

Sygn. akt VI ACa 1676/16

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 grudnia 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie VI Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący – Sędzia SA Marcin Łochowski (spr.)

Sędziowie: SA Jacek Sadowski

SO del. Tomasz Szanciło

Protokolant: Izabela Nowak

po rozpoznaniu w dniu 5 grudnia 2016 r. w Warszawie

na rozprawie sprawy z powództwa R. G.

przeciwko (...) w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 5 września 2013 r.

sygn. akt IV C 842/09

uchyla zaskarżony wyrok w części dotyczącej punktu pierwszego, czwartego, piątego i szóstego i przekazuje sprawę Sądowi Okręgowemu w Warszawie do ponownego rozpoznania, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego.

Sygn. akt VI ACa 1676/16

UZASADNIENIE

R. G. Centrum Medyczne (...) w P. wniósł o zasądzenie od (...) Oddziału Wojewódzkiego (...) kwoty 861.106,33 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 1 marca 2009 r. do dnia zapłaty oraz o zasądzenie kosztów procesu. Powód wskazał, że strony mają zawarte umowy na realizację usług medycznych w zakresach i ilościach przewidzianych tymi umowami. Na skutek potrzeb ludności następują wykonania usług objętych tymi umowami, ale w ilościach wyższych niż to było pierwotnie przewidziane i wówczas zyskują one miano „nadwykonań”. Zawarte w ten sposób umowy zostały zapłacone tylko w części dotyczącej dwóch umów, w kwocie 44.199,30 zł i 2.196,00 zł.

Następnie powód cofnął pozew w części dotyczącej kwoty 172.111,69 zł ze zrzeczeniem się roszczenia.

(...) wniósł o oddalenie powództwa. Pozwany podniósł, iż przepisy nie pozwalają na finansowanie świadczeń zdrowotnych nieobjętych umową, jak również zobowiązywały go do finansowania świadczeń jedynie w ramach środków przeznaczonych na ten cel w planie finansowym (...) Oddziału Wojewódzkiego (...). Zawarte pomiędzy powodem a pozwanym umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zostały w całości wykonane przez pozwanego. Pozwany zakwestionował stanowisko powoda, iż wszystkie świadczenia medyczne, za które domaga się zapłaty, to

świadczenia ponadlimitowe udzielone osobom ubezpieczonym w przypadkach nagłych, bowiem powód nie wykazał tych okoliczności.

Wyrokiem z dnia 5 września 2013 r. Sąd Okręgowy w Warszawie zasądził od pozwanego na rzecz R. G. Centrum Medyczne (...) w P. kwotę 688.994,64 zł, z ustawowymi odsetkami od dnia 29 października 2009 r. do dnia zapłaty; umorzył postępowanie do kwoty 172.111,69 zł; oddalił powództwo w pozostałym zakresie; zasądził od pozwanego na rzecz R. G. Centrum Medyczne (...) w P. kwotę 47.095,04 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania; nakazał pobrać na rzecz Skarbu Państwa od pozwanego kwotę 5.128,64 zł tytułem kosztów sądowych oraz przejął pozostałe koszty postępowania na rachunek Skarbu Państwa.

Sąd Okręgowy ustalił, że strony zawarły umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w 2008 r. Umowa nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ambulatoryjno-specjalistycznej obejmowała łączną sumę świadczeń na kwotę 1.299.622,52 zł. Powód udzielił świadczeń w tym zakresie o łącznej wartości 1.614.240,85 zł, przekraczając sumę umowną o 314.618,33 zł. Suma umowna umowy nr (...) dotyczącej badań diagnostycznych kosztochłonnych wynosiła 184.720 zł. Natomiast powód zrealizował badania na kwotę 731.208 zł, co oznacza, iż świadczenia ponad limitowe wyniosły 546.488 zł. Jednakże spośród świadczeń wykonanych ponad limit wynikający z dwóch wyżej wskazanych umów (...) świadczeń nie miało charakteru ratujących życie bądź zdrowie pacjentów.

Pismem z dnia 10 lutego 2009 roku pozwany zaproponował zapłatę za ustaloną przez siebie ilość wykonanych usług medycznych (nadwykonań) za 2008 r. Jednakże, postawił jako warunek konieczny zawarcia aneksów rozliczających do umów jednoczesne zrzeczenie się wszelkich innych roszczeń w stosunku do pozwanego. Negocjacje dotyczyły czterech umów, z czego dwie na kwoty 44.199,30 zł (umowa nr (...) świadczenia (...)) i 2.196,00 zł (umowa nr (...) zabiegi (...)) zostały przez pozwanego zapłacone. Natomiast kolejne dwie umowy, na kwoty 314.618,33 zł (umowa nr (...) o udzielanie świadczeń (...)) i 546.488,00 zł (umowa nr (...) dotycząca badań (...)) nie zostały uregulowane.

Biegły z zakresu ekonomii i finansów ustalił, które z udzielonych w 2008 r. przez powoda świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych zostały wykonane ponad limity wynikające z zawartych pomiędzy stronami umów oznaczonych numerami (...), a biegły z zakresu chorób wewnętrznych i hematologii ustalił, które z tych świadczeń spełniały kryteria świadczeń ratujących zdrowie bądź życie pacjentów. Biegły ten potwierdził prawidłowość zrealizowanych świadczeń co do ich charakteru i ilości.

W ocenie Sądu I instancji, powództwo zasługiwało na uwzględnienie w całości. Bezsporny między stronami był fakt, iż pozwany zapłacił za nadwykonania za (...). Zakwestionował natomiast nadwykonania, jakie powstały przy wykonywaniu innych świadczeń w ramach łączących strony umów. Nie budzi wątpliwości, że stosunek między (...) a świadczeniodawcą usług medycznych, którym z reguły jest zakład opieki zdrowotnej, ma charakter zobowiązania umownego. Jego powstanie i wykonanie podlega ocenie z punktu widzenia prawa cywilnego, a postanowienia umowy mają co do zasady charakter wiążący (vide m.in. art. 132 ust. 1 i 5 oraz art. 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 ze zm. – dalej, jako: „u.ś.o.z.”)). W konsekwencji, co do zasady, świadczeniodawcy nie przysługuje roszczenie w stosunku do (...) o wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe. Wyjątkiem od tego jest jedynie sytuacja udzielania pomocy medycznej w warunkach określonych w art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm. – dalej, jako: „u.z.o.z.”) (zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia) i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204 ze zm. – dalej, jako: „u.z.l.d.”) (lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki). Ponadto zgodnie z dyspozycją art. 19 ust. 1 u.ś.o.z. w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Zgodnie z brzmieniem art. 5 pkt 33 u.ś.o.z. stanem nagłym jest stan, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, czyli stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie

funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Przesłanki opisane w art. 7 u.z.o.z. w zasadzie odpowiadają definicji stanu nagłego (a w zasadzie stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego) zawartej w art. 5 pkt 33 u.ś.o.z. w związku z art. 3 pkt 8 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, a tym samym należy uznać, że w takich sytuacjach zastosowanie będzie miał również art. 19 u.ś.o.z. w odniesieniu do osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej

Sąd Okręgowy zauważył, iż w toku postępowania zostało wykazane, że udzielone przez powoda ponadlimitowe świadczenia w 2008 r. na kwotę 688.994,64 zł, w związku z którymi żądał zapłaty, odpowiadały przesłankom zawartym w przepisach art. 7 u.z.o.z., art. 30 u.z.l. i art. 19 u.ś.o.z. W zakresie żądań powoda ustalenia Sądu I instancji są oparte głównie na opiniach biegłych z zakresu ekonomii i finansów, a także z zakresu chorób wewnętrznych i hematologii.

Jak wynika z opinii biegłego sądowego z zakresu ekonomii i finansów M. W. udzielone przez powoda świadczenia zdrowotne ponadlimitowe w zakresie opieki ambulatoryjno-specjalistycznej i w zakresie badań diagnostycznych kosztochłonnych wyniosły 314.618,33 zł i 546.488 zł. Natomiast z opinii biegłego sądowego z zakresu chorób wewnętrznych i hematologii J. H. wynika, że ze świadczeń wykonanych ponad limit wynikający z zawartych umów na 2008 r., (...) świadczeń w ramach jednej umowy i (...) w ramach drugiej umowy nie miało charakteru ratujących życie bądź zdrowie pacjentów. Pozostałe spełniały wymogi określone w art. 7 u.z.o.z. oraz w art. 30 u.z.l.l.d., a ich wartość łączna wyniosła 688.994,64 zł.

Z uwagi na częściowe cofnięcie pozwu wraz ze zrzeczeniem się roszczenia o zapłatę kwoty 172.111,69 zł Sąd I instancji w tej części postępowanie umorzył na podstawie art. 203 k.p.c. w zw. z art. 355 k.p.c.

O odsetkach Sąd Okręgowy orzekł w oparciu o treść art. 481 k.c. w zw. z art. 455 k.c. od dnia doręczenia pozwanemu odpisu pozwu, ponieważ powód nie wykazał, by wcześniej wzywał pozwanego do zapłaty wskazanej w pozwie kwoty.

Apelacje od tego wyroku wniosły obie strony. Powód zaskarżył wyrok w części, tj. co do pkt 3. w zakresie oddalenia powództwa co do odsetek ustawowych od kwoty 688.994,64 zł od dnia 24 lipca 2009 r. do dnia 28 października 2009 r., zarzucając temu orzeczeniu naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. oraz art. 230 k.p.c. skutkujące sprzecznością istotnych ustaleń z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego, polegającą na uznaniu, że powód nie udowodnił, iż wezwał pozwanego do spełnienia roszczenia najpóźniej w dniu 23 lipca 2009 r. przez co roszczenie stało się wymagalne dopiero z chwilą doręczenia pozwanemu pozwu, tj. w dniu 28 października 2009 r.

W konsekwencji powód wniósł o zmianę wyroku w zaskarżonej części i zasądzenie kwoty odsetek ustawowych także za okres od dnia 24 lipca 2009 r. do dnia 28 października 2009 r. liczonych od kwoty 688.994,64 zł oraz zasądzenie kosztów postępowania za II instancję.

Natomiast strona pozwana w apelacji zaskarżyła wyrok w całości, zarzucając nieważność postępowania na podstawie art. 379 pkt 2 i 5 k.p.c. z tej przyczyny, że strona powodowa nie miała zdolności sądowej a także z powodu pozbawienia strony pozwanej możliwości obrony swoich praw w postępowaniu przed Sądem I instancji.

Pozwany, w wypadku uznania, iż doszło do nieważności postępowania na podstawie art. 379 pkt 2 k.p.c. wniósł o uchylenie wyroku i odrzucenie pozwu, a w wypadku uznania, że doszło do nieważności postępowania na podstawie art. 379 pkt 5 k.p.c. – o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania.

Postanowieniem z dnia 8 stycznia 2015 r. Sąd Apelacyjny na skutek apelacji obu stron odrzucił apelację R. G., uchylił zaskarżony wyrok i odrzucił pozew oraz oddalił wniosek pozwanego o zasądzenie kosztów postępowania za obie instancje.

Sąd Apelacyjny wskazał, że Centrum Medyczne (...) z siedzibą w P. nie posiada osobowości prawnej, a zatem zdolności sądowej. W związku z tym pozew, złożony przez ten podmiot, na podstawie art. 199 § 1 pkt 3 k.p.c. podlegał

odrzuconiu. Natomiast, apelacja R. G., jako osoby niebędącej formalnie stroną w procesie, jako niedopuszczalna podlegała odrzuceniu na podstawie art. 373 k.p.c. w zw. art. 370 k.p.c.

R. G. wniósł skargę kasacyjną na postanowienie z dnia 8 stycznia 2015 r. Postanowieniem z dnia 11 czerwca 2015 r. Sąd Apelacyjny odrzucił skargę kasacyjną wniesioną od punktu pierwszego tego postanowienia. Sąd Apelacyjny podniósł, że skarga kasacyjna R. G. od punktu pierwszego postanowienia z dnia 8 stycznia 2015 r. podlegała odrzuceniu na podstawie art. 398⁶ § 2 k.p.c., jako niedopuszczalna. Skarżący wnosząc skargę kasacyjną, przeoczył bowiem fakt, że przedmiotem rozstrzygnięcia zawartego w punkcie pierwszym zaskarżonego postanowienia jest odrzucenie apelacji. W takiej zaś sytuacji właściwym środkiem zaskarżenia jest zażalenie, a nie skarga kasacyjna.

Sąd Najwyższy postanowieniem z dnia 30 czerwca 2016 r. na skutek skargi kasacyjnej powoda uchylił zaskarżone postanowienie i pozostawił rozstrzygnięcie o kosztach postępowania kasacyjnego w orzeczeniu kończącym postępowanie w sprawie.

Sąd Najwyższy wskazał, że zarówno pozew, jak i pozostałe pisma procesowe, zostały podpisane przez R. G., który brał udział w postępowaniu. Nie było więc podstaw do uznania, że sprostowanie wyroku Sądu I instancji byłoby równoznaczne z wprowadzeniem do procesu nowej strony, niebiorącej w nim udziału; przeciwnie, zachodziły przesłanki do skorygowania oczywistej niedokładności w oznaczeniu strony powodowej. Formy organizacyjnej wykonywania działalności gospodarczej przez osobę fizyczną nie da się przecież prawnie upodmiotowić w jakikolwiek sposób.

Sąd Apelacyjny ustalił i zważył, co następuje:

Apelacja pozwanego jest zasadna i to niezależnie od zarzutów w niej zawartych.

W pierwszej kolejności wymaga wyjaśnienia, że przedmiotem rozpoznania przez Sąd Apelacyjny jest wyłącznie apelacja pozwanego. Należy bowiem zauważyć, że apelacja powoda została odrzucona postanowieniem z dnia 8 stycznia 2015 r., a następnie skarga kasacyjna od tego rozstrzygnięcia została odrzucona postanowieniem z dnia 11 czerwca 2015 r. W konsekwencji, przedmiotem rozstrzygnięcia Sądu Najwyższego mogło być wyłącznie postanowienie Sądu Apelacyjnego z dnia 8 stycznia 2015 r. w zakresie pkt 2. dotyczącego apelacji pozwanego. Zatem, mimo braku takiego wskazania w sentencji postanowienia Sądu Najwyższego, trzeba przyjąć, że na skutek uwzględnienia skargi kasacyjnej powoda (w zakresie, w jakim skarga ta nie została odrzucona) doszło do uchylenia postanowienia z dnia 8 stycznia 2015 r. jedynie w zakresie pkt 2. i 3.

Powód w niniejszej sprawie dochodził zapłaty za wykonane na rzecz pacjentów świadczenia zdrowotne ponad limity przewidziane w umowie łączącej strony. Za utrwalony w orzecznictwie Sądu Najwyższego należy uznać pogląd, że „żądanie zapłaty za udzielone świadczenia ponadlimitowe jest prawnie zasadne tylko wtedy, gdy do wykonania tych świadczeń doszło w sytuacjach określonych w art. 7 ustawy o z.o.z. i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza, skoro przepisy te są źródłem bezwzględnie obowiązującego lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej podjęcia interwencji medycznych w opisanych tam sytuacjach. Według tej koncepcji określone w umowach ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą przypadków, gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Ustawowy obowiązek natychmiastowego udzielenia świadczeń nie może więc być limitowany umową” (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 4 stycznia 2007 r., V CSK 396/07, zob. też wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 lipca 2007 r., II CSK 141/07). „Koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonemu w warunkach przymusu ustawowego należy zatem, zgodnie z art. 56 k.c., włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między (...) (dawniej: (...)) a świadczeniodawcą i obciążyć nimi (...) zarządzający środkami publicznymi, z których powinny one być pokryte” (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 10 stycznia 2014 r., I CSK 161/13).

Tym samym, podmiot, który spełnił świadczenie zdrowotne ponad limit ustalony w umowie z (...) ma roszczenie o zapłatę za wykonane świadczenia w wypadku potrzeby „natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia” (art. 7 u.z.o.z.) lub jeżeli zwłoka w spełnieniu świadczenia „mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia” lub świadczenie zostało

spełnione „w innych przypadkach niecierpiących zwłoki” (art. 30 u.z.l.l.d.). Sąd I instancji winien więc zbadać, czy świadczenia, za które powód dochodzi zapłaty zostały wykonane w warunkach wskazanych w art. 7 u.z.o.z. lub art. 30 u.z.l.l.d.

Rzecz jednak w tym, że powód, wbrew treści art. 187 § 1 pkt 2 k.p.c., nie przytoczył w pozwie okoliczności faktycznych uzasadniających żądanie w sposób na tyle precyzyjny, aby była możliwa ich weryfikacja w toku postępowania. Niezwykle lakoniczny pozew (k.2-3) nie zawiera bowiem jakichkolwiek informacji indywidualizujących świadczenia, za wykonanie których powód dochodzi zapłaty, a w szczególności rodzaju tych świadczeń, daty ich wykonania oraz imion i nazwisk pacjentów. Brak również danych dotyczących liczby tych zabiegów, przyczyn ich wykonania poza umową, a także sposobu wyceny. Pozew nie zawiera zatem kluczowych informacji niezbędnych dla miarodajnej oceny zasadności powództwa. Co więcej, także kolejne pisma procesowe powoda – równie lakoniczne i ogólnikowe jak pozew – nie wnoszą na tej płaszczyźnie nic nowego do sprawy.

Nie jest przy tym rolą sądu poszukiwanie podstawy faktycznej powództwa w pismach dołączonych do pozwu lub innych dokumentach dołączonych do akt. Nie budzi bowiem wątpliwości, że wskazanie podstawy faktycznej powództwa jest obowiązkiem procesowym strony wprost wyrażonym w treści art. 187 § 1 pkt 2 k.p.c.

Dodatkowe wątpliwości w tym zakresie wywołuje treść oświadczenia powoda dotycząca cofnięcia pozwu w części (k.378-379,450). Nie jest bowiem jasne, których konkretnie świadczeń zdrowotnych dotyczy cofnięcie pozwu, a co do których żądanie to jest podtrzymywane. Znana jest jedynie liczba zabiegów i ich zbiorcza wartość. Nie sposób zatem ustalić, za wykonanie których konkretnie świadczeń zdrowotnych powód ostatecznie dochodzi zapłaty.

Niczego w tym zakresie nie zmienia odwołanie się przez powoda do sporządzonych w sprawie opinii, które ze względu na swą lakoniczność również nie pozwalają na dokonanie ustaleń w ww. zakresie. Brak w nich bowiem chociażby odniesienia się do wyceny poszczególnych świadczeń oraz przyczyn, dla których dane świadczenie zostało uznane za wykonane w warunkach określonych w art. 7 u.z.o.z. lub art. 30 u.z.l.l.d. W szczególności opinia biegłego z zakresu ekonomii i finansów wskazuje jedynie, że powód wykonał świadczenia o globalnie większej wartości niż wysokość wynagrodzenia, które otrzymał od pozwanego. Co nie było zresztą w sprawie sporne. Opinia jednak w żaden sposób nie precyzuje, które konkretnie świadczenia zostały spełnione ponad przewidziany w umowie limit. Natomiast, z opinii biegłego sądowego z zakresu chorób wewnętrznych i hematologii J. H. wynika, że ze świadczeń wykonanych ponad limit wynikający z zawartych umów na 2008 r., (...) świadczeń w ramach jednej umowy i (...) w ramach drugiej umowy nie miało charakteru ratujących życie bądź zdrowie pacjentów. Brak jednak w opinii jakichkolwiek danych dotyczących rodzaju świadczeń, okoliczności i daty ich wykonania, czy też kryteriów wyceny poszczególnych świadczeń.

Należy zwrócić uwagę, że tak ukształtowana podstawa faktyczna powództwa niezmiernie utrudnia podjęcie racjonalnej obrony przez stronę pozwaną. Pozwany (...) nie mając wiedzy co do tego, za jakie konkretnie świadczenia zdrowotne powód dochodzi zapłaty nie jest przecież w stanie odnieść się do tego czy świadczenia te zostały spełnione w warunkach określonych w art. 7 u.z.o.z. lub art. 30 u.z.l.l.d.

Nie ulega przy tym wątpliwości, że to „na świadczeniodawcy ciąży obowiązek udowodnienia, że dochodzone przez niego od (...) wynagrodzenie za świadczenie ponadlimitowe obejmuje wynagrodzenie za świadczenie dokonane w ramach określonych w art. 7 u.z.o.z.” (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 17 marca 2016 r., II CSK 275/15).

Skoro jednak strona powodowa nie sformułowała w ogóle twierdzeń, co do faktów pozwalających na ocenę zasadności dochodzonego roszczenia, to nie sposób było dopuścić dowodów celem ustalenia bliżej niesprecyzowanych faktów. Oczywiście jest przecież, że strona ma obowiązek wskazać, jakie okoliczności chce udowodnić, aby możliwe było dopuszczenie jakiegokolwiek dowodu (art. 236 k.p.c.). Postępowanie dowodowe służy przecież weryfikacji prawdziwości twierdzeń stron o faktach. W konsekwencji, sformułowanie określonych twierdzeń przez strony musi wyprzedzać przeprowadzenie postępowania dowodowego. Tym samym, powód winien w pierwszej kolejności wskazać podstawowe elementy indywidualizujące każde ze świadczeń zdrowotnych, za które dochodzi wynagrodzenia (co najmniej rodzaj świadczenia, datę wykonania oraz dane pacjenta), przyczyn ich wykonania poza umową, a także sposobu wyceny. Po zajęciu stanowiska w tych kwestiach przez pozwanego (zob. art. 212 § 1 k.p.c.) możliwa byłaby

ocena, które okoliczności istotne dla rozstrzygnięcia sprawy są sporne i które wobec tego wymagają dowodu (art. 227 k.p.c. w zw. z art. 228 – 230 k.p.c.).

W niniejszej sprawie postępowanie dowodowe miało natomiast na celu raczej odnalezienie faktów istotnych dla rozstrzygnięcia, a nie zweryfikowaniu twierdzeń powoda o tych faktach. Inaczej rzecz ujmując, prowadząc postępowanie dowodowe Sąd Okręgowy poszukiwał faktów mogących usprawiedliwić dochodzone przez powoda roszczenie. Nie sposób zaakceptować taki sposób prowadzenia procesu.

Nadto, dokonując ustaleń faktycznych sąd oparł się na opinii biegłego sądowego z zakresu chorób wewnętrznych i hematologii J. H., która wobec braku uzasadnienia w ogóle nie poddaje się weryfikacji. Zgodnie z art. 285 § 1 k.p.c. opinia biegłego powinna zawierać uzasadnienie. Biegły nie wyjaśnił przede wszystkim, dlaczego i na jakiej podstawie konkretne świadczenia zostały zaliczone do jednej lub drugiej grupy. Opinia ogranicza się jedynie do przytoczenia listy pacjentów (k.286-323) i arbitralnego stwierdzenia, że część świadczeń nie miało charakteru ratujących zdrowie bądź życie (k.324). Nie wiadomo jednak, których świadczeń (choćby przez odniesienie do danych pacjentów) to stwierdzenie dotyczy. Tym samym, sporządzona opinia nie odpowiada wymaganiom przewidzianym w art. 285 § 1 k.p.c. Taka konstrukcja opinii wyklucza przecież dokonanie jej rzetelnej oceny w ramach zakreślonych przez art. 233 § 1 k.p.c. Niczego nie zmienia pisemne wyjaśnienie opinii biegłego (k.344-345). Zdaje się jednak z niego wynikać, że zdaniem biegłego każde świadczenie spełnione przez powoda miało charakter ratujący życie lub zdrowie („... każde zgłoszenie się do lekarza należy traktować jako zagrożenie życia lub zdrowia ...” – k.345). Takiej tezy zaakceptować nie sposób. Pozostaje ona przy tym w sprzeczności z wnioskami opinii, w których biegły zakwestionował jednak to, że wszystkie świadczenia wykonane przez powoda miały charakter nagły, ratujący życie lub zdrowie. W tym zakresie zarzuty apelacji są zasadne.

Chociaż pozwany nie ma racji, podnosząc, że taka konstrukcja opinii pozbawiła go możliwości obrony (art. 379 pkt 5 k.p.c.). Wadliwość postępowania Sądu Okręgowego polegała bowiem na oparciu ustaleń faktycznych na dowodzie, który ze względu na swoją konstrukcję nie mógł być miarodajną podstawą takich ustaleń.

W konsekwencji ustalenia faktyczne Sądu I instancji są niezmiernie lakoniczne. Sąd Okręgowy ustalił bowiem jedynie liczbę zabiegów i ich globalną wycenę. Nie wiadomo zatem, które konkretnie ze świadczeń zdrowotnych, będących podstawą faktyczną powództwa zostały uznane przez Sąd I instancji za wykonane w warunkach opisanych w art. 7 u.z.o.z. lub art. 30 u.z.l.l.d. i dlaczego. Nie jest także jasne w oparciu, o jakie kryteria świadczenia te zostały wycenione. Nie wiadomo więc, jaka jest w istocie podstawa faktyczna rozstrzygnięcia.

Sąd Okręgowy nie był przy tym uprawniony do konstruowania takiej podstawy faktycznej rozstrzygnięcia, co do której – ze względu na lakoniczność uzasadnienia pozwu – nie sposób sformułować oceny, czy jest zgodna z twierdzeniami powoda. Nie chodzi przy tym o to, że powód nie udowodnił okoliczności istotnych z punktu widzenia wyrokowania, ale przede wszystkim o to, że nie sformułował twierdzeń, które można by poddać weryfikacji w toku postępowania. W tym zakresie żadne konkrety nie wynikają z pozwu, ani z dalszych pism procesowych powoda.

Należy zatem uznać, że Sąd I instancji nie rozpoznał istoty sprawy, skoro nie wiadomo, jaki stan faktyczny jest podstawą rozstrzygnięcia. Zgodnie z art. 386 § 4 k.p.c. sąd drugiej instancji może uchylić zaskarżony wyrok i przekazać sprawę do ponownego rozpoznania w razie nierozpoznania przez sąd pierwszej instancji istoty sprawy. Należy zaznaczyć, że uzupełnienie ustaleń faktycznych w postępowaniu apelacyjnym wymagałoby w zasadzie przeprowadzenia całego postępowania, począwszy od wyegzekwowania do strony powodowej przytoczenia faktów uzasadniających dochodzone roszczenie. W tym stanie rzeczy odnoszenie się do zarzutów apelacji pozwanego jest na tym etapie postępowania przedwczesne.

Dlatego też, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 4 k.p.c. uchylił zaskarżony wyrok w części dotyczącej pkt 1., 4., 5. i 6. i w tej części przekazał sprawę Sądowi Okręgowemu do ponownego rozpoznania, pozostawiając temu Sądowi na podstawie art. 108 § 2 k.p.c. rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego.

Przy ponownym rozpoznaniu sprawy Sąd I instancji przede wszystkim zobowiąże powoda do wskazania faktów istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, a więc danych indywidualizujących każde ze świadczeń zdrowotnych, za które strona powodowa dochodzi wynagrodzenia (co najmniej rodzaj świadczenia, daty wykonania oraz danych pacjenta), przyczyn ich wykonania poza umową, relewantnych z punktu widzenia art. 7 u.z.o.z. lub art. 30 u.z.l.l.d., a także sposobu wyceny wykonanych świadczeń. Nie chodzi tu przy tym o złożenie całości dokumentacji dotyczącej wszystkich świadczeń, ale jedynie wskazanie faktów istotnych dla rozstrzygnięcia. Następnie, po zajęciu stanowiska przez pozwanego co do tych okoliczności Sąd Okręgowy rozważy konieczność przeprowadzenia postępowania dowodowego, kierując się przede wszystkim wnioskami stron oraz treścią art. 6 k.c. i art. 232 zd. 1 k.p.c. Sąd I instancji weźmie również pod rozwagę, że uwzględniając treść łączącej strony umowy oraz art. 451 k.c. konieczne będzie ustalenie, na poczet których świadczeń powinny zostać zaliczone płatności dokonane przez pozwanego.

Wobec powyższego Sąd Apelacyjny orzekł, jak w sentencji.