

Sygn. akt I ACa 613/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 stycznia 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSA Przemysław Kurzawa

Sędziowie: SA Robert Obrębski (spr.)

SO del. Beata Byszewska

Protokolant: st. sekr. sąd. Aneta Zembrzuska

po rozpoznaniu w dniu 22 stycznia 2016 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa (...) Centrum Medycznego w N.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 20 stycznia 2015 r., sygn. akt II C 35/07

1. prostuje oczywistą niedokładność przy oznaczeniu powoda w komparycji i punkcie drugim zaskarżonego wyroku w ten sposób, że zamiast (...) Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w N.” wpisuje „ (...) Centrum Medycznego w N.”;

2. oddala apelację;

3. zasądza od (...) Centrum Medycznego w N. na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia w W. kwotę 5400 (pięć tysięcy czterysta) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

Robert Obrębski Przemysław Kurzawa Beata Byszewska

Sygn. akt IA Ca 613/15

UZASADNIENIE

Pozwem z 29 grudnia 2006 r. (...) Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w N., który w toku procesu zmienił swoją nazwę na (...) Centrum Medyczne w N., wniósł o zasądzenie od Narodowego Funduszu Zdrowia kwoty 582000,20 zł tytułem wynagrodzenia za wykonanie w latach 2002-2004 usług medycznych ponad limity określone w umowach zawartych przez strony w tym okresie na rzecz pacjentów przyjmowanych w warunkach zachodzącej potrzeby udzielania pomocy ze względu na konieczność ratowania życia lub zdrowia tych osób, czyli w warunkach określonych w art. 7 obowiązującej wówczas ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, stanowiących zarazem wypadek niecierpiący zwłoki w rozumieniu przyjętym w art. 30 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Powód podawał, że na wskazaną kwotę składały się świadczenia ponad ustalone limity, które były wykonywane na wskazanych warunkach w ramach działalności wszystkich oddziałów powodowej jednostki.

Nie zostały jednak zrefundowane przez stronę pozwaną, która kwestionował swoją odpowiedzialność z tego tytułu w wymiarze przenoszącym limity ustalone w zawartych umowach.

Strona pozwana wносиła o oddalenie powództwa. Kwestionowała swoją odpowiedzialność z tytułu świadczeń udzielonych przez powodową jednostkę służby zdrowia. Podnosiła, że powódka nie wywiązała się z ciężaru wykazania, że świadczenia zostały udzielone na rzecz osób ubezpieczonych oraz że zostały wykonane w warunkach określonych w powołanych przepisach jako zabiegi ratujące zdrowie lub życie, wykonywane w warunkach niecierpiących zwłoki, zwłaszcza że daty wykonywania przez powódkę poszczególnych świadczeń nie pozwalają na przyjęcie, że były one realizowane po wyczerpaniu limitów, które zostały ustalone w umowach łączących strony za poszczególne okresy działania oddziałów prowadzonych przez powoda. Pozwana wskazywała, że usługi z całego roku zostały wyselekcjonowane w taki sposób, aby mogły zostać uznane za podlegające rozliczeniu w ramach świadczeń wykraczających poza limity, nie zostało jednak wykazane, aby rzeczywiście były świadczone na poszczególnych oddziałach po wyczerpaniu limitów określonych w umowach dla uzgodnionych okresów ich rozliczania.

Wyrokiem z dnia 20 stycznia 2015 r. Sąd Okręgowy oddalił powództwo i zasądził od powódki na rzecz strony pozwanej kwotę 7217 zł tytułem zwrotu kosztów procesu. Na podstawie obszernego materiału dowodowego, który nie zawierał jednak pełnej dokumentacji wykonywania oraz rozliczenia pomiędzy stronami usług medycznych świadczonych przez powódkę w okresie podanym w pozwie, obejmował natomiast liczne opinie biegłych lekarzy poszczególnych specjalności oraz opinię biegłego z zakresu rachunkowości, Sąd Okręgowy w obszerny sposób opisał dokonane ustalenia, w ramach których przede wszystkim wskazał na istotne dla sprawy postanowienia umów łączących obie strony z 30 stycznia 2002 r. i 6 lutego 2002, które były wielokrotnie aneksowane w styczniu i marcu 2003 r., jak również umowy z dnia 27 stycznia 2004 r. Opisane zostały zwłaszcza ustalone przez strony limity usług finansowanych przez pozwaną oraz zasady ich okresowego rozliczania, w tym wysokość wynagrodzenia, które dotyczyło poszczególnych okresów i było wykazywane przez powódkę licznymi fakturami, wystawianymi w ostatnich dniach kolejnych trzech lat w okresie objętym pozwem, obejmującymi też usługi wykonane ponad limity, których wartość została ustalona na łączną kwotę należności głównej podaną w żądaniu pozwu. Sąd Okręgowy opisał korespondencję między stronami, która dotyczyła zapłaty za wskazane usługi. Nie odniosła jednak żadnego skutku ze względu na kwestionowanie przez pozwaną swojej odpowiedzialności z przyczyn podanych w odpowiedzi na pozew i pozostałych pismach procesowych. Sąd Okręgowy ustalił, że pismem z 19 grudnia 2006 r. powód ostatecznie wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 582000,20 zł z tytułu wynagrodzenia za usługi wykonane na warunkach wskazanych później w pozwie. Pozwany odmówił jednak zapłaty tej kwoty w przyczyn zaprezentowanych przed Sądem Okręgowym. Szczególną uwagę Sąd Okręgowy przywiązał do okoliczności nieprzedstawienia ze strony powoda pełnej dokumentacji wykonania zabiegów objętych podstawą żądania pozwu we wskazanym w nim okresie, której brak uniemożliwiał szczegółowe ustalenie okresów, w których na poszczególnych oddziałach powoda zostały wyczerpane limity przyznane w umowach na zabiegi określonych specjalności, które były objęte rozliczeniem przeprowadzonym przez strony zgodnie z treścią zawartych umów. Według Sądu Okręgowego, niemożność ustalenia podanych okresów, nie pozwalała również na przyjęcie, że wskazane w pozwie usługi nie były objęte limitami, lecz przekraczały progi finansowe ustalone w umowach łączących strony.

Na podstawie licznych opinii biegłych specjalistów z poszczególnych dziedzin medycyny, Sąd Okręgowy dokładnie ustalił liczbę zabiegów, usług medycznych, które zostały wykonane w istotnym dla sprawy okresie w ramach działania poszczególnych oddziałów powodowej jednostki. Podane więc zostały ogólne liczby usług wykonanych we wszystkich oddziałach. Osobno podane też zostały liczby usług, które poszczególni biegli zaliczyli do wypadków ratowania życia lub zdrowia w ramach sytuacji niecierpiących zwłoki. Wskazane zostały też usługi, których nie można było zakwalifikować według tych kryteriów ze względu na braki w dokumentacji. Osobno zostały również ustalone przez Sąd Okręgowy liczby wypadków, które po przeprowadzeniu specjalistycznej oceny, nie zostały zakwalifikowane przez biegłych we wskazany sposób. W ramach analizy dokumentacji złożonej przez strony, ustalone także zostały liczby osób, które nie były ubezpieczone i których objęcie ubezpieczeniem nie było możliwe do ustalenia w tej sprawie. Sąd Okręgowy wskazał na liczne zarzuty, na które obie strony zwracały uwagę, jak też za wiarygodne i wystarczające wyjaśnienia biegłych licznych lekarzy z Centrum (...), które pozwalały na poczynienie szczegółowych ustaleń w

zakresie wyliczeń ustalonych przez Sąd Okręgowy w podanym zakresie w odniesieniu do usług, które można było w ten sposób kwalifikować na podstawie dostępnych dokumentów. Zwrócił też uwagę na ciężar dowodu spoczywający na powódce w zakresie każdej okoliczności podanej na uzasadnienie żądania pozwu. Wskazał więc, że w tych wypadkach, w których braki w dokumentacji nie pozwalały za przeprowadzenie przez biegłych oceny poszczególnych zabiegów i usług, nie można było też dokonać ustaleń potwierdzających stanowisko powódki, na której niekorzyść działał brak możliwości dokonania dokładnych ustaleń. Ocenie ze strony Sądu Okręgowego poddana została również opinia biegłego sądowego z zakresu rachunkowości A. G. (1), który potwierdził braki w dokumentacji, a mimo to ustalił, w jakiej części kwota objęta pozwem mogła zostać uznana za wynagrodzenie należne powódce za usługi medyczne wykonane ponad limity obowiązujące strony w okresie podanym w uzasadnieniu żądania dochodzonego w tej sprawie. W sytuacji, gdy nie można było, w przekonaniu Sądu Okręgowego, w sposób konkretny oraz pewny ustalić, w jakich datach poszczególne oddziały strony powodowej wyczerpały limity, nie było również uzasadnione wykorzystywanie końcowych obliczeń, które biegły A. G. (1) zaprezentował w opinii, której zasadnicze wnioski podtrzymywał w opinii uzupełniającej.

Oceniając znaczenie prawne ustalonych okoliczności, Sąd Okręgowy nie podzielił zarzutu strony pozwanej, jakoby wydatki na usługi wykonane zgodnie z art. 7 powołanej ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz w warunkach określonych w art. 30 ust. 5 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty nie podlegały finansowaniu obecnie przez Narodowy Fundusz Zdrowia, ze względu na przyjęcie takiego stanowiska na gruncie stabilnego już orzecznictwa. Oceniając natomiast zebrane dowody oraz okoliczności, które można było na ich podstawie ustalić, właśnie ze względu na istotne braki w podstawowej dokumentacji źródłowej, mimo częściowo innych wniosków biegłego A. G. (1), Sąd Okręgowy uznał, że niemożność ustalenia momentów, w których poszczególne oddziały powodowej jednostki wyczerpały limity ustalone przez strony, z powodu której nie można było także określić, które usługi zostały wykonane po przekroczeniu limitów, wykazała, że powódka nie wywiązała się ze spoczywającego na niej ciężaru udowodnienia wszystkich zdarzeń, z których wywodziła podstawę faktyczną dochodzonego roszczenia, zwłaszcza w sytuacji, gdy na niekorzyść powódki przemawiały takie fakty, jak zaliczenie do usług przekraczających limity świadczeń wykonanych nawet na początku roku albo kolejnych okresów rozliczeniowych. Ponadto Sąd Okręgowy powołał się na ustalenia wynikające z opinii biegłych specjalistów z poszczególnych dziedzin medycyny, którzy przeprowadzili szczegółową ocenę niepełnej dokumentacji zabiegów, których dotyczyło roszczenie powódki. Ich wyniki wykazały, że na poszczególnych oddziałach, w podanych przez biegłych wypadkach, czyli w podanych przez Sąd Okręgowy konkretnych liczbach, duża część zabiegów nie została wykonana w warunkach określonych w powołanych przepisach, nie była możliwa do dokładnego, pewnego zakwalifikowania albo też została wykonana na rzecz osób nieubezpieczonych. Z podanych powodów Sąd Okręgowy nie znalazł podstaw do uwzględnienia powództwa, którego podstawy faktyczne nie zostały udowodnione przez stronę powodową zgodnie z ciężarem wynikającym z art. 6 k.c. i art. 232 k.p.c. O kosztach procesu orzekł natomiast na podstawie § 6 pkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu.

Apelację od wyroku Sądu Okręgowego wniosła powódka. Zaskarżając ten wyrok w całości, zarzuciła Sadowi Okręgowemu naruszenie art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zapłatach opieki zdrowotnej poprzez niezasadne uznanie, że przedstawione przez powoda świadczenia nie zostały udzielone ponad limity obowiązujące strony w okresie istotnym dla sprawy, jak również sprzeczne z art. 3821 k.c. zaniechanie przyjęcia, że wzorce umów określających limity nie były sprzeczne z dobrymi obyczajami w zakresie rozliczania świadczeń wykonanych przez powódkę w warunkach przewidzianych w powołanym przepisie. Następny zarzut dotyczył naruszenia przez Sąd art. 451 § 1, 2 i 3 k.c. w zw. z art. 6 k.c. poprzez bezpodstawne obciążenie powoda ciężarem udowodnienia faktów związanych z zaliczeniem świadczeń podanych w pozwie do limitów, podczas gdy powództwo było oparte na twierdzeniu przeciwnym, zaś pozwany nie był w stanie udowodnić okoliczności dokonania zapłaty za niewątpliwie wykonane usługi medyczne na rzecz osób uprawnionych. Dalszy zarzut dotyczył naruszenia przez Sąd Okręgowy art. 248 k.p.c. poprzez niezastosowanie tego przepisu w sytuacji uchylenia się przez stronę pozwaną z obowiązku przedstawienia do akt dokumentacji z wykonanych świadczeń za lata 2002-2004 r. Ostatni zarzut zaś odnosił się do naruszenia przez Sąd Okręgowy art. 233 k.p.c. przez pominięcie wartości dowodowej opinii biegłego A. G. (1),

który wartość usług przekraczających liminy obowiązujące pomiędzy stronami w podanym okresie wyliczył na kwotę 582000,20 zł, której Sąd Okręgowy nie uwzględnił. Strona powodowa domagała się we wnioskach apelacji zamiany zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie powództwa w całości i obciążenie pozwanego całością kosztów procesu za obie instancje według norm przepisanych. Nie wykazywała natomiast dalszej inicjatywy dowodowej, nawet podczas rozprawy apelacyjnej.

Podczas rozprawy apelacyjnej pozwana wносиła o oddalenie apelacji oraz obciążenie skarżącej całością poniesionych kosztów zastępstwa procesowego za drugą instancję.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja nie zasługiwała na uwzględnienie, mimo częściowej zasadności niektórych zarzutów w niej powołanych i pomimo odmiennej oceny ze strony Sądu Apelacyjnego wartości dowodów zebranych przez Sąd Okręgowy, w tym zwłaszcza opinii biegłych, jak też niewywiązania się przez powoda z ciężaru przedstawienia pozostałego materiału dokumentacyjnego, dotyczącego usług, które w istotnym dla sprawy okresie były świadczone przez powoda na rzecz pacjentów w warunkach określonych w art. 7 powołanej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i wskazanych w art. 30 ust. 5 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, które miały zastosowanie do okoliczności rozpoznawanej sprawy ze względu na okres objęty powództwem. Zarzut naruszenia pierwszego z powołanych przepisów nie zasługiwał na uwzględnienie o tyle, że nie wynika z uzasadnienia zaskarżonego wyroku, aby Sąd Okręgowy nie znajdował, co do zasady, w tym przepisie, jak też w drugim z powołanych, podstawy prawnej do uwzględnienia powództwa o zasądzenie wynagrodzenia za wykonanie przez zakład opieki zdrowotnej, taki jak strona powodowa, usług medycznych, które zostały zrealizowane w warunkach niecierpiącej zwłoki konieczności podjęcia działań medycznych niezbędnych dla ratowania życia albo zdrowia uprawnionej osoby. Przeciwnie, odwołując się do ugruntowanego obecnie orzecznictwa, Sąd Okręgowy jednoznacznie przyjął i argumentował w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, że w wypadku wykazania wszystkich podstaw faktycznych związanych z wykonywaniem zabiegów medycznych w warunkach określonych w podanych przepisach, zawarte w nich dyspozycje stanowią wystarczającą podstawę do uwzględnienia powództwa o zapłatę przez stronę pozwaną należności z tego tytułu nawet w zakresie usług przekraczających limity uzgodnione przez strony. Sąd Okręgowy odwoływał się w tym zakresie przede wszystkim do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 13 lipca 2005 r., I CK 18/05). Analogiczny pogląd Sąd Najwyższy prezentował w wielu innych orzeczeniach, w szczególności w wyrokach: z dnia 4 stycznia 2007 r., V CSK 396/06; z dnia 12 grudnia 2006 r., II CSK 264/06; z dnia 9 maja 2007 r., II CSK 43/07; z dnia 12 marca 2007 r., V CSK 272/08, z dnia 10 stycznia 2014 r., I CSK 161/13). Stanowisko wskazujące na zasadność roszczeń opartych na powołanych przepisach można więc uznać za powszechne. Analogiczną wykładnię obu podanych przepisów przyjął też Sąd Okręgowy. Nie można więc było uznać, by dokonał ich niewłaściwej wykładni. Powództwo zostało oddalone z zupełnie innych przyczyn, które dotyczyły nieudowodnienia przez powódkę przesłanek uzasadniających przyjęcie, że zabiegi uwzględnione przez powoda w podstawie faktycznej żądania, podlegały zakwalifikowaniu jako usługi wykonane ponad limity określone w umowach, które zostały przez strony zawarte i były wykonywane w latach 2002-2004. Przyczyną oddalenia powództwa nie była więc wadliwa wykładnia powołanych przepisów, lecz brak podstaw faktycznych do ich zastosowania w tej sprawie, czyli negatywna ocena Sądu Okręgowego co od subsumpcji tych przepisów do okoliczności tej sprawy. Należy dodać, w odniesieniu do wykładni powołanych przepisów, że w wyroku z 8 sierpnia 2007 r., I CSK 125/07, Sąd Najwyższy uznał za uzasadnione roszczenie oparte na podanych przepisach w odniesieniu do sytuacji wykonywania zabiegów niecierpiących zwłoki, które mają na celu ratowanie życia albo zdrowie również osób nieubezpieczonych. W tym tylko zakresie można skorygować argumenty prawne Sądu Okręgowego, związane z prawidłową wykładnią powołanych przepisów.

Uzasadnione w znacznej mierze okazały się natomiast zarzuty dotyczące oceny dowodów, w tym zwłaszcza opinii biegłych, i wyprowadzonych z nich ustaleń faktycznych, jakoby zebrany w tej sprawie materiał dowodowy nie mógł uzasadniać przyjęcia, że zabiegi opisane w pozwie stanowiły usługi wykonane ponad limity uzgodnione przez strony oraz że znaczna część z nich była jednak realizowana w warunkach określonych w powołanych przepisach. W podanym zakresie argumentacja Sądu Okręgowego nie była konsekwentna. Pomijała bez uzasadnienia wnioski zaprezentowane przez biegłych. Ocena opinii biegłych nie dawała więc podstaw do uznania, że powód nie wykazał przesłanek, które uzasadniałyby zastosowanie powołanych przepisów przynajmniej do części tych zabiegów, które zostały opisane w

pozwie, mimo że z jeszcze innych powodów, zawarte w nim żądanie nie zasługiwało na uwzględnienie. Wykazane jednak w tej sprawie zostało, że na poszczególnych oddziałach powodowej jednostki w latach 2002-2004 wykonywane były zabiegi i usługi ponad limity ustalone przez strony i w warunkach zachodzącej konieczności niezwłocznego wykonania na rzecz osób uprawnionych czynności ratujących życie albo zdrowie.

Ze szczegółowych ustaleń Sądu Okręgowego, dokonanych na podstawie wielu opinii biegłych z Centrum (...), jednoznacznie wynika, jaka część zabiegów, które zostały poddane ocenie, została zakwalifikowana w podany sposób. Każdy z biegłych z dużą dokładnością określił liczbę zabiegów, które zostały negatywnie zakwalifikowane. Osobno zostały określone zabiegi, których nie można było jednoznacznie zakwalifikować. Każdą wątpliwość tego rodzaju, zwłaszcza wynikającą z braków w dokumentacji przedstawionej przez powoda, należało odczytać na niekorzyść strony poszukującej ochrony w tej sprawie. Na powodzie spoczywał bowiem ciężar dowodu w zakresie wykazania okoliczności przemawiających za zasadnością powództwa, jak zasadnie uznał Sąd Najwyższy w wyroku z 16 kwietnia 2008 r., V CSK 533/07, i w wyroku z 14 lutego 2008 r., II CSK 532/07. Nie jest jednak tak, aby przeważająca część zabiegów wykonanych na poszczególnych oddziałach powodowej jednostki została zdyskwalifikowana przez biegłych. Można więc było dokładnie określić, które zabiegi, w dużej liczbie objętej podstawą faktyczną powództwa, zostały wykonane w warunkach określonych w treści obu powołanych przepisach. Sąd Okręgowy zebrał w tym zakresie wystarczający materiał dowodowy i dokładnie ustalił liczbę tych zabiegów, które zostały pozytywnie zakwalifikowane przez poszczególnych biegłych. Zastrzeżenia, jakie zgłaszała w tym zakresie pozwana nie były zasadne. Nie zostały też wykazane równoważnymi dowodami, które podważyłyby wartość dowodową opinii złożonych i podtrzymywanych przez biegłych lekarzy.

Przyczyna oddalenia powództwa przez Sąd Okręgowy nie leżała w tym, że powód nie wykazał wykonywania zabiegów w warunkach określonych w obu powołanych przepisach. Chodziło natomiast o niewykazanie przez powoda okoliczności wykonania podanych zabiegów jako usług przekraczających limity, które zostały uzgodnione pomiędzy stronami w umowach za lata 2002-2004 r. W tym zakresie stanowisko Sądu Okręgowego budzi zastrzeżenia. Nadmierną wagę Sąd Okręgowy przywiązał do braków w dokumentacji źródłowej, który był niewątpliwie dostrzegany przez biegłego A. G. (1). Nie była to z drugiej strony przeszkoda do sformułowania przez biegłego wniosków, które dotyczyły określenia wartości zabiegów wykonanych ponad limity przyjęte w podanych latach. Nieuzasadnione i nazbyt krytyczne dla powoda było ponadto twierdzenie, jakoby na potrzeby wykazania zasadności roszczenia, skarżący w sposób celowy i ukierunkowany miał selekcyjonować nagłe przypadki w celu ich zakwalifikowania jako usługi przenoszące ustalone limity, czyli uzyskania od pozwanej dodatkowych środków, również za usługi wykonywane w okresie poprzedzającym wyczerpanie limitów w ramach działalności poszczególnych oddziałów powodowej jednostki. Materiał zebrany w tej sprawie nie dawał więc podstaw do podstawienia takiej tezy. Strona pozwana zasadnie zwracała uwagę na wypadki zaliczania przez powoda do zabiegów przekraczających limity także usług wykonywanych w początkowych nawet miesiącach trzech podanych lat. Wyprowadzając z tych okoliczności wskazane wnioski, Sąd Okręgowy nazbyt dużą wagę przywiązał do zastrzeżeń pozwanej. Przeoczył w każdym razie, że w przeważającej części rozliczenia limitów miały charakter miesięczny, kwartalny. Nie były natomiast rocznymi rozliczeniami, ani nawet półrocznymi. Wskazują na to załączniki za wykonanie usług medycznych przez powoda w istotnym dla sprawy okresie (k: 896 i nast.). Uwzględnienie częstotliwości rozliczeń nie było wystarczające do przypisania powodowi zamiaru uzyskania od strony pozwanej środków na zabiegi wykonane przed wyczerpaniem limitów ustalonych dla okresów rozliczeniowych w odniesieniu do poszczególnych oddziałów, których działalność wiązała się usługami opisanymi w pozwie, w każdym razie przy braku jednoznacznych w tym zakresie wniosków ze strony biegłego, który nie uchylił się od obowiązku wyliczenia ogólnej wartości usług wykonanych ponad limity obowiązujące pomiędzy stronami w odniesieniu do całej kwoty objętej żądaniem pozwu. W konkluzji sporządzonej opinii, biegły A. G. (1) więc wyliczył, że ponad limity zostały wykonane usługi wskazane w pozwie o łącznej wartości wynoszącej 552624,20 zł. Uznał więc, że wyłącznie usługi o łącznej wartości 29376 zł nie mogły zostać zakwalifikowane w podany sposób (k:1115). Niezależnie od zastrzeżeń zgłoszonych przez pozwaną, wartość dowodowa tej opinii nie została skutecznie zakwestionowana. Bez równorzędnego dowodu z opinii innego biegłego wykazującego wady opinii sporządzonej przez A. G. (2), Sąd Okręgowy nie był wręcz uprawniony do zakwestionowania jej fachowych wniosków. Miał natomiast obowiązek uwzględnić ustalenia, które poczynił na podstawie licznych opinii lekarzy poszczególnych specjalności.

Na ich podstawie można więc było ustalić, jaka część usług objętych pozwem była zasadna, czyli które z nich zostały wykonane w warunkach określonych w obu powołanych przepisach. Nie można było przyjąć, że nie zostały one wykonane ponad limity obowiązujące strony w latach 2002-2004 r. w sytuacji, gdy nie ulegało wątpliwości, że usługi objęte fakturami załączonymi do pozwu, które niewątpliwie dotyczyły usług wykonanych w podanym okresie, nie zostały w ogóle sfinansowane przez stronę pozwaną, która odmawiała uregulowania tych należności przed procesem i w toku postępowania. Sąd Okręgowy przeoczył, że w wypadku przyjęcia, iż chodziło o usługi wykonane przed wyczerpaniem przez powoda limitów, powództwo tym bardziej zasługiwałoby na uwzględnienie, nawet bez wykazywania, że poszczególne usługi zostały wykonane w nagłych warunkach dotyczących konieczności ratowania życia i zdrowia uprawnionych osób. W wypadku uznania, że usługi mieściły się w limitach, bezpośrednią oraz pewną podstawą uwzględnienia powództwa byłoby niewykonanie umowy, która łączyła strony. Pozwana nie wykazała bowiem, aby uregulowała należności za usługi objęte fakturami dołączonymi do pozwu. Przeciwnie, zaprzeczała, aby była zobowiązana z uregulowania tych należności. Ciężar udowodnienia faktu dokonania przez pozwaną zapłaty za usługi objęte powództwem spoczywałby zaś na stronie pozwanej, gdyby jej obrona opierała się na twierdzeniu dokonania przez pozwaną zapłaty za usługi objęte podstawą faktyczną powództwa, które zostało wniesione w tej sprawie. Reasumując, dowody z opinii biegłych mogły stanowić podstawę do wyliczenia usług, które były wykonane ponad limity oraz nie zostały zapłacone, mimo że odpowiadały warunkom określonym w art. 7 powołanej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz w art. 30 ust. 5 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Odliczeniu podlegały natomiast wszystkie usługi, które zostały zdyskwalifikowane przez biegłych lekarzy poszczególnych specjalności, tj. 3 zabiegi z zakresu pediatrii, 428 zabiegów rehabilitacyjnych, 182 z zakresu chorób zakaźnych, 2 z zakresu chirurgii, aż 1385 z diabetologii, 42 z zakresu okulistyki, 12 z dermatologii i 612 z urologii. Odliczeniu podlegały również świadczenia, które nie mogły zostać jednoznacznie określone z powodu braku niezbędnej dokumentacji, czyli 8 z pediatrii, 113 z rehabilitacji, 3 zabiegi z neonatologii, 42 z zakresu chorób zakaźnych, 1 z chirurgii, 113 z diabetologii, 104 z okulistyki, 81 z chirurgii naczyniowej, 10 z otolaryngologii, 24 z zakresu dermatologii i 52 z urologii (dane z końcowej części uzasadnienia wyroku Sądu Okręgowego). Nie należało jednak odejmować zabiegów wykonanych na rzecz osób nieubezpieczonych, jeżeli zostały wykonane w warunkach określonych w powołanych przepisach, jak zasadnie przyjął Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 8 sierpnia 2007 r., I CSK 125/07. Można więc było określić liczbę tych zabiegów, które podlegałyby uwzględnieniu. Apelacja powódki nie zasługiwała jednak na uwzględnienie z zupełnie innego powodu niż to przyjął Sąd Okręgowy.

Ciężar dowodu, który spoczywał w tym zakresie niewątpliwie na stronie powodowej, jak przyjął Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 16 kwietnia 2008 r., V CSK 533/07, obejmował nie tylko wykazanie liczby zabiegów, które w istotnym dla sprawy okresie zostały wykonane przez poszczególne oddziały powodowej jednostki, lecz również wysokość należności z tego tytułu, która nie została wyliczona przez biegłego A. G. (1) z tego powodu, że Sąd Okręgowy nie polecił biegłemu wykonania wyliczeń tego rodzaju. Z innych przyczyn uznał bowiem powództwo za bezzasadne. Strona powodowa nie występowała w tym zakresie z konieczną inicjatywą dowodową ani przed Sądem Okręgowym, ani w apelacji, ani nawet na etapie postępowania apelacyjnego, mimo że ze strony Sądu Apelacyjnego pojawiło się wprost zadane pytanie podczas rozprawy apelacyjnej, dotyczące wykazania przez powoda niezbędnej w tym zakresie inicjatywy dowodowej. Na tym pytaniu aktywność ze strony Sądu Apelacyjnego musiała zostać zakończona. Postępowanie w tej sprawie, tak jak w innych, miało bowiem charakter sporu prowadzonego w warunkach kontradiktoryjności, której nie można było zastępować przez działanie z urzędu, zwłaszcza podczas rozprawy apelacyjnej. Gdyby skarżący, nawet w postępowaniu apelacyjnym, skorzystał z pojawiającej się potrzeby i wystąpił z wnioskiem o dopuszczenie dowodu z uzupełniającej opinii biegłego A. G. (1) na okoliczność wyliczenia tej części wynagrodzenia, która odpowiadałaby należności za zabiegi zaliczone przez biegłych lekarzy do usług wykonanych w warunkach podanych w obu powołanych przepisach, Sąd Apelacyjny mógłby dopuścić taki dowód i odstąpić od zastosowania w tej sprawie art. 381 k.p.c. Chodziło bowiem o takie roszczenie, które co do zasady można było uznać za wykazane, zwłaszcza że po stronie powodowej działał zakład opieki zdrowotnej finansujący niezwykle ważną społecznie działalność. Potrzeba zgłoszenia takiego wniosku pojawiała się już przed Sądem Okręgowym, a tym bardziej w apelacji, która nie podważała wniosków zawartych w opiniach biegłych z zakresu wielu dziedzin medycyny. Sąd Apelacyjny miał więc możliwość pominięcia art. 381 k.p.c. Nie zdecydował się jednak na zastąpienie inicjatywy, którą powinien przejąć powód, poprzez dopuszczenie wskazanego dowodu z urzędu, właśnie dlatego, że potrzeba jego zgłoszenia najpóźniej w apelacji była

jednoznaczna, zaś strona skarżąca była zastępowana przez zawodowego pełnomocnika. Nie mogła więc liczyć na to, że zostanie zastąpiona przez Sąd Apelacyjny na etapie zgłoszenia najważniejszego dowodu na tym etapie sprawy, który przesądziłby o zasadności apelacji co do jej oznaczonej części, której nie można było określić nawet w sposób oparty na zasadzie proporcjonalności. Przedmiot roszczenia nie pozwalał ponadto również na zastosowanie art. 322 k.p.c. na tle okoliczności tej sprawy. Można było, w prosty nawet sposób, poprzez odjęcie podanych liczb zabiegów, które zostały negatywnie zakwalifikowane przez biegłych i niemożność oceniania których wynikała z braków w dokumentacji złożonej przez powoda, od ogólnej liczby zabiegów objętych podstawą faktyczną powództwa, ustalić liczbę zabiegów, za które wynagrodzenie byłoby należne. Nie można było jednak na tej podstawie ustalić wartości wyliczonej liczby usług. Z materiału tej sprawy, który nie jest pełny, wynika tylko tyle, że na poszczególnych oddziałach w latach 2002-2004 różnie były określane ceny na poszczególne usługi medyczne. Nie został jednak w tym zakresie złożony szczegółowy materiał, który pozwalałby na określenie jednostkowych zabiegów, nie zaś w liczbach bezwzględnych, które zostały w tej sprawie pozytywnie zakwalifikowane przez biegłych z poszczególnych dziedzin medycyny. Nie można było tym bardziej przyporządkować konkretnych kwot do poszczególnych usług, które zostały wykonane przez powódkę w podanym okresie w warunkach wskazanych art. 7 powołanej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz z art. 30 ust. 5 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. W tym tylko zakresie można zgodzić się z Sądem Okręgowym, że powódka nie była w stanie przedstawić właściwej dokumentacji medycznej, która pozwoliłaby na ustalenie wysokości należności za wykazaną w tej sprawie część zabiegów jako dokonanych w warunkach określonych w powołanych przepisach. Dodatkowo należy wskazać, że nawet na rozprawie apelacyjnej powódka nie wystąpiła z właściwą w tym zakresie inicjatywą dowodową. Sąd Apelacyjny został więc pozbawiony możliwości ustalenia zasadnej ewentualnie części roszczenia, które zostało oparte na powołanych przepisach. Brak jakichkolwiek danych nie dawał nawet podstawy do zastosowania reguły sędziowskiego uznania przez analogię do art. 322 k.p.c. w wymiarze przenoszącym arbitralne uznanie. Na jego bazie apelacja nie mogła więc zostać uwzględniona, nawet w części. Nie sposób było bowiem wyznaczyć arbitralnie zasadną część roszczenia bez pokrzywdzenia którejkolwiek ze stron. Należało więc zgodzić się finalnie z Sądem Okręgowym, że powód nie wywiązał się z ciężaru udowodnienia podstawy faktycznej żądania w jakiegokolwiek jego części. W świetle podanych argumentów, związanych z niewykazaniem przez powoda wysokości roszczenia, za bezprzedmiotowe należało uznać odnoszenie się do zarzutów związanych z naruszeniem przez Sąd Okręgowy art. 382¹ oraz z zastosowaniem art. 451 w zw. z art. 6 k.c. Żaden z tych zarzutów nie mógł uzasadniać apelacji powódki. Powołane przepisy nie miały zresztą przesądzającego znaczenia dla wyniku tej sprawy.

Apelacja nie zasługiwała więc na uwzględnienie. Na podstawie art. 350 § 3 k.p.c. z urzędu sprostowaniu polegała oczywista niedokładność w znaczeniu aktualnej nazwy powódki, która wynikała z rejestru złożonego do akt przed wydaniem wyroku przez Sąd Okręgowy.

Oddalenie apelacji uzasadniało zasądzenie od powódki na rzecz strony pozwanej kosztów postępowania apelacyjnego. Na podstawie art. 98 § 1 i 3 w zw. z art. 108 § 1 oraz przy zastosowaniu § 12 ust. 1 pkt 2 w zw. z § 6 pkt 7 rozporządzenia powołanego w uzasadnieniu Sądu Okręgowego, Sąd Apelacyjny zasądził od powoda na rzecz strony pozwanej kwotę 5400 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego, na które złożyło się wynagrodzenie za udział zawodowego pełnomocnika przed Sądem Apelacyjnym w wysokości odpowiadającej stawce minimalnej dla spraw tego rodzaju i podanej w apelacji wartości przedmiotu zaskarżenia.

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

Robert Obrębski Przemysław Kurzawa Beata Byszewska