



Sygn. akt V CK 201/05

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 4 listopada 2005 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Elżbieta Skowrońska-Bocian (przewodniczący)

SSN Stanisław Dąbrowski

SSN Zbigniew Strus (sprawozdawca)

w sprawie z powództwa Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) w W.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w W.
o zapłatę,

po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej w dniu 4 listopada 2005 r., kasacji strony powodowej od wyroku Sądu Apelacyjnego z dnia 17 listopada 2004 r., sygn. akt I ACa (...),

uchyla zaskarżony wyrok oraz wyrok Sądu Okręgowego w W. z 23 kwietnia 2004 r., sygn. XI C (...) i sprawę przekazuje temu Sądowi do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach procesu postępowania kasacyjnego.

Uzasadnienie

Sprawa z powództwa Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej - (...) w W. (dalej: świadczeniodawca lub Z.O.Z.) przeciw Narodowemu Funduszowi Zdrowia - Oddziałowi Wojewódzkiemu w W., (dalej: NFZ lub zamawiający) jako następcy (...) Regionalnej Kasy Chorych o zapłatę 651.359,13 zł zakończyła się w instancji odwoławczej oddaleniem apelacji powoda od wyroku oddalającego powództwo. Istotne ze względu na podstawy kasacji - implikujące zakres jej rozpoznania (art. 393¹¹ k.p.c. w brzmieniu obowiązującym do 6 lutego 2005 r.) okoliczności przedstawiają się następująco:

Łączący strony stosunek prawny oparty był na dwóch umowach między powodowym zakładem opieki zdrowotnej a właściwą kasą chorych zawartych w latach 2000 2001 (nr (...)/2000 obejmująca lecznictwo stacjonarne i nr (...)/2001 obejmująca ambulatoryjne porady specjalistyczne), opatrzonych załącznikami określającymi szczegółowo zasady i tryb dokonywania rozliczeń za świadczenia spełnione przez Z.O.Z., następnie zmienianych tzw. aneksami. Zgodnie z postanowieniami umów Kasa chorych w objętym sporem 2001 roku finansowała działalność powoda przez wypłatę zaliczek, a po otrzymaniu od powoda faktur i rozliczeń kontrolowała przedłożone dokumenty pod kątem zgodności z ustalonymi przez siebie a przyjętymi przez świadczeniodawców regułami. Rozliczenie za poszczególne miesiące składało się z zestawienia zbiorczego wykonanych świadczeń zdrowotnych oraz zestawienia szczegółowego. W razie wykrycia niezgodności formalnych lub merytorycznych („korekta medyczna” sięgająca do oceny prawidłowości i celowości stosowania danej procedury leczniczej, umieszczenia pacjenta w danym oddziale, itp.) Kasa chorych wystawiała notę obciążającą, której wysokość potrącała z wierzytelności powoda o wypłatę kolejnej zaliczki i nie dopłacała pozostałej części wynagrodzenia („ceny”) należnego świadczeniodawcy. Wraz z notami księgowymi Kasa sporządzała wykazy świadczeń zakwestionowanych zawierające zwięzłe uzasadnienia zarzutu do każdego przypadku. Wiele z nich dotyczyło błędów formalnych lub zgoła pisarskich. Świadczeniodawca mógł poprawić błędy formalne lub skorygować (zmniejszyć) żądanie zapłaty ale mógł również wnieść odwołanie w formie pisemnej powodujące ponowne i ostateczne wyrażenia stanowiska zamawiającego (dyrektora Kasy chorych). Z.O.Z. obowiązany był dołączyć do odwołania komplet dokumentów rozliczeniowych w formie

pisemnej i elektronicznej (tak również w aneksie nr 3 z 29 grudnia 2000 r., ustanawiającym „obowiązujące interpretacje „ zasad stosowanych przy rozliczeniach między stronami. Umowa przewidywała (§ 11 ust. 2 umowy (...)) możliwość zakwestionowania lub przekwalifikowania świadczeń przez zamawiającego, natomiast w aneksie możliwość „przekwalifikowanie" została pominięta oraz dodano sankcję odmowy rozpatrzenia odwołania złożonego z naruszeniem warunków przypisanych odwołaniu, co według stanowiska reprezentowanego przez NFZ w procesie, zdaje się zwalniać zamawiającego z obowiązku zapłaty.

Powód w wypadku otrzymania wykazu świadczeń zakwestionowanych składał wyjaśnienia dotyczące każdego świadczenia, a Kasa chorych odpowiadała na te wyjaśnienia (z wyjątkiem dotyczącym rozliczeń za styczeń i luty 2001 r., co do których nie doszło do ponownej merytorycznej oceny stanowiska powoda z powodu braku formy elektronicznej).

Jeżeli chodzi o przedmiotowy zakres sprawy, powód określił go jako żądanie wynagrodzenia za świadczenia zdrowotne wykonane w 2001 r. i oznaczone numerami świadczenia lub numerami PESEL pacjentów oraz wartością punktową i wyrażoną w pieniądzu a niektóre numerami historii choroby lub świadczenia, opisami świadczeń i wartością wyrażoną w pieniądzu. Liczba spornych świadczeń wynosi około 225, a ich indywidualizacja nie budzi wątpliwości, ponieważ powód dołączył do pozwu odpisy: faktur, Wykazów Świadczeń Zakwestionowanych, zawierających uzasadnienia odmowy uznania każdego z osobna żądania, wyjaśnień powoda uznających stanowisko Kasy lub wykazujących odmienną ocenę. W niektórych wypadkach było to przyznanie przez stronę powodową omyłki formalnej, błędu w zakresie kwalifikacji „taryfowej", a w innych polemika z oceną Kasy. Dołączone zostały również pisma Kasy odpowiadające na wyjaśnienia powoda - „podtrzymujące korektę" lub zmieniające na korzyść powoda stanowisko wyrażone w wykazie świadczeń zakwestionowanych.

Pozwany wnosił o oddalenie powództwa. Zaprzeczył, aby Z.O.Z. wykonał świadczenia, których wartości domaga się w pozwie, a „z ostrożności procesowej" zarzucił nienależyte wykonanie umów w zakresie:

spełnienia warunków tzw. Jednorodnej Grupy Pacjentów (dalej: JGP) 024F (kryterium długości pobytu w szpitalu) i JGP 025 F (zarzut błędnego rozpoznania),

hospitalizacji niezgodnej z profilem Oddziału,

niezgodności z warunkami załącznika 2H (dot. chemioterapii) w zakresie długości pobytu w szpitalu,

niespójności wersji elektronicznej rozliczenia z wyjaśnieniami pisemnymi, niezgodności rozpoznania z procedurą leczenia (JGP 043 F.).

Każdy z tych zarzutów był przykładowo objaśniany określoną historią choroby. Pozwany podniósł również zarzut przedawnienia części roszczeń dotyczących świadczeń, do których stosuje się przepisy kodeksu cywilnego o zleceniu. Na rozprawie pełnomocnik pozwanego zapowiedział złożenie szczegółowej dokumentacji do poszczególnych przypadków świadczeń. W piśmie procesowym pozwany wskazał dalsze numery historii chorób uzasadniające w jego przekonaniu bezzasadność roszczeń powoda. Rozwinął również zarzuty dotyczące rozliczania hospitalizacji pacjentów twierdząc, że wg pktu 12iii załącznika 2F (do umowy (...)/2000) miarodajna jest tylko długość pobytu na oddziale wymienionym w opisie danej JGP a nie czas całkowitego pobytu w szpitalu. Odnośnie do leczenia przy użyciu cytostatyków pozwany powołał się na wspomniany załącznik 2H (dot. chemioterapii), z którego wynika obowiązek dokonywania wlewów wg określonych schematów, czego powód nie spełnił. Zarzucił powodowi, że nie złożył prawidłowego odwołania od korekty za m -ce styczeń i luty 2001 r.

Powód w piśmie z 10 marca 2004 r. polemizował z zarzutem przedawnienia i ponownie przedstawił swoją ocenę głównych zastrzeżeń NFZ wobec jego żądań. Twierdził zatem, że zamawiający w sposób nieuprawniony interpretuje zasady wynagradzania za świadczenia onkologiczne (stosowanie chemioterapii) wynikające z umowy i załącznika 2H, w którym minimalny okres cyklu terapii określa się w dniach. Powód traktuje dni kalendarzowe, a pozwany jako doby mierzone godzinami od przyjęcia do wypisu. Podnosił również, że załączniki 2H oraz 2F (dot. hospitalizacji) zostały mu doręczone dopiero 15 marca 2001 r. przy czym wcześniejsze rozliczenia opisane w załączniku 2F dot. Jednorodnych Grup Pacjentów były ukształtowane odmiennym zwyczajem, korzystnym dla świadczeniodawcy. W tamtym okresie zamawiający nie kwestionował rozliczeń, mimo przenoszenia pacjentów w trakcie pobytu z jednego oddziału, w którym np. diagnozowano przypadek na inne oddział, w którym dokonywano zabiegów lub po zabiegu przenoszono pacjenta na oddział bardziej odpowiedni do opieki pooperacyjnej.

Do pisma tego (z 10 marca 2004 r.) dołączył zestawienie w odrębnych tabelach przyczyny zakwestionowania świadczeń, zawierające również numery każdej historii choroby i wartości świadczeń określone w punktach (przeliczanych następnie na pieniądze). Odnośnie do wypadków zgłoszenia przez Kasę zarzutu hospitalizacji

niezgodnej z profilem oddziału, niezgodności między wersją elektroniczną a wyjaśnieniem pisemnym, zakwestionowania celowości hospitalizacji oraz innych błędów pisarskich powód zamieścił uzasadnienie faktyczne swojej oceny zasadności żądania. Suma roszczeń uporządkowanych według charakteru zarzutu zgłoszonego przez Kasę wynosi około dwóch trzecich sumy żądanej w pozwie.

Sąd Okręgowy w części sprawozdawczej uzasadnienia wyroku oddalającego powództwo przedstawił dokumenty wymieniane między stronami odnośnie do przedmiotu sporu. Następnie zwrócił uwagę na to, że strona pozwana nie uwzględniła propozycji powoda zgłoszonej w lipcu 2001 r. - modyfikacji zasad rozliczenia przewidzianych dla Jednorodnej Grupy Pacjentów w pktach 6d, 12ii oraz 12iii załącznika 2F. Ustalił, że świadczenia chemioterapii nie spełniały zróżnicowanych warunków długości pobytu (cyklu), że większość zakwestionowanych świadczeń nie spełniała warunku długości pobytu na jednym oddziale przewidzianego w załączniku 2F, a powód nie zmienił sposobu rozliczenia choć otrzymałby zapłatę, gdyby to uczynił. Pisemne wyjaśnienie dotyczące rozliczenia za styczeń i luty (bez dyskietki) nie zostało uznane za odwołanie i uwzględnienie go (przez Kasę) nie było możliwe ze względów technicznych, z tym, że gdyby złożono je w formie elektronicznej, jak tego wymagał § 1 ust. 3 pkt „a” aneksu z 2001 r.¹ „to i tak odwołanie załatwione byłoby odmownie”. Było ono również wniesione po terminie. Ponadto Sąd Okręgowy wymienił pozostałe przyczyny odmowy zapłaty, tj. zmianę zasad liczenia dnia przyjęcia pacjenta na chemioterapię od końca marca 2001 r., niezgodności rozliczenia w wersji elektronicznej i syntezą papierową, błędną diagnozę w chwili przyjęcia, niezgodność rozpoznania z profilem oddziału, nieuznawanie przez Kasę przypadków za nagłe - nieusprawiedliwiające udzielenie porady lekarskiej w ambulatorium. Sąd Okręgowy stwierdził, że w 2001 r. nie doszło do zmiany praktyki kwalifikowania świadczeń do JGP a odmienne wypadki miały charakter jednostkowy, natomiast o liczeniu dnia przyjęcia i wypisu decydują zasady statystyki medycznej.

Odrzucenie żądań zapłaty za specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne było usprawiedliwione żądaniem zapłaty za powtórne porady w jednym miesiącu wg stawki przewidzianej dla porady pierwszej.

Sąd ustalił - bez wskazania podstawy i związku z rozstrzygnięciem, że Kasa chorych do końca marca 2001 r. nie kwestionowała liczenia przez powoda okresu pobytu w ramach chemioterapii bez dnia przyjęcia pacjenta ani też czasokresu pobytu

pacjenta na oddziale, a od końca marca zaczęła liczyć dzień przyjęcia jako dodatkową dobę.

Formułując wnioski prawne na podstawie tak ustalonego stanu faktycznego Sąd Okręgowy uznał, że spełnienie świadczeń powód mógł wykazać dokumentacją medyczną. Gdyby ją złożył i zgłosił odpowiedni wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłych, sąd mógłby przynajmniej częściowo uznać jego żądanie. Wymagania stosownego wniosku nie spełniało żądanie dopuszczenia takiego dowodu na okoliczność, że „leczenie pacjenta na większej ilości oddziałów było uzasadnione względami wiedzy i sztuki medycznej”. Wniosek ten nie mógł być uwzględniony również dlatego, że dowód był nieistotny, a to ze względu na treść umowy (z aneksem i załącznikiem) niedopuszczającej takiej praktyki - ze skutkami dla podstawy rozliczenia. Liczenie dni przyjęcia i wypisu pacjentów za jeden dzień sąd uznał za uzasadnione zasadami statystyki medycznej. Uznał również Sąd za prawidłową odmowę zapłaty za chemioterapię w razie pobytu pacjenta w szpitalu w okresie krótszym niż 21 dni. Przyczyną nieuwzględnienia odwołania powoda dotyczącego świadczeń spełnionych w lutym i styczniu 2001 r. było nieprzedłożenie odwołania w zapisie cyfrowym, wymaganego w myśl umowy łączącej strony. Ponadto wyjaśnienia w formie pisemnej nie wskazywały okresu hospitalizacji, rodzaju oddziałów, rozpoznania i stosowanych procedur.

Sąd Apelacyjny wyrokiem z 17 listopada 2004 r. oddalił apelację powoda od wyroku sądu pierwszej instancji. Przedstawiając zaskarżone apelacją rozstrzygnięcie sąd odwoławczy stwierdził, że świadczeniodawca nie wykazał poprawnej procesowej i uzasadnionej merytorycznie inicjatywy dowodowej, która musiałaby zmierzać do wykazania poprawności wykonania każdego z osobna z zakwestionowanych świadczeń zdrowotnych. Tymczasem przedłożona dokumentacja leczenia pacjentów zawierała wadliwości, nieusunięte mimo zakreślenia stronie stosownego terminu. Sąd Apelacyjny przyjął za własne ustalenia faktyczne i oceny sądu pierwszej instancji i zwrócił uwagę na znaczenie aktywności stron we współczesnym procesie oraz wyjątkowość sytuacji, w której inicjatywa dowodowa należałaby do sądu. Dlatego trafność podniesionych w apelacji zarzutów naruszenia przepisów postępowania zależna jest w zasadniczej mierze od oceny zarządzenia o zwrocie pisma procesowego z 19 marca 2004 r. Zarządzenie to - stwierdził Sąd Apelacyjny - odpowiadało prawu, ponieważ pismo nie zawierało odpisów załączników a przepis art. 249 k.p.c. nie miał zastosowania ze względu na odmienny zakres (przedmiotowy i podmiotowy) regulacji. W związku z

oddaleniem przez sąd pierwszej instancji wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego, nie nastąpiło wg oceny Sądu Apelacyjnego naruszenie przepisów art. 217 i 227 k.p.c., ponieważ ogólnikowość wniosku nie nawiązującego do skonkretyzowanych przypadków będących przedmiotem sporu nie pozwalała na jego weryfikację wedle kryteriów istotności wynikających z art. 217 k.p.c. Zarzutu naruszenia art. 61 k.c. sąd odwoławczy nie uwzględnił ponieważ treść załączników w latach 2000 i 2001 była jednakowa, dlatego zmiana interpretacji winna być wykazana pismem, a nie w drodze przesłuchania stron. Nie naruszono też przepisów art. 354 i art. 56 k.c., ponieważ odmowa zapłaty za świadczenia sporne wyraża stanowisko zamawiającego.

W kasacji od tego wyroku opartej na obydwu podstawach (art. 393¹ pkt 1 i 2 k.p.c. w brzmieniu obowiązującym do dnia 6 lutego 2005 r.) skarżący w ramach drugiej podstawy zarzuca naruszenie przez Sąd Apelacyjny przepisów:

- art. 130 w zw. z art. 128 k.p.c. i art. 249 k.p.c. przez niewłaściwe zastosowanie i „utrzymanie w mocy” zarządzenia przewodniczącego sądu pierwszej instancji o zwrocie pisma procesowego powoda z 19 marca 2003 r.,
- art. 232 zdanie drugie i art. 278 § 1 k.p.c. przez niedopuszczenie dowodu z opinii biegłego mimo potrzeby wyjaśnienia kwestii wymagającej wiadomości specjalnych,
- art. 233 § 1 k.p.c. przez sądy obydwu instancji polegające na pominięciu dokumentacji medycznej pacjentów, za których leczenie powód domagał się zapłaty, dowodu z odwołań od wykazów świadczeń zakwestionowanych i „pominięciu stanowiska powoda”
- art. 378 § 1 k.p.c. przez nieodniesienie się przez Sąd Apelacyjny do zarzutu nierozpoznania istoty sprawy polegające na braku analizy dokumentów wskazanych w punkcie poprzedzającym, w tym do odmowy zapłaty wskutek uchybień formalnych, tj. braku kodu placówki - uzupełnionego w odwołaniu i poprawionych błędów pisarskich oraz nieodniesienia się do żądań zapłaty kwestionowanych z powodu zbędności hospitalizacji lub jej niezgodności z profilem oddziału, których zasadność powód zamierzał wykazać przy pomocy opinii biegłego. W ramach tego zarzutu skarżący zarzucił również sprzeczność zebranego w sprawie materiału z ustaleniami sądu odwoławczego i ustalenie, że powód nie zmienił zasad rozliczania świadczeń Jednorodnej Grupy Pacjentów.

Pierwszą podstawę według skarżącego wypełnia naruszenie art. 61 k.c. przez uznanie, że powód miał obowiązek stosować się do postanowień załączników umów

dostarczanych mu ex post oraz do zasad statystyki medycznej przy rozliczaniu chemioterapii.

Przytacza też naruszenie art. 354 i 56 k.c. przez nieuwzględnienie przez pozwanego odwołania zawierającego poprawki.

Skarżący wnosił o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania. Pozwany NFZ w odpowiedzi na kasację wnosił o jej oddalenie i zasądzenie kosztów procesu.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Podstawy kasacji okazały się usprawiedliwione w zakresie niezbędnym do uchylenia zaskarżonego wyroku oraz wyroku Sądu Okręgowego. W rozpoznawanej sprawie doszło do zaniedbania po stronie powodowej przejawiającego się w opieszałym wykonywaniu pktu IV postanowienia z 30 stycznia 2004 r. zakreślającego 7 dniowy termin do złożenia ewentualnych dalszych wniosków dowodowych z dokumentów. Należy dodać, że w dniu 12 marca 2004 r. Sąd ponownie określił pełnomocnikom stron termin ostateczny do złożenia wniosków - pod rygorem ich oddalenia po upływie terminu, tymczasem w dniu 19 marca pełnomocnik powoda złożył do akt pismo procesowe z dokumentacją medyczną oraz niekompletnymi jej odpisami i mimo zarządzenia nie uzupełnił w terminie siedmiu dni braków tego pisma, co skutkowało wydaniem w dniu 5 kwietnia 2004 r. zarządzenia o jego zwrocie. Nie można jednak zgodzić się ze stanowiskiem Sądu Apelacyjnego, akceptującego odmowę dopuszczenia dowodu z dokumentów (dokumentacji medycznej) na rozprawie w dniu 9 kwietnia 2004 r. oraz z akceptacją błędnego wniosku sądu pierwszej instancji, iż brak tej dokumentacji medycznej uzasadniał oddalenie powództwa w całości.

Akta rozpoznawanej sprawy nie dają podstaw do kategorycznego ustalenia, co zawierała dokumentacja zwrócona powodowi ani przebiegu czynności związanych ze zwrotem. Protokół rozprawy w dniu 19 marca 2004 r. zawiera stwierdzenie, że „odpis pisma procesowego nie zawiera załączników złożonych do akt sprawy, zaś ilość dołączonych załączników nie pozwala Sądowi w trakcie rozprawy sprawdzić, których załączników brakuje w odpisie pisma”. Tłumacząc sens tego zdania odpowiednio do okoliczności należy przyjąć, że sformułowanie „złożone załączniki” dotyczyło załączników składanych a nie złożonych w przeszłości. Dlatego postanowienie wydane w tym dniu mimo podnoszonych przez skarżącego zarzutów o jego ogólnikowości było wówczas zrozumiałe i winno być wykonane skrupulatnie oraz w dobrej wierze. Niespełnienie tego obowiązku zobowiązywało przewodniczącego do zwrotu pisma wraz

z załącznikami (art. 130 § 2 k.p.c.). Zarządzenie o zwrocie pisma nosi adnotację „wyk” datę i podpis. Nie ma jednak dowodu doręczenia pisma pełnomocnikowi powoda ani stwierdzenia w protokole rozprawy z 9 kwietnia 2004 r., że dokumentacji medycznej (bez względu na treść tego pojęcia) w tym dniu już w aktach nie było, a powód w kasacji zaprzeczył, aby zostały „fizycznie” zwrócone. Przyjmując zatem, że dokumenty powoływane przez powoda w chwili składania wniosku na rozprawie w dniu 9 kwietnia 2004 r. znajdowały się w Sądzie Okręgowym należy rozważyć dopuszczalność oddalenia wniosku o dopuszczenie tego dowodu w świetle art. 249 § 1 k.p.c.

Sąd Apelacyjny przywiązał istotne znaczenie do zakresu stosowania tego przepisu zawierającego ograniczenie podmiotowe do przedsiębiorstwa przemysłowego lub handlowego. Wykładnia językowa mająca usprawiedliwić oddalenie wniosku nie prowadzi jednak do wniosków zgodnych z funkcją tego przepisu. Kodeks postępowania cywilnego aktualny ani dawny (tekst jednolity: Dz. U. 1932 r. Nr 112, poz. 934), którego art. 275 stanowił wzór analizowanego przepisu nie zawierają odrębnej definicji przedsiębiorstwa ani wskazówek, czy chodzi o przedsiębiorstwo w znaczeniu subiektywnym, czy obiektywnym, natomiast przedmiot sprawy cywilnej może dotyczyć jednego jak i drugiego.

Pojęcie zakładu opieki zdrowotnej, nieznane w chwili normowania kwestii przeprowadzania dowodu z dokumentów i ksiąg, obejmuje elementy materialne, organizacyjne i funkcjonalne (art. 1. ust. 1 ustawy o z.o.z.), a także dokumentację medyczną i finansową (art. 18 ust. 1 z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej - Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.). Przedmiotem działania zakładu jest świadczenie specyficznych usług, za które organizator opieki zdrowotnej zobowiązuje się płacić „cenę”. Powstaje zatem pytanie, czy ze względu na bliskie podobieństwo podmiotowe i przedmiotowe zakładów opieki zdrowotnej i przedsiębiorstw handlowych sensu stricto, uzasadnione jest stosowanie przepisu art. 249 § 1 k.p.c. w drodze analogii, w procesach o wykonanie umowy zawartej na podstawie art. 53 ust. 1 ustawy p.u.z. (obecnie art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - Dz.U.04.210.2135 ze zm.). Odpowiedź twierdząca opiera się na uznaniu, że istnieje tzw. luka w prawie, a wnioski wypływające z wykładni systemowej lub funkcjonalnej ze względu na podobieństwo stanu faktycznego w sprawie usprawiedliwiają stosowanie przepisu ograniczonego podmiotowo w myśl wykładni językowej.

Do podobnego wniosku prowadzi też wykładnia funkcjonalna uwzględniająca rolę tego przepisu. Treść art. 249 k.p.c. wskazuje, że w paragrafie pierwszym zostały unormowane: a/ sposób przedstawiania dowodu z dokumentów w aspekcie wyciągu albo oryginalnej całości oraz b/ miejsce przeprowadzenia dowodu z ksiąg ze względu na trudności w ich dostarczeniu. Usprawiedliwiony jest zatem wniosek o doniosłości praktycznych względów związanych z rozmiarami środka dowodowego. Omawiany przepis ma na celu ułatwienie przeprowadzenia tego dowodu dopuszczając złożenie dokumentów nie tylko w postaci załącznika do pisma procesowego ale również wprost sądowi w celu ujawnienia i „roztrząsania” formy oraz treści dowodów, tzn. ustnej analizy w obecności składu orzekającego i strony przeciwnej. O tym, że dowody z ksiąg i dokumentów przeprowadza się na rozprawie przekonuje art. 210 § 1 i 3 k.p.c. oraz pośrednio art. 129 k.p.c. Rozprawa bowiem gwarantuje zachowanie naczelnych zasad postępowania, szczególnie bezpośredniości, ustności i jawności, a prowadzona w sposób uporządkowany sprzyja dokonaniu ustaleń zgodnych z prawdą.

Nie są to oczywiście jedyne zasady procesu cywilnego, a w rozpoznawanej sprawie zderzyły się z zasadą koncentracji materiału procesowego oraz kierownictwa sądu i przewodniczącego, które z kolei usprawiedliwiały wymagania kierowane pod adresem opieszalego pełnomocnika. Zarządzone uzupełnienie pisma procesowego, umożliwiające ze względu na wymagania zawarte w art. 128 k.p.c. wcześniejsze zapoznanie się pełnomocnika strony przeciwnej z treścią (odpisami) dokumentacji medycznej (środka dowodowego) uzasadniało sankcję przewidzianą w art. 130 § 2 k.p.c., która nie prowadzi jednak do prekluzji procesowej w zakresie dowodzenia. Jeżeli zatem powód pozbawił się możliwości przedstawienia dowodów jako załączników pisma procesowego (obejmującego również wnioski i twierdzenia) ale złożył ustny wniosek o dopuszczenie dowodu z tych dokumentów na rozprawie, a więc w sposób przewidziany w art. 210 § 1 w związku z art. 249 k.p.c., odmowa jego dopuszczenia byłaby usprawiedliwiona w wypadkach przewidzianych w art. 217 § 2 k.p.c. lub w razie niemożności oznaczenia faktów podlegających stwierdzeniu (art. 236 k.p.c.). Takie przesłanki nie zachodziły, co wynika z uzasadnienia wyroku sądu pierwszej instancji potwierdzającego doniosłość „dokumentacji pacjentów”.

Można dodać, że odrębność regulacji zawartej w art. 249 k.p.c. i art. 130 § 2 k.p.c. rozważał Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z 10 stycznia 1980 r., II CR 443/79.OSNC 1980/10/186 zawierającym następującą trafną tezę:

Porównanie dyspozycji przepisów art. 128 k.p.c. i art. 249 k.p.c. wskazuje, że art. 249 k.p.c. ogranicza obowiązek przedsiębiorstwa do przedstawienia sądowi ksiąg i dokumentów albo do ich udostępnienia w przedsiębiorstwie, a tym samym – w razie przedstawienia sądowi ksiąg i dokumentów - nie przewiduje obowiązku dołączenia do nich odpisów.

Oddalenie na podstawie art. 249 k.p.c. wniosku o dopuszczenie dowodu z dokumentacji medycznej mającej wykazać spełnienie świadczeń zdrowotnych nieprzeprowadzenie go na rozprawie naruszyło wymieniony przepis, a uchybienie to miało wpływ na treść orzeczenia, u podstaw którego znalazła się ocena, że powód nie wykazał, iż spełnił świadczenia, za które żąda zapłaty.

Wyżej stwierdzono, że strony przed wytoczeniem powództwa wymieniały pisma, dotyczące zasadności żądania zapłaty za wykonane świadczenia. Kasa chorych nie zaprzeczała w nich, że świadczenia nie były wykonane mimo objęcia weryfikacją nie tylko formalnej strony rozliczeń ale i merytorycznej - ingerującej w medyczne aspekty świadczeń. Poza tym nie można pominąć okoliczności, że Kasy miały ustawowo przyznane uprawnienia kontrolne wobec świadczeniodawców, obejmujące również dokumentację medyczną (art. 61 ust. 2 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym) i takąż kontrolę przewidywały umowy o wykonywanie świadczeń zdrowotnych (art. 54 ust. 4 pkt 5 ustawy). Skoro weryfikacja dotyczyła rozliczeń zawierających szczegółową specyfikację i była przeprowadzana w stosunku do każdego zakwestionowanego świadczenia, sąd winien był rozważyć skuteczność zarzutu ich nieudowodnienia opartego na gołosłownym twierdzeniu *non liquet*. Dopóki nie został złożony uzasadniony wniosek poddający w wątpliwość wykonanie skonkretyzowanych świadczeń, zarzut postawiony wbrew zasadzie *nemo venire contra factum proprium* nie wymaga obalania, tym bardziej, że prowadziłoby to do sytuacji absurdalnych (np. prowadzenia dowodów, że pacjenci zmarli w tym szpitalu przebywali w nim rzeczywiście i byli leczeni). Ponieważ strona pozwana również nie przedstawiła zapowiadanej dokumentacji mającej usprawiedliwić zgłoszony w procesie zarzut, sądy *meriti* powinny były dokonać oceny, czy w świetle łączących strony umów tzw. korekta czyli odmowa zapłaty była usprawiedliwiona. Zgromadzony dotychczas materiał dowodowy uporządkowany chronologicznie w pozwie i przedmiotowo (według kategorii zarzutów zamawiającego) dawał dostateczną podstawę i nakładał obowiązek dokonania oceny w świetle umów zasadności żądania zapłaty. Wymagało to szczegółowej oceny każdego kwestionowanego przypadku.

W tym zakresie nie można odmówić zasadności kasacji zarzucającej naruszenie przez sądy meriti przepisu art. 233 § 1 k.p.c. Sąd Okręgowy swoje ustalenia i oceny formułował w sposób ogólny bez wskazania którego świadczenia (z obfitego lecz zamkniętego zbioru) dotyczą stwierdzenia zamieszczone na stronach 22, 23 i 24 uzasadnienia wyroku, a Sąd Apelacyjny ustalenia te podzielił i przyjął za własne. Nie wiadomo zatem, czy oceny odmawiające zasadności żądaniom dotyczą wszystkich świadczeń należących do jednej grupy, czy mają charakter przykładowy. W rezultacie nie można odeprzeć zarzutów kasacji, iż ustalenia stanowiące podstawę wyroku nie zostały oparte na zgromadzonym materiale, wskutek czego oddalono nawet powództwo o roszczenia, co do których przyczyną odmowy były usterki formalne wykryte przez stronę pozwaną lecz poprawione bądź uzupełnione.

Również treść umów nie była przedmiotem wszechstronnej oceny wymaganej w art. 233 § 1 k.p.c. Dotyczy to np. sposobu liczenia dni pobytu podczas chemioterapii. Nie można odmówić trafności zarzutom, że załącznik 2H określający sposób rozliczeń używa pojęcia dni a nie doby, w związku z czym rekonstrukcja zgodnego zamiaru stron, istotna ze względu na stosowanie do tych umów przepisów prawa cywilnego, wymagała wpierw ustalenia treści oświadczeń woli.

Pobieżnie została oceniona forma odwołania - istotna w sprawie ze względu na przyczynę nieuwzględnienia wyjaśnień powoda do wykazu świadczeń zakwestionowanych za m-ce styczeń i luty 2001 r. Stwierdzenie Sądu Okręgowego o postanowieniach aneksu z 2001 r. regulujących elektroniczną formę odwołania w § 1 ust. 3 pkt „a” nie znajduje potwierdzenia w zgromadzonym materiale, a jeśli jest to wynik omyłki co do źródła znajdującego się w § 12 ust. 3 pkt „a” aneksu nr 3, z 29 grudnia 2000 r., to nie można pominąć faktu, iż wg tego postanowienia odwołanie wymagało formy pisemnej, natomiast formy elektronicznej wymagały dodatkowo załączniki, czyli dokumenty rozliczeniowe.

Uporządkowanie zbioru spornych świadczeń według charakteru zarzutów pozwala dostrzec, że spór koncentruje się wokół sfery prawnej dotyczącej wykładni umów oraz okoliczności faktycznych dotyczących formalnej i merytorycznej (medycznej) sfery rozliczeń. W tej ostatniej, wątpliwości co do potrzeby hospitalizacji w świetle stosowanych procedur oraz prawidłowości stosowania cyklu chemioterapii, a niewykluczone że również dla wyjaśnienia stosowanej terminologii (symboli i skrótów medycznych) rozstrzygnięcie sporu wymagało wiedzy specjalnej z zakresu medycyny. W takim wypadku Sąd jest uprawniony i zobowiązany do skorzystania z opinii znawcy

tej gałęzi wiedzy i praktyki na podstawie art. 232 k.p.c. zd. 2 w związku z art. 278 § 1 k.p.c. a powołanie z urzędu biegłego w celu wyjaśnienia kwestii wymagających wiedzy specjalnej ujawniających się w zebranych i wskazanym przez strony materiale nie narusza zasady kontrydiktoryjności.

Nieuzasadniona była również odmowa powołania biegłego na wniosek powoda uzasadniana nieprecyzyjnym sformułowaniem uniemożliwiającym wydanie postanowienia dowodowego. Stwierdzenie, że wśród zbioru faktycznych podstaw odmowy zapłaty znajdują się przypadki rozliczania świadczenia wg kryterium JPG mimo przenoszenia pacjenta z jednego oddziału na inny wskazuje wyraźnie, że powód zamierzał opinią biegłego usprawiedliwić tę praktykę. Nie dopuszczając dowodu z opinii biegłego w tym zakresie Sąd uchylił się od ustalenia przesłanki faktycznej twierdzonej przez powoda (istnienia wskazań medycznych) i oceny istotnej kwestii, czy w świetle reguł prawa cywilnego rządzących wykonywaniem umów (art. 354 § 1 i 2 k.c.), algorytm rozliczeń przejęty przez organizatora opieki zdrowotnej (NFZ) wsparty przymusem ekonomicznym powinien decydować o wyborze procedur medycznych, mimo związania świadczeniodawcy przepisami ustaw (art. 3 in princ. i art. 19 ust. 1 pkt I ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 4 ust. 3 obowiązującej wówczas ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym).

Pozostałe zarzuty kasacji okazały się nieuzasadnione. Nie można uznać naruszenia art. 61 k.c. ze względu na brak stanowczych ustaleń faktycznych pozwalających na dokonanie subsumcji. To samo dotyczy naruszenia przepisów art. 354 i art. 56 k.c., które według skarżącego wypełnia odmowa zapłaty bez rozpoznania odwołania powoda za m-ce styczeń i luty 2001 r. skoro spór o te świadczenia toczy na płaszczyźnie ustaleń faktycznych.

Zarzut naruszenia przez Sąd Apelacyjny art. 378 § 1 k.p.c. przez nieodniesienie się do zarzutu naruszenia tegoż przepisu przez Sąd Okręgowy nie jest adekwatny do podstawy rozstrzygnięcia, którą w ocenie Sądu Apelacyjnego była nieskuteczna próba przedstawienia dowodu i w konsekwencji nieudowodnienie roszczenia. W takim wypadku nierozpoznanie istoty jest tylko konsekwencją wadliwego stosowania innej normy procesowej (wpływającego na wynik sprawy) a skuteczność kasacji zależy od podważenia tej podstawowej decyzji procesowej.

Przytoczone rozważania usprawiedliwiają wniosek kasacji, dlatego Sąd Najwyższy na podstawie art. 393¹³ § 1 zdanie drugie k.p.c. uchylił zaskarżony wyrok

oraz wyrok Sądu Okręgowego i temu sądowi przekazał sprawę do ponownego rozpoznania oraz rozstrzygnięcia o kosztach procesu w postępowaniu kasacyjnym.