



Sygn. akt II CSK 91/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 stycznia 2016 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Marta Romańska (przewodniczący)

SSN Iwona Koper

SSN Hubert Wrzeszcz (sprawozdawca)

Protokolant Maryla Czajkowska

w sprawie z powództwa Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego [...] przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia [...]o ustalenie, po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej w dniu 29 stycznia 2016 r., skargi kasacyjnej strony powodowej od wyroku Sądu Apelacyjnego z dnia 15 października 2014 r.,

uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania kasacyjnego.

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 22 kwietnia 2014 r. Sąd Okręgowy w P. oddalił powództwo o ustalenie, że powód nie jest zobowiązany do zapłaty pozwanemu 1 045 294,57 zł i orzekł o kosztach procesu.

Sąd ustalił, że powód wykonał zakontraktowane przez pozwanego badania echokardiografii przezprzełykowej; kontrakt nie obejmował jednak tego typu badań wykonywanych w trybie ambulatoryjnym.

System informatyczny pozwanego, tzw. gruper JGP, do którego powód kierował comiesięczne raporty dotyczące przeprowadzonych badań i żądanie zapłaty za ich wykonanie, nie posiadał funkcji oceny prawidłowości merytorycznej wprowadzonych danych, dokonywał jedynie oceny kwestii formalnych polegających na przypisaniu danej hospitalizacji do jednej z grup systemu JGP. W wypadku wątpliwości dotyczących prawidłowości merytorycznej wprowadzonych do systemu danych, pozwany zlecał swoim kontrolerom ich weryfikację na podstawie szczegółowej analizy dokumentacji medycznej.

Badanie echokardiografii przezprzełykowej wymaga dwudziestoczterogodzinnej hospitalizacji, ponieważ po ich wykonaniu mogą wystąpić powikłania. W zdecydowanej większości wypadków lekarze zlecali hospitalizację pacjentów już w skierowaniu na badania z powodu stwierdzonych u nich wad wrodzonych serca lub innych schorzeń.

U pacjentów poddawanych badaniu echokardiografii przezprzełykowej mogą wystąpić powikłania nawet po 30 godzinach od badania, mogą one polegać na perforacji przełyku, prowadzącego do zapalenia śródpiersia, krwotoku z uszkodzonego naczynia krwionośnego, zwłaszcza żyłaka przełyku, na powstaniu krwiaka w tylnej części gardła, na ostrej niedrożności dróg oddechowych, na bakteriemii, mogącej spowodować ogólne zakażenie organizmu, na skurczu oskrzeli z przejściowym niedotlenieniem, częstoskurczu komorowym serca czy napadach migotania przedsionków.

W żadnym z 238 przypadków wykonanej przez powoda echokardiografii przezprzełykowej, objętych kontrolą pozwanego, hospitalizacja badanych nie trwała 24 godziny, byli oni bowiem po kilku lub kilkunastu godzinach zwalniani do domu na podstawie decyzji lekarza i na jego ryzyko. Powód rozliczał koszt tego badania, mimo że hospitalizacja nie trwała 24 godziny, jako lepiej płatną procedurę hospitalizacyjną (3876 zł za badanie), a nie – ambulatoryjną (72,45 zł za badanie). Powód błędnie traktował jako hospitalizację pacjenta także związany

z wykonywanym badaniem jego kilkugodzinny pobyt w szpitalu. Pacjentów wpisywano przed badaniem do księgi głównej szpitala i księgi oddziału kardiologii, gdzie była pracownia wykonująca echokardiografię przezprzełykową. Jednakże nie wpisywano pacjentów poddawanych temu badaniu do raportów pielęgniarskich.

W dniach od 10 grudnia 2010 r. do dnia 29 marca 2011 r. pozwany – na skutek zasygnalizowanych przez powoda wątpliwości co do prawidłowości stosowanych procedur – przeprowadził kontrolę realizacji przez powoda umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dotyczącej leczenia szpitalnego w zakresie kardiologia – hospitalizacja i choroby wewnętrzne – hospitalizacja, oznaczonych odpowiednimi numerami, w okresie od dnia 1 stycznia 2009 r. do dnia 31 grudnia 2009 r. Ustalenia kontroli zostały przedstawione w protokole nr 251/10/WOWNFZ, doręczonym powodowi w dniu 1 kwietnia 2011 r.

W wystąpieniu pokontrolnym z dnia 26 maja 2011 r., sporządzonym na podstawie protokołu kontroli, pozwany poinformował powoda, że negatywnie zostało ocenione m.in. zakwalifikowanie do pobytu w trybie stacjonarnym 238 pacjentów, z rozpoznaną wcześniej wadą wrodzoną, w dobrym stanie ogólnym, bez chorób współistniejących, przyjętych w trybie planowym, celem wykonania badań diagnostycznych (EKG i echokardiografii przezprzełykowej). Pozwany uznał, że w zakwestionowanych przypadkach badań echokardiografii przezprzełykowej nie zachodziły przesłanki do udzielenia i rozliczenia świadczenia w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w kategorii leczenie szpitalne. Zdaniem pozwanego we wszystkich zakwestionowanych przypadkach przyjęcie badanych do szpitala ograniczało się tylko do wykonania diagnostyki w warunkach ambulatoryjnych.

W dniu 7 czerwca 2011 r. powód złożył zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego i dołączył szczegółowe wyjaśnienia dotyczące zakwestionowanych przypadków. Wskazywał, że badanie te odnoszą się jedynie do wyselekcjonowanych pacjentów ze względu na niebezpieczeństwo wystąpienia udaru niedokrwienego mózgu zarówno w trakcie badania, jak i po jego wykonaniu. W dniu 11 lipca 2011 r. powód – w związku z nieuwzględnieniem jego zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego – wniósł zażalenie do Prezesa Narodowego

Funduszu Zdrowia; zarówno to zażalenie, jak i ponowione w dniu 29 grudnia 2011 r., nie zostały jednak uwzględnione.

W wyniku przeprowadzonej kontroli pozwany wezwał powoda do zwrotu nienależnie otrzymanej na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej kwoty 949 520 zł, dokonania odpowiedniej korekty dokumentów i zapłaty 95 674,57 zł kary umownej.

W ocenie Sądu pierwszej instancji nie ma podstaw do uwzględnienia powództwa, powód nie zdołał bowiem wykazać, że ma interes prawny do wytoczenia powództwa w rozumieniu art. 189 k.p.c. Powództwo podlega oddaleniu również z powodu niezasadności dochodzonego roszczenia.

Powołując się na zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 93/2008/DSOZ z dnia 22 października 2008 r. w sprawie warunków i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (dalej – „zarz. nr 93/2008”) i na zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 80/2008/DSOZ z dnia 14 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (dalej – „zarz. nr 80/2008”), Sąd rozróżnił pojęcia leczenia szpitalnego (§ 2 ust. 1 pkt 4 zarz. nr 90/2008) i leczenia jednego dnia (§ 2 ust. 1 pkt 6 zarz. nr 93/2008) oraz leczenia ambulatoryjnego (zarz. Nr 80/2008 r.). Wyjaśnił, że różnica między leczeniem ambulatoryjnym a określonymi w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 93/2008/DSOZ leczeniem szpitalnym i jednego dnia polega na tym, że leczenie ambulatoryjne wymaga odrębnego kontraktowania i nie występuje tu konieczność hospitalizacji, o ile nie zajdą jakieś nieprzewidziane zdarzenia; leczenie hospitalizacyjne oznacza zaś całodobowe udzielanie świadczenia, tj. powyżej 24 godzin, a leczenie jednego dnia nie może natomiast przekroczyć progu 24 godzin. Podkreślił również, że świadczenia ze spornej grupy oznaczonej kodem E74 mogły być wykonane i rozliczane tylko w ramach hospitalizacji. W tej sytuacji należało uznać – wobec faktu, że powód nie zakontaktował leczenia ambulatoryjnego, a hospitalizacja pacjentów poddanych echokardiografii przezprzełykowej nie przekroczyła 24 godzin – iż sporne badania nie mogły być

rozliczone w grupie oznaczonej kodem E74; podlegały one natomiast rozliczeniu według zasad przewidzianych dla leczenia ambulatoryjnego.

Zaskarżonym wyrokiem Sąd Apelacyjny oddalił apelację powoda i orzekł o kosztach postępowania odwoławczego.

Sąd drugiej instancji zaaprobował ustalenia faktyczne Sądu Okręgowego. Nie podzielił natomiast stanowiska Sądu pierwszej instancji, że powód nie ma w rozumieniu art. 189 k.p.c. interesu prawnego do wytoczenia powództwa o ustalenie. Uznał jednak, że apelujący nie wykazał, iż żądanie pozwanego, aby zwrócił mu należność za wykonane badania echokardiografii przezprzełykowej i zapłacił karę umowną, ma podstawę w przepisach prawa i łączącej strony umowie. Zdaniem Sądu odwoławczego powód nie sprostował przewidzianemu w art. 6 k.c. obowiązkowi wykazania, że we wszystkich spornych wypadkach badań była konieczna hospitalizacja i rzeczywiście miało miejsce leczenie szpitalne. Uznał, że opinia biegłego w tym zakresie jest nieprzekonująca, odwołuje się bowiem do względów pozamedycznych, a mianowicie do niekorzystnej dla lekarzy atmosfery społecznej i medialnej, powodującej podejmowanie przez nich działań asekuracyjnych; podkreślił, że powikłania wywołane echokardiografią przezprzełykową występują niezmiernie rzadko i są związane raczej z niestarannym wykonaniem badania, a nie z wadami wrodzonymi serca czy innymi schorzeniami badanego.

Sąd Apelacyjny wskazał, że zgodnie z art. 58 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (jedn. tekst z 2008 r., poz. 1027 ze zm. – dalej: „ustawa o świadczeniach”) w polskim systemie publicznej opieki medycznej zasadą jest przeprowadzanie leczenia w warunkach ambulatoryjnych, hospitalizacja powinna mieć natomiast miejsce tylko wtedy, gdy wykonanie danej procedury w trybie ambulatoryjnym jest niemożliwe. Podkreślił, że zgodnie z punktem 4.2 standardów Sekcji Echokardiografii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, stanowiących załącznik do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 80/2008/DSOZ, i z punktem IV.38 załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej

opieki medycznej diagnostyka w postaci echokardiografii przezprzełykowej jest przeprowadzana zasadniczo w warunkach ambulatoryjnych.

Sąd odwoławczy uznał, że powoływanie się przez powoda na posiadane przez pacjentów skierowania na badanie w warunkach szpitalnych nie było wystarczające do ich hospitalizacji, albowiem skierowania te wymagały weryfikacji (§ 13 ust. 1 i 2 zarz. nr 93/2008). Podzielił też przyjęte przez Sąd pierwszej instancji rozumienie pojęcia hospitalizacja; oznacza ono – wbrew stanowisku apelującego – całodobowe (trwające nie mniej niż 24 godziny) udzielanie świadczeń pacjentowi, a nie jedynie gotowość do ich udzielania, potwierdza to § 2 ust. 1 pkt 4 zarz. nr 93/2008, jak i potoczne rozumienie tego pojęcia określone w Słowniku Języka Polskiego, wydanego przez Polskie Wydawnictwa Naukowe.

W skardze kasacyjnej, opartej na obu postawach, pełnomocnik powoda zarzucił naruszenie art. 353¹ k.c. w związku z § 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143 – dalej: „rozp. M.Z.”), art. 132 ust. 1 i art. 155 ust. 2 ustawy o świadczeniach, art. 65 § 2 k.c. w związku z art. 384 § 1 k.c., art. 132 ust. 1, art. 137, art. 146 ust. 1, art. 155 ust. 1 ustawy o świadczeniach i § 2 pkt 2 rozp. MZ, art. 6 k.c. w związku z art. 58 ustawy o świadczeniach i art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (jedn. tekst z 2015 r., poz. 464) i art. 382 w związku z art. 278 § 1, art. 286 i art. 391 § 1 k.p.c. Powołując się na te podstawy, wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku oraz wyroku Sądu pierwszej instancji i wydanie – w wypadku uznania drugiej podstawy kasacyjnej za nieuzasadnioną – orzeczenia merytorycznego przez uwzględnienie powództwa albo uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Zasadnicze znaczenie dla oceny zasadności skargi kasacyjnej ma zarzut wydania zaskarżonego wyroku z naruszeniem art. 65 § 2 w związku z art. 384 § 1 i art. 385 § 2 k.c., art. 132 ust. 1, art. 137, art. 146 ust.1, art. 155 ust.1 ustawy

o świadczeniach i § 2 pkt 2 rozp. M.Z., polegającym na błędnej wykładni pojęcia hospitalizacja, zawartego w § 2 ust. 1 pkt 4 zarz. nr 93/2008. Zdaniem skarżącego zawarte w przytoczonym paragrafie zarządzenia sporne pojęcie hospitalizacji powinno być poddane wykładni na podstawie art. 65 § 2 w związku z art. 384 § 1 i art. 385 § 2 k.c. Zawierające je zarządzenie na zasadzie art. 384 § 1 k.c. stanowiło bowiem element zawartej przez strony umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wykładnia umowy i kwalifikowanego wzorca umownego podlegają zaś wykładni – co nie miało miejsca w sprawie – na podstawie art. 65 § 2 w związku z art. 384 § 1 i art. 385 § 2 k.c.

Zarzutowi skarżącego nie można odmówić racji. Z uzasadnienia zaskarżonego wyroku wynika, że Sąd odwoławczy, podobnie jak Sąd pierwszej instancji, potraktował zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zawierające sporne pojęcie hospitalizacji, jako źródło powszechnie obowiązującego prawa. W motywach rozstrzygnięcia nie ma odwołania się do art. 65 k.c. ani przepisów dotyczących wzorców umownych (art. 384-385 k.c.). W zebranych w sprawie materiale nie ma też zawartych przez strony umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, podstawa faktyczna rozstrzygnięcia zawiera zaś jedynie ustalenie, że powód zawarł dwie umowy i wykonał zakontraktowane badania echokardiografii przezprzełykowej.

Zarządzenia nie są źródłem powszechnie obowiązującego prawa, albowiem zgodnie z art. 87 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej taki charakter mają Konstytucja, ustawy, ratyfikowane umowy międzynarodowe i rozporządzenia oraz – na obszarze działania organów, które je wydały – akty prawa miejscowego. Zawarte w § 2 ust. 1 pkt 4 zarz. nr 93/2008 określenie hospitalizacji nie ma zatem charakteru normatywnego.

Kwestia charakteru prawnego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia była przedmiotem rozważań Sądu Najwyższego w wyroku z dnia 30 marca 2012 r., III CSK 217/11 (nie publ.), które dotyczyły zarządzenia nr 61/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa oraz zmieniającego je zarządzenia nr 93/2007/DSOZ Prezesa

Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 października 2007 r., wydanych na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ustawy o świadczeniach, a więc regulujących tak jak w przytoczonym zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 93/2008/DSOZ warunki zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lecz jedynie innego rodzaju, i wydanych na podstawie tych samych przepisów ustawy o świadczeniach. Sąd Najwyższy uznał, że treść i podstawa prawna wydania ocenianych zarządzeń wskazują, iż ich materią jest uregulowanie postępowania w sprawie zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunków wymaganych od świadczeniodawców, stworzenie jednolitego wzorca umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i sprecyzowanie zakresu świadczeń ciążących na stronach umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Podkreślił, że zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wydawane na podstawie przepisu kompetencyjnego, zawierają postanowienia, które muszą być wprowadzone przez strony wprost lub pośrednio (przez odwołanie się do nich) do umowy. Postanowienia te stanowią, mieszcząc się w zasadzie swobody umów, sposób kształtowania treści umowy. Jeżeli nie zostały przeniesione wprost i w całości, tylko przez wskazanie, należy je traktować jako wzorzec kwalifikowany, wyznaczający treść stosunku prawnego, ale zewnętrzny w stosunku do umowy.

W literaturze i w orzecznictwie przyjmuje się, że do wykładni wzorca umownego stosuje się przepis art. 65 k.c. (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 listopada 2000 r., I CKN 970/98, OSNC 2001, nr 6, poz. 312). W stosunkach z konsumentami postanowienia wzorca umownego sformułowane niejednoznacznie i w sposób niezrozumiały przepis art. 385 § 2 k.c. nakazuje tłumaczyć na korzyść konsumenta. Powód – wbrew wyrażonemu w skardze kasacyjnej stanowisku – nie jest konsumentem, zgodnie z art. 22¹ k.c. za konsumenta uważa się bowiem osobę fizyczną dokonującą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową. Nie oznacza to jednak, że nie można tego przepisu zastosować do powoda. Zawężenie zawartej w art. 385 § 2 k.c. dyrektywy interpretacyjnej do obrotu konsumenckiego jest bowiem powszechnie krytykowane. Wyrażany jest pogląd, że powinna ona być stosowana powszechnie, ponieważ ryzyko wieloznaczności wyrażen powinien ponosić ten, kto je sformułował.

Pogląd ten znalazł aprobatę w orzecznictwie Sądu Najwyższego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 grudnia 2003 r., V CK 35/03, nie publ.).

W świetle dotychczas zebranego w sprawie materiału stanowisko Sądu Najwyższego, wyrażone w przytoczonym wyroku z dnia 30 marca 2012 r., III CSK 217/11, może być przydane, ze względu na wskazane wyżej podobieństwo zarządzeń prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, do rozstrzygnięcia niniejszej sprawy, jednakże ostateczne przesądzenie tej kwestii zależy od analizy dokonanej – co nie było możliwe w postępowaniu kasacyjnym – z uwzględnieniem zawartych przez strony umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Z przedstawionych wyżej powodów nie można odeprzeć zarzutu skarżącego, że zakwestionowana wykładnia pojęcia hospitalizacja została dokonana z naruszeniem art. 65 k.c. w związku z art. 384 § 1 i art. 385 § 2 k.c. Dokonując wykładni spornego pojęcia hospitalizacji co do niezbędnego czasu pobytu pacjenta w szpitalu, Sąd powinien mieć na względzie, że pełnomocnik pozwanego na rozprawie apelacyjnej w dniu 14 października 2015 r. stwierdził, co Sąd – jak trafnie zarzucił skarżący – pominął, iż pozwany nie uzależnia kwalifikowania pobytu pacjenta w szpitalu jako hospitalizacji od przyjętego w zaskarżonym wyroku czasu jego trwania i traktował jako hospitalizację sześciogodzinny pobyt w szpitalu, jeżeli został on odnotowany w księdze pielęgniarskiej. Nie wiadomo jednak, dlaczego jedynie informacja zawarta w księdze raportów pielęgniarskich, przewidzianej w § 25 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej prowadzenia (Dz. U Nr 247, poz. 1819), jest uważana za miarodajną do ustalenia pobytu pacjenta w szpitalu, a nie także inna przewidziana w tym rozporządzeniu dokumentacja medyczna, np. księga główna, zawierająca m.in. datę przyjęcia pacjenta i dane identyfikacyjne oddziałów, na których pacjent przebywał (§ 19 przytoczonego rozporządzenia). Sąd powinien również rozważyć, czy przyjęta wykładnia, że hospitalizacja musi trwać co najmniej dobę nie załamuje się np. wtedy, gdy pacjent przyjęty do szpitala w celu udzielenia mu świadczenia opieki zdrowotnej, wymagającego kilkudniowego pobytu w szpitalu, wypisał się ze szpitala na własne żądanie przed upływem doby od przyjęcia. Jak wtedy zakwalifikować pobyt tego pacjenta w szpitalu? Nie można bowiem przyjąć tzw.

leczenia jednego dnia, ponieważ nie została spełniona przesłanka przyjęcia pacjenta do szpitala z intencją, zamiarem wypisania go w ciągu 24 godzin.

W związku z zarzutem naruszenia § 2 pkt 2 rozp. M.Z., zawierającego, w przeciwieństwie do § 2 ust. 1 pkt 4 zarz. nr 93/2008, normatywne określenie hospitalizacji, należy zauważyć, że skarżący, który twierdzi, iż normatywne pojęcie hospitalizacji znajduje zastosowanie w sprawie, zwłaszcza do badań wykonanych po dniu 31 sierpnia 2009 r., tj. po dniu wejścia w życie przytoczonego rozporządzenia, nie wskazał, na czym opiera retroaktywne działanie rozporządzenia. Stanowisko skarżącego wydaje się wątpliwe, zwłaszcza wobec treści § 8a rozp. M.Z, jego miarodajna ocena wymaga jednak uwzględnienia zawartych przez strony umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zarzucając Sądowi naruszenie art. 6 k.c. w związku z art. 58 ustawy o świadczeniach i art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, polegające na uznaniu, że powód nie sprostął ciężarowi dowodowemu wykazania, iż we wszystkich zakwestionowanych badaniach konieczna była hospitalizacja i miała ona rzeczywiście miejsce, skarżący trafnie podniósł, że zakwestionowane stanowisko Sądu nie znajduje potwierdzenia w ustaleniach Sądu pierwszej instancji, stanowiących – na skutek zaaprobowania ich przez Sąd odwoławczy – podstawę faktyczną zaskarżonego wyroku. Sąd Okręgowy, uznając opinię biegłego prof. dr hab. med. H. W. i we wskazanym zakresie zeznania św. [...] za wiarygodne, ustalił, że w wypadku zakwestionowanych badań pobyt pacjentów w szpitalu był konieczny, lecz nie miał charakteru hospitalizacji ze względu na przyjęty wymagany czas jej trwania. Wprawdzie Sąd drugiej instancji zdyskwalifikował opinię biegłego, ale pozostawił oparte na niej ustalenia, a ponadto nie odniósł się do zeznań wyżej wymienionych świadków. Racje ma też skarżący, że pominięcie przez Sąd tabeli, stanowiącej załącznik do jego pisma procesowego z dnia 7 czerwca 2011 r., nastąpiło z naruszeniem art. 382 r. Wspomniana tabela zwiera istotne dane dla oceny zarówno stanu zdrowia pacjentów, których badania zostały zakwestionowane, jak i potrzeby ich hospitalizacji.

Należy także podzielić zarzut skarżącego, że Sąd, dyskwalifikując opinię biegłego powinien był na podstawie art. 286 w związku z art. 391 k.p.c. zażądać ustnego wyjaśnienia opinii albo dodatkowej opinii. Chodzi zwłaszcza o to, czy i jaki wpływ na zajęte w opinii stanowisko – w ocenie biegłego – miała jego dygresyjna uwaga dotycząca „atmosfery społecznej i medialnej”. Z uzasadnienia zaskarżonego wyroku wynika, że uwaga ta miała istotne znaczenie dla oceny przydatności dowodu z opinii biegłego dla rozstrzygnięcia sprawy.

Z przedstawionych powodów Sąd Najwyższy orzekł, jak w sentencji wyroku (art. 398¹⁵ § 1 k.p.c. oraz art. 108 § 2 w związku z art. 398²¹ k.p.c.).

kc