

Sygn. akt: V ACa 169/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 lipca 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku V Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: SSA Włodzimierz Gawrylczyk (spr.)

Sędziowie: SA Teresa Sobolewska

SA Maria Sokołowska

Protokolant: stażysta Lucjan Sroczyński

po rozpoznaniu w dniu 15 lipca 2015 r. w Gdańsku

na rozprawie

sprawy z powództwa (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w T.

przeciwko N. w W. – (...) w B.

o zapłatę

na skutek apelacji obu stron

od wyroku Sądu Okręgowego w B. z dnia 4 grudnia 2014 r. sygn. akt I C 404/14

I. prostuje oznaczenie pozwanego w zaskarżonym wyroku przez dodanie po słowach „przeciwko N.” słów „w W.”;

II. zmienia zaskarżony wyrok:

a. w punkcie 1 (pierwszym) w ten sposób, że oddala powództwo,

b. w punkcie 3 (trzecim) w ten sposób, że zasądza od powoda na rzecz pozwanego kwotę 3.617 (trzy tysiące sześćset siedemnaście) zł tytułem zwrotu kosztów procesu;

II. oddala apelację powoda;

III. zasądza od powoda na rzecz pozwanego kwotę 2.700 (dwa tysiące siedemset) zł tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego;

IV. nakazuje ściągnąć od powoda na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w B. kwotę 620 (sześćset dwadzieścia) zł tytułem opłaty sądowej od uwzględnionej apelacji pozwanego.

Na oryginale właściwe podpisy.

V ACa 169/15

UZASADNIENIE

Sąd Okręgowy w B. wyrokiem z 4 grudnia 2014 r. zasądził od pozwanego N. w W. – (...) w B. na rzecz powoda (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w T. kwotę 12.388,88 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 10 grudnia 2013r., oddalił powództwo w pozostałym zakresie i zasądził od powoda na rzecz pozwanego kwotę 2.142,17 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Zasadnicze motywy wyroku są następujące:

Powód domagał się zasądzenia kwoty 12.388,88 zł z ustawowymi odsetkami od 17 stycznia 2013 r., kwoty 105.513,75 zł z ustawowymi odsetkami od 21 lutego 2013 r. i kwoty 2.814,36 zł z ustawowymi odsetkami od 21 marca 2013 r. W podstawie faktycznej powództwa podał, że zawarł z pozwanym umowę o świadczenie usług lekarza i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej i umowę o świadczenie usług leczenia szpitalnego, na podstawie pierwszej umowy pozwany powinien płacić za gotowość do świadczenia usług na podstawie listy świadczeniobiorców, pozwany bezpodstawnie nakazał skorygować wysokość świadczenia za lata 2009-2010 o kwotę 12.388,88 zł, którą powód mu zwrócił w obawie wstrzymania przez pozwanego bieżących świadczeń finansowych, a potem powód uchylił się od skutków prawnych korekty tego rozliczenia. W odniesieniu do drugiej umowy pozwany w wyniku przeprowadzonej w 2012 r. weryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w latach 2011-2012 zakwestionował zakwalifikowanie przez powoda części świadczeniobiorców do chirurgii jednego dnia w grupie procedur J33, uważając że 69 pacjentów powinno być leczonych ambulatoryjnie, z czym powód się nie zgadza, ale w obawie przed wstrzymaniem bieżącego finansowania zwrócił pozwanemu kwoty wynikające ze skorygowanych rozliczeń, a teraz domaga się ich zasądzenia, uprzednio złożył oświadczenie o uchyleniu się od skutków prawnych czynności polegającej na zwrocie pieniędzy.

Pozwany wnosił o oddalenie powództwa. Zaprzeczył twierdzeniom powoda, wskazał że dokonuje płatności na rzecz świadczeniodawców, przy czym w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej płaci im za gotowość do udzielania świadczeń. Podał, że świadczeniobiorca traci ten przymiot w chwili śmierci, więc świadczeniodawcy nie należy się wynagrodzenie za okres po śmierci świadczeniobiorcy. Twierdził, że powód dobrowolnie dokonał korekty list świadczeniobiorców i zwrócił sporną kwotę, którą otrzymał za gotowość świadczeń opieki zdrowotnej osobom, które zmarły, pozwany nie wyraził zgody na cofnięcie tej czynności przez powoda, a nadto nie wystąpiła wada w oświadczeniu powoda w tej kwestii. Powód dobrowolnie spełnił świadczenie także w zakresie drugiej umowy. Podtrzymał ustalenie kontroli, że dane z dokumentacji medycznej nie wskazywały na konieczność leczenia oznaczonych pacjentów w warunkach szpitalnych, więc korekta rozliczeń była zasadna.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

Na podstawie umów z 31 grudnia 2007 r., wielokrotnie aneksowanych, pozwany finansował świadczenia powoda polegające na udzielaniu świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej oraz polegające na udzielaniu świadczeń leczenia szpitalnego. Umowy te obejmowały także okres lat 2009-2012.

Umowa o podstawową opiekę zdrowotną stanowi, że podstawę do ustalenia liczby świadczeniobiorców objętych opieką jest lista sporządzona na podstawie deklaracji wyboru składanych przez świadczeniobiorców, którą powód przekazywał pozwanemu w okresach miesięcznych według stanu na pierwszy dzień okresu sprawozdawczego. Lista stanowi podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy. Po weryfikacji jest ona listą ostateczną.

Komunikatem z 17 października 2012 r. pozwany poinformował powoda, że przeprowadził weryfikację deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (zwanej POZ) za lata 2009-2010, w wyniku której wyselekcjonował deklaracje osób, których zgon nastąpił przed miesiącem, w którym deklaracja była rozliczana jako aktywna. Pozwany wezwał powoda do wystawienia deklaracji korygujących faktury za te lata i do zwrotu nienależnie przekazanych pieniędzy, bo ważność deklaracji wyboru wygasa z chwilą śmierci świadczeniobiorcy i od tej pory nie stanowi podstawy do świadczeń z F.. Powód dokonał korekty i zwrócił pozwanemu kwotę 12.388,88 zł. Następnie powód pismem z 4 grudnia 2013 r., doręczonym 9 grudnia 2013 r., złożył pozwanemu oświadczenie o uchyleniu się od skutków prawnych oświadczenia woli o dokonanej korekcie i zażądał zwrotu tej kwoty.

W 2012 r. pozwany przeprowadził kontrolę realizacji przez powoda świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego – w zakresie chirurgii ogólnej jednego dnia, ze szczególnym uwzględnieniem zasadności wykazywania świadczeń w grupie J33, tj. średnich zabiegów skórnych za rok 2011 i za pierwsze półrocze 2012 r. W wyniku kontroli pozwany zakwestionował zasadność stosowania tej procedury w 69 przypadkach, wskazując że winny one być wykazane w ramach ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, bo zabiegi te polegały na usunięciu guzków skóry i tkanki podskórnej, zmian skórnych, blizn oraz zaopatrzenia ran, stosowano w tych przypadkach znieczulenie miejscowe, zabiegi nie przekraczały jednej godziny i w krótkim czasie po zabiegu pacjenci opuszczali oddział. Byli to pacjenci dorośli, zdrowi, bez obciążeń, zdecydowana ich większość miała wykonane jedynie część badań i z tymi badaniami już się zgłaszała, w pewnych przypadkach nie wykonano badań laboratoryjnych i histopatologicznych. Zdaniem F., wbrew twierdzeniom lekarzy dokonujących tych zabiegów, którzy złożyli wyjaśnienia, duży odsetek stwierdzonych zmian stanowiły zmiany drobne, często nieprzekraczające 1 cm i nie wymagały specjalistycznego instrumentarium ani doświadczonej instrumentariuszki. Ich rozmiar nie jest związany ani z czasochłonnością zabiegu, ani z koniecznością podania dużej ilości środka znieczulającego, ani też z ilością zużytego materiału. Zgodnie z definicją procedury radykalne wycięcie zmiany skóry obejmuje szerokie wycięcie zmiany skóry, w tym struktur przylegających lub wycięcie wraz z usunięciem lokalnych węzłów chłonnych. W protokole kontroli pozwany wskazał zawyżenie należnych od niego świadczeń pieniężnych. Wobec tego wystąpił do powoda o korektę rozliczeń (raportów statystycznych) i do zwrotu kwoty 98.773,25 zł. Z uwagi na negatywne oceny zawarte w wystąpieniu (zarzut niewłaściwego kwalifikowania wykonanych świadczeń opieki zdrowotnej) pozwany na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nałożył na powoda karę umowną w wysokości 3.625,60 zł. Ponadto pozwany obciążył powoda odsetkami w wysokości 2.814,36 zł liczonymi od kwoty 98.773,25 zł za okres od 4 grudnia 2012 r. do 21 lutego 2013 r.

Powód wniósł zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego, twierdził że ustalenia kontrolujących nie były oparte na wszystkich dowodach, jakimi są w szczególności dokumenty, wyniki oględzin, opinie biegłych, wyjaśnienia i oświadczenia. Powód zapłacił pozwanemu kwotę kary umownej, dokonał też korekty rozliczeń finansowych na łączną kwotę 105.513,75 zł. Następnie w dniu 4 grudnia 2013 r. złożył pozwanemu pisemne oświadczenie o uchyleniu się od skutków prawnych oświadczenia woli o tej korekcie i wezwał do zwrotu zapłaconej kwoty 105.513,25 zł oraz do zwrotu kwoty kary umownej i odsetek.

Sąd Okręgowy stwierdził, że nie ma jasnych kryteriów kwalifikacji do zabiegów w ramach chirurgii jednego dnia. Kryteriami są względy medyczne, rozległość i rodzaj zabiegu, konieczność wykonania badań dodatkowych, konieczność obserwacji pacjenta po zabiegu, wielkość i rodzaj zmiany skórnej i jej umiejscowienie, a dodatkowo inne schorzenia towarzyszące, jak schorzenie serca, cukrzyca, miażdżyca, nadciśnienie, bo zwiększają ryzyko powikłań. Jednakże nawet najmniejsze zmiany, ale występujące w określonej okolicy ciała, jak np. w okolicy oka, mogą stwarzać podstawy do kwalifikowania zabiegu w ramach chirurgii jednego dnia. Kwalifikacji takiej dokonuje lekarz operujący, opierając się na własnym doświadczeniu. W niektórych przypadkach były wykonane badania histopatologiczne, a w niektórych biopsja.

Sąd ustalił ten stan faktyczny na podstawie złożonych przez strony dokumentów, które nie były przez strony kwestionowane, oraz na podstawie zeznań świadków i stron. W ocenie Sądu Okręgowego rozstrzygnięcie sporu wymagało wiedzy specjalistycznej, ale brak było odpowiednich wniosków dowodowych, co miało znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy.

Sąd Okręgowy uznał, że fakt zapłaty przez powoda kwot na podstawie dokonanych przez niego korekt oraz kwoty kary umownej i kwoty odsetek, nie miało negatywnego wpływu na możliwość żądania przez powoda zasądzenia tych kwot. Sąd uznał, że oświadczenia powoda o korektach rozliczeń i o zapłacie pozwanemu żądanych kwot miały charakter oświadczeń wiedzy i czynności faktycznych, nie są zaś oświadczeniami woli w rozumieniu art. 60 k.c., więc nieskuteczne są jego oświadczenia o uchyleniu się od skutków prawnych tych czynności.

Zdaniem Sądu Okręgowego roszczenie powoda jest zasadne jedynie w części dotyczącej zapłaty kwoty 12.388,88 zł, bo według § 6 umowy o świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej podstawą do ustalenia liczby świadczeniobiorców

jest lista sporządzona na podstawie deklaracji wyboru, przekazywana pozwanemu w okresach miesięcznych w terminie 7 dni według stanu na pierwszy dzień okresu rozliczeniowego. Powód nie jest uprawniony do weryfikacji takiej listy, weryfikację może przeprowadzić jedynie pozwany, lista po weryfikacji jest listą ostateczną, co wynika z § 6 ust. 9 umowy, skoro wprowadzono ten zapis o ostateczności listy stanowiącej podstawę do wypłaty świadczenia pieniężnego, to nie można w przyszłości podnosić, że jednak lista świadczeniobiorców nie jest ostateczna, bo zmieniły się okoliczności faktyczne. Zapis w końcowej części ust. 9 § 6 umowy wskazujący, że lista zweryfikowana nie jest listą ostateczną, gdy wyniki przeprowadzonej przez Fundusz kontroli wskażą na potrzebę ponownej jej weryfikacji stoi w sprzeczności z pojęciem „ostatecznej listy”, jest sprzeczny z zasadą stabilności stosunków i stabilności pozycji jednej ze stron umowy, i to strony słabszej w stosunku do F., a także w aspekcie ekonomicznym. Powód ma rację, powołując się na tę okoliczność. Z tego zapisu wynika, że żadna zweryfikowana lista nie będzie ostateczna, bo zawsze pozwany może przeprowadzić kontrolę u świadczeniodawcy, która może doprowadzić do ponownego zweryfikowania listy, co pozostawia świadczeniodawcę w niepewności. Wobec tego powód nie może ponosić konsekwencji nieprawidłowej weryfikacji listy przez pozwanego w czasie na to właściwym wskazanym w § 6 ust. 8 umowy. Nie ma znaczenia, czy dany świadczeniobiorca skorzystał w danym okresie ze świadczeń opieki zdrowotnej, bo znaczenie ma sama deklaracja wyboru i gotowość świadczeniodawcy do świadczenia opieki zdrowotnej, a nie to że dany pacjent w danym okresie rozliczeniowym już nie żyje, skoro powód takiej wiedzy zazwyczaj nie posiada. Dlatego Sąd Okręgowy na podstawie § 6 umowy uwzględnił powództwo o zapłatę kwoty 12.388,88 zł z odsetkami liczonymi od dnia następnego po powzięciu wiadomości przez pozwanego o braku akceptacji powoda dla żądania zwrotu tej kwoty.

Dalsze roszczenia Sąd uznał za nieudowodnione. Z treści zeznań świadków wynika, że nie są jasne kryteria kwalifikowania pacjentów do zabiegów szpitalnych jednego dnia czy do zabiegów ambulatoryjnych, ale to nie jest wystarczające do uwzględnienia powództwa wobec zaprzeczeniu przez pozwanego zasadności roszczenia. Powód powinien był zgodnie z art. 6 k.c. udowodnić bezpodstawność ustaleń kontroli przeprowadzonej przez pozwanego w sprawie stosowania procedury J33. Powinien był zgłosić wniosek o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego sądowego w celu oceny, czy powód zasadnie zakwalifikował wykonane świadczenia według tej procedury, ale tego nie uczynił, choć był reprezentowany przez zawodowego pełnomocnika. Obowiązuje zasada kontradiktoryjności (art. 232 k.p.c.), więc Sąd z urzędu nie przeprowadził tego dowodu, bo nie zachodzą szczególnie po temu okoliczności. Sam powód w sprzecznie do wystąpienia pokontrolnego pozwanego podnosił zarzut, że ustalenia kontroli nie były oparte na opinii biegłego, jednak w postępowaniu sądowym nie wnosił o przeprowadzenie takiego dowodu.

Obie strony złożyły apelacje.

Powód zaskarżył wyrok w części oddalającej powództwo i orzekającej o kosztach procesu. Wnosił o zmianę wyroku przez zasądzenie dalszej żądanej kwoty wraz z kosztami procesu oraz o zasądzenie kosztów procesu za drugą instancję, ewentualnie o uchylenie wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania. W uzasadnieniu apelacji powód wnosił o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu chirurgii w celu wykazania zasadności roszczenia w części oddalającej powództwo.

Powód zarzucił:

- 1/ naruszenie art. 6 k.c. przez błędną wykładnię polegającą na nieprawidłowym określeniu przedmiotu dowodu i przez nieprawidłowe rozłożenie ciężaru dowodu wobec nałożenia na niego ciężaru wykazania „oceny zasadności zastosowania procedury medycznej oznaczonej jako J33”, choć powód wykazał dokumentami i dowodami osobowymi zasadność roszczenia, a przedmiotem ewentualnego dowodu powinien być ewentualnie fakt nadużycia procedury przez powoda;
- 2/ naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. przez uznanie, że mimo potwierdzenia istotnych okoliczności wiarygodnymi dowodami, dowody te nie były dla Sądu wystarczające do uwzględnienia powództwa;
- 3/ naruszenie art. 232 zd. 2 k.p.c. przez niedopuszczenie z urzędu dowodu z opinii biegłego sądowego, mimo że w ocenie Sądu Okręgowego przeprowadzenie takiego dowodu było niezbędne dla prawidłowego rozstrzygnięcia sprawy.

Zdaniem powoda dowody osobowe wystarczająco przemawiają za poprawnością zakwalifikowania zabiegów do kategorii J33, skoro pozwany był autorem treści umowy, to wątpliwości interpretacyjne powinny być rozstrzygnięte na jego niekorzyść, powód nie musi udowadniać każdej okoliczności zaprzeczonej przez pozwanego, musi tylko udowodnić podstawy swego żądania. Powód twierdził, że skoro przedmiotem opinii biegłego miałyby być kwestia, czy przedstawione w dokumentacji podstawy do leczenia szpitalnego są wystarczająco opisane w dokumentacji indywidualnej pacjenta, to jest to kwestia prawna (wystarczająca lub niewystarczająca szczegółowość opisu), którą musi rozstrzygnąć sąd, biorąc w szczególności pod rozwagę fakt, że z zarządzeń wydanych przez Prezesa NFZ wynika żądanie szczegółowego opisu, choć Prezes NFZ nie wskazał co ten opis ma zawierać.

Pozwany wnosił o oddalenie apelacji i o zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych. Wskazał, że powód nie zaoferował podstawowego dowodu, jakim jest dokumentacja medyczna, co uniemożliwia przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego sądowego.

Pozwany zaskarżył wyrok w części uwzględniającej powództwo. Wnosił o zmianę wyroku przez oddalenie powództwa, domagał się zasądzenia kosztów postępowania za obie instancje. Zarzucił:

1/ naruszenie art. 354 k.c. przez uznanie, że ocena roszczenia powoda opartego na umowie o świadczenia zdrowotne w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej powinna być oparta wyłącznie na podstawie umowy z pominięciem społeczno-gospodarczego celu umowy i zasad współzycia społecznego;

2/ naruszenie § 5 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu przez przyjęcie stawki minimalnej w wysokości 2.400 zł w sytuacji, gdy wartość przedmiotu sporu przekracza 50.000 zł.

Pełnomocnik powoda wnosił na rozprawie o oddalenie apelacji pozwanego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja pozwanego jest zasadna, nie ma natomiast podstaw do uwzględnienia apelacji powoda, jak też do uwzględnienia jego wniosku o przeprowadzenie w postępowaniu apelacyjnym dowodu z opinii biegłego sądowego.

Niewadliwe jest (i niesporne w postępowaniu apelacyjnym) stwierdzenie Sądu Okręgowego, że złożone pozwanemu przez powoda oświadczenia o uchyleniu się od skutków prawnych oświadczenia o zwrocie skorygowanej części wynagrodzenia oraz o zapłacie odsetek i kary umownej są nieskuteczne, bo nie odnoszą się do wady oświadczenia woli w rozumieniu art. 84 § 1 i 2 k.c. Skoro powód dobrowolnie spełnił świadczenia na rzecz pozwanego, których teraz domaga się zwrotu, to jego roszczenie należy ocenić jako żądanie zwrotu nienależnego świadczenia (art. 410 § 1 i 2 k.c. w zw. z art. 405 k.c. oraz art. 411 k.c.).

W ocenie Sądu Apelacyjnego powód nie wykazał zasadności żadnego roszczenia, a nie tylko roszczenia związanego z korektą rozliczeń zakwalifikowanych przez niego jako świadczenia szpitalne jednego dnia. Zgodnie z art. 6 k.c. i art. 232 in principio k.p.c. to na nim spoczywał ciężar wykazania tych okoliczności.

Roszczenie o zapłatę kwoty 12.388,88 zł jest bezpodstawne, gdyż powód słusznie zwrócił pozwanemu tę część wynagrodzenia za gotowość do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, którą powód naliczył biorąc pod uwagę osoby już nieżyjące w okresie, za które otrzymał wynagrodzenie od pozwanego. Nie można akceptować płacenia świadczeniodawcy wynagrodzenia za gotowość świadczenia opieki zdrowotnej osobom nieżyjącym. Nie można akceptować takiego absurdu. Rozstrzygnięcie Sądu Okręgowego w tej części jest oczywiście wadliwe. Fragment umowy zawarty w § 6 ust. 9, iż lista po przeprowadzonej weryfikacji, o której mowa w ust. 8, jest listą ostateczną nie uzasadnia zasądzenia tej kwoty od pozwanego. Oczywiście zdefiniowanie w umowie „listy ostatecznej” stabilizuje rozliczenia finansowe między stronami, ale nie należy temu pojęciu przypisywać tak skrajnego znaczenia, jak uczynił to Sąd Okręgowy. Można uznać, że w momencie sporządzenia listy przez świadczeniodawcę ani on ani Fundusz nie

mają wiedzy, czy któryś ze świadczeniobiorców wskazany na liści już nie żyje. Obie strony zwykle mogą uzyskać wiedzę o tym później. Pozwany w myśl ust. 8 § 6 umowy o świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej ma bardzo krótki czas na weryfikację przedstawionej mu listy, skoro w myśl ust. 2 § 6 świadczeniodawca przekazuje mu ją w ciągu 7 dni okresu sprawozdawczego według stanu na pierwszy dzień tego okresu, a pozwany do końca miesięcznego okresu sprawozdawczego musi ją zweryfikować. Może jeszcze nie mieć źródeł informacji o śmierci danych osób zamieszczonych na liście. Dlatego strony w § 6 ust. 9 umowy przewidziały możliwość weryfikacji listy po przeprowadzeniu kontroli. Pozwany tak postąpił i ustalił, co jest niesporne, że część świadczeniobiorców ujęta na listach sporządzonych przez powoda już nie żyła w poszczególnych okresach sprawozdawczych, za które powód otrzymał wynagrodzenie. A zatem pozwany zapłacił powodowi kwotę 12.388,88 zł jako świadczenie nienależne, skoro naliczone było za gotowość świadczenia przez powoda opieki zdrowotnej osobom już nieżyjącym. Skoro powód zwrócił pozwanemu tę kwotę, to bezpodstawne jest powództwo o jej zasądzenie, bo nie można tego zwrotu traktować jako świadczenia nienależnego. Dlatego Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zmienił wyrok i oddalił powództwo w tej części.

Zawarty w apelacji wniosek powoda o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego sądowego jest spóźniony, gdyż powód mógł go złożyć w postępowaniu przed Sądem pierwszej instancji (art. 381 k.p.c.). Nietrafny jest jego zarzut naruszenia art. 232 in fine k.p.c. W procedurze cywilnej obowiązuje zasada kontradiktoryjności, a więc na stronach procesowych spoczywa ciężar wykazania istotnych dla rozstrzygnięcia okoliczności faktycznych przy zastosowaniu art. 6 k.c. Przeprowadzenie z urzędu dowodu nie wskazanego przez stronę jest wyjątkiem od tej zasady, więc może nastąpić tylko w wyjątkowych okolicznościach (art. 232 in fine k.p.c.). W niniejszej sprawie takie wyjątkowe okoliczności nie zachodzą. W judykaturze przyjmuje się, że gdy zebrane dowody przesądzają o zasadzie odpowiedzialności pozwanego a nie pozwalają na ustalenie wysokości kwotowej tej odpowiedzialności, to usprawiedliwione jest przeprowadzenie z urzędu dowodu nie wskazanego przez stronę. W niniejszej sprawie podstawowymi dowodami dotyczącym zakwalifikowania przez powoda udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej do kategorii J33 (świadczeń szpitalnych jednego dnia) są odpisy kart informacyjnych leczenia w trybie jednodniowym wraz załącznikami do nich oraz odpisy dokumentów z przeprowadzonych kontroli i pism doręczonych wzajemnie przez strony w związku z przeprowadzonymi kontrolami. Dokumenty te nie przesądzają o zasadzie odpowiedzialności pozwanego w granicach określonych w pozwie, a więc nie stanowią podstawy do dopuszczenia przez Sąd z urzędu dowodu z opinii biegłego sądowego w celu weryfikacji list sporządzonych przez powoda i weryfikacji poprawności i wyników kontroli przeprowadzonej u powoda przez pozwanego. Skoro powód zwrócił pozwanemu kwotę wskazanej przez niego nadpłaty, zapłacił odsetki i karę umowną, on kwalifikował zabiegi do procedury J33, to zgodnie z art. 6 k.c. na nim spoczywał ciężar wykazania bezpodstawności dokonanej korekty rozliczeń. Powód chce zapłaty za zabiegi obliczonej według procedury J33, więc musi wykazać, że zostały wykonane zgodnie z tą procedurą. Zeznania świadków i osób reprezentujących strony nie są wystarczające do tego ustalenia, a powód nie wnosił o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego sądowego, nie wykazał więc zasadności roszczenia. Zebrane dowody nie wskazują na prawdopodobieństwo zasadności roszczeń powoda, więc działanie Sądu z urzędu nie jest uzasadnione. Dlatego Sąd Apelacyjny oddalił ten wniosek dowodowy powoda.

Zgodnie z art. 64 ust. 1 i nast. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zwanej dalej: u.ś.o.z.) Fundusz ma prawo przeprowadzić kontrolę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym pod względem zgodności z wymaganiami określonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Art. 64 u.ś.o.z. reguluje zasady przeprowadzenia kontroli, złożenia sprzeciwu przez kontrolowany podmiot i rozpatrzenie sprzeciwu, zaś art. 160 przyznaje świadczeniodawcy, który zawarł taką umowę, prawo do złożenia zażalenia na czynności dyrektora wojewódzkiego oddziału F. dotyczące realizacji umowy. Powód nie twierdził, że skorzystał z trybu zażaleniowego. Nie podważył zasadności ustaleń kontroli przeprowadzonej przez pozwanego.

To, że Prezes NFZ nie wskazał, na czym ma polegać szczegółowy opis zabiegu według procedury J33, nie oznacza, że opis ten może być dowolny. Wszak lekarz leczący pacjenta wie, jaki zabieg przeprowadził, jakie były okoliczności tego zabiegu, m.in. stan zdrowia pacjenta, rodzaj schorzenia, jego rozległość, stan innych organów jako elementy towarzyszące itp. Skoro powód żąda zapłaty za zabiegi zakwalifikowane przez niego jako należące do procedury J33,

a pozwany zakwestionował poprawność tej kwalifikacji, to powód powinien udowodnić, że uczyniona przez niego kwalifikacja jest prawidłowa (art. 6 k.c.).

Także w tym przypadku dokonany przez powoda zwrot nadpłaconego wynagrodzenia nie stanowił świadczenia nienależnego pozwanemu. Nie jest też świadczeniem nienależnym zapłata odsetek od zwróconej kwoty i zapłata kary umownej. Było to postępowanie zgodne z umową stron oraz z § 28 i 29 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

W myśl § 28 rozporządzenia, w przypadku stwierdzenia przez oddział wojewódzki F. przekazania świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych, kwota przekazanych środków podlega zwrotowi; w przypadku gdy obowiązek zwrotu nienależnie pobranych środków finansowych wynika z zakwestionowania wykonanych świadczeń, świadczeniodawca jest zobowiązany do złożenia oddziałowi wojewódzkiemu F. korygujących dokumentów rozliczeniowych, zaś w przypadku wyczerpania procedury, o której mowa w art. 64, 160 i 161 ustawy, oddziałowi wojewódzkiemu F. przysługuje prawo do dokonania potrącenia nienależnie przekazanych środków wraz z odsetkami ustawowymi z należności przysługującej świadczeniodawcy.

Jeśli chodzi o karę umowną, to w myśl § 29 tego rozporządzenia umowa może zawierać zastrzeżenie o karze umownej w razie stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, dyrektor oddziału wojewódzkiego F. określa każdorazowo, w wezwaniu do zapłaty, wysokość kary umownej oraz termin zapłaty, w razie bezskutecznego upływu oznaczonego terminu zapłaty kary dyrektor oddziału wojewódzkiego F. ma prawo potrącenia kar umownych wraz z ustawowymi odsetkami z przysługujących świadczeniodawcy należności.

Strony przewidziały w umowie możliwość zastosowania kary umownej, powód nie wykorzystał procedury określonej w art. 160 u.ś.o.z., zapłacił karę i nie ma podstaw do żądania jej zwrotu.

Tak więc zarzuty podniesione przez powoda są nietrafne. Słusznie Sąd Okręgowy uznał, że powód nie udowodnił roszczeń związanych ze świadczeniami zakwalifikowanymi przez niego do procedury J33 ani roszczeń o zwrot kwoty odsetek i kwoty kary umownej. Dlatego Sąd Apelacyjny oddalił apelację powoda na podstawie art. 385 k.p.c.

Konsekwencją tych rozstrzygnięć jest orzeczenie o kosztach postępowania. Biorąc pod uwagę wartość przedmiotu sporu, Sąd Apelacyjny zasądził od powoda na rzecz pozwanego koszty zastępstwa procesowego na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. i art. 99 k.p.c. za obie instancje. Ponieważ pozwany był zwolniony od kosztów sądowych i wygrał apelację, Sąd nakazał ściągnąć od powoda opłatę sądową od apelacji w kwocie 620 zł na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych.

Sąd Apelacyjny na podstawie art. 350 § 3 k.p.c. sprostował oznaczenie pozwanego w zaskarżonym wyroku przez wskazanie siedziby pozwanego, jako osoby prawnej, gdyż wskazanie siedziby oddziału, z którego działalnością związane jest roszczenie powoda nie jest wystarczające, albowiem oddziały F. nie mają osobowości prawnej.