

Sygn. akt I ACa 82/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 27 marca 2014 r.

Sąd Apelacyjny we Wrocławiu – Wydział I Cywilny w składzie:

Przewodniczący:	SSA Walter Komorek
Sędziowie:	SSA Ewa Głowacka SSA Franciszek Marcinowski (spr.)
Protokolant:	Marta Perucka

po rozpoznaniu w dniu 27 marca 2014 r. we Wrocławiu na rozprawie

sprawy z powództwa **(...) Publicznego Szpitala (...) we W.**

przeciwko **Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu we W.**

o zapłatę

na skutek apelacji strony powodowej

od wyroku Sądu Okręgowego we Wrocławiu

z dnia 5 listopada 2013 r. sygn. akt I C 538/10

1. **oddala apelację;**

2. **zasądza od powoda na rzecz pozwanego kwotę 5.400 zł tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.**

UZASADNIENIE

Powód – (...) Publiczny Szpital (...) we W. – dochodził od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego we W. kwoty 355.776 zł z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu, tytułem należności za zrealizowane w 2009 roku świadczenia medyczne z zakresu (...), przekraczające limit określony w umowie stron.

Sąd Okręgowy we Wrocławiu wyrokiem z dnia 5 listopada 2013 r. umorzył postępowanie co do kwoty 10.200 zł, oddalił powództwo w pozostałym zakresie oraz orzekł o kosztach procesu, zasądając z tego tytułu od powoda na rzecz pozwanego 7.217 zł i obciążając Skarb Państwa niepokrytymi kosztami sądowymi.

Orzeczenie to zapadło na podstawie następujących ustaleń faktycznych:

W dniu 14 stycznia 2009 r. strony zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmującą finansowanie w roku 2009 m.in. świadczeń medycznych z zakresu (...). Łączną kwotę zobowiązania Funduszu wobec powoda

określono początkowo tylko na pierwsze półrocze, przy czym kwota ta była w ciągu roku zmieniana kolejnymi aneksami

do umowy. Załącznikiem do umowy był plan rzeczowo-finansowy, w którym ustalono, że w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2009 r. w zakresie (...) powód może wykonać 41.588 jednostek rozliczeniowych o wartości jednostkowej 51 zł, tj. łącznie na kwotę 2.120.988,00 zł. Wykonanie jednostek rozliczeniowych zostało podzielone na poszczególne miesiące każdego kwartału. Powód, jako świadczeniodawca zobowiązany był wykonywać umowę na zasadach określonych w zarządzeniu Prezesa NFZ nr (...) z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne. Kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda ulegała zwiększeniu na mocy kolejnych aneksów do umowy. W aneksie nr (...) z dnia 25 marca 2009 r. ustalono, że kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umowy od 1 stycznia do 30 czerwca 2009 r. wynosi maksymalnie 48.167.077,14 zł. W następnych aneksach do umowy kwota zobowiązania pozwanego była sukcesywnie zwiększana, przy czym strony odwoływały się też do kolejnych zarządzeń Prezesa NFZ, wprowadzających zmiany do zarządzenia nr (...) z dnia 22 października 2008 r. W aneksie nr (...) strony ustaliły, że kwota zobowiązania Funduszu wobec powoda z tytułu realizacji całej umowy w okresie 1 stycznia do 30 czerwca 2009 r. wynosi maksymalnie 55.148.863,14 zł, a wartość świadczeń w zakresie objętym pozwem ustalono na kwotę 3.310.461,00 zł. W aneksie tym, podobnie jak we wcześniejszych aneksach, powód oświadczył, że kwota zobowiązania NFZ wobec niego wyczerpuje wszystkie jego roszczenia wynikające z realizacji umowy chyba, że Fundusz dysponował będzie dodatkowymi środkami przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. W aneksie nr (...) ustalono, że kwota zobowiązania Funduszu wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie 1 lipca do 31 października 2009 r. wynosi maksymalnie 40.999.990,62 zł, w tym w zakresie objętym pozwem na 3.310.461,00 zł. W aneksie nr (...) z dnia 31 grudnia 2009 r. ustalono, że kwota zobowiązania Funduszu wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od 1 lipca do 31 grudnia 2009 r. wynosi maksymalnie 71.967.694,02 zł, w tym w zakresie objętym pozwem 1.846.404 zł. Ostatecznie w aneksie nr (...) z dnia 15 lutego 2010 r. strony wskazały, że kwota zobowiązania Funduszu wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od 1 stycznia 2009 r. do dnia 30 czerwca 2009 r. wyniesie maksymalnie 55.598.326,14 zł oraz z tytułu świadczeń udzielonych w okresie od dnia 1 lipca 2009 r. do dnia 31 grudnia 2009 r. wyniesie maksymalnie 72.749.779,02 zł. Wartość świadczeń w zakresie objętym pozwem została określona na 4.185723,00 zł. Po wydaniu przez Ministra Zdrowia rozporządzenia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu gromadzenia tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do realizowania świadczeń ze środków publicznych Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia opublikował w formie zarządzenia komunikat XML, w którym znalazło się oznaczenie świadczeń ratujących życie. Informacja wprowadzana do aplikacji rozliczeniowej jest identyczną z informacją przekazywaną do NFZ. W raporcie statystycznym świadczeniodawca wykonane hospitalizacje oznacza jako świadczenia ratujące życie poprzez zaznaczenie stosownej odpowiedzi na pytanie, czy świadczenie z katalogu płatnika jest ratujące życie. Następnie ustalana jest kolejność zaliczenia świadczeń do zapłaty. Forma XML musi spełniać wszystkie punkty, inaczej komunikat będzie niekompletny. Przekazując pozwanemu informacje na temat świadczeń udzielonych pacjentom wskazanym w pozwie powód nie wskazał, iż objęci zostali oni pomocą medyczną udzieloną w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia. Świadczenia zostały oznaczone literą N, co oznacza odpowiedź negatywną na pytanie, czy świadczenie miało charakter ratującego życie. Oznaczenie świadczenia ratującego życie oznaczało pierwszeństwo w zapłacie. Podstawę rozliczeń i płatności za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w okresie sprawozdawczym stanowił rachunek wraz z raportem statystycznym, w wersji elektronicznej. Powód, jako świadczeniodawca miał składać pozwanemu rachunek na piśmie oraz raport statystyczny w formie elektronicznej do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni. Sprawozdawane miały być w szczególności dane dotyczące rozpoznania (...) oraz zastosowanych procedur medycznych (...). W dniu 3 marca 2010 r. powód wystawił pozwanemu fakturę VAT nr (...) za świadczenia zdrowotne wykonane w roku 2009 na kwotę 4.114.268,82 zł. W ramach zakresu (...) wartość świadczeń niesfinansowanych przez pozwanego wyniosła 529.125 zł. W niniejszym sporze powód dochodził zapłaty za świadczenia ponadlimitowe z zakresu (...), o kodzie 03.4500.030.02 - 2, wykonane w trybie pilnym, w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów. Pozwany odesłał powodowi fakturę VAT nr (...) bez jej uregulowania. Powód pismem z 30 kwietnia 2010 r. wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 3.585.143,82 zł z powyższej faktury.

W październiku 2009 roku powód wystąpił do pozwanego z wnioskiem

o udostępnienie informacji publicznej, w celu m.in. ustalenia czy pozwany posiada środki rezerwowe na zaspokojenie roszczeń powoda z tytułu wykonania ponadlimitowych, ratujących zdrowie lub życie świadczeń medycznych. Pozwany nie odpowiedział na wniosek powoda i nie udzielił żadnych informacji w tym zakresie.

Powodowi znana była sytuacja braku pieniędzy po stronie pozwanego. W 2009 r. NFZ informował świadczeniodawców o ograniczonych możliwościach finansowych i konieczności wydłużenia kolejek oczekujących na świadczenia finansowe. Początkowo kolejki na koniec 2009 r. rosły, natomiast w listopadzie i grudniu powód zgłaszał na oddziały chirurgii skracanie kolejek oczekujących na świadczenia. Jednocześnie, dbając o dyscyplinę finansów publicznych, pozwany formułował w aneksach do umowy zapisy, które miały jednoznacznie wskazać, że uzgodnienie wyczerpuje roszczenia stron. Zapisy te były oznaczone jako § 2 i dotyczyły świadczeń wykonywanych ponad limit. Praktyka umieszczania w aneksach paragrafu 2 była powszechna. W aneksach był także zapis dopuszczający możliwość zwiększenia środków zawartych w aneksie czy umowie, w przypadku pojawienia się zmian w planie finansowym w trakcie roku. Powód w roku 2009 nie zgłaszał zastrzeżeń do treści podpisywanych aneksów.

W lipcu 2010 r. wobec zwiększenia planu finansowego Szpitala pozwany podjął decyzję, iż część środków może zostać przeznaczona na pokrycie świadczeń ponadlimitowych za rok 2009. Pozwany przedstawił powodowi propozycję ugodowego rozliczenia świadczeń ponadlimitowych wykonanych w 2009 r. W przedstawionej powodowi propozycji pozwany zwiększył ilość jednostek rozliczeniowych, ale w zakresie CHIRURGIA OGÓLNA – HOSPITALIZACJA zmniejszył cenę jednostki z 51,00 zł do 15,30 zł. Powód wyraził zgodę na zapłatę w zakresie świadczeń hematologii, anestezjologii i intensywnej terapii, położnictwa i ginekologii oraz umowy chemioterapii. Nie wyraził natomiast zgody na propozycje pozostałych świadczeń. Wskazywał, że bierze pod uwagę tylko pokrycie 100 % świadczeń ponadlimitowych. Pozwany proponował natomiast sfinansowanie w 30 %. Propozycja ta została odrzucona przez powoda.

Przy tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Okręgowy uznał, że powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie. W uzasadnieniu wskazał, że zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o sfinansowanie świadczeń udzielonych w warunkach nagłej potrzeby udzielenia pomocy medycznej, jednakże rozliczenie świadczeń, nawet udzielanych w wypadkach nagłych w sytuacji zagrożenia życia, musi uwzględniać w pierwszej kolejności związanie stron umową o finansowanie świadczeń, a także konieczność pewnego planowania realizacji przez zakład opieki zdrowotnej pomocy medycznej w zakresie przewidzianym umową. Uzasadnione było zatem stanowisko pozwanego, iż maksymalna wartość kontraktu wyznacza granice odpowiedzialności kontraktowej Funduszu (za wyjątkiem świadczeń nielimitowanych). W zakresie przekraczającym zakres świadczeń przewidziany w umowie powód winien wykazać, że nie było możliwości wykonania świadczeń w zakresie objętym pozwem w ramach planu rzeczowo-finansowego stanowiącego część umownego stosunku prawnego łączącego strony. Powód powinien tak gospodarować środkami przyznanymi w umowie, aby pozostała mu rezerwa na wypadki nagłe. Do wyczerpania maksymalnego limitu finansowania świadczeń określonego w umowie wydatki na świadczenia wynikające z art. 7 ustawy o zoz i art. 30 uzl nie podlegają bowiem odrębnemu pozaumownemu finansowaniu. Zdaniem Sądu I instancji zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenia medyczne, jeżeli wykaże, że nastąpiło w sytuacji określonej w art. 7 ustawy o oz, jednakże NFZ może się uchylić od obowiązku zaspokojenia tego roszczenia, jeżeli zakład opieki zdrowotnej naruszył postanowienie łączącej strony umowy w sposób pozwalający przyjąć, że sam pozbawił się możliwości dochodzenia zapłaty. Nie do zaakceptowania byłoby bowiem przyjęcie koncepcji, że NFZ ma obowiązek płacić za takie świadczenia ratujące życie i zdrowie udzielone w warunkach niecierpiących zwłoki, które mogły zostać rozliczone w ramach limitów ustalonych w umowie między NFZ a świadczeniodawcą, a nie zostały rozliczone tylko z tej przyczyny, że świadczeniodawca nie zgłosił ich do rozliczenia w trybie ustalonym w umowie. Świadczenia medyczne z tej kategorii powinny być bowiem rozliczane przede wszystkim w ramach limitów ustalanych w kontrakcie, inaczej bowiem umowa zawierana przez strony nie miałaby istotnego znaczenia, a cały system opieki zdrowotnej nie mógłby prawidłowo funkcjonować. Za uzasadniony uznał Sąd Okręgowy zarzut pozwanego, że powód nie dochował procedury dotyczącej zasad rozliczeń, ponieważ zgromadzony materiał dowodowy wskazuje, że nie zgłosił on spornych roszczeń do rozliczenia w odpowiednim terminie, tj. nie wykazał świadczeń udzielonych wskazanym w pozwie pacjentom, z oznaczeniem ich w odpowiednich komunikatach XML, jako ratujących życie lub zdrowie, co spowodowałoby

ich rozliczenie w pierwszej kolejności. W roku 2009 obowiązywały powszechnie regulacje nakazujące oznaczanie świadczeń medycznych, jako ratujących życie i przekazywanie ich do rozliczenia w pierwszej kolejności. Obowiązkiem szpitala było zatem oznaczenie jako świadczenia ratujące życie tych świadczeń, które zdaniem samego powoda były świadczeniami ratującymi życie lub zdrowie, ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia oraz 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. Niewypełnienie tego obowiązku nie daje powodowi prawa do domagania się za nie zapłaty na tej tylko zasadzie, że były to świadczenia ratujące życie lub zdrowie udzielone w wypadkach nagłych. Takie działanie powoda zdaniem Sądu Okręgowego uznać należało za niezgodne ze społeczno-gospodarczym przeznaczeniem służącego mu prawa do wynagrodzenia, co uzasadnia zastosowanie regulacji zawartej w art. 5 k.c., wedle której działaniu takiemu nie można przyznać ochrony prawnej. Niezależnie od powyższego, jak wskazał Sąd Okręgowy, powód zrzekł się roszczeń przewyższających ustaloną w umowie wartość, bowiem zgodnie z zapisem § 2 zamieszczonego w aneksach nr (...) do umowy oświadczył, że kwota zobowiązania Funduszu wobec niego wyczerpuje wszystkie jego roszczenia wynikające z realizacji umowy, chyba że Fundusz będzie dysponował dodatkowymi środkami przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust 2 umowy. Obie strony w momencie zawierania aneksów miały świadomość skutków zrzeczenia się roszczeń oraz zakresu tego oświadczenia, a powód nie wykazywał, aby się uchylił od skutków prawnych złożonych oświadczeń woli. Wobec tego Sąd I instancji przyjął, że w wyniku zrzeczenia się roszczeń przewyższających ustaloną w umowie wartość, roszczenia te wygasły i nie mogą być dochodzone.

Powód zaskarżył powyższy wyrok w części oddalającej powództwo oraz w zakresie orzeczenia o kosztach, wnosząc o jego uchylenie i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpatrzenia, z uwzględnieniem kosztów procesu za obie instancje, ewentualnie o zmianę tego wyroku i uwzględnienie powództwa w całości. W odrębnie sformułowanych zarzutach wyrokowi temu zarzucił:

- naruszenie art. 7 ustawy o z.o.z. oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, przez uznanie, że powodowi nie należy się zapłata za świadczenia objęte pozwem, wykonane w warunkach opisanych w tych przepisach;

- naruszenie art. 132 ust. 1 i 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w związku z art. 7 ustawy o z.o.z. oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, przez przyjęcie, że ograniczenia wynikające z planu finansowego funduszu uzasadniają odmowę zapłaty za świadczenia, których natychmiastowe udzielenie było konieczne z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia, a brak środków uzasadnia w takich przypadkach prawo do odmowy udzielenia pomocy medycznej przez świadczeniodawców, w tym powoda;

- naruszenie art. 137 ust. 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zw. z § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zw. z § 5 ust 1 Ogólnych Warunków Umowy przez przyjęcie, że zarządzenia Prezesa NFZ współkształtują sposób wykonania tego zobowiązania, podczas gdy z treści § 5 Ogólnych Warunków Umowy wynika, że treści zarządzeń Prezesa NFZ determinują wyłącznie warunki konkursowe wymagane od świadczeniodawców, nie wprowadzają zaś żadnych zasad wykonywania umowy, ani też nie wprowadzają wyłączeń obowiązku zapłaty za wykonanie świadczeń, w tym o charakterze ponadlimitowym;

- naruszenie 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 dentystry w zw. z art. 56 k.c. przez jego niezastosowanie;

- naruszenie 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 dentystry w zw. z art. 56 k.c. w zw. z art. 5 k.c. przez uznanie działania powoda jako niezgodnego ze społeczno-gospodarczym przeznaczeniem służącego mu prawa do wynagrodzenia za świadczenia wykonane ponad limit;

- naruszenie art. 56 k.c. w zw. z art. 7 ustawy o z.o.z. oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty i art. 155 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przez uznanie, że nie istnieją pozaumowne podstawy żądania zapłaty przez NFZ za świadczenia udzielone przez świadczeniodawcę;

- naruszenie § 10 ust 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych – przez błędne ustalenie zakresu obowiązków powoda w zakresie sprawozdań dotyczących wykonanych świadczeń zdrowotnych przez pryzmat treści rozporządzenia Prezesa NFZ;

- naruszenie art. 58 § 3 k.c. przez uznanie postanowień aneksów o maksymalnej wartości kontraktu i klauzul § 2 w aneksach nr (...) do umowy stron za ważne i skuteczne;

- naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. przez dowolne uznanie § 2 aneksów nr (...) do umowy za ważne i skuteczne;

- sprzeczność istotnych ustaleń faktycznych sądu z treścią zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego poprzez przyjęcie, że na mocy aneksu nr (...) doszło tylko do bilansowania umowy bez zmiany wartości finansowej, oraz że aneks (...) nie uchylał wcześniejszych aneksów do umowy, a także przez ustalenie, że świadczenia ratujące życie miały priorytet w rozliczaniu, podczas gdy w 2009 r. nie obowiązywały przepisy nakazujące oznaczać świadczenia jako ratujące życie, ani tym bardziej przekazywać je do rozliczenia w pierwszej kolejności.

W zakresie kosztów postępowania przed Sądem Apelacyjnym, powód wniósł o nieobciążanie go tymi kosztami na podstawie art. 102 k.p.c. oraz 103 § 2 k.p.c.

W odpowiedzi na apelację pozwany wniósł o jej oddalenie oraz zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Ustalenia faktyczne Sądu I instancji, w zakresie stanowiącym podstawę wydanego wyroku, należy uznać za prawidłowe i z taką oceną Sąd Apelacyjny przyjął je za własne.

Niniejsza sprawa jest kolejną między tymi samymi stronami, rozpatrywaną przez tutejszy Sąd Apelacyjny. Pozwany w odpowiedzi na apelację dość obszernie odwoływał się do uzasadnienia wyroku Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 18 grudnia 2012 r., sygn. akt I ACa 1421/11, w którym Sąd Apelacyjny oddalił apelację powoda od wyroku oddalającego powództwo w analogicznej sprawie o zapłatę wynagrodzenia za ponadlimitowe świadczenia zdrowotne, dotyczącego innego zakresu świadczeń. W toku postępowania w tamtej sprawie powód posługiwał się tą samą co obecnie argumentacją, a w apelacji podnosił podobne i powtarzane zarzuty. W niniejszej sprawie, rozpoznanej w zmienionym składzie orzekającym, Sąd Apelacyjny podtrzymuje generalne oceny wyrażone w uzasadnieniu powołanego wyżej wyroku z dnia 18 grudnia 2012 r. Nie zwalnia to Sądu od obowiązku ich przedstawienia, zatem zostaną one powtórzone.

Na początku rozważań wskazać należy, że strony wiązała umowa, zgodnie z którą pozwany zobowiązał się do sfinansowania świadczeń nielimitowanych, tj. wyszczególnionych w § 18 ust. 2 Zarządzenia Nr (...) Prezesa NFZ z dnia 22 października 2008 r. – według faktycznego ich wykonania, zwiększając liczbę jednostek rozliczeniowych w planie finansowo-rzeczowym umowy oraz kwotę zobowiązań z niej wynikającą, do wartości faktycznego wykonania, a w pozostałym zakresie do kwoty zobowiązania określonej w umowie. Kwota zobowiązania Funduszu wobec powoda zawarta w umowie (za wyjątkiem kwoty zobowiązania dotyczącej świadczeń nielimitowanych) jest ustalana z mocy ustawy i oznaczana jest w umowie, jako wartość maksymalna. Powód mógł domagać się tylko tego, co było przedmiotem umowy. W zakresie przekraczającym granice świadczeń przewidzianych w umowie powód winien wykazać, iż nie było możliwości wykonania świadczeń objętych żądaniem pozwu w ramach planu rzeczowo-finansowego stanowiącego część umownego stosunku prawnego łączącego strony. W realiach niniejszej sprawy trafnie

Sąd Okręgowy uznał, że powód nie dochował przewidzianej przez pozwanego procedury dotyczącej zasad rozliczeń tj. nie zgłosił spornego roszczenia do rozliczenia w odpowiednim terminie, tj. nie oznaczył świadczeń udzielonych pacjentom wskazanym w pozwie z oznaczeniem ich w odpowiednich komunikatach XML jako „ratujących życie lub zdrowie”, co spowodowałoby ich rozliczenie w pierwszej kolejności. Umowa stron wyraźnie w zakresie rozliczania świadczeń odsyłała do ogólnych warunków umowy, a te z kolei stanowiły, że rozliczenie finansowe składa się w wersji elektronicznej w formie XML. Świadczeniodawca w komunikacie XML zobowiązany był do oznaczania świadczeń, jako ratujących życie, gdzie odpowiadając na pytanie: „czy świadczenie z katalogu płatnika jest świadczeniem ratującym życie”, wybierał „tak” lub „nie”. Oznaczenie świadczeń do zapłaty przez wskazanie, czy świadczenie było według lekarza prowadzącego świadczeniem ratującym życie, powodowało, że to świadczenie było finansowane w pierwszej kolejności. Natomiast jeśli świadczeniodawca nie oznaczał świadczeń, wówczas były opłacane świadczenia planowe, czyli świadczenia, w zakresie których świadczeniodawca odpowiedział, że świadczenie nie jest ratującym życie, czyli oznaczył odpowiedź „nie”. Tym samym brak wskazania w odpowiedni sposób i w odpowiednim terminie świadczeń „ratujących życie lub zdrowie”, co spowodowałoby ich rozliczenie w pierwszej kolejności w ramach przyznanego limitu, skutkowało brakiem podstaw do przyznania zapłaty za te świadczenia, ponad kwotę maksymalną ustaloną w wiążącej stronie umowy. Wbrew twierdzeniom powoda obowiązek oznaczania świadczeń „ratujących życie lub zdrowie” istniał w roku 2009, a powód nie zaprzeczył, iż zaniechał oznaczenia w sprawozdawczości elektronicznej świadczeń ratujących życie. Fakt nieprzedstawienia tych świadczeń do rozliczenia w trybie przewidzianym w umowie nie może dawać powodowi prawa do domagania się za nie zapłaty na tej tylko zasadzie, że były to świadczenia ratujące życie lub zdrowie udzielone w wypadkach nagłych.

Z tych względów w ocenie Sądu Apelacyjnego nie zasługiwały na uwzględnienie zarzuty naruszenia przepisów postępowania, tj. art. 233 § 1 k.p.c. oraz zarzut sprzeczności ustaleń faktycznych sądu z treścią zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego poprzez uznanie, że w roku 2009 obowiązywały przepisy nakazujące oznaczanie świadczeń ratujących życie i przedstawianie ich do rozliczenia w pierwszej kolejności. Zauważyć należy, że Sąd Okręgowy ocenił wszystkie ustalone przez siebie okoliczności faktyczne nie tylko z punktu widzenia powoływanych przez powoda podstaw prawnych żądania, ale wszystkich, które zdaniem Sądu mogłyby mieć ewentualnie zastosowanie w sprawie. Sąd I instancji dokonał oceny stanu faktycznego w kontekście zawartej między stronami umowy, zrzeczenia się roszczeń, zastosowania przepisów art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, art. 30 ustawy o zawodzie lekarza, przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ewentualnego uchylenia się od skutków oświadczenia woli. Sąd oparł się na całym zaferowanym przez strony materiale dowodowym i w ocenie Sądu Apelacyjnego za bezzasadne uznać należało zarzuty powoda dotyczące naruszenia przez Sąd I instancji art. 233 § 1 k.p.c. Przepis ten przyznaje sądowi swobodę w ocenie zebranego w sprawie materiału dowodowego, a zarzut przekroczenia tego uprawnienia może być uznany za usprawiedliwiony tylko, jeżeli sąd zaprezentuje rozumowanie sprzeczne z regułami logiki, z zasadami wiedzy bądź z doświadczeniem życiowym. W realiach analizowanej sprawy powyższe okoliczności nie zaistniały, bowiem Sąd Okręgowy, w wyniku prawidłowo przeprowadzonego postępowania dowodowego, uwzględniającego zasady rozkładu ciężaru dowodu, ustalił wszystkie istotne dla rozstrzygnięcia sprawy okoliczności, które znajdowały odzwierciedlenie w zaferowanym przez strony materiale dowodowym. Dokonując oceny zebranego materiału dowodowego Sąd Okręgowy nie naruszył reguł wyznaczonych treścią przepisu art. 233 k.p.c., a w szczególności nie naruszył zasad logiki, wiedzy i doświadczenia życiowego. Wobec tego Sąd Apelacyjny ustalenia te w całości podzielił i przyjął za podstawę swego orzeczenia. Podkreślić należy, że jeśli z określonego materiału dowodowego Sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena Sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i musi się ostać, chociażby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne.

W odniesieniu do zarzutów powoda dotyczących prawidłowości zastosowania prawa materialnego, należy wskazać, że zgodnie z zasadą wynikającą

z art. 7 u.z.o.z. oraz z art. 30 u.z.l., ani zakład opieki zdrowotnej, ani indywidualnie lekarz, nie mogą odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która wymaga jego natychmiastowego udzielenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, przy czym w ustawie o zawodzie lekarza mówi się nieco bardziej precyzyjnie o „niebezpieczeństwie utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia” oraz o „innych

przypadkach niecierpiących zwłoki” (wyrok SN z dnia 14 lutego 2008 r., II CSK 532/07, LEX nr 496387). Zgodnie z utrwalona linia orzecniczą Sądu Najwyższego za świadczenia udzielone na takich warunkach Narodowy Fundusz Zdrowia odpowiada bez względu na limity ustalone w umowie ze świadczeniodawcą. Nie można jednak zapominać, że umowy pomiędzy NFZ a świadczeniodawcami mają charakter cywilnoprawny (por. m.in. wyrok SN z dnia 16 lutego 2005 r., IV CK 541/04, LEX nr 149585), a określone w nich obowiązki stron winny być respektowane, zgodnie z zasadą pacta sunt servanda. Zakład opieki zdrowotnej, mając świadomość limitowanej puli środków na wykonanie określonych usług medycznych, powinien właściwie je wykorzystać, tworząc system ustalania kolejności i rozkładania w czasie wykonania niektórych usług, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. Powinien także gospodarować środkami przyznanymi w umowie w sposób umożliwiający zapewnienie rezerwy na wypadki nagłe (por. wyrok SN z dnia 13 października 2006 r., III CSK 123/06, LEX nr 258671). Do wyczerpania określonego w umowie maksymalnego limitu finansowania świadczeń wydatki wynikające z art. 7 ustawy z.o.z. i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza nie podlegają bowiem odrębnemu, pozaumownemu finansowaniu. Sąd Apelacyjny podziela co do zasady stanowisko wyrażone przez SN w wyroku z dnia 12 marca 2009 r. V CSK 272/08 (LEX nr 530613), zgodnie z którym zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie medyczne jeśli wykaże, że nastąpiło to w sytuacji określonej w art. 7 u.z.o.z. Od obowiązku zapłaty za udzielone w takiej sytuacji świadczenia ponadlimitowe NFZ może się jednak zdaniem Sądu Apelacyjnego uchylić, jeżeli wykaże, że zakład opieki zdrowotnej naruszył postanowienia łączącej strony umowy w sposób pozwalający przyjąć, że sam pozbawił się możliwości dochodzenia zapłaty. Nie do zaakceptowania jest twierdzenie, że NFZ ma obowiązek płacić za takie świadczenia ratujące życie i zdrowie, udzielone w warunkach niecierpiących zwłoki, które mogły zostać rozliczone w ramach limitów ustalonych w umowie, między NFZ a świadczeniodawcą, a nie zostały rozliczone tylko z tej przyczyny, że świadczeniobiorca nie zgłosił ich do rozliczenia w trybie ustalonym w umowie. Trzeba bowiem pamiętać, że również świadczenia medyczne z tej kategorii powinny być rozliczane przede wszystkim w ramach limitów ustalanych w kontrakcie, inaczej bowiem umowy zawierane przez strony nie miałyby istotnego sensu, a cały system opieki zdrowotnej nie mógłby prawidłowo funkcjonować.

W oparciu o przedstawione wyżej argumenty, uwzględniając zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, Sąd Apelacyjny aprobuje rozstrzygnięcie Sądu Okręgowego. Nie uwzględnia przy tym podniesionych w apelacji zarzutów naruszenia prawa materialnego. Oczywistym jest, że na podstawie z mocy wskazanych przez niego przepisów ciąży obowiązek udzielenia świadczeń objętych pozwem. Jednakże domaganie się przez powoda zapłaty za udzielone świadczenia w oparciu o przepisy prawa materialnego, w sytuacji gdy powód nie spełnił obowiązków w zakresie prawidłowego rozliczania tych świadczeń i nie respektował postanowień łączącej strony umowy, będącej podstawą finansowania udzielonych świadczeń, nakazuje przyjąć, że powód sam pozbawił się możliwości dochodzenia zapłaty za sporne świadczenia ponadlimitowe. Opinia biegłego w niniejszej sprawie pozwoliła na ustalenie, że nie wszystkie ze świadczeń medycznych objętych roszczeniem powoda były realizowane w warunkach nagłości. Zakres żądań finansowych powoda, które można by uznać za zasadne, należało w tej sytuacji ograniczyć do 11 spośród 41 pacjentów. Sąd Apelacyjny podziela pogląd, że o przyznaniu prawa do zapłaty za te świadczenia decyduje przede wszystkim przestrzeganie wskazanej wyżej zasady rozliczeń. Skoro zatem z materiału dowodowego sprawy wynika jednoznacznie, że powód nie zgłosił spornych świadczeń do rozliczenia w odpowiednim terminie z oznaczeniem ich w odpowiednich komunikatach XML jako ratujących życie lub zdrowie, co spowodowałoby ich rozliczenie w pierwszej kolejności, to roszczenie powoda nie zasługiwało na uwzględnienie. Fakt nieprzedstawienia tych świadczeń do rozliczenia w trybie przewidzianym umową nie może dawać powodowi prawa do domagania się za nie zapłaty na tej tylko zasadzie, że były to świadczenia ratujące życie lub zdrowie udzielone w przypadkach nagłych. Takie działanie powoda należy uznać niezgodne ze społeczno-gospodarczym przeznaczeniem służącego mu prawa do wynagrodzenia, co uzasadnia zastosowanie regulacji zawartej w art. 5 k.c., wedle której takiemu działaniu nie można przyznać ochrony prawnej.

Przyjęcie tej oceny w niniejszej sprawie decyduje o konieczności oddalenia powództwa w całości oraz o oddaleniu apelacji.

Wobec powyższego zbędnym stało się rozważanie zasadności pozostałych zarzutów apelacji, bowiem gdyby nawet niektóre z nich były zasadne, to apelację należałoby oddalić z uwagi tylko na wskazaną wyżej przyczynę.

O kosztach postępowania odwoławczego orzeczono na podstawie art. 98 k.p.c., przyznając pozwanemu zwrot kosztów zastępstwa prawnego w wysokości taryfowej. Sąd Apelacyjny nie znalazł podstaw do uwzględnienia wniosku skarżącego o nieobciążanie go kosztami postępowania w oparciu o art. 102 k.p.c. w zw. z art. 103 § 2 k.p.c.

bp