

Sygn. akt V ACa 326/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 lutego 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – V Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący:	SSA Dorota Gierczak
Sędziowie:	SA Andrzej Lewandowski SO del. Teresa Karczyńska - Szumilas (spr.)
Protokolant:	stażysta Ewelina Gruba

po rozpoznaniu w dniu 22 lutego 2017 r. w Gdańsku na rozprawie
sprawy z powództwa (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością
w B.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w B.

z dnia 27 stycznia 2016 r., sygn. akt I C 31/15

uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę Sądowi Okręgowemu w B. do ponownego rozpoznania oraz orzeczenia o kosztach postępowania apelacyjnego.

Na oryginale właściwe podpisy

Sygn. akt V ACa 326/16

UZASADNIENIE

Powód (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w B. wniósł o zasądzenie od Narodowego Funduszu Zdrowia w W. kwoty 539.259,00 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty oraz kosztów postępowania.

W uzasadnieniu powód wskazywał, iż w okresie od (...) do (...) udzielił świadczeń zdrowotnych w ramach opieki paliatywnej w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia pacjentów na kwotę 539.259,00 zł ponad limit przyjęty w umowie z pozwanym.

Nakazem zapłaty z dnia 4 grudnia 2014r. Sąd Okręgowy w B. orzekł zgodnie z żądaniem pozwu oraz rozstrzygnął o kosztach procesu.

W sprzeciwie od nakazu zapłaty pozwany wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania, kwestionując powództwo co do zasady i co do wysokości. Pozwany wskazał w szczególności, iż świadczenia stałe, regularne i planowane nie mogą być świadczeniami udzielonymi w stanach nagłego zagrożenia zdrowia i życia.

Pozwany podniósł także, iż powód w raportach statystycznych przesyłanych pozwanemu na bieżąco nie oznaczał przedmiotowych świadczeń jako udzielonych w warunkach zagrożenia życia i zdrowia pacjentów, przy czym część świadczeń miała miejsce już na początku 2012r. i przy ich oznaczeniu jako świadczeń udzielonych w warunkach zagrożenia życia i zdrowia pacjentów byłyby one sfinansowane w ramach kwot przewidzianych w kontrakcie bez przekroczenia limitu.

Pozwany wskazał także, że powód domagając się zapłaty za świadczenia udzielone ponad limit nie wykazał, aby podejmował stosowne działania zmierzające do ich udzielenia w ramach ustalonego w kontrakcie limitu.

Wyrokiem z 27 stycznia 2016r. Sąd Okręgowy w B. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 539.259,00 zł oraz rozstrzygnął o kosztach postępowania.

Sąd Okręgowy ustalił, że powód udziela świadczeń zdrowotnych w ramach publicznej służby zdrowia.

Strony łączyła umowa nr (...) (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - opieka paliatywna i hospicyjna, której przedmiotem było udzielanie przez powoda jako świadczeniodawcy świadczeń opieki zdrowotnej.

Pozwany zapłacił powodowi kwotę świadczeń do wysokości limitu ustalonego umową.

Z dalszych ustaleń Sądu Okręgowego wynika, że powód wykonał świadczenia ponad limit umowny, objęte sporem, przy czym wszystkie te świadczenia były udzielone pacjentom w trybie nagłego zagrożenia życia i zdrowia.

Wartość świadczeń objętych sporem w okresie od 1 stycznia do (...) wyniosła 539.259,00 zł.

Sąd Okręgowy wskazał, że część okoliczności w sprawie pozostawała bezsporna, zaś

dalsze ustalenia stanu faktycznego sprawy poczynione zostały na podstawie treści wiarygodnych dokumentów oraz opinii biegłego z zakresu opieki paliatywnej Z. K..

Sąd Okręgowy podzielił wnioski opinii biegłego, opinii uzupełniającej biegłego i jego ustnych wyjaśnień, zgodnie z którymi stan pacjentów objętych przedmiotowymi świadczeniami wymagał natychmiastowego działania członków zespołu hospicjum, a także iż w innych warunkach pacjenci ci wezwaliby karetkę, a bez pomocy zginęliby w ciężkich cierpieniach.

Wskazał Sąd Okręgowy, że pominął dowód z przesłuchania świadków D. T., T. Z. i B. S., jako że okoliczności na które świadkowie ci zostali powołani nie były decydującymi dla sprawy; kluczowe dla rozstrzygnięcia było ustalenie, czy wskazywane przez powoda świadczenia były udzielone w stanach nagłego zagrożenia zdrowia i życia pacjentów.

Sąd Okręgowy stwierdził, iż w sprawie bezspornym było, że powód wykonał świadczenia objęte przedmiotem łączącej go z pozwanym umowy ponad określony limit. Pozwany w żaden skuteczny sposób nie podważył wysokości dochodzonego roszczenia, a spór pomiędzy stronami dotyczył w istocie określenia przez powódkę trybu nagłego świadczeń.

Wskazując na treść art. 56 k.c Sąd Okręgowy stwierdził, że treść umownego stosunku prawnego może być modyfikowana przez przepisy ustawowe, do których należy art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2013.217).

Sąd Okręgowy podzielił przeważające stanowisko judykatury wypracowane na kanwie uprzednio obowiązującego art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 2007.14.89), będącego odpowiednikiem obecnego art. 15 ustawy o działalności leczniczej wskazujące, że określone w umowach ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą przypadków, gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia; chodzi o takie przypadki, w których zachodzi niemożność odłożenia (przesunięcia) w czasie pomocy lekarskiej, mogącej - według wiedzy i doświadczenia medycznego - zapobiec powstaniu u pacjenta niekorzystnych skutków dla jego życia i zdrowia.

W ocenie Sądu Okręgowego powód wykazał przesłankę konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia z art. 15 ustawy o działalności leczniczej, jak i powoływaną przez pozwanego przesłankę z art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2008.164.1027 j.t.) tj. udzielenia świadczeń w warunkach nagłych, które dotyczą tych samych sytuacji. Sąd Okręgowy na podstawie opinii biegłego z zakresu opieki paliatywnej Z. K. ustalił, iż świadczenia zdrowotne objęte roszczeniem pozwu z uwagi na ich specyfikę i charakter były udzielone w stanach nagłych, o którym mowa we wskazanych przepisach. Biegły stwierdził bowiem, iż stan pacjentów wymagał natychmiastowego działania członków zespołu hospicjum, a także iż bez pomocy hospicjum pacjenci wezwaliby karetkę lub zginęliby w ciężkich cierpieniach.

W świetle całokształtu okoliczności sprawy Sąd Okręgowy zważył, iż w zakresie przedmiotowych świadczeń stan nagły należy rozumieć szerzej, niż określony ustawą z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2016.1868). Udzielenie świadczeń przez powoda nastąpiło w stanie nagłym, albowiem z uwagi na stan pacjentów ich odroczenie bądź zaprzestanie udzielenia pomocy mogłoby skończyć się natychmiastowym

zgonem chorego bądź też śmiercią w ciężkich cierpieniach. Przerwanie opieki nad wskazanymi chorymi w hospicjum, czy też jej nieudzielenie, skutkowałoby wezwaniem karetki pogotowia i natychmiastowym przewiezieniem do szpitala, gdzie pomoc w trybie nagłym musiałaby być tym pacjentom udzielona.

Nadto Sąd Okręgowy stanął na stanowisku, iż o tym czy dane świadczenie miało charakter świadczenia ratującego życie i zdrowie decydują okoliczności danego przypadku, nie zaś sposób jego oznaczenia w systemie pozwanego. W ocenie Sądu Okręgowego materiał dowodowy wykazał zaś, iż udzielane świadczenia miały charakter nagły, a zatem roszczenie powoda oparte na tej przesłance uznać należało za uzasadnione.

O. Sąd Okręgowy orzekł zgodnie z art. 481 k.c. mając na względzie datę złożenia pozwu, zaś o kosztach postępowania na podstawie art. 98 k.p.c, zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu.

Apelację od wyroku Sądu Okręgowego w Toruniu apelację wywiódł pozwany zaskarżając go w całości oraz zarzucając:

1) naruszenie prawa materialnego poprzez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych polegającą na przyjęciu, iż za świadczenia zdrowotne udzielone przez powoda, za które zapłaty się domaga, należy się dodatkowe wynagrodzenie, mimo niepodjęcia przez powoda żadnych czynności zmierzających do realizacji kontraktu w ustalonych limitach;

2) naruszenie prawa materialnego poprzez błędną wykładnię art. 19 ust. 4 w zw. z art. 5 pkt. 33 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych polegającą na przyjęciu, iż ustawowa definicja stanu nagłego nie ma zastosowania w sprawie i w konsekwencji przyjęcie, że świadczenia zdrowotne udzielone przez powoda, za które zapłaty się domaga, zostały udzielone w stanie nagłym w rozumieniu zaproponowanym przez biegłego,

podczas gdy prawidłowa wykładnia wskazanych przepisów prowadzi do wniosku, że ustawowa definicja stanu nagłego znajduje w tym przypadku zastosowanie, co powinno skutkować oddaleniem powództwa;

3) naruszenie prawa procesowego tj. przepisu art. 217 § 3 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. poprzez nieprzeprowadzenie zawnioskowanych przez pozwanego dowodów z zeznań świadków D. T., T. Z. i B. S. co do istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy okoliczności, które miało istotny wpływ na rozstrzygnięcie, pozbawiając pozwanego możliwości wykazania nieprawidłowej organizacji przyjęć pacjentów i zakwestionowania wartości dochodzonego roszczenia;

4) niewyjaśnienie okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, tj. brak ustaleń co do faktycznych kosztów udzielonych świadczeń;

5) sprzeczność poczynionych ustaleń z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego przez bezzasadne przyjęcie, iż świadczenia zdrowotne objęte pozwem zostały udzielone w stanie nagłym, podczas gdy z zebranego materiału dowodowego wynika, iż świadczenia te nie spełniały ustawowej definicji stanu nagłego i nie podlegały finansowaniu przez pozwanego.

Skarżący domagał się zmiany zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości, względnie jego uchylenia i przekazania sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania oraz zasądzenia od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu.

W uzasadnieniu apelacji skarżący podkreślił, iż informacje przekazywane mu na bieżąco przez powoda w sprawozdaniach uniemożliwiały wypłatę dodatkowych środków z przyczyn leżących po stronie powoda; tej też okoliczności miał dotyczyć dowód z zeznań świadków, który został niezasadnie pominięty przez Sąd Okręgowy.

W ocenie skarżącego Sąd I instancji w istocie nie rozpatrzył sprawy poprzestając na jednym dowodzie co do jednej jej okoliczności sprawy, tj. co do trybu udzielania świadczeń. Rozstrzygnięcie sprawy całkowicie pomija zaś ekonomiczny i organizacyjny aspekt postępowania powoda, tj. brak jakichkolwiek danych wskazujących, iż powód podejmował działania celem zachowania limitu kontraktu, podczas gdy warunkiem uznania, iż świadczeniodawcy należy się dodatkowe wynagrodzenie za świadczenia nagłe jest wykazanie, iż przekroczenie limitu kontraktu nastąpiło mimo prowadzenia racjonalnej (tj. uwzględniającej zachowanie rezerwy na przyjęcia przypadków nagłych) polityki przyjęć pacjentów. Pozwany wnioskując o przesłuchanie świadków zamierzał wykazać, że powód nie podejmował żadnych zabiegów organizacyjnych, aby zmieścić się w limicie kontraktu, co zostało mu uniemożliwione.

Stanowisko takie faktycznie premiuje podmioty z założenia negujące limity kontraktowe i nastawione na maksymalne zwiększenie ilości wykonanych świadczeń kosztem innych jednostek wykonujących takie same świadczenia.

Powód jest podmiotem profesjonalnym i powinien w taki sposób zorganizować swoją działalność, aby mieć wiedzę o ilości udzielanych świadczeń, być w stanie na bieżąco ustalić, czy udzielane świadczenia mieszczą się w określonym w umowie limicie czy też limit przekraczają oraz nie przekraczać umownego limitu przyjęć. Powinien on tak zorganizować przyjęcia, aby pacjenci byli przyjmowani w okresach rozliczeniowych w oparciu o listy kolejkowe, do prowadzenia których powód jest zobowiązany na podstawie art. 20 i następnych ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Podkreślił skarżący, że w toku postępowania kwestionował wartość przedmiotu sporu, albowiem powód zażądał zapłaty za świadczenia według stawek umownych, tj. obejmujących zarówno zwrot kosztów jak i należne wynagrodzenie tj. zysk, podczas gdy podmiot, który zawarł umowy i wykonuje świadczenia ponad określony limit może domagać się zwrotu uzasadnionych kosztów ich udzielenia, a nie wynagrodzenia według stawek umownych.

Skarżący wskazał także, że opinia sądowo-lekarska, na której oparte jest zaskarżone orzeczenie, zawiera ustalenia sprzeczne z przepisami regulującymi stan nagły, co do świadczeń ratujących życie. Stan nagły dotyczy przypadków spełniających kryteria określone w art. 3 ust. 8 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, zaś biegły dokonał własnej wykładni tego terminu stwierdzając wprost, że w zakresie świadczeń objętych pozwem stan nagły należy

rozumieć szerzej niż przytoczony przepis. W pierwotnej opinii pisemnej biegły stwierdził, że świadczenia objęte pozwem nie mogły być wprost kwalifikowane jako świadczenia ratujące życie, zaś w pozostałym zakresie wnioski opinii pisemnej jak i ustnych wyjaśnień biegłego pozostają się poza granicami ustawowymi i niezasadnie zostały przyjęte przez Sąd Okręgowy jako podstawa orzeczenia.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Apelacja zasługuje na uwzględnienie.

W przedmiotowej sprawie nie została rozpoznana w całości jej istota, a tym samym spełnione zostały przesłanki do wydania rozstrzygnięcia kasatoryjnego określonego w art. 386 § 4 k.p.c., zgodnie z którym poza wypadkami określonymi w § 2 i § 3 sąd drugiej instancji może uchylić zaskarżony wyrok i przekazać sprawę do ponownego rozpoznania tylko w razie nierozpoznania istoty sprawy, albo gdy wydanie wyroku wymaga przeprowadzenia postępowania dowodowego w całości.

Na wstępie należy wskazać, iż pojęcie nierozpoznania istoty sprawy zawarte w art. 386 § 4 k.p.c. dotyczy nierozpoznania istoty roszczenia będącego podstawą powództwa, czy też wniosku. Istota sprawy oznacza zaś jej sedno, kwintesencję roszczenia dochodzonego pozwem, czy też objętego wnioskiem. Jest to jednocześnie pojęcie węższe niż rozpoznanie i rozstrzygnięcie sprawy w ogóle; nie może być ono także kojarzone z rozpoznaniem wyłącznie kwestii formalnych. Nierozpoznanie istoty sprawy oznacza brak merytorycznego rozpoznania zgłoszonych w sprawie roszczeń, co oznacza zaniechanie przez Sąd I instancji zbadania materialnej podstawy żądania, albo pominięcie merytorycznych zarzutów (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 września 1998r., sygn. akt II CKN 896/98, wyrok z dnia 23 września 1998r. sygn. akt II CKN 897/98 oraz postanowienie z dnia 19 grudnia 2012r. sygn. akt II CZ 141/12). Pojęcie istoty sprawy, o którym mowa w art. 386 § 4 k.p.c. dotyczy zatem jej aspektu materialnego i w tej jedynie płaszczyźnie może być oceniany zarzut jej nierozpoznania. Będzie ono zachodzić wówczas, gdy sąd nie zbadał podstawy materialnej pozwu, jak też skierowanych do niego zarzutów merytorycznych i w swoim rozstrzygnięciu nie odniósł się do tego, co jest przedmiotem sprawy. W wyroku z dnia 22 kwietnia 1999r. w sprawie II UKN 589/98 Sąd Najwyższy wskazał z kolei, iż oceny, czy sąd I instancji rozpoznał istotę sprawy dokonuje się na podstawie z jednej strony analizy żądań pozwu, a z drugiej przepisów prawa materialnego stanowiącego podstawę rozstrzygnięcia. W doktrynie utrwalony jest pogląd, że treścią powództwa, czy też wniosku jest żądanie urzeczywistnienia w konkretnym przypadku określonej normy prawnej przez wydanie orzeczenia sądowego określonej treści. Nierozpoznanie więc istoty sprawy sprowadza się do pozostawienia poza oceną sądu okoliczności faktycznych stanowiących przesłanki zastosowania norm prawa materialnego. Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 26 listopada 2012r. w sprawie III SZ 3/12 wyjaśnił, że nierozpoznanie istoty sprawy zachodzi wówczas, gdy sąd pierwszej instancji rozstrzygnął nie o tym, co było przedmiotem sprawy, zaniechał w ogóle zbadania materialnej podstawy żądania, pominął całkowicie merytoryczne zarzuty zgłoszone przez stronę, rozstrzygnął o żądaniu powoda na innej podstawie faktycznej i prawnej niż zgłoszona w pozwie, a wreszcie nie rozważył wszystkich zarzutów pozwanego dotyczących kwestii faktycznych, czy prawnych rzutujących na zasadność roszczenia powoda.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt przedmiotowej sprawy zważyć należy, iż Sąd Okręgowy przede wszystkim nie rozważył należycie wszystkich zarzutów pozwanego dotyczących kwestii faktycznych i prawnych rzutujących na zasadność roszczenia powoda, pomimo czego uznał powództwo za zasadne.

Nie ulega wątpliwości, że Sąd I instancji wskazał, iż z uwagi na okoliczności przedmiotowej sprawy stan nagły w rozumieniu art. 19 ust.1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki

zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych należy rozumieć szerzej niż określony w art. 3 ust. 8 ustawy z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, zgodnie z którym jest to 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 życia, wymagający podjęcia natychmiastowych czynności ratunkowych i leczniczych. Ocenę, iż świadczenia wskazywane przez powoda udzielone były w stanie nagłym Sąd I instancji oparł przy tym na ocenie biegłego z zakresu opieki paliatywnej Z. K., iż stan

pacjentów wymagał natychmiastowego działania członków zespołu i że bez takiej pomocy stan życia tych pacjentów był zagrożony. Przy tak sformułowanej ocenie nie jest jednak jasne z jakich względów Sąd Okręgowy stwierdził, iż aby zakwalifikować świadczenia udzielane przez powoda do świadczeń w stanie nagłym należy zastosować poszerzoną definicję tego pojęcia.

Jednocześnie z ustaleń poczynionych przez Sąd Okręgowy wynika jedynie, iż strony łączyła umowa której przedmiotem było udzielanie przez powoda świadczeń opieki paliatywnej

i hospicyjnej, przy czym nie jest w istocie jasne jaki charakter faktyczny miały wskazane świadczenia; nie wyjaśnione zostało też czy świadczenia te rozliczane były przez powoda jedynie według jednostki rozliczeniowej „osobodzień”, co mogłoby uzasadniać stwierdzenie, że świadczeniem udzielanym przez powoda jest pobyt w ośrodku czy szeroko pojęta opieka nad chorymi, na co wskazuje część przedłożonej przez powoda dokumentacji oraz treść opinii uzupełniającej biegłego czy też wedle innego systemu, np. z odniesieniem do konkretnych czynności wykonywanych w związku ze stanem zdrowia poszczególnych chorych. Wyjaśnienie zaś jaki charakter miały świadczenia, za które powód domaga się zapłaty i czego dotyczyły winno poprzedzać ocenę, czy były one podejmowane przez powoda w stanie zezwalającym na wykonanie świadczenia ponad limit wynikający z zawartej umowy. Jednocześnie skoro nie został w sposób jednoznaczny określony rodzaj świadczeń za jakie powód domaga się zapłaty, to nie można w uzasadniony sposób dokonywać oceny, czy odpowiadają one definicji świadczenia udzielonego w stanie nagłym przy wykładni tego pojęcia ściśle odnoszącej się do definicji zawartej w 3 ust. 8 ustawy z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, czy też rozszerzonej wykładni, na jaką wskazał Sąd Okręgowy.

Nie ulega też wątpliwości, że pozwany zakwestionował wysokość roszczenia dochodzonego przez powoda, zaś odniesienie się w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku w zakresie ustalenia wysokości uznanego za zasadne roszczenia jedynie do zestawienia udzielonych świadczeń oraz wezwania do zapłaty sporządzonych przez powoda nie wskazuje, aby wysokość ta podlegała szczegółowej analizie. W sytuacji gdy pozwany zakwestionował wysokość dochodzonego roszczenia powód obowiązany był do dowodzenia podnoszonych twierdzeń, przy czym ocena czy powód obowiązkowi temu sprostał odnosić się winna także i do ustalenia czy stawki zastosowane przez powoda przy rozliczaniu przedmiotowych świadczeń odpowiadały stawkom umownym oraz jak stawki te mają się do uzasadnionych kosztów udzielenia niezbędnego świadczenia medycznego, skoro zgodnie z art. 19 ust.4 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wynagrodzenie za świadczenia udzielone w stanie nagłym uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 sierpnia 2015r. w sprawie III CSK 455.14, publ. LEX 1800063).

Słusznie wskazał Sąd Okręgowy, iż o tym czy świadczenia udzielone przez powoda miało charakter ratujący życie i zdrowie nie świadczy należyte wypełnianie przez powoda obowiązków sprawozdawczych wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, jednakże jednocześnie Sąd Okręgowy zaniechał ustalenia czy ewentualne uchybienia powoda w tym względzie miały jakikolwiek wpływ na sposób rozliczenia tych świadczeń przez pozwanego.

Jednocześnie skoro już w sprzeciwie od nakazu zapłaty pozwany zarzucił, iż udzielanie przez powoda świadczeń ratujących zdrowie i życie ponad limit tych świadczeń wynikało z nieprawidłowej organizacji jego pracy to rzeczą Sądu Okręgowego pozostawała ocena czy okoliczność ta w istocie winna mieć wpływ na ocenę zasadności roszczenia, a jeżeli tak, to czy faktycznie występowała i ewentualnie w jaki sposób winna być uwzględniona przy rozstrzygnięciu sporu.

Z dokumentacji przedłożonej przez powoda wynika także, iż część świadczeń wykazana jako wykonana ponad limit wynikający z umowy miała miejsce już na początku roku 2012; również i ta okoliczność winna zostać przez Sąd Okręgowy wyjaśniona, zaś o ile okaże się ona istotna dla rozstrzygnięcia rozważeniu winny podlegać skutki jej stwierdzenia.

Wobec powyższych okoliczności zaskarżony wyrok podlegał uchyleniu zaś sprawa przekazaniu do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w B. z mocy art. 386 § 4 k.p.c.

W toku ponownego rozpoznania sprawy Sąd Okręgowy dokona rozpoznania jej istoty, czyniąc ustalenia we wskazanym zakresie oraz poddając ocenie prawnej poczynione ustalenia istotne dla rozstrzygnięcia.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Apelacyjny orzekł z mocy art. 108 § 2 k.p.c.