

Sygn. akt V ACa 101/13

## WYROK

**W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 5 kwietnia 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – Wydział V Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Maria Sokołowska
Sędziowie:	SA Irma Kul (spr.) SO del. Elżbieta Milewska - Czaja
Protokolant:	sekretarz sądowy Joanna Makarewicz

po rozpoznaniu w dniu 22 marca 2013 r. w Gdańsku na rozprawie

sprawy z powództwa Centrum Onkologii w B.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. (...) w B.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w B.

z dnia 22 października 2012 r. sygn. akt I C 751/11

uchyla zaskarżony wyrok i sprawę przekazuje Sądowi Okręgowemu w B. do ponownego rozpoznania, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego.

Na oryginale właściwe podpisy

## UZASADNIENIE

Powód – Centrum Onkologii (...) wniósł o zasądzenie od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia w W. (...) w B. kwoty 26.702.532,57 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 1 stycznia 2011r. tytułem należności za zrealizowane w 2010 r. świadczenia medyczne, przekraczające limity określone w łączących strony umowach. W toku procesu – w związku z ugodą pozasądową dotyczącą części roszczenia – powód ograniczył żądanie do kwoty 23.206.839,57 zł., cofając pozew co do kwoty 3.495.693 zł. wraz z zrzeczeniem się roszczenia w tej części.

Sąd Okręgowy w B. wyrokiem z dnia 22 października 2012 r. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 23.206.839,57 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 1 stycznia 2011 r. i umorzył postępowanie w pozostałym zakresie. Za podstawę rozstrzygnięcia przyjął Sąd następujące ustalenia faktyczne.

Strony zawarły szereg umów o udzielanie świadczeń medycznych na rok 2010 m.in. dotyczących następujących rodzajów: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna – świadczenia diagnostyczne kosztochłonne, świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, rehabilitacja lecznicza, leczenie szpitalne. W powyższych rodzajach świadczeń w okresie od stycznia 2010 r. do grudnia 2010 r. powód wykonał świadczenia medyczne ponad limity ustalone umowami, za które pozwany nie dokonał zapłaty także w wyniku później zawartych uгод, na kwotę 26.702.532,57 zł.

W dniu 9 marca 2013 r. strony zawarły ugodę dotyczącą rozliczenia ponad limitowych świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne teleradioterapia, brachyterapia i terapia izotopowa na podstawie której pozwany zapłacił powodowi 3.495.693 zł.

Według ustaleń Sądu dokonanych na podstawie opinii biegłych nielimitowane świadczenia udzielone pacjentom przez powoda w okresie od stycznia do grudnia 2010 r. były niezbędne dla prawidłowości postępowania diagnostycznego i leczniczego. Zostały one wykonane ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia świadczeniobiorców.

Uwzględniając powództwo Sąd oparł się na w pełni wiarygodnych opiniach dwóch biegłych z dziedziny (...) – prof. M. K. oraz z dziedziny (...) – prof. K. H.. Opinie te zostały sporządzone na podstawie 45 losowo wybranych przypadków z kilkunastu tysięcy, na co zgodę wyraził też pozwany. Zdaniem Sądu przy takim rozwiązaniu pełnomocnicy stron zaakceptowali również automatyczne przyjęcie, że jeżeli wszystkie oceniane przypadki zostaną uznane za świadczenia wykonane w stanach nagłych, to będzie to równoznaczne z przyjęciem, że wszystkie nielimitowane świadczenia, stanowiące podstawę roszczenia powoda, zostały udzielone w stanie zagrożenia zdrowia lub życia. Jeżeli zaś jeden lub więcej z ocenianych przypadków nie zostanie tak zakwalifikowany przez biegłych, to Sąd przyjmie, że w takim zakresie, proporcjonalnie do całości, część z udzielonych świadczeń ponad limit nie została wykonana w stanie nagłym. Zatem wyniki opinii biegłych, którzy analizowali 45 historii chorób, miały mieć bezpośrednie przełożenie na wszystkie tzw. "nadwykonania" mające miejsce u powoda od stycznia do grudnia 2010 roku z rodzajów świadczeń stanowiących podstawę wytoczonego powództwa. Powyższe rozwiązanie – zdaniem Sądu Okręgowego – uwzględniało zasady ekonomiki procesowej. Analiza wszystkich przypadków będących przedmiotem sporu znacznie wydłużyłaby czas prowadzenia niniejszej sprawy nawet o kilka lat, co wypaczyłoby postulat szybkości postępowania. Ponadto opinia obejmująca wszystkie historie chorób pociągnęłaby za sobą znaczne koszty. Jednocześnie wskazać należy, iż decyzja o wybiórczej ocenie przypadków udzielenia świadczeń przez powoda nie pociągała za sobą niekorzystnych skutków dla wyjaśnienia sprawy, albowiem strony zaakceptowały takie rozwiązanie i przyjęły zasady wynikające z tak sformułowanej tezy dowodowej, którą z resztą same zaproponowały.

Każda z powyższych opinii została oparta na obszernej dokumentacji medycznej w formie elektronicznej znajdującej się u powoda. Zostały one sporządzone zgodnie z zasadami fachowej wiedzy i doświadczenia opiniujących. Wnioski opinii były jasne, przejrzyste i w dostateczny sposób uzasadnione, dlatego też zasługiwały one na walor wiarygodności. Z ich treści zgodnie wynika, że we wszystkich 45 analizowanych przypadkach powód udzielił świadczeniobiorcom usługi medycznej w stanie zagrażającym życiu lub zdrowiu. Zatem zgodnie z przyjętymi przez strony zasadami, wszystkie nielimitowane świadczenia wykonane przez powoda, które stanowią podstawę jego roszczenia, zostały udzielone w stanach nagłych czyli w stanach zagrożenia zdrowia lub życia pacjentów.

Mając na uwadze powyższe ustalenia Sąd Okręgowy odwołał się do art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz.U.2007/14/89 ze zm.) wprowadzie już nieobowiązującej ale mającej zastosowanie w rozpoznawanej sprawie i uznał, że powód nie mógł odmówić udzielenia świadczenia osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Przesłanki opisane w tym przepisie odpowiadają definicji stanu nagłego, zawartej w art. 3 pkt. 8 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006 r. Nr 191, poz. 1410 ze zm.), do której wprost odwołuje się art. 5 ust. 33 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity – Dz.U. 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.). Pojęcie to, w całości brzmiące jako „stan nagły zagrożenia zdrowotnego” oznacza stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub

uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Według art. 19 ust. 1 wskazanej wyżej ustawy w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie.

Obowiązki wynikające z powyższych przepisów mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Jeżeli zatem podmiot leczniczy, który zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o świadczenie usług medycznych, udzielił świadczenia pacjentowi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ma roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie względem Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ostatecznie Sąd I instancji kierując się treścią sporządzonych w sprawie opinii biegłych, w świetle zaproponowanego przez Sąd Okręgowy rozwiązania, zgodnie przyjętego przez obie strony sporu, doszedł do przekonania, że przedmiotowe świadczenia z rodzajów wskazanych w pozwie, udzielone ponad limity ustalone umowami w okresie od stycznia do grudnia 2010 roku, były świadczeniami podjętymi ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów. Tym samym na pozwanym ciąży obowiązek zapłaty za usługi medyczne ponad ustalone limity.

Niezależnie od powyższego, za takim stanowiskiem w ocenie Sądu Okręgowego przemawiają również zasady doświadczenia życiowego, z których wynika, że jakakolwiek zwłoka w leczeniu w przypadku schorzeń o charakterze onkologicznym niesie za sobą dalece niekorzystne skutki dla pacjentów, że śmiercią włącznie. W wypadku tych chorób czas odgrywa istotną rolę, przerwanie, czy też niepodjęcie na czas leczenia może skutkować zmianami w stanie zdrowia świadczeniobiorcy, których odwrócenie będzie niemożliwe, zaś leczenie ograniczy się jedynie do złagodzenia dolegliwości bólowych. Dlatego też tak ważne jest podjęcie niezwłocznych działań medycznych w przypadku zdiagnozowania u pacjenta zmian kwalifikujących się do leczenia onkologicznego. W tym kontekście ważne jest także wyeliminowanie w toku stawiania diagnozy możliwości zachorowania na raka. Temu służą specjalistyczne badania przeprowadzane w powodowej placówce, które ze względu na ewentualne podejrzenie takiej choroby, muszą zostać przeprowadzone możliwie niezwłocznie, nawet z pominięciem procedury kolejkowej.

Apelację od wyroku Sądu Okręgowego wniósł pozwany skarżąc ten wyrok w punktach 1 i 3.

Zarzucił:

- 1) naruszenie prawa materialnego, to jest art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 ze zm.), art. 3 pkt. 8 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2006 r. Nr 191, poz. 1410 ze zm.) i art. 5 ust. 33 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) poprzez ich błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie w niniejszej sprawie i w konsekwencji błędne przyjęcie, że świadczenia objęte pozwem były świadczeniami opieki zdrowotnej udzielonymi w stanach nagłych oraz, że przepisy te stanowią podstawę do dochodzenia roszczeń na drodze sądowej przez świadczeniodawców, którzy mają zawartą umowę z Funduszem,
- 2) naruszenie prawa materialnego, to jest art. 132 i art. 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) poprzez błędne przyjęcie, że świadczenia zdrowotne udzielone w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego mogą być udzielane i finansowane bez zawartej umowy lub w wysokości przekraczającej określoną w umowie ilość i wartość świadczeń, a w konsekwencji kwotę wynikającą z planu finansowego Funduszu,
- 3) naruszenie prawa materialnego, poprzez pominięcie i niezastosowanie postanowień § 27 ust. 2 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06 maja 2008 r. (Dz.U. Nr 81, poz. 484), zgodnie z którymi rozliczenie wykonania umowy następuje najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego (trwającego do 31 grudnia każdego roku obowiązywania umowy) i tym samym błędne zasądzenie odsetek od dnia 1 stycznia 2011 r., zamiast od dnia 15 lutego 2011 r.,

4) naruszenie prawa procesowego, to jest art. 232 i art. 233 § 1 kpc poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów polegających na przyjęciu, że fakt wykonania przez powoda wszystkich świadczeń w stanach nagłych został udowodniony w świetle zgromadzonych w sprawie dowodów, a w szczególności sporządzonych w sprawie opinii biegłych odnoszących się wyłącznie do: - 25 przypadków pacjentów leczonych w ramach leczenia szpitalnego, - 10 przypadków pacjentów leczonych w ramach diagnostyki w zakresie PET, - 10 przypadków pacjentów leczonych w ramach badań radiologicznych.

Mając na uwadze powyższe wniósł o:

- 1) zmianę zaskarżonego wyroku w pkt 1 poprzez oddalenie powództwa w zakresie żądania zapłaty kwoty 23.206.839,57 zł z ustawowymi odsetkami od dna 1 stycznia 2011 roku,
- 2) zmianę zaskarżonego wyroku w pkt 3 i zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych,
- 3) obciążenie powoda kosztami postępowania apelacyjnego, w tym kosztami zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Wprawdzie pozwany nie kwestionuje stanowiska wskazującego na bezwzględny charakter przepisów ustaw wyżej powołanych oraz okoliczności, że przepisy regulujące udzielanie świadczeń zdrowotnych w stanach zagrożenia życia lub zdrowia wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne jednakże tylko w sytuacji wykazania przez powoda, iż wszystkie świadczenia objęte pozwem udzielone były w stanach nagłych. Tymczasem ustalenia Sądu zostały poczynione wyłącznie o opinie biegłych dotyczące 45 przypadków wybranych losowo. Narusza to art. 233 § 1 kpc ponieważ brak było podstaw do przyjęcia – w oparciu o tak sporządzone opinie – że wszystkie przypadki były udzielane w stanach nagłych.

Zdaniem skarżącego zgoda powoda na przeprowadzenie dowodu z opinii biegłych odnoszących się do wskazanych przez Sąd wybranych świadczeń pozostaje bez wpływu na ocenę tego dowodu.

Powód wniósł o oddalenie apelacji.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Przed wszystkim odnieść się należy do zarzutu naruszenia przez Sąd Okręgowy art. 233 § 1 kpc ponieważ skarżący zarzuca, iż Sąd ten przekroczył granice swobodnej oceny dowodów poprzez przyjęcie, że fakt wykonania przez powoda wszystkich świadczeń w stanach nagłych został udowodniony w sytuacji gdy przedmiotem dowodu było jedynie 45 przypadków. Zarzut ten jest słuszny. Po pierwsze nie ma racji Sąd I instancji twierdząc, że zaakceptowanie przez pozwanego propozycji Sądu aby analizować losowo tylko kilkadziesiąt przypadków świadczeń nie objętych limitem umownym (na kilkanaście tysięcy, których spór dotyczy) automatycznie oznaczało zaakceptowanie przez pozwanego, że wynik wybiórczej analizy tych kilkudziesięciu świadczeń rozciągałby się na pozostałe kilkanaście tysięcy świadczeń objętych pozwem. W żadnym miejscu pozwany takiej zgody nie wyraził. Po drugie, powiedziec trzeba, że propozycja Sądu sugerująca jakoby dowodowo wystarczająca może być losowa, wybiórcza analiza przypadków świadczeń Nielimitowanych, stanowiła niepotrzebną ingerencję w inicjatywę dowodową stron, zdezorientowała strony (zwłaszcza powoda), które wcześniej zgłosiły inne wnioski dowodowe (k- 253 i k-324), mając świadomość konieczności oparcia się na pełnych, wiarygodnych dowodach. W efekcie do procesu wkraśl się niepotrzebny chaos a postępowanie dowodowe zostało przeprowadzone tylko szcątkowo. Po trzecie, nawet ta szcątkowo analiza (bo dotycząca zaledwie 45 świadczeń medycznych wykonanych ponadlimitowo z 15.000 (jak twierdzi powód) przypadków nadal objętych pozwem, wbrew twierdzeniom Sądu wcale nie dawała jednoznacznej odpowiedzi na postawione w tezie dowodowej pytanie a mianowicie czy badane świadczenia medyczne należały do ratujących życie.

Należy przypomnieć, że obecnie przedmiotem sporu są świadczenia przekraczające limity ustalone w trzech umowach (okoliczność, że strony zawarły umowy pozasądowe co do innych umów wcale – wbrew stanowiskowi powoda – nie oznacza, że pozwany uznał roszczenie co do zasady).

Są to umowy:

-.

- nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (k-21 i nast.),
- nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (Ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne k- 58 i nast.)
- nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne (k-117 i nast.)

Biegli badali 25 wybranych losowo przypadków z umowy dotyczącej leczenia szpitalnego, 10 wybranych losowo przypadków z umowy dotyczącej ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (PET-CT) oraz 10 przypadków losowo wybranych dotyczących umowy o świadczenia ambulatoryjne (badania radiologiczne).

Biegły prof. M. K. badając przypadki leczenia szpitalnego używa albo określenia "świadczenie ratujące życie" albo określenia „świadczenie zapewniające prawidłowe postępowanie, które zmierza do ratowania życia” bez bliższego wyjaśnienia czy te drugie przypadki były przypadkami nagłymi, niezwłocznie wymagającymi świadczenia.

W odniesieniu do analizy przypadków dotyczących umowy (...) – badania radiologiczne – biegły ten wyraźnie rozgranicza przypadki:

-.

- świadczeń zapewniających prawidłowe postępowanie, które zmierza do uratowania życia od
- świadczeń, które mogłyby skutkować zagrożeniem życia chorego w przypadku istnienia nowotworu oraz od
- świadczeń, których odmowa wykonania mogła rodzić negatywne skutki dla dalszego postępowania, również bez bliższej analizy, które z tych przypadków wymagały natychmiastowej interwencji medycznej.

Z kolei badając przypadki dotyczące umowy nr (...)/ jedynie ustalił, że badania PET-CT wykonano zgodnie z przepisami ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz z przepisami wykonawczymi, już bez jakiegokolwiek komentarza. (k-362-368).

Również i drugi biegły prof. K. H. badając przypadki leczenia szpitalnego wyraźnie rozgraniczał przypadki niezbędne, ratujące życie od przypadków sugerujących możliwość istnienia choroby, których nieprzeprowadzenie mogłoby skutkować zagrożeniem życia. Badając przypadki dotyczące świadczeń z umowy nr (...), biegły prof. K. H. przypadki te dzielił na – niezbędne w przypadku istnienia choroby nowotworowej, i na niezbędne gdyż objawy mogły sugerować istnienie choroby nowotworowej.

W odniesieniu do świadczeń z umowy (...) – badania radiologiczne, biegły dzielił świadczenia na takie, które były niezbędne z uwagi na stan zaawansowania choroby nowotworowej od takich, które jedynie sugerowały możliwość istnienia choroby nowotworowej i dlatego były niezbędne. (k- 379-389).

Sąd Okręgowy nie analizował w ogóle tych opinii zwłaszcza pod kątem czy wszystkie opisane przypadki wywoływały konieczność natychmiastowego udzielenia świadczenia a zatem czy wszystkich dotyczy sytuacja określona w art. 7 ustawy z dnia 30 czerwca 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz.U. 2007/14/89 dalej: u.z.o.z.) ponieważ przynajmniej część analizowanych przypadków wywołuje pewne wątpliwości co do konieczności ich udzielenia w trybie natychmiastowym.

Podsumowując, już nawet niewielki wycinek świadczeń ponadlimitowych wykonanych przez powoda a analizowanych w procesie może wskazywać, że powinny być one wykonane w ramach limitów ustalonych w kontraktach.

W art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. 2008/164/1027 ze zm. dalej: u.ś.o.z) zawarta została regulacja skorelowana z przepisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2000/11/204 ze zm. dalej: u.z.l.), przewidująca, że wynagrodzenie za świadczenia wykonane w stanach nagłych może dotyczyć nie tylko sytuacji, kiedy świadczeniodawca nie zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy w ogóle ale też sytuacji, kiedy umowę z Funduszem wprawdzie zawarł, jednak pomimo właściwej organizacji pracy liczba potrzebnych do wykonania świadczeń znacznie przekroczyła liczbę określoną w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Należy uznać, że pojęcie zawarte zarówno w art. 7 u.z.o.z., art. 30 u.z.l. jak i art. 19 u.ś.o.z. dotyczą w zasadzie podobnych sytuacji. W przepisach tych chodzi o takie przypadki, w których zachodzi niemożność odłożenia w czasie pomocy lekarskiej, mogącej zapobiec powstaniu u pacjenta niekorzystnych skutków dla jego życia i zdrowia. Różnica pomiędzy definicjami stanu nagłego i przypadku niecierpiącego zwłoki (art. 30 u.z.l.) polega na tym, że w tym drugim przypadku pomoc lekarska ma zapobiec nie tylko ciężkim ale i lekkim niekorzystnym skutkom dla życia i zdrowia, zaś w sytuacji stanu nagłego ma zapobiegać poważnym, niekorzystnym skutkom.

Przesłanki opisane w art. 7 u.z.o.z. odpowiadają definicji stanu nagłego zawartej w art. 5 pkt. 33 u.ś.o.z. w zw. z art. 3 pkt. 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.2006/191/1410 ze zm. dalej u.p.r.m)

Przyjąć zatem trzeba, że w takich sytuacjach zastosowanie miał będzie również i art. 19 u.ś.o.z. w odniesieniu do osób uprawnionych do świadczeń medycznych opieki zdrowotnej. W art. 7 u.z.o.z. wyraźnie podkreślono zarówno „natychmiastowość” świadczenia jak i „bezpośredniość” występującego zagrożenia życia lub zdrowia. Dotyczy on więc przede wszystkim pacjentów, którzy znaleźli się w nagłej sytuacji wymagającej natychmiastowej reakcji medycznej ponieważ ich stan jest tego rodzaju, że odroczenie w czasie pomocy medycznej naraziłoby ich na utratę zdrowia lub utratę życia. Chodzi zatem o stany nagłe, niespodziewane i nieprzewidywalne. Świadczeniami zdrowotnymi, o których mowa w art. 7 u.z.o.z. nie są więc zabiegi, które wprawdzie ratują życie, jednak stosowane są u chorych leczonych przewlekłe, wymagającym regularnego poddawania się zabiegom medycznym (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 stycznia 2007 r, V CSK 396/06, Biul. SN 2007 nr 4 poz. 15). Te powinny być wykonywane w ramach limitów umownych.

Ponownie rozpoznając sprawę Sąd Okręgowy będzie zobligowany do przeprowadzenia postępowania dowodowego praktycznie w całości. Koniecznym jest uwzględnienie wniosku pozwanego zgłoszonego w piśmie procesowym z dnia 23.03.2012 r. o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego (biegłych) w zakresie wskazanym we wniosku (k-324), oczywiście już tylko do świadczeń ponadlimitowych objętych trzema spornymi umowami. Nie może też Sąd Okręgowy pominąć analizy umów łączących strony i sposobu ich realizacji w roku 2010. Koniecznym jest bowiem ustalenie czy świadczeniodawca planował realizację świadczeń w sposób racjonalny na podstawie liczby świadczeń zawartych w umowach czy też po prostu realizował wszystkie świadczenia, które był w stanie wykonać. Chodzi o ustalenie czy to wyłącznie zwiększone zapotrzebowanie na określony zakres świadczeń o charakterze nieprzewidzianym uniemożliwił mu prawidłowe wywiązanie się z umów czego efektem było przekroczenie limitów zakontraktowanych świadczeń.

Z obu opinii biegłych sporządzonych tylko dla niewielkiego wycinka świadczeń ponadkontraktowych wynika, że niektóre z nich były wykonywane przez powoda np. w drugim kwartale roku 2010. Rzeczą powoda jest wykazanie, że objęte sporem świadczenia nie mogły być sfinansowane w ramach kontraktów a wykazy świadczeń ponadlimitowych zostały sporządzone chronologicznie nie zaś wybiórczo. Zarzuty tego rodzaju pozwany podniósł już w odpowiedzi na pozew. Sąd zarzuty te pominął. Brak istotnych dla sprawy ustaleń faktycznych czyni niemożliwym odniesienie się do zarzutów pozwanego dotyczących naruszenia prawa materialnego.

Mając na uwadze powyższe zaskarżony wyrok należało uchylić z uwagi na konieczność przeprowadzenia postępowania dowodowego w całości (art. 386 § 4 kpc).