

Sygn. akt V ACa 266/20

Sygn. akt V ACz 156/20

## WYROK

**W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 7 października 2020 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – V Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Barbara Rączka-Sekścińska
Sędziowie:	SA Wiesław Łukaszewski (spr.) SA Mariusz Wicki
Protokolant:	st. sekr. sądowy Wioletta Blach

po rozpoznaniu w dniu 7 października 2020 r. w G. na rozprawie

sprawy z powództwa C. M. de C. (...) w C. Q. R. - Meksykańskie Stany Zjednoczone

przeciwko A. K. i S. N.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego S. N.

od wyroku Sądu Okręgowego w Bydgoszczy

z dnia 20 listopada 2019 r. sygn. akt I C 581/17

oraz zażalenia powoda na postanowienie o kosztach zawarte w punktach 3 i 4 tego wyroku

I. uchyła zaskarżony wyrok w punkcie 1 (pierwszym), a także w stosunku do pozwanego S. N. w punktach 3 (trzecim), 4 (czwartym), 5 (piątym) i sprawę w tym zakresie przekazuje Sądowi Okręgowemu w Bydgoszczy do ponownego rozpoznania, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego i zażaleniowego;

II. umarza postępowanie zażaleniowe.

SSA Wiesław Łukaszewski SSA Barbara Rączka - Sekścińska SSA Mariusz Wicki

V ACa 266/20 i V ACz 156/20

## UZASADNIENIE

W pozwie przeciwko S. N. i A. K. powód C. M. de C. (...) w C. Q. R. wniósł o zasądzenie od pozwanych solidarnie na jego rzecz kwoty 205.887,51 USD wraz z odsetkami maksymalnymi za opóźnienie od dnia 10 czerwca 2016 r. do

dnia zapłaty. Nadto powód wniósł o zasądzenie od pozwanych solidarnie na jego rzecz kosztów procesu według norm przepisanych. W uzasadnieniu podał, że na początku 2016 r. w trakcie pobytu za granicą pozwany S. N. dostał (...) i konieczne było jego pilne specjalistyczne leczenie, gdyż trafił on nieprzytomny do powodowego szpitala. Wskazano, że w konsekwencji na rzecz pozwanego S. N. były świadczone usługi medyczne. Powód zaznaczył, że w dniu 28 stycznia 2016 r. pozwany A. K. podpisał wszelkie zgody na leczenie w imieniu pozwanego S. N., a także podpisał oświadczenie, że jest również odpowiedzialny za leczenie S. N..

W odpowiedzi na pozew pozwani S. N. i A. K. wnieśli o oddalenie powództwa wobec pozwanego A. K. w całości i zasądzenie na jego rzecz kosztów procesu. Nadto strona pozwana wniosła o ukształtowanie umowy, ewentualnie ustalenie bezpodstawnego wzbogacenia po stronie pozwanego S. N. na poziomie kosztów analogicznej procedury medycznej wykonywanej przez placówki szpitalne w Polsce, z uwzględnieniem wpłaty kwoty 11.000 USD oraz oddalenie powództwa w pozostałym zakresie. Strona pozwana wniosła również o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego S. N. kosztów procesu według norm przepisanych. W uzasadnieniu strona pozwana zaznaczyła, że przed przyjęciem S. N. do szpitala, pozwanemu A. K. dano plik formularzy w języku angielskim do podpisu, co było warunkiem udzielenia pomocy medycznej teściowi. Strona pozwana podkreśliła, że w tamtej sytuacji nie było mowy o analizowaniu treści otrzymanych dokumentów, liczyła się każda chwila, która decydowała o zdrowiu i życiu chorego, a dokumenty były sporządzone w języku angielskim, którym pozwany A. K. posługuje się w stopniu elementarnym i niewystarczającym do zapoznania się z treścią dokumentów. Wskazano, że w takich okolicznościach trudno mówić o swobodnym podjęciu decyzji i wyrażeniu woli, co jest przesłanką ważności czynności prawnej zgodnie z art. 82 k.c.

Zdaniem strony pozwanej jedynym ewentualnie zobowiązanym byłby S. N. i nie ma podstaw domniemywania solidarności po stronie pozwanych, bowiem pozwany A. K. nie przyjął na siebie jakiegokolwiek zobowiązania. Nadto pozwani podkreślili, że nie uznają roszczenia powoda. Wskazano, że intencje strony powodowej polegające na uzależnieniu udzielenia pomocy od bezwarunkowej zgody na obciążenie wszelkimi kosztami bez wskazania jakichkolwiek kryteriów ich ustalania i wysokości oraz przyjęcia współodpowiedzialności przez osobę trzecią noszącą znamiona wyzysku, o którym mowa w art. 388 § 1 k.c. oraz naruszają standardy umów konsumenckich w Polsce i Unii Europejskiej.

Zdaniem strony pozwanej w przedmiotowych okolicznościach kwestionowane postanowienia dotyczące wysokości ceny oraz współodpowiedzialności osoby trzeciej należy uznać za sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszające interesy konsumentów (pozwanych). Podano, że w takiej sytuacji zachodzi potrzeba ukształtowania umowy, względnie ustalenia bezpodstawnego wzbogacenia po stronie pozwanego S. N., z uwzględnieniem kosztów takich samych usług medycznych wykonywanych w Polsce dla przedmiotowego stanu faktycznego, bowiem nie odbiegają one poziomem fachowym i technicznym od usług wykonanych w Meksyku i uwzględniają również realia polskiego konsumenta. Nadto pozwani zakwestionowali wysokość roszczenia powoda jako nieuzasadnioną i niedostatecznie udowodnioną. Wskazano, że strona pozwana kwestionuje moc dowodową i rzetelność załączonych przez powoda specyfikacji kosztów, które są jednostronnymi wydrukami.

Sąd Okręgowy w Bydgoszczy wyrokiem z dnia 20 listopada 2019 r., sygn. akt: I C 581/17 orzekł, że:

1. zasądza od pozwanego S. N. na rzecz powoda kwotę 205.887,51 USD wraz z odsetkami maksymalnymi za opóźnienie od dnia 10 czerwca 2016 r. do dnia zapłaty;
2. oddala powództwo w stosunku do pozwanego A. K.;
3. znosi wzajemnie między stronami koszty zastępstwa procesowego;
4. nie obciąża pozwanego S. N. pozostałymi kosztami postępowania poniesionymi przez powoda;
5. kosztami sądowymi obciąża Skarb Państwa.

Orzeczenie to oparł na ustaleniach faktycznych i ocenie prawnej opisanych w jego uzasadnieniu.

Apelację od opisanego wyżej wyroku wniósł pozwany S. N., który:

I. Zaskarżył wyroku Sądu Okręgowego w Bydgoszczy I Wydział Cywilny z dnia 20 listopada 2019r., sygn. akt I C581/17 w części tj. w pkt. 1, którego treścią zasądzono od pozwanego S. N. na rzecz powoda kwotę 205.887,51 USD wraz z odsetkami maksymalnymi za opóźnienie od dnia 10 czerwca 2016r. do dnia zapłaty.

II. Wniósł o zmianę w/w wyroku w zaskarżonej części tj. w pkt. 1 poprzez oddalenie powództwa w całości od S. N. oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego S. N. kosztów procesu według norm przepisanych, z uwzględnieniem kosztów postępowania apelacyjnego

III. Ewentualnie wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku w zaskarżonej części tj. w pkt. 1 i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania sądowi I instancji przy uwzględnieniu kosztów postępowania odwoławczego.

Zaskarżonemu wyrokowi zarzucił naruszenie przepisów postępowania, które miało wpływ na wynik sprawy, tj.:

1) art. 233 § 1 KPC poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów wyrażającej się w nadaniu waloru wiarygodności faktury (...) uwzględniającej szczegółowe wyliczenie kosztów opieki szpitalnej oraz faktury (...) uwzględniającej szczegółowe wyliczenie kosztów personelu medycznego w sytuacji kiedy: a) strona pozwana zakwestionowała moc dowodową przedmiotowych dokumentów, b) dokumenty takie same z siebie nie mogą stanowić samoistnego dowodu na wystąpienie określonych zdarzeń, c) z samego uzasadnienia wyroku wynika, iż dokument ten nie stanowi samoistnie dowodu na udzielenie świadczenia zdrowotnego i jego wysokości, o ile nie został zaakceptowany przez dłużnika, co w przedmiotowej sprawie nie miało miejsca;

2) art. 231 KPC poprzez błędne uznanie, że wystawiona przez powodowy szpital faktura może stanowić podstawę domniemania faktycznego świadczącego o wysokości zobowiązania, w szczególności w sytuacji, kiedy nie została ona zaakceptowana przez dłużnika, co w konsekwencji powoduje, że dokument ten stanowi jedynie oświadczenie woli szpitala, a domniemania takiego nie można wyprowadzić z innych, ustalonych faktów;

3) art. 231 KPC - poprzez jego błędne zastosowanie w sytuacji, kiedy możliwe jest przeprowadzenie innych dowodów,

4) art. 231 KPC poprzez jego błędne zastosowanie w taki sposób, iż nastąpiło odwrócenia ciężaru dowodu wskazanego w art. 6 k.p.c.,

5) art. 6 k.c. poprzez jego błędne zastosowanie w taki sposób, iż nastąpiło odwrócenie ciężaru dowodu i przerzucenie wykazania kosztów leczenia na stronę pozwaną,

6) art. 245 k.p.c. poprzez uznanie, iż prywatne dokumenty (faktura, specyfikacja) korzystają z domniemania zgodności z prawdą.

Ponadto zarzucił, że Sąd Okręgowy bezzasadnie oddalił wniosek dowodowy:

a) dotyczący wyceny usług medycznych tzn. ustalenia rzeczywistych kosztów leczenia pozwanego S. N. zgłoszonego przez stronę pozwaną w odpowiedzi na pozew a potem podtrzymany i doprecyzowany pismem z dnia 30 września 2019 roku,

b) wniosek z opinii biegłego (...) zgłoszonego w piśmie z dnia 30 września 2019 roku dotyczący zbadania zgodności leczenia ze sztuką medyczną i zbadania rzetelności dokumentacji medycznej,

i tym samym naruszył następujące przepisy postępowania w stosunku do każdego z oddalonych wniosków:

7) art. 217 § 1 k.p.c. przez nieuwzględnienie, iż strona może aż do zamknięcia rozprawy przytaczać okoliczności faktyczne i dowody na uzasadnienie swoich wniosków lub dla odparcia wniosków i twierdzeń strony przeciwnej;

8) art. 217 § 2 k.p.c. poprzez pominięcie wniosku dowodowego pozwanych pomimo, że został on złożony w odpowiedzi na pozew. (dot. tylko wniosku z pozycji „a”);

9) art. 207 § 6 k.p.c. poprzez pominięcie wniosku dowodowego pozwanych pomimo, że został on złożony w odpowiedzi na pozew. (dot. tylko wniosku z pozycji „a”);

10) art. 227 § 1 k.p.c. poprzez odmowę sądu przeprowadzenia dowodu na fakty mające istotne znaczenie w sprawie, co wiąże się z wadliwą oceną, iż nie mają one takiego charakteru;

11) art. 278 § 1 k.p.c. poprzez uznanie, iż nie zachodzi konieczność powołania biegłego sądowego, w sytuacji, kiedy wysokość stawek za leczenie może określić tylko osoba posiadająca wiadomości specjalne;

12) art. 217 § 2 k.p.c. przez pominięcie wniosku dowodowego pomimo, że niniejszy proces nie wyszedł z jego fazy wstępnej polegającej na ustalaniu treści prawa meksykańskiego, a potem na ustalenia jakie w ogóle prawo może mieć tutaj zastosowanie;

13) art. 232 § 1 k.p.c. poprzez odmowę dopuszczenia wniosku dowodowego w sytuacji, kiedy jego uwzględnienie mogłoby doprowadzić do uznania nieważności czynności prawnej i sąd powinien dopuścić taki wniosek z urzędu;

14) art. 233 § 1 k.p.c. poprzez naruszenie zasady wszechstronnego rozważenia zebranych w sprawie dowodów oraz pominięciu dowodu istotnego dla sprawy, a w konsekwencji błędnym przyjęciu przez Sąd Okręgowy, iż strona pozwana nie wskazała okoliczności mogących podważyć prawidłowość przedstawionych przez powoda zestawień;

15) art. 207 § 6 k.p.c. w zw. z art. 217 § 3 k.p.c. poprzez bezpodstawne oddalenie wniosku dowodowego o przeprowadzenie w/w dowodu jako spóźnionego i złożonego dla zwłoki, podczas gdy dowód ten miał kluczowe znaczenie dla wyjaśnienia istoty sprawy i został złożony w terminie wyznaczonym przez Sąd.

Przy założeniu, że wycena usług powinna być dokonana według stawek obowiązujących w Stanach Zjednoczonych Meksyku (co skarżący czynił z daleko idącej ostrożności procesowej) wskazanemu powyżej Wyrokowi Sądu Okręgowego zarzucił naruszenie art. 227 k.p.c., 233 k.p.c. poprzez odmowę przeprowadzenia dowodu opinii biegłego z zakresu wyceny usług medycznych w Stanach Zjednoczonych Meksyku. (Wniosek ten złożyła strona powodowa, strona pozwana przyłączyła się do niego). Dowód ten ma istotne znaczenia dla właściwego rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie.

(Powołując się na przepisy art. 207 k.p.c. oraz 217 k.p.c. wskazał, iż chodzi tutaj o przepisy o treści obowiązującej do dnia 6 listopada 2019 roku. Oddalenie wniosków dowodowych i zamknięcie rozprawy nastąpiło na rozprawie mającej miejsce w dniu 6 listopada 2019 roku.)

Z ostrożności procesowej, wskazanemu powyżej Wyrokowi Sądu Okręgowemu zarzucił naruszenie prawa materialnego, a mianowicie:

a) naruszenie art. 757 k.c. poprzez uznanie, iż nie ma on w niniejszej sytuacji zastosowania, w sytuacji kiedy w istniejącym stanie faktycznym należało go zastosować, co doprowadziło do uznania, iż odpowiedzialność pozwanego S. N. nie jest ograniczona tylko do zwrotu uzasadnionych wydatków.

b) Naruszenie art. 750 k.c. w związku z 734 § 1 i 2 k.c. w związku z 735 § 1 i 2 k.c. poprzez bezzasadne przyjęcie, iż mają one w istniejącym stanie faktycznym zastosowanie tj. błędne uznanie, iż pomiędzy powodowym szpitalem a pozwanym S. N. została zawarta umowa o świadczenie usług w rozumieniu art. 750 k.c. i tym samym należy się wynagrodzenie zgodnie z art. 735 § 1 i 2 k.c..

c) naruszenie art. 388 § 1 k.c. poprzez jego błędną wykładnię polegającą na uznaniu, że powódka nie działała w warunkach wyżysku, pomimo, iż zachodzi dysproporcja świadczeń, zachowanie powoda było naganne, a położenie pozwanego przymusowe.

d) naruszenie art. 58 § 2 k.c. poprzez jego błędną wykładnię polegającą na przyjęciu, iż zachowanie powoda nie jest sprzeczne z zasadami współżycia społecznego w sytuacji, kiedy dysproporcja świadczeń jest tak duża, że dalece to przekracza granice swobody umów,

e) naruszenie art. 5 k.c. poprzez jego bezzasadne niezastosowanie w sytuacji, gdy powód wykorzystuje brak możliwości sprawdzenia wielkości stawek za pobyt w szpitalu, brak możliwości przeniesienia do innego szpitala, trudności w zorganizowaniu przelotu do Polski i za ten czas, kiedy pozwany S. N. przebywa w szpitalu narzuca znacznie wygórowane (nieproporcjonalne) wysokie stawki za pobyt.

Ponadto na podstawie art. 380 KPC wniósł o rozpoznanie przez sąd II instancji postanowienia sądu I instancji z dnia 6 listopada 2019 roku oddalającego wnioski pozwanego o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodów:

1. zgodnie z wnioskami zawartymi w odpowiedzi na pozew z dnia 27 października 2017 roku (karta akt sprawy nr 209) oraz pismem z dnia 15 czerwca 2019 (karta akt sprawy nr 353) teza dowodowa dla biegłego brzmi:

Wnoszę o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego na okoliczność ustalenia rzeczywistych kosztów leczenia pozwanego S. N. jakie poniósłby podmiot wykonujący działalność leczniczą w Polsce (ustalenie kosztów takich samych usług medycznych w Polsce, jakie zostały wykonane w Meksyku) w analogicznym okresie tj. w okresie od 28 stycznia 2016 roku do dnia 26 lutego 2016 roku (data wyceny przedmiotowych kosztów) w zakresie czynności jakie zostały dokonane przez Powoda wobec pozwanego S. N. w czasie, kiedy przebywał on pod opieką medyczną powoda tj. w okresie od 28 stycznia 2016 roku do dnia 26 lutego 2016 roku.

2. Zgodnie z pismem z dnia 30 września 2019 roku teza dowodowa brzmi: wnoszę o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego z zakresu (...) na okoliczność zbadania czy czynności lecznicze podjęte w stosunku do pozwanego S. N. były niezbędne w prawidłowym procesie jego leczenia jakie zostało wykonane w Meksyku przez powoda w okresie od dnia 28 stycznia 2016 roku do dnia 26 lutego 2016, oraz czy były dokonane zgodnie ze sztuką medyczną roku oraz czy dokumentacja medyczna prowadzona była w sposób rzetelny.

Z ostrożności procesowej wniósł o rozpoznanie przez sąd II instancji postanowienia sądu I instancji z dnia 6 listopada 2019 roku oddalającego wnioski pozwanego o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego w zakresie wyceny usług medycznych w kraju powodowego szpitala czyli w Meksyku. Wniosek ten był zgłoszony przez strona powodową, ale strona pozwana przyłączyła się do tego wniosku na rozprawie w dniu 25 października 2019 roku.

Jednocześnie na podstawie art. 100 ust. 2 KSCU w zw. z art. 102 KSCU wniósł o zwolnienie pozwanego od kosztów sądowych w postępowaniu odwoławczym (apelacyjnym) w całości oraz od ewentualnych pozostałych kosztów sądowych.

Powód w odpowiedzi na apelację wniósł o:

1. oddalenie apelacji,

1. zasądzenie od pozwanego S. N. na rzecz powoda zwrotu kosztów powstępowania apelacyjnego według norm przepisanych,

2. cofnięcie pozwanemu zwolnienia od kosztów sądowych i zarządzenie dochodzenia w celu ustalenia rzeczywistej sytuacji majątkowej pozwanego.

Powód wniósł zażalenie na postanowienie o kosztach procesu zawarte w punktach 3 i 4 zaskarżonego wyroku w zakresie w jakim nie zasądzono od pozwanego S. N. na rzecz powoda kwoty 57.256,58 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Zaskarżonemu orzeczeniu zarzucam naruszenie przepisów postępowania, które mogło mieć wpływ na treść orzeczenia, a konkretnie:

1. art. 100 k.p.c. w zw. z art. 105 § 1 i 2 k.p.c. polegający na „grupowym” orzeczeniu o kosztach procesu, tj. zniesieniu wzajemnie między stronami kosztów zastępstwa procesowego i nieobciążenia pozwanego S. N. pozostałymi kosztami postępowania poniesionymi przez powoda

2. uzasadniony z uwagi na sytuację materialną pozwanego i fakt, że zobowiązanie pozwanego nie wynikało z celowego działania,

—podczas, gdy jest faktem powszechnie znanym, że osoby ubogie nie mogą sobie pozwolić na wczasy w Meksyku, a nadto powód próbował polubownie zakończyć sprawę przed procesem, w toku procesu (mediacja), zatem brak jest podstaw, by uznać, że sytuacja w sprawie zachodzi szczególnie uzasadniony wypadek.

Wniósł o:

1. zmianę zaskarżonych postanowień poprzez zasądzenie od pozwanego S. N. na rzecz powoda kwoty 57.256,58 zł tytułem zwrotu kosztów procesu,

2. zasądzenie od pozwanego S. N. na rzecz powoda zwrotu kosztów postępowania zażaleniowego według norm przepisanych.

Powód S. N. w odpowiedzi na zażalenie domagał się jego oddalenia.

Sąd Apelacyjny zważył, że:

W obowiązującym modelu apelacji pełnej rola sądu drugiej instancji nie ogranicza się jedynie do samego aktu kontroli zaskarżonego rozstrzygnięcia, ale obejmuje także powinność merytorycznego rozpoznania sprawy. Celem postępowania apelacyjnego jest bowiem ponowne i wszechstronne merytoryczne rozpoznanie sprawy (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 kwietnia 2017 r., IV CZ 10/17, nie publ.). Przepis art. 382 k.p.c. określa podstawę merytorycznego orzekania przez Sąd drugiej instancji, która obejmuje materiał dowodowy zebrany przez sąd pierwszej instancji oraz w postępowaniu apelacyjnym. Zebrany materiał w rozumieniu tego przepisu, to dowody przeprowadzone w sprawie oraz fakty powszechnie znane, znane sądowi urzędowo, fakty przyznane, a także objęte twierdzeniami jednej strony, co do których druga strona nie wypowiedziała się. Uregulowanie to nakłada na sąd drugiej instancji obowiązek dokonania ponownie własnych ustaleń, które mogą obejmować ustalenia sądu pierwszej instancji przyjęte za własne albo różnić się od tych już poczynionych, a następnie poddania ich ocenie pod kątem prawa materialnego. Sąd drugiej instancji może zmienić ustalenia faktyczne stanowiące podstawę wydania orzeczenia co do istoty sprawy sądu pierwszej instancji bez przeprowadzenia postępowania dowodowego, uzasadniającego odmienne ustalenia, chyba że szczególne okoliczności wymagają ponowienia lub uzupełnienia tego postępowania (zob. uchwała składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 23 marca 1999 r., III CZP 59/98, OSNC 1999, nr 7-8, poz. 124). W razie stwierdzenia błędów Sądu pierwszej instancji w zakresie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia obejmującej poczynione ustalenia faktyczne i ocenę materiału dowodowego, Sąd drugiej instancji jest obowiązany do ich usunięcia, dokonując odmiennej oceny, względnie uzupełniając postępowanie dowodowe w celu prawidłowego zastosowania z urzędu prawa materialnego (por. uzasadnienie uchwały składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 31 stycznia 2008 r., III CZP 49/07, OSNC 2008, Nr 6, poz. 55).

Wobec trudności z ustaleniem tekstu prawa obowiązującego w Meksykańskich Stanach Zjednoczonych w toku postępowania przez Sądem Okręgowym strony ostatecznie złożyły oświadczenia, w którym zgodziły się aby sprawa została rozstrzygnięta według przepisów prawa polskiego, dlatego Sąd I instancji na rozprawie w dniu 11 września 2019 r. uznał, że prawem materialnym, które będzie miało zastosowania w sprawie będzie prawo polskie przepisy Kodeksu Cywilnego.

Strony nie wniosły zastrzeżeń co do tej decyzji procesowej w trybie art. 162 kpc i nie kwestionują jej w apelacji oraz odpowiedzi na apelację.

Powód swoje roszczenie wywodził z umowy o świadczenia zdrowotne. Na jej temat sądy powszechne i Sąd Najwyższy nie miały dotychczas wiele okazji aby się wypowiedzieć. W doktrynie natomiast zagadnieniem tym kompleksowo zajęli się Grzegorz Głanowski w pracy doktorskiej z 2018 r. na Uniwersytecie Jagiellońskim. Poglądy autora w powołanym opracowaniu podziela Sąd odwoławczy cytując ich fragmenty w dalszej części uzasadnienia.

Umowy o świadczenia zdrowotne jest specjalnego rodzaju umową mającą swoje źródło w art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654) – dalej u.d.z.l. Jest to umowa o konstrukcji zbliżonej do umowy o świadczenie usług określonej w art. 750 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (dalej k.c.), do której stosuje się odpowiednio przepisy o zleceniu. Z uwagi jednak na fakt, że minimalne postanowienia tej umowy określone zostały w art. 27 ust. 4 u.d.z.l., a tylko w zakresie nieuregulowanym w tym rozporządzeniu stosuje się do tej umowy przepisy Kodeksu cywilnego, należy przyjąć, że umowa na świadczenia zdrowotne jest umową nazwaną o cywilnoprawnym charakterze, nie jest to jednak stricte umowa zlecenia ani umowa o świadczenie usług, o której mowa w art. 750 k.c.

Na podstawie umowy o świadczenia zdrowotne przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie oraz na zasadach określonych w umowie, a udzielający zamówienia do zapłaty wynagrodzenia za udzielanie tych świadczeń (art. 27 ust. 2 u.d.z.l.).

Kwalifikacja podmiotowa ogólna zakłada, że umowę mogą zawrzeć jako świadczeniodawcy jedynie podmioty, posiadające status podmiotu wykonującego działalność leczniczą, a więc te, które spełniły formalne kryteria dla wykonywania działalności tego rodzaju opisane w u.d.l. Możliwość zawarcia przedmiotowej umowy nie jest więc powiązana ze statusem przedsiębiorcy. Zasadniczo, świadczeniodawca będzie się nim legitymował, jednakże stronami umowy mogą być również podmioty, które przedsiębiorcami nie są.

Kontrahentem świadczeniodawcy jest pacjent, chyba że umowa została zawarta na jego rzecz przez podmiot trzeci. Pojęcie pacjenta zostało zdefiniowane ustawowo. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2017 r., poz. 1318, ze zm.) (dalej (u.p.p.) w art. 2 ust. 1 pkt 3 rozumie pod tym terminem osobę zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny. Pacjentem jest istota ludzka. Pacjent może być odbiorcą świadczenia zdrowotnego, będąc jednocześnie stroną umowy albo też występować wyłącznie jako uprawniony z umowy zawartej przez zastrzegającego. Pierwsze rozwiązanie jest typowe dla pacjentów będących osobami pełnoletnimi, posiadającymi pełną zdolność do czynności prawnych, które samodzielnie zawierają umowę w swoim imieniu. W drugim wariantcie układu podmiotowego analizowanego kontraktu, pacjent nie jest jej stroną umowy, lecz wyłącznie odbiorcą świadczenia. Taka umowa wypełnia założenia pactum in favorem tertii. Jest stosowana zarówno przy pacjentach posiadających (np. osoby w podeszłym wieku, pracownicy), jak i nie posiadających pełnej zdolności do czynności prawnych (np. małoletni, ubezwłasnowolnieni całkowicie). Formalnym kontrahentem świadczeniodawcy może być osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej. Chociaż zastrzegający jest stroną kontraktu, to nie przysługują mu prawa odpowiadające umownym obowiązkom świadczeniodawcy. Może natomiast żądać udzielenia świadczenia zdrowotnego, uchylić się od złożonego oświadczenia woli, umowę wypowiedzieć, jak też pozostaje odpowiedzialny za zapłatę wynagrodzenia. Atrakcyjność tego rozwiązania polega na ułatwieniu i przyspieszeniu obrotu. Uwidacznia się zwłaszcza w przypadkach ograniczonego kontaktu z pacjentem lub zasadności pozostawienia go poza sferą rozliczenia. Umowy na rzecz trzeciego, który mógłby być ich samodzielną stroną, są zasadniczo zawierane przez jego krewnych, powinowatych lub innych bliskich. W omawianej grupie mieści się także podmiot świadczący usługi hotelarskie, kiedy wzywa świadczeniodawcę do gościa hotelowego bez zastrzeżenia, że czyni to w jego imieniu i na jego rzecz.

Podsumowując powyższe rozważania, umowa o świadczenie zdrowotne może przybrać wariant, w którym pacjent jest jednocześnie formalną stroną kontraktu, lub też wyłącznie uprawnionym z umowy, zawartej przez osobę trzecią, która spełnienie obowiązków umownych na rzecz pacjenta traktuje, jak zaspokojenie samego siebie.

Przedmiotem umowy, wyróżniającym ją spośród pozostałych umów o świadczenie usług, jest świadczenie zdrowotne. W ramach umownych stosunków zobowiązaniowych, zaspokojenie potrzeby zdrowotnej pacjenta wskutek działań medycznych świadczeniodawcy może nastąpić tylko w oparciu o umowę o świadczenie zdrowotne. Innymi słowy, w tym zakresie swoboda umów nie przewiduje przestrzeni dla zawarcia innej umowy.

Umowa o świadczenie zdrowotne ma samodzielny charakter, jest umową empiryczną, kreowaną poprzez powtarzalność jej dokonywania w praktyce obrotu. Wspólnym mianownikiem czynności faktycznych, które składają się na świadczenie zdrowotne jest to, iż dotyczą szczególnie cennych dóbr osobistych człowieka, a większość z nich jest podejmowana w ciele, na ciele lub względem ciała pacjenta, zmierzając do zaspokojenia jego potrzeby zdrowotnej. Subsumpcja zawartej umowy pod przepis art. 750 k.c. nie czyni z niej nazwanej umowy zlecenia w rozumieniu art. 734 k.c., lecz powoduje bezwzględna konieczność odpowiedniego zastosowania przepisów regulujących ten typ umowy.

Świadczenie zdrowotne nie jest zleceniem (art. 734 k.c.), gdyż zakłada wykonanie na rzecz pacjenta działań medycznych będących czynnościami faktycznymi, a nie prawnymi. Umowa o świadczenie zdrowotne zasadniczo stanowi zobowiązanie starannego działania. Konieczność nawiązania relacji z świadczeniodawcą zostaje często narzucona i wymaga powierzenia mu najcenniejszych dóbr.

Za przyjęciem poglądu o konsumenckim charakterze stosunku prawnego przemawiają następujące argumenty. Z formalnoprawnego punktu widzenia, pozycja świadczeniodawcy i pacjenta wykazuje cechy odpowiednio przedsiębiorcy i konsumenta opisane w art. 431 i art. 221 k.c. Zasadniczo świadczeniodawca prowadzi we własnym imieniu działalność gospodarczą lub zawodową polegającą na zarobkowym świadczeniu usług w sposób zorganizowany i ciągły. Pacjentem jest z kolei osoba fizyczna, dokonująca z świadczeniodawcą czynności prawnej w celu zaspokojenia swojej potrzeby zdrowotnej, co nie jest związane bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową. Między stronami występuje faktyczna nierówność wynikająca z wielu okoliczności. Pierwszą z nich jest zróżnicowany poziom wiedzy co do ustalenia przyczyn potrzeby zdrowotnej, jej zakresu, możliwości oraz przebiegu zaspokojenia. Obok dysproporcji informacyjnej, słabość pozycji pacjenta wynika z podległości organizacyjnej, co uwidacznia się zwłaszcza podczas leczenia stacjonarnego. Pacjent odbiera szereg świadczeń z rąk wielu osób o różnych kwalifikacjach i uprawnieniach. Personel medyczny przekazuje sobie chorego z rąk do rąk, co wielokrotnie czyni faktycznego świadczeniodawcę anonimowym. Dodatkowo, postęp technologiczny, brak czasu, presja ekonomiczna pogłębiają depersonalizację leczenia. Pacjent staje się procedurą, którą należy wykonać w celu otrzymania zapłaty. Ponadto, obrót świadczeniami zdrowotnymi nie jest transparentny.

Argumentem uzasadniającym odmienne spojrzenie na problem konsumenckiego charakteru stosunku prawnego jest, w pewnych przypadkach, brak możliwości objęcia pacjenta statusem konsumenta. Pacjent nieprzytomny, znajdujący się w stanie bezpośrednio zagrażającym życiu i zdrowiu nie dokonuje bowiem czynności prawnej ze świadczeniodawcą. Nie składa żadnych oświadczeń woli, a mimo to otrzymuje świadczenie zdrowotne. Co więcej, w wielu przypadkach pacjent przytomny nie może wybrać świadczenia zdrowotnego, bowiem nie pojmuje istoty sytuacji, w której się znajduje. Ponadto, zapewniający szczególną ochronę status pacjenta nie jest związany z okolicznością bycia stroną umowy, lecz faktycznym odbiorcą świadczenia zdrowotnego.

W ocenie Sądu zaprezentowane odmienności nie wykluczają traktowania pacjenta jako konsumenta. Podkreślają jednak, że jest on konsumentem szczególnego rodzaju.

Zawarcie umowy o świadczenie zdrowotne nie wprowadza odmienności w stosunku do ogólnej reguły z art. 66 k.c. dotyczącej złożenia i przyjęcia oferty. Chociaż oba te oświadczenia mogą być wyrażone przez każdą ze stron, to z reguły oferentem jest świadczeniodawca, który składa propozycję zawarcia umowy poprzez publiczne oferowanie swoich usług. Prowadzenia gabinetu, przychodni, szpitala, jak też ogłoszenia o tym fakcie na szyldach i tablicach informacyjnych nie należy pożytywać tylko za zaproszenie do zawarcia umowy. W tych przypadkach nie ma wątpliwości, co do rzeczywistych intencji świadczeniodawcy, o których mowa w art. 71 k.c. Pacjent przyjmuje ofertę osobiście, poprzez swojego przedstawiciela ustawowego (np. rodzica, opiekuna, kuratora), pełnomocnika (np. małżonka, lekarza), pełnomocnika przedstawiciela (np. babcię). Niekiedy przyjęcia dokonuje osoba działająca



własnym imieniem, lecz na rzecz pacjenta (np. pracodawca, ubezpieczyciel, członek rodziny). Zasadniczo umowa jest zawierana w sposób konkludentny. Następuje to w momencie np. zarejestrowania terminu wizyty, a w razie braku rejestracji, złożenia przez pacjenta wizyty w gabinecie oraz przystąpienia przez świadczeniodawcę do wywiadu. Faktycznie umowa jest zawierana przez personel administracyjny, pracujący w rejestracji. Jego członków należy uznać za osoby czynne w lokalu przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 97 k.c., umocowane do dokonywania czynności prawnych imieniem pracodawcy. Umowę zawiera sam świadczeniodawca, jeżeli nie posiada wyodrębnionej rejestracji.

Doświadczenie życiowe pokazuje, że zaspokajanie potrzeby zdrowotnej pacjenta nie zawsze może nastąpić na podstawie przyjęcia przez niego oferty świadczeniodawcy. W szczególności dotyczy to sytuacji, kiedy pacjent znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i jest niezdolny do złożenia oświadczenia woli. Dotyczy to również sytuacji, kiedy przedstawiciel ustawowy pacjenta jest nieobecny i nie ma możliwości nawiązania z nim kontaktu.

W literaturze zgłaszano dwie koncepcje wyjaśnienia podstaw działania świadczeniodawcy. W świetle pierwszej z nich, między stronami dochodzi do nawiązania realnego stosunku umownego, z uwagi na faktyczne korzystanie ze świadczeń zdrowotnych. Chociaż pacjent lub jego przedstawiciel nie złożył oświadczenia woli, to należy przyjąć, iż każdy człowiek będący w stanie zagrożenia życia i zdrowia oczekiwałaby profesjonalnej pomocy oraz dążyłby do złożenia oświadczenia, pozwalającego taką pomoc otrzymać.

Drugi pogląd upatruje w świadczeniodawcy osoby prowadzącej cudze sprawy bez zlecenia (tak T. Cyprian, P. Aslanowicz, Karna i cywilna..., s. 170, 195-197; M. Nesterowicz, Prawo..., s. 173; M. Sośniak, Cywilna..., s. 55-57; W. Borysiak, System Prawa Medycznego..., s. 437; B. R. Kern, Handbuch..., s. 613, 630; R. Müller-Glöge, Münchener Kommentar..., s. 37; D. Griebau, Handbuch..., s. 714). Świadczeniodawca wypełnia swoje powołanie zawodowe, działając z zachowaniem należytej staranności, z korzyścią dla pacjenta i jego prawdopodobną wolą. Trudno przyjąć, że pacjent potrzebujący niezwłocznej pomocy, lecz niezdolny do zawarcia umowy, nie godziłby się na wykonanie świadczeń zdrowotnych ratujących jego życie lub zdrowie, traktując je jako niekorzystne dla swoich interesów. Dlatego też prowadzenie cudzych spraw bez zlecenia odpowiadałoby oczekiwanej woli pacjenta i ograniczało się jedynie do działań medycznych niecierpiących zwłoki.

W ocenie Sądu żadna z powyższych koncepcji nie jest wolna od wad.

Pierwszy z poglądów marginalizuje fundamentalne założenie, iż umowa jest zawierana poprzez złożenie zgodnych oświadczeń woli. Wymaga przyjęcia fikcji ich wyrażenia, co jest istotnym nadużyciem obowiązujących zasad.

Druga koncepcja nie nadaje się do zastosowania w większości przypadków, gdyż nie odpowiada założeniom instytucji opisanej w art. 752 i n. k.c. Po pierwsze, nie przystaje do sytuacji, kiedy pacjent ujawnił swoją wolę. Po drugie, wymaga się, aby podjęcie działań nastąpiło bez żadnej podstawy prawnej, co generalnie nie ma miejsca. Świadczeniodawca działa realizując obowiązek nałożony na niego w drodze ustawy (art. 15 u.d.l., art. 7 u.p.p., art. 30 u.z.l. (ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2018 r. poz. 617, ze zm.)), art. 12 ust. 1 u.z.p.p. (ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 123, ze zm.)), ewentualnie, gdy jest świadkiem zdarzenia - art. 162 k.k.). Zastosowanie regulacji tytułu XXII k.c. wymagałoby odstąpienia od utrwalonego poglądu na interpretację wyrażenia „bez zlecenia”, jako braku jakiegokolwiek podstawy prawnej.

Należy skłonić do poglądów, że w analizowanych sytuacjach przepisy ustaw nakładające na świadczeniodawcę obowiązek udzielenia świadczenia zdrowotnego są źródłem pozaumownego stosunku zobowiązaniowego o charakterze warunkowym, do którego odpowiednio stosuje się przepisy umowy o świadczenie zdrowotne. Relacja posiada charakter pozaumowny, gdyż ani pacjent, ani jego przedstawiciel nie są w stanie złożyć oświadczenia woli niezbędnego dla zawarcia umowy. Warunkiem jej powstania jest brak oświadczenia pacjenta, zawierającego sprzeciw wobec działań świadczeniodawcy na wypadek utraty zdolności do wyrażenia woli w przyszłości.

Do zawarcia umowy między świadczeniodawcą a pacjentem może dojść na dalszym etapie wykonywania usługi medycznej, tj. gdy pacjent odzyska stan umożliwiający wyrażenie woli lub nawiązany zostanie kontakt z

przedstawicielem, który takie oświadczenie złoży. Umowa może zostać zawarta także w sposób konkludentny, poprzez aprobowanie przez pacjenta dalszych działań medycznych. W takim przypadku źródła stosunku prawa medycznego będą odmienne, a on sam przybierze charakter pozaumowny lub umowny.

Reasumując ten wątek rozważań, przydatność konstrukcji opartej na regulacji prowadzenia cudzych spraw bez zlecenia wskazywana przez apelującego jest znacznie ograniczona. Przepisy tytułu XXII k.c. mogą znaleźć zastosowanie jedynie wówczas, gdy na świadczeniodawcy nie ciąży prawny obowiązek działania, co dotyczy się wyłącznie tych będących przypadkowymi świadkami zdarzeń. Wtedy część czynności wykonywanych przez świadczeniodawcę może być oceniana na podstawie przepisów o prowadzeniu cudzych spraw bez zlecenia, a pozostała część na gruncie umownym. Pacjent może w trakcie (tak L. Stecki, System Prawa Prywatnego, Tom 7, Prawo zobowiązań-część szczegółowa (red. J. Rajski), Warszawa 2011, s. 603.) lub po zakończeniu sprawy jednostronnie potwierdzić jej prowadzenie, przez co do skutków tej relacji, poprzez odesłanie (art. 756 k.c. w zw. z art. 750 k.c.) znajdują odpowiednie zastosowanie przepisy umowy o świadczenie zdrowotne. Potwierdzenie może mieć także charakter dorozumiany, przejawiając się w przyjęciu rachunku opiewającego nie tylko na zwrot uzasadnionych wydatków, ale także uwzględniającego wynagrodzenie. Nie miało to jednak miejsca w omawianym stanie faktyczny.

Umowa o świadczenie zdrowotne, tak jak i zlecenie, jest zasadniczo umową odpłatną, w której wynagrodzenie pacjent uiszcza po odebraniu świadczenia. W braku obowiązującej taryfy oraz uzgodnień stron, świadczeniodawcy należy się wynagrodzenie odpowiadające wykonanej pracy szacowane według stawek obowiązujących w chwili wykonania. Wykonanie świadczenia zdrowotnego może być zaliczkowane, stąd zastosowanie wprost znajdzie również art. 743 k.c. Ponadto, stosownie do art. 742 k.c. pacjent powinien zwrócić świadczeniodawcy wydatki, które ten poczynił w celu należytego wykonania świadczenia zdrowotnego, wraz z odsetkami ustawowymi, jak też powinien go zwolnić od zobowiązań, które ten w powyższym celu zaciągnął w imieniu własnym. Wskazane przepisy znajdują zastosowanie tylko w przypadku umów zawieranych poza publicznym systemem ochrony zdrowia, kiedy obowiązek zapłaty wynagrodzenia ciąży na kontrahencie świadczeniodawcy.

Zapłata umówionego wynagrodzenia jest obowiązkiem głównym, spełnianym przez pacjenta lub podmiot trzeci, przez co dochodzi do wykonania zobowiązania. W umowach zawartych poza publicznym systemem ochrony zdrowia obowiązek zapłaty wynagrodzenia z reguły obciąża pacjenta. Może też spoczywać na podmiocie trzecim (pracodawcy, ubezpieczycielu, przedstawicielu ustawowym). Jeżeli umowa została zawarta na rzecz pacjenta, czyniąc go wyłącznie osobą uprawnioną do odbioru świadczenia, zapłata wynagrodzenia obciąża formalnego kontrahenta świadczeniodawcy.

Świadczenie jednej i drugiej strony łączy więź polegająca na ich zależności od siebie, przy czym z reguły świadczenia te są względem siebie także ekwiwalentne. W rezultacie, zastosowanie znajdują przepisy k.c., odnoszące się do umów wzajemnych (art. 487-497). W niektórych przypadkach, natura zobowiązań polegających na świadczeniu usług, uniemożliwi urzeczywistnienie wyrażonej w art. 488 § 1 k.c. zasady jednoczesności spełniania świadczeń, gdyż ustalenie wynagrodzenia nie będzie możliwe przed spełnieniem usługi. Nic nie stoi jednak na przeszkodzie korzystania z pozostałych przepisów kc.

Skoro przedmiotem wynagrodzenia są zwykle środki pieniężne. Dlatego też do świadczenia pacjenta znajdują zastosowanie przepisy dotyczące świadczeń pieniężnych, zwłaszcza zasada walutowości.

Stosownie do art. 24 ust. 1 pkt 12 u.d.l. ogólna stawka wynagrodzenia za udzielenie świadczenia zdrowotnego określonej treści wynika z regulaminu organizacyjnego świadczeniodawcy, chyba że ten świadczy w ramach prowadzonej praktyki zawodowej. Wówczas poziom wynagrodzenia reguluje inny dokument. Teść regulaminów organizacyjnych, obowiązujących w praktykach zawodowych, jest znacznie uboższa niż treść tych regulaminów w podmiotach leczniczych. Ustawodawca nie wymaga określenia w nich wysokości przedmiotowych opłat. Niezależnie od treści regulaminu lub innego dokumentu, stawka wynagrodzenia może być przedmiotem uzgodnień stron. Powinna odpowiadać istocie usługi. Jej wysokość jest determinowana przyjętą przez świadczeniodawcę polityką rynkową. Na wysokość wynagrodzenia wpływa charakter świadczenia zdrowotnego, jego dostępność, treść, standard obsługi,

dostęp do nowoczesnego sprzętu medycznego, kwalifikacje zawodowe oraz tytuły naukowe świadczeniodawcy i osób, z pomocą których świadczy itd. Stawka świadczeniodawcy powinna być ustalana przy uwzględnieniu kodeksowych rozwiązań, chroniących słabszą stronę zobowiązania. Kontroli jej proporcjonalności należy dokonywać zwłaszcza pod kątem ochrony pacjenta przed ewentualnym wyzyskiem. Szczególnie ostrożnie należy badać wysokość wynagrodzenia w przypadku pacjentów wymagających pilnego podjęcia działań medycznych oraz trapionych ogromnym bólem, gdyż ich sytuacja osobista może być źródłem nadużyć dokonywanych przez nieuczciwych świadczeniodawców. Jeżeli strony nie uzgodniły wysokości wynagrodzenia, a to nie wynika z obowiązującego regulaminu organizacyjnego lub cennika, pacjenta z mocy art. 750 w zw. z art. 735 § 2 k.c. obciąża obowiązek zapłaty wynagrodzenia odpowiadającego wykonanej pracy. W ten sposób ustawa wypełnia pozostawioną przez strony lukę w uzgodnieniach elementów przedmiotowo istotnych umowy. Pacjent nie popadając w zwłokę w spełnieniu części świadczenia może odmówić zapłaty nadwyżki, wynikającej z żądanej przez świadczeniodawcę stawki wyższej, gdyż ta nie była w ogóle objęta porozumieniem stron.

Termin zapłaty wynagrodzenia może się różnić. Przypada przed spełnieniem świadczenia wzajemnego lub po nim. Z uwagi na specyfikę obrotu świadczeniami zdrowotnymi, regułą jest płatność następcza. Wówczas zapłata wynagrodzenia, zgodnie z art. 750 w zw. z art. 744 k.c., staje się wymagalna z chwilą ich wykonania.

Roszczenie świadczeniodawcy kierowane przeciwko kontrahentowi jest zawsze roszczeniem pieniężnym. W związku z tym, obciąża go dowód wykazania zawarcia umowy określonej treści, naruszenia więzi obligacyjnej polegającego na niezapłaceniu należnego mu wynagrodzenia lub jego części.

Nawiązując do zarzutów dotyczących zastosowania przepisów o wyzysku wskazać należy, iż sytuacja motywacyjna pacjenta różni się od położenia przeciętnego konsumenta. Nie można jednak zakładać, że już sam fakt istnienia potrzeby zdrowotnej przesądza, że pacjent zawiera umowę w warunkach przymusowego położenia. Konieczne jest ustalenie, że pacjent znajdował się w sytuacji, która zmuszała go do zawarcia umowy bez względu na stosunek wartości świadczeń. Wielokrotnie stan jego zdrowia może ułatwiać świadczeniodawcy zawarcie kontraktu na proponowanych przez siebie warunkach, jednakże te nie będą jeszcze stanowiły wyzysku w rozumieniu art. 388 k.c.

Zróżnicowanie cen świadczeń zdrowotnych jest zjawiskiem typowym, powszechnie występującym w obrocie. Cena usługi pokrywa koszty jej wytworzenia oraz zawiera w sobie marżę zysku. Jest kształtowana przez rynek, co pozwala określić wynagrodzenie świadczeniodawcy w stosunkach tego rodzaju. Na jej wysokość oddziałują takie czynniki jak lokalizacja, infrastruktura, z jakiej korzysta świadczeniodawca, posiadane zaplecze techniczne, specyfika metody leczenia, ugruntowana marka, kadra z tytułami naukowymi, jej rozpoznawalność, związana z wieloletnim praktykowaniem w czołowych ośrodkach zagranicznych lub wynikająca z uznania przez środowisko zawodowe. Źródłem zróżnicowania stawek może być również popularność wśród pacjentów, pozwalająca oferować świadczenia zdrowotne za wyższą cenę niż konkurenci, jak też właściwości choroby pacjenta, w tym stopień jej zaawansowania, czasochłonność przygotowania do zabiegu, trudność jego wykonania i związane z nim ryzyko niepowodzenia. Stawka wyższa, czy nawet istotnie wyższa niż przeciętna, nie oznacza jeszcze, że rażąco przerasta rynkową wartość świadczenia zdrowotnego. Ocena wystąpienia wyzysku powinna być prowadzona poprzez analizę czynników występujących po obydwu stronach umowy. Po stronie świadczeniodawcy poprzez ustalenie, jakie koszty i elementy kreują cenę i czy jej wysokość może znajdować w nich pełne usprawiedliwienie. Z drugiej strony, stopień przymusowego położenia pacjenta może być bardzo różny, a niekiedy wręcz jeszcze nie wystąpi. Inaczej należy ocenić sytuację chorego, którego ostatnią szansą życiową jest poddanie się operacji, wykonywanej przez pojedynczych świadczeniodawców w kraju, a sytuację pacjenta z bolącym zębem. Dlatego też wystąpienie wyzysku powinno być zawsze analizowane przy uwzględnieniu okoliczności danego przypadku. Istota działalności leczniczej polega na ratowaniu dóbr najcenniejszych dla człowieka, jednakże stanowi jednocześnie działalność regulowaną w rozumieniu u.pr.p., w związku z czym uznaje się ją za zwykłą formę zarobkowania. Wyważenie tych dwóch okoliczności wymaga bardzo ostrożnego odwoływania się do przepisów o wyzysku.

Sąd I instancji uchylił się od dokonania ustaleń faktycznych w omawianym zakresie.

Odnosnie zarzutu naruszenia zasad współżycia społecznego za godzące w te zasady należy uznać umowy i ich postanowienia naruszające moralne reguły postępowania. Takimi są np. uzgodnienie świadczenia zdrowotnego, którego treść narusza reguły aktualnej wiedzy medycznej, co jest co do zasady niedopuszczalne, pociągając za sobą skutek nieważności postanowienia. Świadczeniodawca nie powinien posługiwać się przestarzałym sprzętem i narzędziami, jak też nie powinien wykorzystywać metod zarzuconych, dekompletować sekwencji czynności składających się na całokształt procedury medycznej. Świadczenie zdrowotne jest bowiem objęte domniemaniem udzielenia go w sposób odpowiadający aktualnej wiedzy medycznej. Strony nie muszą formułować osobnego postanowienia umownego, gdyż dyrektywa ta wynika wprost z ustaw oraz zasad współżycia społecznego. Wyrażonego uzgodnienia wymaga natomiast odstępstwo od niej na rzecz jednego z wyjątków. Strony nie powinny poprzestawać na generalnym dopuszczeniu odstępstwa, lecz precyzyjnie ustalić na czym ono polega i w którym momencie nastąpi.

Takiej sytuacji apelujący nie zarzuca, podnosząc jedynie, że jednostronne ustalenie przez powoda wygórowanego wynagrodzenia narusza zasady współżycia społecznego.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt przedmiotowej sprawy wskazać należy, że:

Pozwany jako pacjent, jak wynika z zeznań świadków, w chwili przyjęcia do powodowego szpitala był nieprzytomny, następnie wprowadzono go w stan śpiączki farmakologicznej, zatem był niezdolny do wyrażenia woli, a w jego imieniu nie działał przedstawiciel. Nie ustalono czy powód jako świadczeniodawca został wezwany przez krewnych, powinowatych lub innych bliskich, czy też hotel, lub ubezpieczyciela, kiedy mogło dojść do zawarcia umowy na rzecz trzeciego i powód nie był stroną umowy, lecz uprawnionym do odebrania świadczenia z umowy zawartej przez osoby działające na jego rzecz. Osoby te mogły występować jako negotiorum gestor wyłącznie w stosunku do pacjenta, a nie względem świadczeniodawcy. Sąd I instancji nie rozważył również, czy w tym momencie doszło do zawarcia pozaumownego stosunku zobowiązaniowego o charakterze warunkowym, do którego odpowiednio stosuje się przepisy umowy o świadczenie zdrowotne.

Między świadczeniodawcą a pacjentem mogło dojść do zawarcia umowy dopiero w momencie, kiedy ten odzyskał stan umożliwiający wyrażenie woli na dalszym etapie wykonywania usługi medycznej, tj. gdy pacjent (powód) odzyskał stan umożliwiający wyrażenie woli lub nawiązany zostanie kontakt z przedstawicielem, który takie oświadczenie ewentualnie złożył. Umowa od tego momentu mogła zostać zawarta także w sposób konkludentny, poprzez aprobowanie przez pacjenta dalszych działań medycznych.

W takim przypadku źródła stosunku prawa medycznego będą odmienne, a on sam przybierze charakter pozaumowny lub umowny.

W toku dotychczasowego postępowania Sąd Okręgowy ustalił, że w sprawie doszło w sposób dorozumiany do zawarcia umowy o świadczenie usług medycznych (art. 60 kc) i w ten sposób został zaakceptowany regulamin świadczenia usług medycznych powodowego szpitala wraz z cennikiem. Nie wskazał jednak na podstawie jakich dowodów dokonał tego ustalenia i kto oraz kiedy w taki sposób zawarł umowę z powodem. Uszło całkowicie uwadze Sądu to, że pozwany S. N. był przez pewien czas nieprzytomny i nie mógł sam zawrzeć takiej umowy, a w konsekwencji czy i za jaki zakres zobowiązania pozwany pacjent ponosi odpowiedzialność wobec powoda oraz na jakich zasadach powinno zostać ustalone wynagrodzenie powoda.

Powodowy szpital jest jednostką prywatną, a nie publiczną i w dotychczasowym postępowaniu nie ustalono czy ciążył na nim ustawy obowiązek udzielenia świadczenia zdrowotnego, który mógł być źródłem pozaumownego stosunku zobowiązaniowego o charakterze warunkowym, do którego odpowiednio stosuje się przepisy umowy o świadczenie zdrowotne, o czym była mowa powyżej. Podkreślić należy, iż powołane wyżej postanowienie Sądu Okręgowego z dnia 11 września 2019 r. odwołuje się do zastosowania w procesie jedynie prawa materialnego polskiego Kodeksu cywilnego, a nie prawa publicznego dotyczącego organizacji systemu opieki zdrowotnej. Brak jest zatem podstaw do ustalenia, że na powodzie ciążył taki obowiązek i do zawarcia takiego stosunku doszło w tym trybie.

Przypomnieć należy, iż możliwość zastosowania powoływanej przez apelującego regulacji prowadzenia cudzych spraw bez zlecenia jest znacznie ograniczona. Przepisy tytułu XXII k.c. mogą znaleźć bowiem zastosowanie jedynie wówczas, gdy na świadczeniodawcy nie ciąży prawny obowiązek działania, co dotyczy się wyłącznie tych będących przypadkowymi świadkami zdarzeń. Tylko wtedy część czynności wykonywanych przez świadczeniodawcę może być oceniana na podstawie przepisów o prowadzeniu cudzych spraw bez zlecenia, a pozostała część na gruncie umownym.

Z materiału dowodowego sprawy wynika, że wysokość wynagrodzenia została przez powoda ustalona po wykonaniu usługi i nie była ustalana z pozwanym. Powód nie przedstawił w dotychczasowym postępowaniu cenników i regulaminów, które pozwany zaakceptował i zgodnie z którymi ustalił wysokość swojego wynagrodzenia. Przypomnieć należy, że jeżeli strony nie uzgodniły wysokości wynagrodzenia, a to nie wynika z obowiązującego regulaminu organizacyjnego lub cennika, pacjenta z mocy art. 750 w zw. z art. 735 § 2 k.c. obciąża obowiązek zapłaty wynagrodzenia odpowiadającego wykonanej pracy. Oczywiście od momenty w którym przyjął on takie zobowiązanie umowne w swoim imieniu lub działając przez swoich przedstawicieli działających w jego imieniu i na jego rzecz. W konsekwencji w tym zakresie należy rozważyć podnoszone przez pozwanego od początku zarzuty, który kwestionował wysokość naliczonej należności.

Bez dokonania koniecznych ustaleń faktycznych w omawianym zakresie nie ma możliwości zweryfikowania w jakim zakresie i na jakiej podstawie pozwany osobiście odpowiada wobec powoda za świadczone na jego rzecz usługi medyczne. Oznacza to, że w sprawie nie dokonano ustaleń faktycznych i prawnych niezbędnych do jej rozstrzygnięcia, co musi skutkować stwierdzeniem przez Sąd odwoławczy nierozpoznania istoty sprawy przez Sąd I instancji, ponieważ nie odniósł się do tego, co było przedmiotem sprawy i zaniechał zbadania materialnej podstawy żądania oraz części merytorycznych zarzutów pozwanego, niezasadnie uznając, że konieczność taka nie istnieje. Nierozpoznanie istoty sprawy zachodzi także dlatego, że sąd pierwszej instancji dokonał oceny prawnej żądania bez ustalenia pełnej podstawy faktycznej we wskazanym wyżej zakresie, co wymagałoby poczynienia kluczowych ustaleń po raz pierwszy w instancji odwoławczej. W takiej sytuacji uzasadnione jest uchylene orzeczenia ze względu na respektowanie uprawnień stron (uczestników) wynikających z zasady dwuinstancyjności postępowania sądowego.” (por. postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 8 marca 2017 r. IV CZ 130/16 LEX nr 2269094).

Wobec powyższego zbędne było odnoszenie się do pozostałych zarzutów apelacji i zawartych w niej wniosków.

Z tych też względów Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 4 k.p.c. orzekł jak w sentencji.

O kosztach postępowaniach za drugą instancję – obejmujących koszty postępowania apelacyjnego i zażaleniowego, Sąd orzekł na podstawie art. 108 § 2 k.p.c., pozostawiając rozstrzygnięcie o nich Sądowi I instancji w orzeczeniu kończącym postępowanie.

Wobec uchylene w stosunku do pozwanego S. N. orzeczeń o kosztach postępowania zawartych w punktach 3, 4 i 5 zaskarżonego wyroku wydanie orzeczenia w przedmiocie zażalenia powoda było niedopuszczalne i dlatego postępowanie w tym zakresie należało umorzyć na podstawie art. 350 § 1 kpc.

Mariusz Wicki Wiesław Łukaszewski Barbara Rączk-Sekścińska