozwie w 2006 r.

Sąd Apelacyjny nie podzielił zasadności opisanego poglądu, zwłaszcza że w uchwale składu 7 sędziów z 19 marca 2019 r., III CZP 80/08, Sąd Najwyższy przyjął odmienne stanowisko, zgodnie z którym do ustalenia wynagrodzenia za świadczenia przekraczające limity ustalone w umowie stosować należy jednak jej postanowienia. Nie znajduje bowiem w tym zakresie zastosowania zasada obliczania wydatków faktycznie poniesionych na ten cel. Powołana uchwała powinna stabilizować wcześniejsze rozbieżności w orzecznictwie. Wyrażony w niej także został pogląd, który Sąd Apelacyjny wyrażał wielokrotnie, w tym w szczególności uzasadnieniu wyroków wydanych w sprawach VA Ca 1138/17 i VA Ca 1382/17. Stan orzecznictwa, zwłaszcza że nie jest ono spójne, zaś przy sporządzaniu niniejszego uzasadnienia nie było jeszcze dostępne uzasadnienie powołanej uchwały z 19 marca 2019 r., III CZP 80/18, wymaga dalszej analizy kwestii dotyczącej dowodzenia wysokości roszczenia wykazanego co do samej jego zasady. Nie można w szczególności poprzestać na poglądzie, który został przez Sąd Najwyższy wyrażony w powołanym wyroku z 27 sierpnia 2015 r., III CSK 455/14, zwłaszcza że przytoczona konkluzja, dosyć arbitralna, może zostać uznana za niespójną z przyjętym założeniem, jakoby w tym orzeczeniu poparta została pierwsza z opisanych linii orzeczniczych, wyraźnie dominująca, jak też wyrażana w orzeczeniach z późniejszego okresu, a przede wszystkim w uchwale z 19 marca 2019 r., III CZP 80/08.

Zgodzić się należy z tezą uznającą konieczność równego potraktowania zakładów leczniczych, które świadczą usługi w warunkach nagłych ponad limit określony w podpisanej umowie, z placówkami, które w ogóle takiej umowy nie podpisały na dany rok. Poza sporem musi bowiem pozostawać, że zasady tych świadczeń nie zostały pod tym kątem zróżnicowane w omówionych przepisach, z których wynika prawny obowiązek udzielenia takich świadczeń za rzecz osób znajdujących się w stanie zagrożenia ich życia. Niezależnie od tego, czy jako podstawa określenia wynagrodzenia za wskazane świadczenia zostanie przyjęta stawka podana w umowie zawartej przez podmiot, który przekroczył określony w niej limit, czy też zostanie przyjęte, że takie świadczenie zostało spełnione bez umowy, poza sporem musi również pozostawać, jak przyjął Sąd Najwyższy w powołanym wyroku z 27 sierpnia 2015 r., III CSK 455/14, że nie może w tym zakresie zostać pominięte uregulowanie zawarte w treści art. 19 ust. 4 powołanej ustawy, zgodnie z których „wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej”. Przy analizie tego zapisu, nie sposób jednak też nie dostrzec, że określony w tym przepisie został przede wszystkim zakres świadczeń, które podlegają sfinansowaniu ze środków publicznych. Wprost zostało w jego treści więc podane, że chodzi o „niezbędne świadczenia opieki zdrowotnej”. W sytuacji, gdy powód przedstawił pełną dokumentację dotyczącą świadczeń udzielonych, pozwaną należało obciążyć powinnością wskazania, które z nich nie były jednak „niezbędne” w rozumieniu powołanego przepisu, jak też ciężarem zgłoszenia w tym zakresie właściwych wniosków dowodowych, czyli w istocie dowodu z opinii biegłego sądowego, w celu wykazania zasadności takich zarzutów. Strona pozwana takich zastrzeżeń nie zgłaszała. Nie wystąpiła również w tym zakresie z właściwymi wnioskami dowodowymi.

Z art. 19 ust. 4 powołanej ustawy nie wynika jednak, aby podstawą do określenia wynagrodzenia należnego powodowi za udzielenie usług ponad limit mogły być ustalenia w zakresie kosztów faktycznie poniesionych. Przeciwnie, w odniesieniu do wysokości wynagrodzenia, czyli również stawki, podstawy jego obliczenia, nie zaś zakresu udzielonych usług, we wskazanym przepisie została przez ustawodawcę użyta formuła „uzasadnionych kosztów”, a nie „faktycznie”

poniesionych. W ocenie Sądu Apelacyjnego, taki zabieg nie był przypadkowy. Oddawał bowiem ich złożoną strukturę, obejmującą koszty stałe prowadzenia danej placówki leczniczej, zwłaszcza realizującej umowę podpisaną z NFZ na określony w niej limit usług danego rodzaju, w tym koszty administracyjne, jak też ponoszone na zatrudnienie wymaganego personelu medycznego, jak również indywidualne wydatki na konkretnego pacjenta, których wielkość jest zależna od jego stanu zdrowia, rodzaju usług, które muszą zostać zrealizowane z racji ich niezbędności oraz ich zróżnicowanej wartości, ceny leków, jakie muszą z tej samej przyczyny zostać zaaplikowane danemu pacjentowi. O ile drugą z tych pozycji można łatwiej skalkulować, o tyle z wyliczeniem pierwszej wiązać się muszą bardziej złożone działania, a przede wszystkim też konieczność przyjęcia założeń niewynikających z treści powołanego przepisu, dotyczących sposobu ich przyporządkowania. Poza sporem musi bowiem pozostawać, że aby powód mógł udzielić świadczeń ponad limit, zmuszony był również ponieść koszty ogólne, niezależnie od tego, że ponosił takie wydatki na realizację limitów, które zostały określone w umowach zawartych przez obie strony na 2006 r. Bez ich poniesienia nie mógł z drugiej strony zrealizować umów zgodnie z zapisami zawartymi w ich treści i obowiązującymi w tym zakresie przepisami. Zaliczenie kosztów ogólnych związanych ze świadczeniem takich usług do części objętej limitem albo w określonej części do kosztów świadczenia usług ponad ten limit jest więc trudne do wykazania na gruncie konstrukcji zawartej w art. 19 ust. 4 powołanej ustawy, zwłaszcza przy uwzględnieniu wynikającego z omówionych wcześniej przepisów obowiązku udzielania świadczeń w warunkach nagłych ponad ustalone limity.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, mając na uwadze wskazane trudności, sam ustawodawca przyjął, w treści powołanego przepisu, że należne wynagrodzenie za usługi spełnione ponad limit powinno obejmować „wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń”, czyli również proporcjonalną część kosztów ogólnych, nie zaś tylko wydatki poniesione faktycznie na usługi, które zostały wykonane na rzecz konkretnego pacjenta. W każdej takiej sprawie, po stronie powoda spoczywa więc ciężar wykazania, że koszty były „uzasadnione”. Nie spoczywa natomiast na powodzie obowiązek wykazania, jakie koszty na danego pacjenta zostały poniesione w sytuacji, gdy rozdzielenie kosztów, które miały charakter ogólny, na pacjentów objętych limitami i przyjętych ponad ich zakres, jakkolwiek jest dowodowo możliwe, stanowi bardzo trudne zadanie o charakterze dowodowym, zwłaszcza na potrzeby jednostkowego postępowania, w którym chodzi o usługi na rzecz wielu pacjentów. Wykonanie tego zadania by się musiało wiązać z poddaniem pełnej dokumentacji podmiotu działającego po stronie czynnej gruntownej analizie księgowej, przy uwzględnieniu stanu kadry i majątku powoda, z tym zbadania struktury jego ewentualnego zadłużenia, jak też przyczyn i zakresu uzyskanych rabatów na zakup sprzętu albo leków oraz innych medykamentów, uzyskanych kredytów i wsparcia charytatywnego, na które liczą i które uzyskują niektóre zakłady lecznicze, zwłaszcza publiczne.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, ciężar wykazania „uzasadnionych kosztów udzielenia niezbędnych świadczeń” w rozumieniu przyjętym w art. 19 ust. 4 powołanej ustawy nie musi zostać spełniony poprzez wykazanie ich wysokości metodą wydatkową. Może zostać zrealizowany również metodą porównawczą, opartą na stawkach ustalonych przez stronę pozwaną za wykonanie podobnych albo wręcz tożsamyh usług przez placówki o takim samym statusie na rzecz pacjentów wymagających analogicznej albo podobnej rodzajowo pomocy w tym samym okresie, czyli na przestrzeni tego samego roku kalendarzowego, a więc przy uzasadnionym prawnie i faktycznie założeniu, że stawki ustalone w treści umów zawieranych na wskazanych zasadach pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a konkretnymi zakładami leczniczymi odpowiadają „uzasadnionym” stawkom za usługi medyczne danego rodzaju. Chodzi więc o wykazanie, że w zakresie stawek przyjętych za podstawę zastosowania metody porównawczej na wskazanych zasadach, w możliwie największym stopniu odpowiadały one tym usługom medycznym, za udzielenie których zachodzi konieczność ustalenia w ten sposób wynagrodzenia należnego świadczeniodawcy. Nie sposób bowiem zakładać, kierując się kryteriami oszczędności i ograniczonego zakresu środków pozostających do dyspozycji strony pozwanej, aby stawki uzgodnione w treści umów zawieranych przez NFZ przenosiły „uzasadnione koszty” ich udzielenia.

W najlepszej sytuacji we wskazanym zakresie, ocenianej z dowodowego punktu widzenia, znajdują się zakłady lecznicze, które podpisały w danym roku umowę ze stroną pozwaną na świadczenie usług medycznych danego rodzaju. Za wystarczające należy więc uznać stosowanie przeliczenia opartego o stawkę określoną w takiej umowie dla świadczeń tego samego rodzaju, spełnionych w tym samym okresie. Metodę taką zastosował powód w tej sprawie w pozwie. Nie sposób było więc uznać, że nie wywiązał się z ciężaru wykazania wysokości dochodzonego roszczenia

przy zastosowaniu opisanej metody porównawczej. Dalej idących wymagań formalnych nie było można stawiać przed powodem. Ich zrealizowanie byłoby bowiem związane z nadmiernym nakładem czynności i kosztów w stosunku do zakresu okoliczności wymagających zbadania. Nie bez znaczenie pozostaje również okoliczność, że tożsamą metodę stosowała strona pozwana w wyliczeniach własnych, które zostały zaprezentowane w pismach z 5 czerwca i 14 października 2013 r., a następnie w piśmie z 23 grudnia 2016 r., na którym przede wszystkim oparł się Sąd Okręgowy częściowo uwzględniając powództwo wniesione w tej sprawie.

W trudniejszej sytuacji znajdować się natomiast mogą zakłady lecznicze, które w danym roku albo w zakresie określonych świadczeń nie zawarły umowy ze stroną pozwaną na ich finansowanie ze środków publicznych na zasadach określonych w omówionych wcześniej przepisach, a mimo to obciążonych, jak wynika z ich treści, obowiązkiem udzielenia świadczeń w nagłych wypadkach związanych z zagrożeniem ich życia albo życia i zdrowia innych osób. Ciężar dowodu, który spoczywa na takich zakładach, obejmuje bowiem konieczność wykazania nie tylko wysokości stawek stosowanych przez stronę pozwaną, lecz również możliwie największe ich podobieństwo w zakresie okresu, miejsca oraz warunków ich stosowania w porównaniu do usług wykonanych przez podmiot, który nie podpisał takiej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Nawet w takim wypadku zastosowanie metody porównawczej nie jest wykluczone, lecz tylko utrudnione i wpisane w większy zakres uznania sędziowskiego. Jeśli taka metoda nie odniesie skutku, pozostanie metoda kosztowa, której zastosowanie może się okazać nawet bardziej zawodne, a tym kosztowniejsze dla pozwanego, ze względu na trudności w wykazaniu, że koszty poniesione faktycznie ze strony zakładu leczniczego działającego po stronie czynnej, zwłaszcza na zasadach w istocie wyłącznie komercyjnych, w szczególności poniesione na dużo wyższe wynagrodzenie na personelu medycznego w relacji do publicznych zakładów opieki zdrowotnej albo na zakupienie i używanie środków medycznych dużo droższych niż leki standardowo stosowane w takich placówkach, nie były „uzasadnionymi kosztami” udzielenia świadczeń niezbędnych, lecz zostały zawyżone ponad miarę z podanych przyczyn w rozumieniu przyjętym w art. 19 ust. 4 powołanej ustawy. Prawdopodobne więc jest, że zastosowanie metody porównawczej, opartej o tożsame albo najbardziej zbliżone stawki stosowane przez NFZ, może być nawet korzystniejsze dla strony pozwanej niż stosowanie metody kosztowej, zwłaszcza w odniesieniu do usług, których wartość zostaje określona w tych stawkach na poziomie stosunkowo niskim, a tym bardziej gdy zostaje niedoszacowana.

Podstawowy zarzut apelacji strony pozwanej nie zasługiwał z podanych powodów na uwzględnienie. Nie sposób też było podzielić zasadność zarzutu dotyczącego zaniechania podania przez Sąd Okręgowy w uzasadnieniu wyroku objętego apelacją nazwisk pacjentów, za spełnienie świadczeń na rzecz których pozwany został obciążony wynagrodzeniem zasądzonym przez Sąd Okręgowy. Analiza materiału zebranego w sprawie wykazuje, że wyliczenia dokonane w tej sprawie przez biegłych lekarzy miały charakter grupowy. Operowały danymi liczbowymi, bez podawania konkretnych nazwisk. Odwoływały się do danych źródłowych, czyli do dokumentacji poszczególnych pacjentów, która została w tej sprawie złożona i była przedmiotem rozległych czynności analitycznych ze strony biegłych lekarzy. Z dokumentacji złożonej do akt wynika ponadto, że na potrzeby tej sprawy poszczególni pacjenci byli oznaczani numerycznie, czyli zgodnie z dokumentacją źródłową, której dokładna analiza, przy zastosowaniu numeracji kart powołanych przez Sąd Okręgowy w treści uzasadnienia wyroku objętego apelacją, pozwala na dotarcie do oznaczeń identyfikujących pacjentów, za świadczenia na rzecz których powództwo podlegało uwzględnieniu, również w ramach korekty apelacyjnej, a tym samym do danych tych osób, mimo że w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku nie zostały one podane indywidualnie. Za bezzasadnością wskazanego zarzutu przemawia ponadto przede wszystkim to, że uwzględnienie powództwa, także w postępowaniu apelacyjnym, oparte zostało na danych, które prezentowała z własnej inicjatywy strona pozwana, nie tylko w piśmie z 23 grudnia 2016 r., lecz również we wcześniejszych pismach, z tym z 5 czerwca 2013 r. (k: 1572), które miało kluczowe znaczenie dla oceny zasadności apelacji ze względu na to, że przyjmując wadliwe założenia prawne w zakresie wykładni przepisów prawa materialnego powołanych w apelacji powoda, Sąd Okręgowy bezpodstawnie oparł rozstrzygnięcie zawarte w zaskarżonym wyroku na stanowisko zaprezentowanym przez pozwanego w piśmie z 23 grudnia 2016 r., pominał natomiast wyliczenia i wnioski zawarte przede wszystkim w piśmie pozwanego z 5 czerwca 2013 r., w tym zawarte w nim przyznanie. Naruszył w tym zakresie art. 229 k.p.c., jak zasadnie podnosił powód w swojej apelacji.

Przechodząc więc do oceny zasadności apelacji powoda, wskazać należy na nieoprawne i niczym nieuzasadnione przyjęcie przez Sąd Okręgowy poglądu przedstawionego przez stronę pozwaną w piśmie z 23 grudnia 2016 r., jakoby przez świadczenia przekraczające limity przyznane na poszczególne usługi w 2006 r. można było uznać wyłącznie świadczenia spełnione po wyczerpaniu tak ustalonych limitów, czyli w okresie roku, z pełnym pominięciem miesięcznego sposobu ich rozliczenia, a tym samym również niedokonania przez pozwanego zapłaty za świadczenia wykonane w warunkach nagłych, zagrażających życiu i zdrowiu, wykonane zanim limity na dany rok zostały wyczerpane, za które już wcześniej strona pozwana jednak nie zapłaciła. Analizując przepisy powołanej ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, w tym art. 19 tej ustawy i przepisy powołanego przez powoda rozporządzenia z Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie sposób jednak utożsamić świadczenia wykonane ponad limit z usługami spełnionymi już po wyczerpaniu limitu rocznego. Przez świadczenia przekraczające limit roczny należy uznawać wszystkie świadczenia, które zostały spełnione w okresie roku w warunkach nagłych, które nie zostały zapłacone w ramach limitu w całości sfinansowanego przez stronę pozwaną, zgodnie w warunkami umów łączących strony. Założenie odmienne byłoby uzasadnione wyłącznie przy założeniu, że strona pozwana w całości regulowała swoje zobowiązania wobec świadczeniodawcy z tytułu usług medycznych tego rodzaju wykonywanych przed wyczerpaniem limitów, które na tle okoliczności sprawy, jak wynika z trafnych ustaleń Sądu Okręgowego, na poszczególnych oddziałach ulegały wyczerpaniu w listopadzie albo w grudniu 2006 r., w wyjątku oddziału pulmonologii, na którym wyczerpane zostały już 5 czerwca 2006 r. Z dokumentacji zebranej w tej sprawie, w tym z drugiej opinii biegłego księgowego, która potwierdziła prawidłowość wyliczeń, które strona pozwana przedstawiła w piśmie z 5 czerwca 2013 r., wynika jednak wprost, że świadczenia, które nie mieściły się w cząstkowych limitach przewidzianych na poszczególne miesiące, czyli na okresy rozliczeniowe, nie były w całości objęte finansowaniem ze strony pozwanej, mimo że były wykonywane w warunkach nagłego zagrożenia życia i zdrowia pacjentów. Strona pozwana tylko części tych świadczeń finansowała. Pozostała część świadczeń wykonywanych zanim limit roczny dla danej dziedziny został wyczerpany, przeważnie w listopadzie albo grudniu 2006 r., nie była jednak finansowana. Nie została również rozliczona po wyczerpaniu limitów rocznych przed zakończeniem roku, co świadczyło także o tym, że częściowe finansowanie świadczeń spełnianych w warunkach nagłych w trakcie wcześniejszych miesięcy mogło doprowadzić do sytuacji, w której także zabiegi planowe, realizowane po wyczerpaniu limitów rocznych, nie były przez pozwanego finansowane w całości, właśnie ze względu na wcześniejsze niż to było przez strony planowane wyczerpanie limitów na rok 2006 r. dla różnych dziedzin medycznych. Strona pozwana samodzielnie więc decydowała o tym, czy i które świadczenia nieprzewidziane w wykazach na kolejne miesiące objąć finansowaniem, które było realizowane również dla świadczeń ratujących życie i zdrowie. Z tej też przyczyny limity zostały wyczerpane przed zakończeniem roku 2006 r., już w listopadzie albo w pierwszej połowie grudnia. Znaczna część świadczeń ratujących życie, które nie mieściły się jednak w wykazie na kolejny miesiąc, zanim doszło do wyczerpania limitów rocznych dla poszczególnych oddziałów, nie została sfinansowana. Z tego też powodu należało uznać, że były to świadczenia ponad ustalone limity. Bez znaczenia pozostawało, czy zostały one spełnione przed czy też po wyczerpaniu limitów rocznych. Każde z tych świadczeń nie zmieściło się bowiem w takim limicie. Powinno być uznane za świadczenie ponadlimitowe z tego względu, że każde z nich zostało wykonane w warunkach nagłych, zagrażających życiu lub zdrowiu, lecz nie zostało przez pozwanego sfinansowane ze środków publicznych, czyli zgodnie z zasadami przyjętym w powołanej ustawie.

Opiniami biegłych lekarzy z zakresu poszczególnych dziedzin medycyny, które zostały w tej sprawie sporządzone, ostatecznie zgodnie z przepisami prawa procesowego, czyli jako opinie biegłych ad hoc, z pominięciem opinii Centrum (...), której nie można było uznać za opinię instytutu naukowego albo naukowo – badawczego w rozumieniu przyjętym w art. 290 k.p.c., powód wykazał ogólną liczbę świadczeń wykonanych w warunkach nagłego ratowania życia lub zdrowia pacjentów, którzy byli hospitalizowani w 2006 r. na różnych oddziałach szpitala prowadzonego przez powoda, jak też którzy zostali objęci specjalistyczną opieką ambulatoryjną, również wykonywaną w tych warunkach. Z opinii licznych biegłych wynikało bowiem, że ratujące życie i zdrowie mogą być również usługi medyczne wykonywane w warunkach ambulatoryjnych. Nie został w tej sprawie przedstawiony przez stronę powodową inny materiał, przy pomocy którego można byłoby podważyć wskazane wnioski biegłych lekarzy z poszczególnych specjalności. Zarzuty,

na które powoływała się w tym zakresie strona pozwana, nie zostały więc udowodnione. Nie mogły też zostać przez Sąd Apelacyjny uwzględnione.

Oddalając żądanie w zakresie przenoszącym zasądzoną kwotę 155219,02 zł, Sąd Okręgowy bezzasadnie więc oparł się na wyliczeniach przedstawionych przez stronę pozwaną w piśmie z 23 grudnia 2016 r. Przeoczył ponadto istotne znaczenie procesowe wcześniejszych wyliczeń, które pozwany przedstawiał w tej sprawie, zwłaszcza w piśmie z 5 czerwca 2013 r., złożonym w odpowiedzi na pierwszą opinię biegłego księgowego, który wartość świadczeń udzielonych w warunkach nagłych na wszystkich oddziałach i w warunkach ambulatoryjnych, zakwalifikowanych w ten sposób przez biegłych lekarzy, obliczył na 919592,02 zł, czyli w celu podjęcia przez pozwanego obrony przed niekorzystną treścią tej opinii. Po przeprowadzeniu własnych wyliczeń, w tym piśmie pozwany podał więc, że wartość niezapłaconych świadczeń udzielonych w warunkach nagłych w ramach leczenia szpitalnego w całym 2006 r., nie tylko zaś po wyczerpaniu limitów, które zostały wypełnione w listopadzie i grudniu 2006 r., sięgała kwoty 451891,90 zł, jak też że niezapłacone świadczenia spełnione w tych warunkach w ramach opieki ambulatoryjnej opiewały na 292116,20 zł (zob. k:1574 i 1578). Wprawdzie w kolejnym piśmie z 14 października 2013 r. pozwana z pierwszej z podanych kwot uznawała warunkowo swoje zobowiązanie do kwoty 319197 zł, na co zwrócił uwagę powód we własnej apelacji poprzez podniesienie zarzutu naruszenia przez Sąd Okręgowy art. 229 k.p.c., nie można było jednak także nie dostrzec, że podana kwota obejmowała wyłącznie niezapłacone świadczenia spełnione w warunkach nagłych w drugiej połowie 2006 r. oraz że nie zostało wykazane, że świadczenia spełnione w pierwszej jego połowie zostały w całości sfinansowane, zwłaszcza że w podanym zakresie strona pozwana prezentowała rozbieżne stanowiska w powołanych pismach. Wyjaśnienie tych wątpliwości wymagało tym samym przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego księgowego. Dowód z drugiej opinii biegłego księgowego potwierdził jednak prawidłowość wyliczeń przeprowadzonych w pierwszym z powołanych pism. Zawarte w nim dane należało więc przyjąć za podstawę określenia uzasadnionej części żądania pozwu, które zostało uwzględnione przez Sąd Okręgowy w nazbyt niskim jego rozmiarze, wyłącznie też w odniesieniu do świadczeń spełnionych w warunkach nagłych już po pełnym wyczerpaniu limitów rocznych, czyli z pominięciem, że spełnione na tych warunkach świadczenia w miesiącach wcześniejszych nie zostały w całości sfinansowane ze środków NFZ. Łącznie, sumując więc kwoty 451891,90 zł za leczenie szpitalne i 292116,20 z opieką ambulatoryjną, można było wyliczyć, że powództwo było uzasadnione w wysokości 744008,10 zł. Na taką także kwotę zaległość pozwanego wobec powoda została wyliczona przez biegłego księgowego w uzupełniającej opinii. W sytuacji, gdy Sąd Okręgowy z tej kwoty zasądził od pozwanego na rzecz powoda tylko kwotę 155219,02 zł, częściowe uwzględnienie apelacji powoda wymagało zasądzenia na pozwanego na rzecz powoda dalszej kwoty 588789,08 zł tytułem należności głównej, w oparciu o art 19 ust. 1 powołanej ustawy i przy zastosowaniu stawki określonej w umowach łączących strony, jak zasadnie przyjął Sąd Najwyższy w uchwale składu 7 sędziów z 19 marca 2019 r., III CZP 80/18, a ponadto odsetek od tej kwoty od 2 sierpnia 2008 r. do dnia zapłaty.

W pozostałym zakresie apelacja powoda nie była uzasadniona. Wnioski zawarte w pierwszej opinii biegłego księgowego, w której wartość świadczeń spełnionych w warunkach nagłych w całym 2006 r. została określona łącznie na kwotę 919592,28 zł, nie tylko przenosiły żądanie pozwu, które w tym zakresie opiewało tylko na kwotę 753217,14 zł, lecz przede wszystkim pomijały fakt zapłacenia przez pozwanego za część takich zabiegów już przed wyczerpaniem limitów rocznych. Ponadto w odniesieniu do należności w kwocie 5488 zł za świadczenia ambulatoryjne w zakresie badań współfinansowanych oraz kwoty 3721 zł z tytułu profilaktyki raka piersi nie można było uznać, aby zebrane w tej sprawie dowody wykazały, że wskazane świadczenia zostały spełnione przez powoda w warunkach nagłych, zagrażających życiu lub zdrowiu pacjentów, na rzecz których takie świadczenia zostały spełnione. Po trzecie, apelacja powoda nie zasługiwała na uwzględnienie także w zakresie odsetek należnych od kwoty zasądzonej przez Sąd Okręgowy i zasądzonej przez Sąd Apelacyjny w ramach częściowego uwzględnienia apelacji powoda. Do świadczeń przekraczających limity nie można było stosować terminów płatności określonych dla świadczeń objętych limitami, czyli w ramach wykonywania przez strony zawartych umów. Takie świadczenia pozostawały więc pierwotnie bezterminowe. W sytuacji, gdy powód nie wykazał, aby wzywał pozwanego do zapłaty należności dochodzonej pozwem przed jego wniesieniem, odsetki od zasadnej części roszczenia należało zasądzić od dnia następnego do daty doręczenia pozwanemu podpisu pozwu, stosownie do art. 455 k.c. Doręczenie odpisu pozwu spełniło bowiem w tej sprawie funkcję wezwania dłużnika do zapłaty w rozumieniu przyjętym w tym przepisie. Przy zasadności zarzutu dotyczącego

naruszenia przez Sąd Okręgowy art. 328 § 2 k.p.c. w zakresie braku motywów rozstrzygnięcia o kosztach, w tym zwłaszcza obciążenia powoda wydatkami w kwocie 22180,03 zł, wywołanych wyjątkowo dużą liczbą opinii biegłych, czyli kosztami ich udziału w sprawie, których Sąd Okręgowy nie rozpisał w uzasadnieniu wyroku, uwzględniając częściowo apelację w tym zakresie i korzystając z dyspozycji art. 108 § 1 k.p.c., Sąd Apelacyjny zdecydował się tylko na określenie proporcji, w której powód wygrał sprawę przed sądem pierwszej instancji, wyliczonej na 33 %, czyli w proporcji wynikającej z wartości roszczenia dochodzonego pozwem w stosunku do ostatecznie uwzględnionego, a tym samym przyjęcie, że powoda obciąża 67 % kosztów procesu, w tym też wydatków tymczasowo pokrytych ze środków Skarbu Państwa. Bezprzedmiotowe stało się tym samym rozważanie zasadności zarzutów dotyczących rozliczenia przez Sąd Okręgowy kosztów za pierwszą instancję. Ich szczegółowe rozliczenie Sąd Apelacyjny pozostawił w tej sprawie referendarzowi sądowemu w Sądzie Okręgowym. W pozostałym zaś zakresie apelacja powoda podlegała oddaleniu.

Z podanych założeń, również na podstawie art. 108 § 1 zdanie drugiej k.p.c., Sąd Apelacyjny orzekł, że pozwanego obciąża 79 % kosztów procesu za postępowanie apelacyjne, zaś powoda 21 % tych kosztów. Uwzględniona w tym zakresie została proporcja pomiędzy podaną w apelacji powoda wartością przedmiotu zaskarżania a kwotą należności głównej, w zakresie której apelacja powoda została uwzględniona we wskazany sposób. Szczegółowe rozliczenie tych kosztów Sąd Apelacyjny również pozostawił referendarzowi sądowemu w Sądzie Okręgowym w Warszawie.

Mając powyższe na uwadze, na podstawie powołanych przepisów i art. 386 § 1 k.p.c., w zakresie zaś, w którym apelacje obu stron zostały oddalone – zgodnie z art. 385 k.p.c., Sąd Apelacyjny orzekł jak w sentencji.

Ewa Klimowicz-Przygódzka Robert Obrębski Elżbieta Wiatrzyk-Wojciechowska