

Sygn. akt: I A Ca 300/13

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 lutego 2014 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Wiesława Kuberska
Sędziowie:	SSA Hanna Rojewska (spr.) SSO del. Barbara Bojakowska
Protokolant:	st. sekr. sądowy Julita Postolska

po rozpoznaniu w dniu 21 lutego 2014 r. w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa **Szpitala Wojewódzkiego im. (...) S. W. w S. (poprzednia nazwa Wojewódzki Szpital (...) w W.)**

przeciwko **Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w Ł.**

o zapłatę

na skutek apelacji strony pozwanej

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 31 grudnia 2012 r. sygn. akt I C 258/12

1. uchyla zaskarżony wyrok w punkcie 1 w części uwzględniającej powództwo co do kwoty 5.169,78 (pięć tysięcy sto sześćdziesiąt dziewięć 78/100) złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 19 marca 2012 roku i w tym zakresie umarza postępowanie w obu instancjach;

2. oddala apelację;

3. zasądza od Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego w Ł. na rzecz Szpitala Wojewódzkiego im. (...) S. W. w S. kwotę 2.700 (dwa tysiące siedemset) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego za postępowanie apelacyjne.

Sygn. akt I ACa 300/13

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 31 grudnia 2012 roku Sąd Okręgowy w Łodzi zasądził od Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego w Ł. na rzecz Wojewódzkiego Szpitala (...) w W. kwotę 137.429,07 złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 19 marca 2012 roku, nie obciążył stron kosztami sądowymi i zniósł wzajemnie między stronami koszty zastępstwa procesowego.

Powyższy wyrok zapadł na podstawie poczynionych przez Sąd Okręgowy ustaleń faktycznych, z których wynika, że Wojewódzki Szpital (...) w W. zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia (...) Oddziałem Wojewódzkim umowy o udzielanie świadczeń medycznych:

- w dniu 5 lutego 2010 roku umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień,
- w dniu 15 lutego 2010 roku umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień,
- w dniu 26 lutego 2010 roku umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Powód świadczył usługi medyczne w zakresie oznaczonym w wyżej wskazanych umowach. Ilość świadczeń zdrowotnych udzielonych przez powoda przekroczyła limity oraz maksymalną kwotę zobowiązań określoną w w/w umowach.

Wojewódzki Szpital (...) w W. wystawił Narodowemu Funduszowi Zdrowia faktury VAT nr (...) na łączną kwotę 195.915,59 złotych za świadczenia udzielone ponad limity wynikające z umów zawartych przez strony.

Pismem z dnia 12 stycznia 2012 roku powód wezwał pozwanego do zapłaty między innymi kwoty 195.915,59 złotych wynikającej z faktur VAT nr (...). Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki w Ł. odmówił zapłaty, wskazując, że zobowiązany jest jedynie do zapłaty za świadczenia zrealizowane w 2010 roku do maksymalnej kwoty zobowiązania wynikającej z zawartej przez strony umów.

Powód przekroczył limity świadczeń zdrowotnych wynikające z zawartych z pozwanym umów, udzielając świadczeń zdrowotnych w sytuacji, kiedy był do tego zobligowany prawomocnym orzeczeniem sądu oraz udzielając świadczeń zdrowotnych w trybie nagłym, to jest w sytuacji ratującej życie lub zdrowie między innymi na oddziale rehabilitacji psychiatrycznej pacjentom, których imiona i nazwiska szczegółowo wymienił sąd.

Hospitalizacja na oddziale detoksykacyjnym nie wynika z bezpośredniego zagrożenia życia. Prowadzenie leczenia detoksykacyjnego w oddziale szpitalnym pozwala na zapobieganie powikłaniom somatycznym ostrych zespołów abstynencyjnych, takich jak zaburzenia wodno - elektrolitowe, znaczne wahania ciśnienia tętniczego, napady abstynencyjne lub rozwinięcie się majaczenia drżennego albo psychozy alkoholowej.

Hospitalizacja w oddziale odwykowym, gdzie pacjent jest poddawany oddziaływaniom terapeutycznym nie jest powodowana stanem zagrożenia życia lub ciężkimi powikłaniami zdrowotnymi. Brak jest uzasadnienia dla bezwzględnej konieczności takiego leczenia. Jednakże odbycie terapii odwykowej i zmiana stylu życia tym wywołana, a przede wszystkim utrzymywanie abstynencji, pozwalają na zapobieżenie wielu powikłaniom zdrowotnym powodowanym nadużywaniem alkoholu, stanowi prewencję degradacji społecznej oraz ma istotny wpływ na lepsze funkcjonowanie pacjenta w systemie rodzinnym i społecznym.

Łączny koszt świadczeń udzielonych przez powoda wyżej wymienionym pacjentom w trybie nagłym, w tym związku z obowiązkiem udzielenia świadczenia wynikającym z prawomocnego orzeczenia Sądu, wyniósł 137.429,07 złotych.

W świetle powyższych okoliczności Sąd Okręgowy wskazał, że okolicznością bezsporną jest, iż strony zawarły umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Zaznaczył przy tym, że przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

publicznych nie zawierają żadnych regulacji w kwestii dotyczącej rozliczeń między świadczeniodawcą i Narodowym Funduszem Zdrowia z tytułu udzielonych przez powoda świadczeń medycznych. Artykuł 136 ustawy określa jedynie konieczne elementy treści takiej umowy, w tym w szczególności rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem, a świadczeniodawcami oraz kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy. W ocenie Sądu pierwszej instancji kwestia rozliczeń musi być rozstrzygnięta przede wszystkim na podstawie wiążącej strony umowy, z uwzględnieniem art. 56 k.c., a także przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej odpowiadającego obowiązującemu przed wejściem w życie tejże ustawy art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty oraz art. 68 ust. 2 Konstytucji RP.

Sąd Okręgowy wskazał, że treść umownego stosunku prawnego może być modyfikowana przez przepisy ustawowe. Do takich przepisów, w jego ocenie, należy zaliczyć przede wszystkim art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, odpowiadający obowiązującemu przed wejściem w życie powołanej ustawy art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zgodnie z którym podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Stosownie zaś do treści art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Z kolei, stosownie do art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

Sąd pierwszej instancji zaznaczył, że przepisy te powinny być interpretowane zgodnie z Konstytucją, która w art. 68 ust. 1 przyznaje każdemu człowiekowi prawo podmiotowe do ochrony zdrowia, a w art. 68 ust. 2 przyznaje każdemu obywatelowi prawo do równego dostępu w granicach określonych ustawami do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Sąd Okręgowy podzielił stanowisko Sądu Najwyższego, zgodnie z którym świadczeniodawcy przysługuje wobec Narodowego Funduszu Zdrowia roszczenie o wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe spełnione na rzecz osób ubezpieczonych w okolicznościach, w których było zagrożone zdrowie lub życie tych osób. Zaznaczył także, że przepisy art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (obecnie art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej) i art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty są adresowane bezpośrednio do zakładów opieki zdrowotnej i lekarzy i wynika z nich, że udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia albo zdrowia jest własnym ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy będącego zakładem opieki zdrowotnej, czy lekarzem. Obowiązki wynikające z powołanych przepisów mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy, w ocenie Sądu Okręgowego, zgodnie z art. 56 k.c., włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między Narodowym Funduszem Zdrowia, a świadczeniodawcą i obciążyć nimi Fundusz zarządzający środkami publicznymi, z których powinny one być pokryte. Skoro istnieje ustawowy obowiązek udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a obowiązek sfinansowania udzielonych ubezpieczonym przez zakłady opieki zdrowotnej świadczeń spoczywa na Funduszu, to należy uznać, że zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie, jeżeli tylko wykaże, że nastąpiło to w sytuacji określonej w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (wcześniej w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej).

W konsekwencji Sąd Okręgowy uznał żądanie powoda o zasądzenie od pozwanego ostatecznie sprecyzowanej kwoty 137.429,07 złotych tytułem zapłaty za świadczenia zdrowotne udzielone przez powoda ponad limity wynikające z umów zawartych z pozwanym. Do pisma z dnia 24 grudnia 2012 roku powód załączył zestawienie kosztów świadczeń, które biegła sądowa psychiatra E. W. zakwalifikowała, jako świadczenia udzielone w sposób zasadny, w warunkach zagrożenia życia i zdrowia pacjentów, jako świadczenia pozwalające uniknąć powikłań związanych z nie przyjęciem do szpitala. Sąd pierwszej instancji zaznaczył, że powód w świetle powołanych przepisów nie miał możliwości odmowy udzielenia świadczeń, za które ostatecznie żąda zapłaty w toku niniejszego postępowania, mimo wyczerpania środków zakontraktowanych umową zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia. Lekarze mieli obowiązek udzielenia pomocy

lekarskiej pacjentom wskazanym w zestawieniu złożonym przez powoda. Wojewódzki Szpital (...) w W. nie miał możliwości odmowy udzielenia świadczeń pacjentom skierowanym do szpitala na podstawie prawomocnych orzeczeń sądu (dotyczy to w szczególności pacjentów zobowiązanych przez sąd do leczenia odwykowego), które to orzeczenia obligują szpital do wykonania świadczeń w ściśle określonych terminach.

O odsetkach ustawowych od zasądzonej na rzecz powoda kwoty sąd pierwszej instancji orzekł na podstawie art. 481 § 1 i 2 k.c. w zw. z art. 455 k.c. przyjmując, jako termin początkowy ich naliczania dzień doręczenia pozwanemu odpisu pozwu.

Na podstawie art. 113 ustawy z dnia z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. 10.90.594) w zw. z art. 102 k.p.c. Sąd Okręgowy nie obciążył stron kosztami sądowymi, zaś na podstawie art. 100 k.p.c. zniósł wzajemnie między stronami koszty zastępstwa procesowego.

Apelację od powyższego wyroku wniósł pozwany, zaskarżając go w całości i zarzucając mu:

1) naruszenie art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2011.277.1634) w związku z art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U.2011.112.654) poprzez jego błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie w wyniku przyjęcia, że z chwilą wykonania przez powoda świadczeń zdrowotnych na rzecz ubezpieczonych po stronie pozwanego powstaje obowiązek zapłaty za świadczenia pomimo, że nie wszystkie ze świadczeń udzielone były w warunkach przymusu ustawowego, zakreślonego w cytowanych przepisach,

2) naruszenie art. 14 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2008.164.127) poprzez jego błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie w wyniku przyjęcia, że z powołanego przepisu wynika dla NFZ obowiązek zapłaty za świadczenia zdrowotne wykonane ponad ilość określoną w umowie, podczas gdy przepis ten wyszczególnia podmioty obowiązane do finansowania udzielania świadczeń zdrowotnych, nie określając zasad finansowania,

3) naruszenie art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez jego błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie w wyniku przyjęcia, że z powołanego przepisu wynika dla NFZ obowiązek zapłaty za świadczenia zdrowotne wykonane ponad ilość określoną w umowie, podczas gdy przepis ten stanowi o prawach osób ubezpieczonych nie określając obowiązków NFZ,

4) naruszenie art. 217 k.p.c. w związku z art. 227 k.p.c. poprzez niedopuszczenie pisemnej opinii uzupełniającej biegłego, w związku z tym, iż uprzednia opinia "biegłego nie rozstrzygała kwestii istotnych z punktu widzenia niniejszego postępowania (Sąd jedynie wezwał biegłego na rozprawę w celu wyjaśnienia uprzednio wydanej opinii pisemnej),

5) naruszenie art. 224 k. p. c. przez oparcie orzeczenia na wyliczeniu przypadków złożonych przez powoda na kwotę 137.429,07 złotych, które to wyliczenie pozwany otrzymał w dniu 2 stycznia 2013 roku, zatem po wydaniu orzeczenia w przedmiotowej sprawie,

6) naruszenie art. 233 k.p.c. poprzez zaniechanie obowiązku wszechstronnego rozważenia zebranego w sprawie materiału dowodowego i naruszenie zasady swobodnej oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.) które wyznaczone są wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego oraz regułami logicznego myślenia, przejawiające się w uznaniu, że roszczenie powoda zostało udowodnione, dlatego zasługuje na uwzględnienie,

7) naruszenie art. 328 § 2 k.p.c. poprzez jego błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie, polegające na pominięciu w uzasadnieniu wyjaśnienia na jakich dowodach Sąd oparł wyrok i które z okoliczności faktycznych sprawy istotnych dla rozstrzygnięcia uznał za udowodnione i za pomocą jakich środków dowodowych.

W następstwie tak sformułowanych zarzutów skarżący wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania sądowi pierwszej instancji, z pozostawieniem temu sądowi rozstrzygnięcia o kosztach postępowania za postępowanie odwoławcze.

W odpowiedzi na apelację powód wniósł o jej oddalenie i zasądzenie kosztów postępowania od pozwanego.

W toku postępowania apelacyjnego, w piśmie z dnia 14 grudnia 2013 roku pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki w Ł. wskazał, że wartość udzielonych świadczeń została przez powoda wyliczona w sposób prawidłowy, jednakże w ramach wskazanej kwoty 137.429,07 złotych zakwestionował kwotę 5.169,78 złotych tytułem kosztów przepustek udzielonych pacjentom. Ponadto stwierdził, że od kwoty tej należy jeszcze odliczyć kwotę 22.955,05 złotych, której, po dokonaniu analizy dokumentacji, nie można uznać za świadczenia nagłe.

Na rozprawie apelacyjnej powód cofnął powództwo co do kwoty 5.169,78 złotych, popierając żądanie do kwoty 132.259,29 złotych. Strona pozwana wyraziła zgodę na częściowe cofnięcie powództwa.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Z uwagi na to, że na rozprawie apelacyjnej powód cofnął powództwo co do kwoty 5.169,78 złotych, na co pozwany wyraził zgodę, na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. w zw. z art. 355 § 1 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. należało uchylić zaskarżony wyrok w punkcie 1 w części uwzględniającej powództwo co do kwoty 5.169,78 złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 19 marca 2012 roku i w tym zakresie umorzyć postępowanie w obu instancjach.

Sąd Apelacyjny uznał apelację pozwanego za niezasadną i podlegającą oddaleniu na mocy art. 385 k.p.c.

Przede wszystkim za chybione należało uznać zarzuty naruszenia wskazanych w niej przepisów prawa procesowego.

Nie sposób zgodzić się ze skarżącym jakoby Sąd Okręgowy dopuścił się naruszenia przepisu art. 328 § 2 k.p.c., skoro czyniąc ustalenia faktyczne każdorazowo powoływał się na stosowne dowody, np. umowy zawarte przez strony, zestawienia udzielonych świadczeń, korespondencję stron, opinię biegłego sądowego. Wskazał przy tym, że w zakresie dowodów z dokumentów nie były one sporne między stronami. Dokonał również oceny dowodu z opinii biegłego sądowego. Nie jest tak jak sugeruje skarżący, że podstawą uwzględnienia powództwa było jedynie wyliczenie sporządzone przez powoda, skoro sąd dokonał jego analizy w kontekście wniosków wypływających z pozostałego materiału dowodowego.

Wbrew twierdzeniom pozwanego sąd nie dopuścił się uchybienia przepisowi art. 224 k.p.c. który nie ma zastosowania albowiem pismo powoda z dnia 20 grudnia 2012 roku (prezentata sądu z dnia 24 grudnia 2012 roku) nie jest dowodem, o jakim mowa w art. 224 k.p.c. a jedynie stanowiskiem procesowym strony. W piśmie tym powód odniósł się bowiem do opinii biegłego sądowego, a uwzględniając jego wnioski i sugestie dokonał wyliczenia za udzielone świadczenia zdrowotne, które stanowi załącznik do pisma, jak i precyzując ostatecznie powództwo w zakresie wysokości dochodzonej kwoty. Bez znaczenia jest podnoszona przez pozwanego okoliczność otrzymania odpisu powyższego pisma już po wydaniu wyroku, co miało mu uniemożliwić ustosunkowanie się do twierdzeń powoda i zajętego przez niego stanowiska. Po pierwsze godzi się zauważyć w tym miejscu, że na rozprawie w dniu 17 grudnia 2012 roku, po wysłuchaniu biegłej E. W., pełnomocnicy obu stron zawnieśli o udzielenie im terminu (pełnomocnik powoda 7 - dniowego, a pełnomocnik pozwanego 14 - dniowego) celem wyliczenia przez każdego z nich świadczeń ratujących życie i zdrowie. Sąd, uwzględniając powyższe wnioski, choć zamknął rozprawę, to jednak odroczył ogłoszenie wyroku do dnia 31 grudnia 2012 roku, a zatem uwzględniając dłuższy 14 dniowy termin. W terminie tym jedynie powód wywiązał się ze swego zobowiązania i nadesłał do sądu wspomniane powyżej pismo z dnia 20 grudnia 2012 roku. Nadał to pismo na adres pełnomocnika pozwanego w dniu 20 grudnia 2012 roku, zaś pismo wpłynęło do Sądu Okręgowego w dniu 24 grudnia 2012 roku. W udzielonym obu stronom terminie pozwany nie zajął żadnego stanowiska. Miał jednak możliwość zapoznania się z aktami sprawy, w tym i pismem powoda z załączonym

wyliczeniem. Zaniechania w tym zakresie nie mogą w żadnej mierze obciążać ani powoda ani sądu rozpoznającego przedmiotową sprawę.

W tym stanie rzeczy trudno zrozumieć zarzut skarżącego, iż sąd na rozprawie w dniu 17 grudnia 2012 nie uwzględnił jego wniosku o udzielenie mu terminu na ustosunkowanie się do uzupełniającej opinii biegłego.

Podkreślenia wymaga to, że mimo, iż pozwany otrzymał odpis pisma powoda z dnia 20 grudnia 2012 roku już po wydaniu wyroku, to w swej apelacji w żaden sposób nie ustosunkował się do sporządzonych przez niego wyliczeń. Na stronie siódmej uzasadnienia apelacji podał jedynie, że pobieżna analiza tegoż pisma wykazuje, że świadczenia zakwalifikowane przez biegłego jako zasadne nie są świadczeniami nagłymi. Wskazał, że przykładowe wymienienie kwestionowanych świadczeń stanowi załącznik do apelacji, z tym, że nie dołączył go do środka zaskarżenia. Nie uczynił również tego w toku postępowania apelacyjnego, mimo zwrócenia uwagi na ten aspekt przez sąd drugiej instancji. Dopiero w ramach prowadzenia pertraktacji ugodowych pozwany zajął stanowisko, w którym przyznał, że wartość udzielonych świadczeń została wyliczona przez powoda w sposób prawidłowy. Zanegował jedynie kwotę 5.169,78 złotych tytułem kosztów przepustek udzielonych pacjentom (co do której powód cofnął powództwo) oraz kwotę 22.955,05zł, której nie można - jego zdaniem - uznać za świadczenia nagłe.

Sąd Apelacyjny pragnie w tym miejscu zwrócić uwagę na to, że pozwany ani w toku procesu, ani w swej apelacji, jak i w trakcie trwania postępowania odwoławczego nie wskazał, które konkretne (poza przepustkami) świadczenia wskazane przez powoda i szczegółowo zanalizowane przez biegłego sądowego, kwestionuje. Zajęte przez niego dopiero w piśmie procesowym z dnia 14 grudnia 2013 roku stanowisko daje podstawę do przyjęcia, że skarżący de facto podważa żądanie powoda jedynie w zakresie kwoty 22.955,05 złotych, i w tym jednak przypadku ogranicza się do ogólnikowych, w żadnej mierze nieweryfikowalnych twierdzeń.

Tymczasem, jak zasadnie przyjął sąd meriti, ostatecznie sprecyzowane żądanie powoda obejmowało świadczenia, które według biegłego sądowego należało zakwalifikować jako udzielone w sposób zasadny, w warunkach zagrożenia życia i zdrowia pacjentów. Pozwany ostatecznych wniosków biegłego nie zdołał skutecznie podważyć. Choć w piśmie procesowym z dnia 10 grudnia 2012 roku wnosił o sporządzenie przez biegłą E. W. opinii uzupełniającej, nie zaznaczając jednak, by miałyby to być opinie na piśmie, to na rozprawie w dniu 17 grudnia 2012 roku wnosił o „złożenie opinii uzupełniającej”, zaś po złożeniu takiej ustnej opinii przez biegłą, pełnomocnik pozwanego nie składał już żadnych wniosków dowodowych. Po drugie pozwany nie zgłosił zastrzeżenia w trybie art. 162 k.p.c. w zakresie dopuszczenia przez sąd dowodu z ustnej, nie zaś pisemnej opinii uzupełniającej biegłego sądowego, tracąc tym samym prawo do podnoszenia w apelacji zarzutu naruszenia art. 217 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. W takim bowiem przypadku, jeśli intencją pozwanego było dopuszczenie dowodu z pisemnej opinii uzupełniającej biegłego, jego obowiązkiem, było zgłoszenie do protokołu, zgodnie z art. 162 k.p.c., zastrzeżenia o uchybieniu przez Sąd Okręgowy przepisom postępowania, pod rygorem utraty prawa powoływania się w dalszym postępowaniu na to uchybienie (por. uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 r., III CZP 55/2005, OSNC z 2006 r. Nr 9, poz. 144, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2010 r., III CSK 248/2009, Lex Polonica nr 2262879).

W konsekwencji nie może być też mowy o naruszeniu art. 233 k.p.c. Sąd I instancji dokonał bowiem rzetelnej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego, poddając go analizie, nie wykraczając przy tym poza ramy wyznaczone powyższym przepisem. Brak jest w uzasadnieniu apelacji argumentów, które mogłyby skutecznie podważyć tę ocenę, zwłaszcza, że mają one charakter czysto polemiczny, nie wsparty żadnymi konkretnymi wyliczeniami (poza kwestią przepustek udzielonych pacjentom).

W świetle zaprezentowanych powyżej rozważań, jak i stanowiska zajętego przez skarżącego już w toku postępowania odwoławczego, zarzuty naruszenia wskazanych w apelacji przepisów prawa materialnego należało uznać za pozbawione racji. Sąd Apelacyjny, dzieląc zarówno ustalenia faktyczne poczynione w przedmiotowej sprawie i przyjmując je za własne, zaaprobował również argumentację jurydyczną, nie widząc potrzeby jej ponawiania.

Reasumując, uznając zarzuty apelacji za niezasadne, należało orzec, jak w punkcie 2 sentencji.

O kosztach za postępowanie odwoławcze orzeczono w myśl art. 98 k.p.c. w zw. z art. 108 § 1 k.p.c. w zw' z art. 391 § 1 k.p.c. oraz na podstawie § 12 ust.1 pkt.2) w zw. z § 6 pkt.6) Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002r w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz.U.Nr 163, poz. 1349 ze zm.).