

Sygn. akt I A Ca 372/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 października 2014 r.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący	:	SSA Jarosław Marek Kamiński
Sędziowie	:	SA Jadwiga Chojnowska SO del. Bogusław Suter (spr.)
Protokolant	:	Iwona Aldona Zakrzewska

po rozpoznaniu w dniu 10 października 2014 r. w Białymstoku

na rozprawie

sprawy z powództwa **Narodowego Funduszu Zdrowia (...) w O.**

przeciwko **(...) Spółce z o.o. w K., S. K., S. K. i P. S.**

o zapłatę

na skutek apelacji **powoda**

od wyroku Sądu Okręgowego w Olsztynie

z dnia 13 stycznia 2014 r. sygn. akt I C 636/12

I. zmienia zaskarżony wyrok:

a) **w punkcie 1 i zasądza od pozwanych (...) Spółki z o.o. w K., S. K., S. K. i P. S. solidarnie na rzecz powoda Narodowego Funduszu Zdrowia (...) w O. kwotę 78.756,13 (siedemdziesiąt osiem tysięcy siedemset pięćdziesiąt sześć i 13/100) zł z ustawowymi odsetkami w wysokości 13% w stosunku rocznym:**

- od kwoty 80.956,13 zł od dnia 2 marca 2011 roku do dnia 11 kwietnia 2011 roku oraz od dnia 12 stycznia 2012 roku do dnia 1 maja 2013 roku;

- od kwoty 78.756,13 zł od dnia 2 maja 2013 roku do dnia zapłaty

oraz oddala powództwo pozostałym zakresie;

b) **w punkcie 2 i zasądza od pozwanych (...) Spółki z o.o. w K., S. K., S. K. i P. S. solidarnie na rzecz powoda Narodowego Funduszu Zdrowia (...) w O. kwotę 7.665 zł tytułem zwrotu kosztów procesu;**

II. oddala apelację w pozostałej części;

III. zasądza od pozwanych (...) Spółki z o.o. w K., S. K., S. K. i P. S. solidarnie na rzecz powoda Narodowego Funduszu Zdrowia (...) w O. kwotę 6.748 zł tytułem zwrotu kosztów procesu za instancję odwoławczą.

UZASADNIENIE

Powód Narodowy Fundusz Zdrowia (...) w O. wniósł o zasądzenie na jego rzecz solidarnie od pozwanych (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w K., S. K., S. K. i P. S. kwoty 80.956,13 złotych, w tym kwoty 72.600 złotych tytułem zwrotu nienależnie przekazanych przez powoda środków i kwoty 8.356,13 złotych tytułem kary umownej, z uwagi na to, że wbrew postanowieniom umowy z dnia 29 grudnia 2008 roku o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia zdrowotne kontaktowane odrębnie wobec trójki pacjentów stosowano żywienie dojelitowe bez wskazań szpitala do takiego żywienia, a ponadto w przypadku dwóch pacjentów w rozliczeniu z powodem wskazano prowadzenie żywienia dojelitowego w warunkach domowych w czasie kiedy pacjenci ci byli hospitalizowani. Domagał się też zasądzenia na jego rzecz solidarnie od wszystkich pozwanych kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Pozwani (...) Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w K., S. K., S. K. i P. S. wnieśli o oddalenie powództwa i zasądzenie na ich rzecz od powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych, wskazując, że ciężki stan trzech pacjentów oraz fakt wykonania w szpitalu tzw. sztucznego dostępu był jednoznaczny z kwalifikacją do żywienia dojelitowego, zaś pobyt dwóch innych pacjentów w szpitalu odbywał się poza ich wiedzą, a po uzyskaniu od powoda świadczeń pieniężnych za leczenie dojelitowe w okresie pobytu w szpitalu strona pozwana wystawiła fakturę korygującą i dokonała zwrotu nienależnie pobranych świadczeń.

Wyrokiem z dnia 13 stycznia 2013 roku Sąd Okręgowy w Olsztynie oddalił powództwo i zasądził od powoda na rzecz pozwanych kwotę po 3.617 złotych tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sąd Okręgowy ustalił, że (...) w K., której współnikami byli S. K., S. K. i P. S., następnie przekształcona w (...) Spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością w K., utworzyła szesnaście (...) będących jej wewnętrznymi jednostkami, w tym działający na obszarze województwa (...) (...) (...) w D.. W dniu 29 grudnia 2008 roku powód i (...) (...) w D. zawarli umowę, której przedmiotem były świadczenia opieki zdrowotnej, w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – żywienie pozajelitowe i dojelitowe w warunkach domowych. W umowie świadczeniodawca zobowiązał się wykonywać ją zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie ustalanych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zgodnie z ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku. W umowie przewidziano, że w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną. Zgodnie z zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (załącznik nr 3) kwalifikacja do leczenia żywieniowego w warunkach domowych odbywa się w szpitalu. Zgodnie z § 28 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w przypadku stwierdzenia przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przekazania świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych, kwota przekazanych środków podlega zwrotowi w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania Funduszu do ich zwrotu, zaś § 30 tego rozporządzenia określa zasady naliczania kar umownych.

Z dalszych ustaleń Sądu Okręgowego wynika, że w okresie od dnia 29 czerwca 2010 roku do dnia 30 września 2010 roku (...) (...) Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w O. przeprowadził kontrolę (...) (...) w D., w wyniku której stwierdził m.in. że pacjenci o nr PESEL (...), (...), (...) nie posiadali kwalifikacji szpitalnej do leczenia żywieniowego.

Sąd I instancji ustalił też, że pacjentka H. Z. – PESEL (...) była leczona w (...) w B., gdzie operowano ją z powodu krwotoku śródmózgowego i podpajecznikowego z pękniętego tętniaka tętnicy łączącej przedniej. Chora w stanie ciężkim, bez kontaktu z założoną rurką tracheostonią (śpiączka), była karmiona przez rurkę. W takim stanie została ona przewieziona do ZOL w R.. Stan odżywienia chorej określono jako wyniszczenie. W tej placówce w trakcie wizyt kontrolnych stan ogólny według skali K. oceniano na poziomie 40 punktów. Z kolei pacjent H. J. – PESEL (...) był leczony operacyjnie w (...) w O. z powodu ostrego krwaka podtwardówkowego po stronie lewej. Chory w stanie ciężkim po operacji, nieprzytomny. W zaleceniach lekarskich zawarto zapis: żywienie przez sondę. W dniu 22 stycznia 2009 roku chorego przeniesiono do (...)w O. celem leczenia farmakologicznego i rehabilitacji. W tym ośrodku stan ogólny chorego w skali K. określono na poziomie 40 punktów. Pacjent J. S. – PESEL (...) był leczony w (...) w B.. Po resuscytacji krążeniowo-oddechowej w przebiegu zawału mięśnia sercowego. Chory był w stanie apallicznym. Założono P.. Następnie chorego przekazano do ZOL w R.. W tej placówce jego stan w skali K. określono na poziomie 40 punktów.

Nadto Sąd Okręgowy ustalił, że w toku tej samej kontroli stwierdzono, iż (...) (...) - (...) w D. wykazał do rozliczenia do Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia prowadzenie żywienia dojelitowego w warunkach domowych w czasie kiedy pacjent był hospitalizowany, a dotyczyło to pacjenta o nr PESEL (...) w okresie 14-16 marca 2010 roku i w okresie 20-31 marca 2010 roku oraz pacjenta o nr PESEL (...) w okresie 21-24 listopada 2009 roku.

W tych okolicznościach Sąd I instancji uznał, że powództwo nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd Okręgowy zaznaczył, że w zapisie załącznika nr 3 do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr (...), iż kwalifikacja do leczenia żywieniowego w warunkach domowych odbywa się w szpitalu nie określono, w jakiej formie ta kwalifikacja ma być dokonana. Zdaniem Sądu, kwalifikacja do leczenia to nie tylko, ani nie przede wszystkim dokument z jednym czy kilkoma zdaniami, ale w szczególności stan pacjenta (rodzaj schorzenia, rodzaj i zakres operacji jaką przebył, czy jest to pacjent przytomny, czy w stanie wegetatywnym, czy istnieje konieczność żywienia dojelitowego, czy też możliwość karmienia doustnego). Postępowanie szpitali jest faktyczną kwalifikacją do leczenia żywieniowego. Tymczasem, choć w dokumentacji szpitalnej trzech pacjentów o nr PESEL (...), (...), (...) nie było wyraźnego pisemnego stwierdzenia szpitala o zakwalifikowaniu ich do leczenia żywieniowego, to stan tych trzech pacjentów był bardzo ciężki. Po leczeniu szpitalnym nie zostali oni wypisani do domu, ale do zakładów opieki leczniczej, u każdego z tych pacjentów wykonano operacyjnie sztuczny dostęp do przewodu pokarmowego i karmiono ich dojelitowo, bowiem byli w tak ciężkim stanie, że nie było możliwości normalnego, doustnego karmienia. Według wytycznych (...) for C. N. and Metabolizm przezskórną endoskopową gastrostomię rozważyć należy między innymi w przypadku zaburzeń połykania w następstwie chorób neurologicznych takich jak udar mózgu (dwóch pacjentów było w takim stanie) oraz stanów chorobowych w przebiegu których dochodzi do niedożywienia (taki stan stwierdzono u wszystkich trzech pacjentów). Cała trójka pacjentów w skali K. miała 40 stopień, a to oznacza, że byli oni niesprawni i wymagali ciągłej pomocy i specjalistycznej opieki. Brak jednego zdania w kartach informacyjnych leczenia szpitalnego tych pacjentów nie może przesądzać o niezasadności ich żywienia dojelitowego. Niezastosowanie u tych pacjentów takiego żywienia skutkowałoby ich śmiercią. W konsekwencji Sąd stwierdził, że istniała faktyczna, wynikająca z ogólnego stanu zdrowia tych trzech pacjentów, kwalifikacja do żywienia dojelitowego i dlatego powód nie może domagać się zwrotu środków finansowych na podstawie § 28 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z dnia 13 maja 2008 roku). Skoro pozwani działali zgodnie z umową mając kwalifikacje do leczenia żywieniowego tych trzech pacjentów, to powód nie mógł naliczyć kar umownych.

Sąd I instancji nie uwzględnił też zarzutu powoda, że (...) (...) - (...) w D. w rozliczeniu wykazał do oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia prowadzenie żywienia dojelitowego w warunkach domowych w czasie kiedy pacjent był hospitalizowany. Mając na uwadze, że dotyczyło to dwóch pacjentów, jednego w okresie 14-16 marca 2010 roku i w okresie 20-31 marca 2010 roku, a drugiego w okresie 21-24 listopada 2009 roku Sąd Okręgowy dał wiarę twierdzeniom pozwanych, że nie mieli oni wiedzy, iż ci pacjenci przez pewien okres przebywali w szpitalu. Zaznaczył, że kontrole pacjentów dokonywane przez lekarzy zatrudnionych przez pozwanych nie były częste, a faktyczne pobyty pacjentów

w szpitalu były bardzo krótkie i mogło się zdarzyć, że między wizytami pacjent przez kilka dni był w szpitalu, o czym pozwani nie wiedzieli. Jednocześnie Sąd I instancji podkreślił, że pozwani po dowiedzeniu się o pobytach tych pacjentów w szpitalu dokonali korekty faktur i zwrotu środków pieniężnych przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W ocenie Sądu nie można zatem mówić o nienależnie pobranych przez pozwanych środkach pieniężnych, ale o omyłce, którą powód winien był wyjaśnić z pozwanymi.

O kosztach procesu Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 98 k.p.c.

Powyższy wyrok w całości zaskarżył apelacją powód, zarzucając:

1. naruszenie prawa materialnego, a mianowicie:

a) art. 483 § 1 k.c. w zw. z § 29 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zw. z § 6 umowy z dnia 28 grudnia 2008 roku nr (...) poprzez niezastosowanie ich w sprawie i oddalenie powództwa, pomimo podstaw do jego uwzględnienia z uwagi na zaistnienie przesłanek odpowiedzialności pozwanych z tytułu nałożonych na nich kar umownych z tytułu nienależytego wykonania łączącej strony umowy,

b) § 28 ust. 1 i 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej poprzez niezastosowanie go w sprawie i oddalenie powództwa, pomimo podstaw do jego uwzględnienia, z uwagi na zaistnienie przesłanek do zwrotu przez pozwanych nienależnie pobranych środków finansowych wynikających z zakwestionowania w wyniku przeprowadzonej kontroli wykonanych świadczeń oraz wykazania tych przesłanek przez powoda, co było wynikiem błędnej wykładni zapisów załącznika nr 3 do zarządzenia Warunki udzielania świadczeń w rodzaju: świadczenia odrębnie kontraktowane do zarządzenia Nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 października 2008 roku w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie „Kwalifikacji pacjenta do leczenia żywieniowego w warunkach domowych odbywa się w szpitalu” prowadzącej do przyjęcia, że za spełniającą wymóg kwalifikacji w szpitalu – niezbędny do rozliczenia świadczeń – należy uznać sytuację, w której zalecenie bądź skierowanie do leczenia żywieniowego w warunkach domowych nie wynika z dokumentacji medycznej – karty wypisowej bądź skierowania pochodzącego ze szpitala, a lekarze zespołu żywieniowego bądź innych niż szpital zakładów mogą dokonać takiej kwalifikacji biorąc pod uwagę jedynie stan pacjenta, niezależnie od tego czy istnieją zalecenia do takiego leczenia pochodzące od szpitala,

c) § 16 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, w brzmieniu obowiązującym w 2009 roku, poprzez błędną jego wykładnię a w konsekwencji jego niezastosowanie, co skutkowało oddaleniem powództwa z uwagi na przyjęcie, że zakwalifikowanie pacjenta do leczenia żywieniowego w warunkach domowych nie musi przybrać formy pisemnej oraz że w karcie wypisowej ze szpitala nie jest konieczne wpisanie zaleceń co do dalszego leczenia i żywienia pacjenta w celu spełnienia wymogów formalnych do objęcia pacjenta opieką leczenia żywieniowego w warunkach domowych w zakresie kwalifikacji w szpitalu,

d) art. 355 k.c. poprzez niezastosowanie go w sprawie, a w konsekwencji przyjęcie, że pomimo stwierdzonych naruszeń wynikających z akt kontroli, między innymi przedstawienia do rozliczenia świadczeń dla pacjentów, którzy byli w tym samym czasie hospitalizowani, pozwanemu nie można zarzucić działania niezgodnego z umową, w sytuacji gdy od podmiotów profesjonalnych, wykonujących działalność zawodową powinno się wymagać szczególnej staranności w wykonywaniu zobowiązań;

2. naruszenie prawa procesowego, które miało istotny wpływ na wynik sprawy, a mianowicie:

a) art. 229 k.p.c. polegające na pominięciu okoliczności, iż fakt naruszenia postanowień łączącej strony umowy stwierdzonych w postępowaniu kontrolnym oraz zasadności i podstaw do zapłaty przez pozwanych kary umownej został przyznany przez stronę pozwaną w trakcie zeznań pozwanych S. K. oraz M. S.,

b) art. 230 k.p.c. polegające na pominięciu okoliczności, iż fakt naruszenia postanowień łączącej strony umowy stwierdzonych w postępowaniu kontrolnym oraz zasadności i podstaw do zapłaty przez pozwanych kary umownej został przyznany przez stronę pozwaną, już po wytoczeniu powództwa, w sposób konkludentny poprzez skorygowanie dokumentów rozliczeniowych w zakresie zakwestionowanych świadczeń, przedstawionych do zapłaty za pacjentów, którzy byli w tym czasie hospitalizowani i w dniu 2 maja 2013 roku zwrócenie nienależnych środków za zakwestionowane świadczenia pacjentów, którzy byli w okresie finansowania hospitalizowani,

c) art. 231 k.p.c. poprzez błędne uznanie, że z ustalonego stanu faktycznego, tj. założenia pacjentom sztucznego dostępu, przy braku w dokumentacji medycznej zaleceń do leczenia żywieniowego można wywieść fakt, że szpital zakwalifikował takich pacjentów do leczenia żywieniowego w warunkach domowych,

d) art. 232 k.p.c. poprzez przyjęcie, że powód nie wywiązał się z obowiązku udowodnienia okoliczności, z których wywodzi skutki prawne, iż strona pozwana nienależycie wykonywała umowę i z tego tytułu jest zobowiązana do zapłaty kary umownej oraz iż z uwagi na zakwestionowanie wykonanych świadczeń strona zobowiązana jest do zwrotu nienależnie wypłaconych środków finansowych, podczas gdy powód zaoferował logiczne, wzajemnie uzupełniające się dowody nie tylko w postaci dokumentów takich jak protokół kontroli i wystąpienie pokontrolne, ale także dokumentację medyczną pacjentów, zeznania świadków i stron,

e) art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów zgromadzonych w sprawie, brak wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego oraz sprzeczność istotnych ustaleń sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego polegające na:

- przyjęciu, iż działanie pozwanego było zgodne z umową i nie można mu zarzucić naruszenia jej postanowień, pomimo iż z materiału dowodowego wskazanego przez sąd, tj. protokołu kontroli i wystąpienia pokontrolnego, dokumentacji medycznej pacjentów oraz zeznań świadków wynika przeciwny wniosek,

- wybiórczej analizie materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie oraz oparciu rozstrzygnięcia wyłącznie na twierdzeniach strony pozwanej, iż zgromadzona w sprawie dokumentacja medyczna zgromadzona w przedmiotowej sprawie stanowi potwierdzenie zakwalifikowania pacjenta do leczenia żywieniowego w warunkach domowych, co w konsekwencji doprowadziło do uznania, że powód niezasadnie zakwestionował środki pieniężne przekazane stronie pozwanej za świadczenia wykonane bez kwalifikacji szpitalnej i zażądał ich zwrotu,

- poprzez bezpodstawne oraz sprzeczne z zasadami logiki i doświadczenia życiowego przyjęcie, że z załączonej do pozwu dokumentacji medycznej pochodzącej ze szpitala można wywieść spełnienie wymogu kwalifikacji do leczenia żywieniowego w warunkach domowych, a w konsekwencji czego przyjęcie, że stronie pozwanej nie można w tym zakresie zarzucić działania niezgodnego z umową z pominięciem obowiązków szpitala odnotowania w dokumentacji medycznej przebiegu leczenia oraz zaleceń co do dalszego leczenia pacjenta,

e) art. 328 § 2 k.p.c. polegające na:

- niewyjaśnieniu podstawy prawnej wyroku z przytoczeniem przepisów prawa,

- niewskazaniu podstawy faktycznej rozstrzygnięcia w zakresie uznania za nieusprawiedliwione roszczeń powoda z tytułu nałożonej przez niego w wyniku kontroli kary umownej oraz żądaniem zwrotu nienależnych środków finansowych,

- braku wskazania dowodów, na których sąd się oparł oraz dowodów, którym odmówił wiarygodności i mocy dowodowej – sąd jedynie ograniczył się do informacji, iż rozstrzygnięcie oparł przede wszystkim na dokumentach zgromadzonych w sprawie, a zeznania świadków i stron miały znaczenie drugorzędne,

f) art. 244 § 2 k.p.c. polegające na niezastosowaniu go w sprawie i pominięciu domniemania prawnego wynikającego z tej normy prawnej, a w konsekwencji przyjęciu, że strona pozwana skutecznie zakwestionowała autentyczność oraz

okoliczności i fakty zawarte w dokumentach urzędowych – protokole kontroli z dnia 12 października 2010 roku oraz wystąpieniu pokontrolnym z dnia 13 listopada 2010 roku,

g) art. 98 § 1 i 2 k.p.c. w zw. z art. 72 § 1 pkt 1 k.p.c. poprzez obciążenie strony powodowej kosztami zastępstwa procesowego na rzecz każdego z pozwanych, w sytuacji, gdy każdy z pozwanych był reprezentowany przez tego samego profesjonalnego pełnomocnika w sytuacji, gdy prawa lub obowiązki pozwanych są oparte na tej samej podstawie faktycznej i prawnej.

Domagał się zmiany zaskarżonego wyroku i zasądzenia od pozwanych solidarnie na rzecz powoda kwoty 80.956,13 złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 2 marca 2011 roku do dnia 11 kwietnia 2011 roku oraz od dnia 12 stycznia 2012 roku do dnia zapłaty, a także zasądzenia solidarnie od pozwanych na rzecz powoda kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych za obie instancje, ewentualnie uchylenia zaskarżonego wyroku i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji i zasądzenia solidarnie od pozwanych na rzecz powoda kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych za instancję odwoławczą.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja niemal w całości zasługuje na uwzględnienie.

Sąd Okręgowy prawidłowo ustalił literalną treść umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie z dnia 29 grudnia 2008 roku. Prawidłowe są też ustalenia Sądu I instancji co do wyników kontroli (...) (...) (...) w D. przeprowadzonej przez powoda w dniach 29 czerwca – 30 września 2010 roku, jak też co do sytuacji zdrowotnej pacjentów o numerach PESEL (...), (...), (...). Ustalenia te Sąd Apelacyjny podziela i przyjmuje za własne.

Jednocześnie Sąd I instancji trafnie przypisał legitymację bierną (...) Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w K. oraz (solidarnie) dotychczasowym wspólnikom Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej N. – (...) Spółce jawnej w K. T. K., S. K. i P. S., aczkolwiek błędnie wskazał, że stroną umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie z dnia 29 grudnia 2008 roku jest (...) (...) (...) w D..

Według art. 132 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2008 roku, Nr 164, poz. 1027) – dalej jako ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej – umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia jest podstawą do udzielania tych świadczeń i ich finansowania przez Fundusz ze środków publicznych. Zgodnie z art. 5 pkt 41 tej ustawy, w brzmieniu obowiązującym w grudniu 2008 roku, świadczeniodawcą był także zakład opieki zdrowotnej. Do dnia wejścia w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (j.t. Dz. U. z 2013 roku, poz. 217 ze zm.), która przyznała podmiotowość leczniczą samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej, działalność zakładów opieki zdrowotnej uregulowana była przepisami ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 roku, Nr 14, poz. 89 ze zm.), a zgodnie z art. 1 tej ustawy za zakład opieki zdrowotnej uznawano wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych utworzony i utrzymywany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej rozróżniała przy tym zakłady opieki zdrowotnej publiczne i niepubliczne, przy czym w żaden sposób nie określała formy prowadzenia tych ostatnich, choć (...) (w przeciwieństwie do publicznego) nie został wyposażony w zdolność sądową, ani osobowość prawną, co stanowiło przeszkodę do uznawania go za stronę czynności cywilnoprawnej, mogącą następnie występować w postępowaniu sądowym (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 13 kwietnia 2005 roku, V CK 729/04, LEX nr 277117).

Do dnia wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej istniała zatem sprzeczność pomiędzy literalnym brzmieniem art. 132 i art. 5 pkt 41 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, a art. 33 k.c., bowiem o ile te pierwsze przepisy nie wykluczyły wprost możliwości zawarcia umowy przez niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej i także te podmioty traktowały jako świadczeniodawców, to art. 33 k.c. za osobę prawną uznaje Skarb Państwa i jednostki organizacyjne

wyposażone w tę osobowość przez przepisy szczególne i im tylko przypisuje zdolność prawną i zdolność do czynności prawnych. Dla oceny, kto może być stroną umowy rozstrzygające znaczenie mają jednak unormowania kodeksu cywilnego, który winien być postrzegany jako akt rozstrzygający o kwestiach podmiotowości i zdolności prawnej, a wykładnia systemowa nakazuje uwzględnić usytuowanie danego przepisu w systemie obowiązujących norm, w tym mających zasadnicze znaczenie dla danej gałęzi prawa, przepisy innych ustaw muszą być wykładane w sposób, który zapewni poszanowanie zasady niesprzeczności systemu prawa.

Mając na uwadze, że legalna definicja zakładu opieki zdrowotnej zakładała ujęcie przedmiotowe i przez to przybliżała pojęcie zakładu opieki zdrowotnej do pojęcia przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 55¹ k.c. w piśmiennictwie wskazywano, że jest ona wręcz synonimem przedsiębiorstwa (por. P. Bielski, glosa do postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 26 kwietnia 2002 roku, IV CKN 1667/00, LEX nr 55847). Akceptując ten pogląd przyjąć zatem należy, że – podobnie jak przedsiębiorstwo – zakład opieki zdrowotnej stanowił tylko narzędzie dla prowadzącego go podmiotu do realizacji prowadzonej działalności.

Tak więc stroną zawartej z powodem umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie z dnia 29 grudnia 2008 roku był (...)– (...) Spółka jawna w K., a nie prowadzony przez tę (...) (...)– (...) w D..

Skoro (...) – (...) Spółka jawna w K. została przekształcona w (...) Spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością w K., to zgodnie z art. 553 k.s.h. (...) Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w K. przysługują wszystkie prawa i obowiązki spółki przekształcanej, a stosownie do art. 574 k.s.h. wspólnicy przekształcanej spółki odpowiadają na dotychczasowych zasadach solidarnie ze spółką przekształconą za zobowiązania spółki powstałe przed dniem przekształcenia przez okres trzech lat, licząc od tego dnia.

Tym samym nie mógł być uwzględniony podniesiony w odpowiedzi na apelację zarzut, że pozwani nie odpowiadają wobec powoda na podstawie umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie z dnia 29 grudnia 2008 roku.

Przechodząc do apelacji w pierwszej kolejności trzeba wskazać, że nie było podstaw do uwzględnienia zarzutu naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. Zarzut obraży tego przepisu może być usprawiedliwiony tylko wtedy, gdy uzasadnienie zaskarżonego wyroku nie posiada wszystkich koniecznych elementów, bądź zawiera braki w zakresie poczynionych ustaleń faktycznych i oceny prawnej tak znaczne, że sfera motywacyjna orzeczenia pozostaje nieujawniona bądź ujawniona w sposób uniemożliwiający poddanie jej ocenie instancyjnej. W niniejszej sprawie taka sytuacja nie ma jednak miejsca. Pisemne motywy zaskarżonego orzeczenia zawierają ustalenia faktyczne, ocenę zebranych dowodów oraz rozważania prawne. Uzasadnienie zaskarżonego wyroku pozwala na poddanie go kontroli instancyjnej.

Nieskuteczny był też zarzut naruszenia art. 232 zdanie pierwsze k.p.c. (o który z pewnością chodziło skarżącemu, skoro nie zarzucał on niedopuszczenia z urzędu konkretnych dowodów – art. 232 zdanie drugie k.p.c.), bowiem adresatem tego przepisu jest strona, a nie sąd i sąd nie może naruszyć tego przepisu.

Nieuzasadniony był także zarzut naruszenia art. 231 k.p.c., bowiem Sąd Okręgowy nie wnioskował w trybie tego przepisu. Sąd I instancji z faktu założenia pacjentom o numerach PESEL (...), (...), (...) sztucznego dostępu do przewodu pokarmowego nie wyprowadził wniosku co do istnienia kwalifikacji szpitalnej do leczenia żywieniowego tych pacjentów w warunkach domowych, ale stan zdrowia tych pacjentów i postępowanie szpitali wobec tych pacjentów uznał za kwalifikację szpitalną do ich leczenia żywieniowego w warunkach domowych.

Z kolei zarzucając obrazę art. 233 § 1 k.p.c. przez przyjęcie, że kwalifikacją szpitalną do leczenia żywieniowego w warunkach domowych jest stan zdrowia pacjenta i podejmowane wobec niego czynności lecznicze, w szczególności założenie sztucznego dostępu do przewodu pokarmowego apelujący kwestionuje ocenę ustalonego stanu faktycznego (a nie dowodów). Zarzut błędnego przyjęcia, że kwalifikacją szpitalną do leczenia żywieniowego w warunkach domowych jest stan zdrowia pacjenta i podejmowane wobec niego czynności lecznicze, w szczególności założenie sztucznego dostępu do przewodu pokarmowego musi być zatem oceniony w ramach naruszenia prawa materialnego.

To, że Sąd Okręgowy niezasadnie uznał, iż kwalifikacją szpitalną do leczenia żywieniowego w warunkach domowych, stanowiącą warunek udzielenia przez świadczeniodawcę świadczeń w zakresie leczenia żywieniowego w warunkach domowych i pokrycia ich kosztów przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jest stan zdrowia pacjenta i podejmowane wobec niego czynności lecznicze, w szczególności założenie sztucznego dostępu do przewodu pokarmowego skarżący zakwestionował także w ramach zarzutu naruszenia § 28 ust. 1 i 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 roku, Nr 81, poz. 484) i zarzutu naruszenia § 16 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2006 roku, Nr 247, poz. 1819), w brzmieniu obowiązującym w 2009 roku, a zarzuty te Sąd Apelacyjny podzielił.

W umowie nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie z dnia 29 grudnia 2008 roku świadczeniodawca zobowiązał się wykonywać ją zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie ustalanych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 roku, Nr 81, poz. 484). W wiążącym strony umowy zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr (...) z dnia 17 grudnia 2008 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, w § 7 ust. 2 wskazano, że świadczeniodawca powinien spełniać wymagania określone w załączniku nr 3 do zarządzenia oraz w przepisach odrębnych, a w załączniku nr 3 przewidziano, że wymaganym warunkiem udzielenia świadczeń w zakresie leczenia żywieniowego w warunkach domowych, a tym samym do pokrycia ich kosztów przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest kwalifikacja szpitalna. W § 9 ust. 1 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr (...) z dnia 17 grudnia 2008 roku wskazano, że sposób i warunki udzielania świadczeń określone zostały w załączniku nr 4 do tego zarządzenia, a w załączniku tym podano, że kwalifikacja do leczenia żywieniowego w warunkach domowych odbywa się w szpitalu.

W tym miejscu trzeba wskazać, że wbrew wyrażonemu w odpowiedzi na apelację stanowisku pozwanych, pacjentom o numerach PESEL (...), (...), (...) świadczeniodawca udzielał świadczeń w zakresie leczenia żywieniowego w warunkach domowych. Zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 11 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr (...) z dnia 17 grudnia 2008 roku świadczenia wykonywane w warunkach domowych to świadczenia udzielane w miejscu pobytu pacjenta. W przypadku tych pacjentów była zatem wymagana kwalifikacja szpitalna.

Niedookreślone w załączniku nr 3 i załączniku nr 4 do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr (...) z dnia 17 grudnia 2008 roku, ani w samym tym zarządzeniu sformułowanie „kwalifikacja do leczenia żywieniowego w warunkach domowych odbywa się w szpitalu”, wbrew stanowisku pozwanych i Sądu I instancji, nie może być rozumiane jako stan zdrowia pacjenta i podejmowane wobec niego czynności lecznicze, w szczególności założenie sztucznego dostępu do przewodu pokarmowego, tzw. przezskórnej endoskopowej gastrostomii.

Podkreślenia wymaga, że założenie sztucznego dostępu do przewodu pokarmowego, jak wynika z zeznań przesłuchanych w sprawie świadków U. J., B. T., K. J., B. K., ale także z zeznań przesłuchanego w charakterze strony A. Z. i pozwanego S. K., nie wyłącza odżywiania z użyciem tzw. diety kuchennej, a żywienie dojelitowe, które było świadczone przez świadczeniodawcę pacjentom o numerach PESEL (...), (...), (...), zostało zdefiniowane w załączniku nr 4 do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr (...) z dnia 17 grudnia 2008 roku jako żywienie polegające na podawaniu białka, tłuszczów, elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych i wody, przy użyciu diet innych niż naturalne i w sposób inny niż doustnie w domu chorego, wraz z kompleksową opieką nad chorym, obejmującą szczegółowo wymienione tam czynności. Samo założenie sztucznego dostępu do przewodu pokarmowego nie może być zatem uznane za kwalifikację szpitalną do żywienia dojelitowego w warunkach domowych.

W załączniku nr 4 do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr (...) z dnia 17 grudnia 2008 roku, jak podnieśli pozwani w odpowiedzi na apelację, przewidziano, że rozpoczęcie i prowadzenie leczenia

żywieniowego w warunkach domowych wymaga: stwierdzenia, że chorego nie można skutecznie odżywiać doustnie, poziomu intelektualnego chorego lub opiekuna umożliwiającego przeszkolenie w zakresie zasad leczenia, dobrania odpowiedniego programu leczenia zapewniającego stan metaboliczny chorego, przewodu pokarmowego sprawnego na tyle, że możliwe jest podanie co najmniej 1000 kcal drogą przewodu pokarmowego, zapewnienia transportu do wykonania badań kontrolnych i z powrotem – ze wskazań medycznych, zapewnienia wizyt domowych lekarza/pielęgniarki – w przypadku wskazań, ale są to kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia, a nie kwalifikacja szpitalna do leczenia żywieniowego w warunkach domowych.

W ocenie Sądu Apelacyjnego kwalifikacja szpitalna do leczenia żywieniowego w warunkach domowych to formalne zalecenie w postaci skierowania do poradni żywienia, bądź wskazania w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego sposobu żywienia. Tak więc kwalifikacja szpitalna do żywienia dojelitowego w warunkach domowych to skierowanie do poradni takiego żywienia, bądź wskazanie do takiego żywienia w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego.

Z § 16 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2006 roku, Nr 247, poz. 1819), obowiązującego w latach 2009 i 2010, wynika, że w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego należy podać m.in. zastosowane leczenie w przypadku wykonania zabiegu – jego datę oraz wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia. Spośród 36 pacjentów, którym w skontrolowanym przez powoda czasie świadczeniodawca udzielił świadczeń w zakresie leczenia żywieniowego w warunkach domowych, tylko w przypadku pacjentów o numerach PESEL (...), (...), (...) w kartach informacyjnych leczenia szpitalnego nie było wskazania co do żywienia dojelitowego. Nie można zatem uznać, że generalnie w kartach informacyjnych z leczenia szpitalnego nie było wskazań co do leczenia żywieniowego w warunkach domowych. To, że wskazania co do leczenia żywieniowego w warunkach domowych były w kartach z leczenia szpitalnego pacjentów, czy też skierowaniach potwierdzili też świadkowie U. J., K. J., B. K., czy też przesłuchany w charakterze strony A. Z..

Jakkolwiek świadczeniodawca nie wystawiał karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, to w przypadku braku wskazania w tej karcie co do żywienia dojelitowego w warunkach domowych nie mógł on udzielić takiego świadczenia. Skoro bowiem zgodnie z umową nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie z dnia 29 grudnia 2008 roku podstawowym warunkiem udzielenia świadczenia w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych było uzyskanie kwalifikacji szpitalnej, to w przypadku jej braku świadczeniodawca nie mógł udzielić takiego świadczenia, a udzielając go powinien był wystąpić o sanowanie tego braku w trakcie udzielania świadczenia. To, że w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, czy zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr (...) z dnia 17 grudnia 2008 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie nie przewidziano uprawnienia świadczeniodawcy do żądania uzupełnienia karty informacyjnej z leczenia szpitalnego nie oznacza, że nie mógł on domagać się uzupełnienia tej karty o wskazanie co do sposobu żywienia. Pozwani nie wykazali, by przed udzieleniem pacjentom o numerach PESEL (...), (...), (...) świadczeń w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych lub w ich trakcie podejmowali jakiegokolwiek działania zmierzające do sanowania braków w kartach informacyjnych z leczenia szpitalnego tych pacjentów w postaci niewskazania żywienia dojelitowego w warunkach domowych.

W tym miejscu trzeba wskazać, że wpisania w karcie przekazania pacjenta o numerze PESEL (...) zalecenia; dieta N., na co wskazali pozwani w odpowiedzi na apelację, nie sposób uznać za formalną kwalifikację szpitalną do żywienia dojelitowego w warunkach domowych.

Uzasadnienia dla udzielenia przez świadczeniodawcę świadczenia w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych bez formalnej kwalifikacji szpitalnej do takiego żywienia i żądania zapłaty za to świadczenie nie można doszukać się w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej lub art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (j.t. Dz. U. z 2011 roku, Nr 277, poz. 1634 ze zm.) nakazujących udzielenie świadczeń w przypadkach niecierpiących zwłoki. Przepisy te w istocie modyfikują umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie z dnia 29 grudnia 2008 roku i uzasadniają żądanie

zapłaty za świadczenia, ale zrealizowane tylko w sytuacji natychmiastowej potrzeby udzielenia pomocy medycznej, w razie zagrożenia życia lub zdrowia człowieka lub w innych przypadkach niecierpiących zwłoki (np. pacjenci z udarem mózgu, zawałem serca, poszkodowani w wypadkach drogowych). Z art. 5 pkt 33 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej wynika, że za stan nagłego zagrożenia zdrowotnego na gruncie tej ustawy przyjmuje się stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Wymagań tych zasadniczo nie spełnia wykonanie czynności wprawdzie niezbędnych, ale podjętych w zaplanowanych wcześniej i uzgodnionych z pacjentem terminach, gdy ponadto z innych przyczyn nie zachodzi konieczność udzielenia świadczeń przez tego świadczeniodawcę. Działanie w warunkach nagłych ze swej istoty ma charakter jednorazowy (nawet gdy mieści w sobie szereg czynności), nie zaś charakter ciągłej opieki medycznej z bliżej nieokreślonym terminem jej zakończenia.

Formalny charakter kwalifikacji szpitalnej do leczenia żywieniowego w warunkach domowych uzasadniony jest zaangażowaniem środków publicznych na realizację przez powoda umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie z dnia 29 grudnia 2008 roku. W obszarze świadczeń medycznych tego typu formalizm jest praktykowany właśnie z uwagi na udział środków publicznych przy realizacji tych świadczeń. Narodowy Fundusz Zdrowia musi mieć kontrolę nad realizowanym za pomocą środków publicznych świadczeniem medycznym, a przy braku formalizmu ta kontrola byłaby bardzo utrudniona, o ile w ogóle możliwa.

Świadczeniodawca zawierając umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie z dnia 29 grudnia 2008 roku był świadomy istnienia wymogu udzielenia świadczenia w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych w postaci formalnej kwalifikacji szpitalnej do żywienia dojelitowego w warunkach domowych i godził się na ten wymóg.

Udzielenie przez świadczeniodawcę pacjentom o numerach PESEL (...), (...), (...) świadczeń w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych bez formalnej kwalifikacji szpitalnej do takiego żywienia rodzi po stronie pozwanych obowiązek zwrotu powodowi przekazanych przez niego środków finansowych na realizację tych świadczeń.

W umowie nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie z dnia 29 grudnia 2008 roku, jak wskazano powyżej, strony przewidziały wprost, że do zasad i warunków jej wykonywania mają zastosowanie przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie zaś z § 28 ust. 1 załącznika do tego rozporządzenia w przypadku stwierdzenia przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przekazania świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych kwota przekazanych środków podlega zwrotowi w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania Funduszu do ich zwrotu, a w przypadku gdy termin określony w wezwaniu do zapłaty przypada wcześniej niż termin dokonania kolejnej płatności przez Fundusz, świadczeniodawca jest zobowiązany do dokonania zlecenia przelewu w dniu dokonania płatności przez Fundusz, a z ust. 3 wynika, że w przypadku wyczerpania procedury kontrolnej z art. 64, 160 i 161 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia przysługuje prawo potrącenia nienależnie przekazanych środków wraz z odsetkami ustawowymi z należności przysługującej świadczeniodawcy, przy czym odsetki ustawowe nie przysługują Funduszowi za okres od dnia, w którym upłynął termin określony w ustawie do rozpatrzenia zażalenia na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu do dnia jego rozpatrzenia. Tak więc strony zastrzegły w umowie zwrot świadczenia wypłaconego przez Narodowy Fundusz Zdrowia o ile okaże się ono nienależne. Owa nienależność świadczenia oczywiście może być wykazana protokołem kontroli przeprowadzonej przez osoby upoważnione ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia w trybie art. 64 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Uprawnienia kontrolne narodowego Funduszu Zdrowia zostały zagwarantowane jako uprawnienia państwowej jednostki organizacyjnej dysponującej i odpowiadającej za wydatkowanie środków publicznych, a protokół kontroli i wystąpienie pokontrolne są prawną formą odzwierciedlającą wynik przeprowadzonej kontroli i jako takie mają walor dokumentu urzędowego w rozumieniu art. 244 k.p.c.

W świetle umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie z dnia 29 grudnia 2008 roku, pozwani nie mogą na podstawie art. 411 k.c. uchylić się od obowiązku zwrotu przekazanych przez powoda nienależnych środków finansowych na realizację świadczenia w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych bez formalnej kwalifikacji szpitalnej do takiego żywienia. Wewnątrz umownych stosunków zobowiązaniowych nie można bowiem konstruować roszczeń w reżimie bezpodstawnego wzbogacenia.

Niezasadne okazały się natomiast zarzuty apelacji, w ramach których powód kwestionował nieobciążenie pozwanych obowiązkiem zwrotu przekazanych przez powoda nienależnych środków finansowych na realizację świadczenia w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych w czasie hospitalizowania pacjentów o numerach PESEL (...) i (...). Z pisma powoda z dnia 24 maja 2013 roku (k. 439), a także z apelacji i stanowiska pełnomocnika powoda na rozprawie apelacyjnej wynika, że w dniu 2 maja 2013 roku (...) (...) - (...) w D. dokonał wpłaty na konto powoda kwoty 2.200 złotych, która, wobec braku stosownego zastrzeżenia wpłacającego, została zaliczona na poczet kwoty 352 złotych stanowiącej nienależne środki finansowe przekazane przez powoda na realizację świadczenia w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych w czasie hospitalizowania pacjentów o numerach PESEL (...) i (...), a pozostała część wpłaty została zaliczona na poczet nienależnych środków finansowych przekazanych przez powoda na realizację świadczenia w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych pacjentów o numerach PESEL (...), (...), (...) bez formalnej kwalifikacji szpitalnej do takiego żywienia.

Tym samym powód mógł domagać się od pozwanych kwoty 70.400 złotych tytułem zwrotu nienależnych środków finansowych przekazanych przez powoda na realizację świadczenia w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych pacjentów o numerach PESEL (...), (...), (...) bez formalnej kwalifikacji szpitalnej do takiego żywienia ((72.248 złotych – (2.200 złotych – 352 złote)). Żądanie powoda o zwrot pozostałej części nienależnych środków finansowych przekazanych przez niego na realizację świadczenia w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych pacjentów o numerach PESEL (...), (...), (...) bez formalnej kwalifikacji szpitalnej do takiego żywienia, jak i o zwrot nienależnych środków finansowych przekazanych przez powoda na realizację świadczenia w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych w czasie hospitalizowania pacjentów o numerach PESEL (...) i (...) podlegało oddaleniu.

Na uwzględnienie zasługiwało także żądanie powoda o zapłatę kary umownej w kwocie 8.356,13 złotych, obejmującej kwotę 6.686,59 złotych stanowiącej 1,20% kwoty zobowiązania wynikającej z umowy dla danego zakresu świadczeń za 2009 rok oraz kwotę 1.669,54 złotych stanowiącej 1,20% kwoty zobowiązania wynikającej z umowy dla danego zakresu świadczeń za 2010 rok, naliczonej na podstawie § 29 ust. 1 oraz § 30 ust. 1 pkt 2 lit. c, pkt 3 lit. e załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W § 6 ust. 1 umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie z dnia 29 grudnia 2008 roku strony postanowiły, że w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, która zgodnie z ust. 4 nakładana jest w trybie i na zasadach określonych w ogólnych warunkach umów. Zgodnie z § 29 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej umowa może zawierać zastrzeżenie o karze umownej w razie stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy (ust. 1), dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia określa każdorazowo, w wezwaniu do zapłaty, wysokość kary umownej oraz termin zapłaty, który nie może być krótszy niż 14 dni od dnia wezwania, w przypadku gdy termin określony w wezwaniu do zapłaty przypadnie wcześniej niż termin dokonania kolejnej płatności przez Fundusz, świadczeniodawca jest zobowiązany do dokonania zlecenia przelewu w dniu dokonania płatności przez Fundusz (ust. 4), w razie bezskutecznego upływu oznaczonego terminu, o którym mowa w ust. 4, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu ma prawo potrącania kar umownych wraz z ustawowymi odsetkami z przysługujących świadczeniodawcy należności (ust. 5), a przypadku wyczerpania procedury, o której mowa w art. 64, 160 i 161 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu przysługuje prawo do dokonania potrącenia kary umownej wraz z odsetkami ustawowymi z należności przysługującej świadczeniodawcy, przy czym odsetki ustawowe nie przysługują Funduszowi za okres od dnia, w którym upłynął termin określony w ustawie do rozpatrzenia zażalenia na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, do dnia jego rozpatrzenia (ust. 6), zaś w § 30 ust. 1 określono wysokość kary umownej w przypadku zastrzeżenia w umowie kar umownych, w razie niewykonania lub wykonania umowy niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.

Roszczenie o zapłatę kary umownej jest niezależne od żądania przez narodowy Fundusz Zdrowia zwrotu nienależnych środków finansowych. Działanie świadczeniodawcy może bowiem stanowić jednocześnie podstawę do sformułowania wezwania do zwrotu nienależnych środków finansowych oraz podstawę do nałożenia kary umownej np. z tytułu przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Narodowy Fundusz Zdrowia dokonał płatności nienależnych środków finansowych.

Nienależyte wykonanie umowy przez świadczeniodawcę, jak i wysokość kary umownej z tego tytułu może być wykazana protokołem kontroli przeprowadzonej w trybie art. 64 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej przez osoby upoważnione ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia i wystąpieniem pokontrolnym, które, jak wskazano powyżej, mają walor dokumentu urzędowego w rozumieniu art. 244 k.p.c.

Zastrzeżona w umowie nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie z dnia 29 grudnia 2008 roku kara umowa za nienależyte wykonanie umowy z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy stanowi odzwierciedlenie regulacji z art. 483 § 1 k.c. W myśl tego przepisu można zastrzec w umowie, że naprawienie szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania niepieniężnego nastąpi przez zapłatę określonej sumy (kara umowna). Zakres odpowiedzialności z tytułu kary umownej określonej w art. 483 § 1 k.c. pokrywa się z zakresem ogólnej odpowiedzialności dłużnika za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania (art. 471 k.c. i nast.), co wynika tak z celu kary umownej – kara umowna stanowi bowiem surogat odszkodowania mającego kompensować negatywną dla wierzyciela konsekwencję wynikającą z niewykonania bądź nienależytego wykonania zobowiązania, jak i z umiejscowienia przepisów jej dotyczących w kodeksie cywilnym wśród przepisów działu stanowiącego o skutkach niewykonania zobowiązania. Tak więc dłużnik może uwolnić się od zapłaty kary umownej wykazując, że niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania nie jest przez niego zawinione.

Tymczasem pozwani nie wykazali, że nienależyte wykonanie umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie z dnia 29 grudnia 2008 roku było niezawinione przez świadczeniodawcę. Pozwani nie kwestionowali też wysokości kary umownej, a to zwalniało Sąd z jej miarkowania.

W konsekwencji Sąd Apelacyjny zasądził od pozwanych solidarnie na rzecz powoda kwotę 78.756,13 złotych.

Jednocześnie Sąd Apelacyjny zasądził ustawowe odsetki w wysokości 13% w stosunku rocznym od kwoty 80.956,13 złotych od dnia 2 marca 2011 roku do dnia 11 kwietnia 2011 roku oraz od dnia 12 stycznia 2012 roku od dnia 1 maja 2013 roku i od kwoty 78.756,13 złotych od dnia 2 maja 2013 roku do dnia zapłaty, mając na uwadze żądanie powoda, jak treść § 28 i § 29 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także to, że w dniu 2 maja 2013 roku (...) (...) - (...) w D. dokonał wpłaty na konto powoda kwoty 2.200 złotych.

Korekta rozstrzygnięcia Sądu I instancji w przedmiocie żądania głównego skutkowałą zmianą orzeczenia tego Sądu o kosztach procesu.

Ostatecznie powód wygrał proces w pierwszej instancji niemal w całości i dlatego zgodnie z art. 100 zdanie drugie k.p.c. w zw. z art. 105 § 2 k.p.c. pozwani powinni solidarnie zwrócić powodowi poniesione przez niego w postępowaniu przed Sądem Okręgowym opłatę sądową od pozwu w kwocie 4.048 złotych i koszty zastępstwa procesowego w kwocie 3.600 złotych, ustalonej na podstawie § 6 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy

prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (j.t. Dz. U. z 2013 roku, poz. 490) wraz z opłatą od pełnomocnictwa w kwocie 17 złotych.

Dlatego na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zmieniono zaskarżony wyrok jak w punkcie I sentencji. Apelację w pozostałej części oddalono na podstawie art. 385 k.p.c., o czym orzeczono w punkcie II sentencji.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono mając na uwadze wynik tego postępowania oraz treść art. 100 zdanie drugie k.p.c. i art. 98 § 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c. w zw. z art. 105 § 2 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c., art. 108 § 1 k.p.c. i art. 109 k.p.c. Powód niemal w całości wygrał proces w drugiej instancji i dlatego pozwani powinni solidarnie zwrócić powodowi poniesione przez niego w postępowaniu odwoławczym opłatę sądową od apelacji w kwocie 4.048 złotych i koszty zastępstwa procesowego w kwocie 2.700 złotych, ustalonej na podstawie § 6 pkt 6 w zw. z § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (j.t. Dz. U. z 2013 roku, poz. 490).