

Sygn. akt I ACa 150/17

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 listopada 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Lublinie, I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący - Sędzia	SA Ewa Bazelan
Sędzia:	SA Jerzy Nawrocki (spr.)
Sędzia:	SA Elżbieta Patrykiewicz
Protokolant	Sylwia Szymańska

po rozpoznaniu w dniu 21 listopada 2017 r. w Lublinie na rozprawie

sprawy z powództwa Narodowego Funduszu Zdrowia w W. (...) Oddziału Wojewódzkiego

przeciwko Powiatowi B.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego od wyroku Sądu Okręgowego w Lublinie

z dnia 19 grudnia 2016 r., sygn. akt I C 52/15

uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Lublinie pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania odwoławczego.

I A Ca 150/17

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 19 grudnia 2016 roku Sąd Okręgowy w Lublinie po rozpoznaniu sprawy z powództwa NFZ w W. przeciwko Powiatowi (...) o zapłatę zasądził od pozwanego na rzecz powoda 777 940 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 10 grudnia 2014 roku do dnia zapłaty oraz 39 034 zł tytułem zwrotu kosztów procesu. Ponadto nakazał ściągnąć od pozwanego Powiatu (...) na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w Lublinie 5433zł tytułem nieuiszczonych w sprawie kosztów sądowych.

Narodowy Fundusz Zdrowia w W. wnosił o zasądzenie od pozwanego kwoty 779 140 zł z tytułu nieprawidłowości w wykonaniu i rozliczeniu przez pozwanego umów o świadczenia medyczne za 2007r. i pierwsze półrocze 2008 roku.

Pozwany wnosił o oddalenie powództwa gdyż powód w pozwie nie sprecyzował na czym miałyby polegać ewentualne nieprawidłowości i jakich przypadków one dotyczą. Podnosił, brak legitymacji biernej w przedmiotowym sporze gdyż prawa i obowiązki SP ZOZ w likwidacji w B. w zakresie udzielania świadczeń medycznych przejął niepubliczny ZOZ

utworzony przez (...) Szpitale Sp. z o.o. w L.. SP ZOZ uzyskał zapłatę za wykonane świadczenia, a dochodzenie roszczeń z tego tytułu roszczeń wobec Powiatu jest spóźnione. Podniósł zarzut przedawnienia, wywodząc że roszczenie powoda dotyczy świadczeń okresowych oraz, że są to roszczenia związane z prowadzeniem działalności gospodarczej. Wreszcie zarzucał powodowi nadużycie prawa w rozumieniu art. 5 kc, gdyż dochodzenie przez powoda roszczeń jest sprzeczne ze społeczno-gospodarczym przeznaczeniem prawa oraz zasadami współżycia społecznego (sprzeciw od nakazu zapłaty k 69-74).

Postanowieniem z dnia 19 grudnia 2016 r. Sąd umorzył postępowanie w części obejmującej żądanie kwotę 1.200 zł, co do której powód cofnął pozew. (postanowienie k. 370).

Sąd ustalił, że na mocy Uchwały (...) Rady Powiatu w B. z dnia 5 lipca 2010 roku, podjęto decyzję o likwidacji (...) Publicznego Zespołu (...) w B., którego prawa i obowiązki w zakresie świadczeń medycznych miał przejąć Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej utworzony przez (...) Szpitale Spółkę z o.o. z siedzibą w L..

(...) Publiczny Zespół (...) w B. został zlikwidowany z dniem 30 czerwca 2011 r. (okoliczność bezsporna, opinia k 233). Następcą prawnym po zlikwidowaniu SP ZOZ w B. został Powiat B. (...)k. 17). W (...)wskazano, że zobowiązania i należności oraz majątek Zakładu po zakończeniu likwidacji staną się według stanu na dzień zamknięcia likwidacji należnościami i zobowiązaniami oraz majątkiem Powiatu (...) (uchwała k. 15-17, uzasadnienie k. 82).

W dniu 15 października 2012 r. Wydział Świadczeń (...) wniósł o przeprowadzenie kontroli doraźnej u świadczeniodawców realizujących umowy o leczenie szpitalne w 2007r. i pierwszym półroczu 2008r. Wniosek dotyczył podmiotów, które zostały wezwane do dokonania korekty dokumentów rozliczeniowych (raportu statystycznego, raportu rozliczeniowego i korekty faktury) i nie skorygowały wszystkich zakwestionowanych pozycji w terminie. Jednym ze świadczeniodawców wytypowanych do kontroli był (...) Publiczny Zespół (...) w B. w Likwidacji. Dział (...), (...) dokonał analizy przekazanej przez SP ZOZ w P. sprawozdawczości w 2007 r. i w I półroczu 2008r. pod kątem prawidłowego sumowania świadczeń w trakcie jednej hospitalizacji i ruchu międzyoddziałowego oraz zachowania 14-dniowego odstępu pomiędzy świadczeniami udzielonymi jednemu świadczeniobiorcy w trakcie odrębnych pobytów w szpitalu z powodu tej samej jednostki chorobowej.

Przeprowadzona weryfikacja sprawozdawczości wykazała, że świadczeniodawca niezgodnie z obowiązującymi w 2007 r. i I połowie 2008 r. zarządzeniami rozliczał przypadki hospitalizacji poprzez:

- błędne sumowanie bądź wykazywanie ruchu międzyoddziałowego;
- brak zachowania 14-dniowego odstępu między hospitalizacjami w związku z takim samym rozpoznaniem (...).

Przeprowadzenie kontroli zlecono w celu:

- oceny zgodności i celowości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zasadami dobrej praktyki lekarskiej oraz aktualną wiedzą medyczną;
- ustalenia czy pacjent został wypisany ze szpitala i z różnych przyczyn wrócił w tym samym dniu, czy też wypis był tylko informacją techniczną dającą możliwość rozliczenia dwóch procedur;
- ustalenia zasadności powtórnego przyjęcia do szpitala w kontekście art. 22 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej;
- kontroli dokumentacji medycznej, dotyczącej świadczeń opieki zdrowotnej a w szczególności sprawdzenia czy dokumentacja medyczna potwierdza realizację świadczeń wykonanych w sprawozdaniach do NFZ;
- ustalenia na podstawie dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę zasadności kwalifikacji i wykazywania świadczeń do płatności L. (...) NFZ (zlecenie kontroli doraźnej k. 8-10).

Kontrola doraźna prawidłowości realizacji umów nr (...) wraz z aneksami oraz (...) (...) (...) wraz z aneksami za 2007 r. oraz I półrocze 2008 r. została przeprowadzona w okresie od dnia 10 grudnia 2012 r. do dnia 4 stycznia 2013 r. (wystąpienie niepokontrolne k. 18-23).

W toku kontroli oceniono zgodność postępowania świadczeniodawcy z zapisami pod względem kryterium rzetelności realizacji powyżej wskazanych umów w świetle przepisów:

- Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DZ.U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.);
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.Nr 197, poz. 1643);
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.Nr 247, poz. 1819 ze zm.);
- Zarządzenia nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 września 2006 r. w sprawie przyjęcia „Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne”, z późn. zm.
- Umów zawartych z L. (...) NFZ.

W wyniku przeprowadzonej kontroli stwierdzono nieprawidłowości w sprawozdaniach, według których NFZ dokonywał zapłaty za świadczone usługi zdrowotne. Kontrola wykazała, że w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2007r. świadczeniodawca wykazał do rozliczenia do L. (...) NFZ 31.905,9 świadczeń, co stanowiło 29.673 tzw. pozycji sprawozdawczych. W 489 przypadkach stwierdzono nieprawidłowości:

- w 18 przypadkach sumowano procedury niezgodnie z obowiązującymi przepisami;
- w 8 przypadkach wykazano więcej niż jedno świadczenie podczas jednego pobytu pacjenta w szpitalu;
- w 429 przypadkach świadczeniodawca wykazał do płatności świadczenia udzielone niezgodnie z Katalogiem świadczeń szpitalnych;
- w 22 przypadkach nie zachowano odstępu 14 dni między pobytami z tą samą jednostką chorobową;
- w 1 przypadku świadczeniodawca wykazał do rozliczenia świadczenie, którego wykonanie nie zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej;
- w 9 przypadkach dane dotyczące sprawozdawanego świadczenia były niezgodne z dokumentacją medyczną;
- w 2 przypadkach świadczeniodawca wykazał do rozliczenia świadczenia, które w historiach choroby nie zawierały wymaganej dokumentacji dodatkowej.

Ostatecznie stwierdzono, że wskutek rozliczenia wykonania umów na podstawie sprawozdań złożonych przez SP ZOZ doszło do zawyżenie wartości świadczeń w 2007r. o kwotę 479.380 zł.

Natomiast w okresie od 1 stycznia do 30 czerwca 2008r. świadczeniodawca wykazał do rozliczenia do L. (...)NFZ 17.426,58 świadczeń, co stanowiło 13.359 pozycji sprawozdawczych. W 147 przypadkach stwierdzono nieprawidłowości:

- w (...) przypadku sumowano procedury niezgodnie z obowiązującymi przepisami;

- w (...) przypadkach wykazano więcej niż jedno świadczenie podczas jednego pobytu pacjenta w szpitalu;
- w (...) przypadkach Świadczeniodawca wykazał do płatności świadczenia udzielone niezgodnie z Katalogiem świadczeń szpitalnych;
- w (...) przypadkach nie zachowano odstępu 14 dni między pobytami z tą samą jednostką chorobową;
- w (...) przypadku świadczeniodawca wykazał do rozliczenia świadczenie, którego wykonanie nie zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej;
- w (...) przypadkach dane dotyczące sprawozdawanego świadczenia były niezgodne z dokumentacją medyczną;
- w (...) przypadkach Świadczeniodawca wykazał do rozliczenia świadczenia, które w historiach choroby nie zawierały wymaganej dokumentacji dodatkowej.

Ostatecznie stwierdzono, że wskutek rozliczenia wykonania umów na podstawie sprawozdań złożonych przez SP ZOZ doszło do zawyżenie wartości świadczeń za I połowę 2008 r. o kwotę 299.760 zł.

W wystąpieniu pokontrolnym ostatecznie stwierdzono zawyżenie wartość świadczeń o kwotę 779.140 zł.

W związku z powyższym (...) Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawił Powiatowi B. zalecenia pokontrolne:

- sporządzenia i przesłania do (...) Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w nieprzekraczalnym terminie 14 dni od dnia otrzymania zaleceń, korekty sprawozdań z realizacji w/w umów;
- wystawienia faktur korygujących z adnotacją „Skutek finansowy postępowania kontrolnego nr (...) (...)” w kwocie 779.140 zł z realizacji w/w umów, w formie dokumentu papierowego i w wersji elektronicznej oraz przesłanie ich do (...) Oddziału Wojewódzkiego (...) w terminie 14 dni od dnia otrzymania zaleceń.

Jednocześnie wezwano pozwanego do zapłaty na rzecz powoda 779.140zł w terminie 14 dni od dnia otrzymania zaleceń pokontrolnych (wystąpienie pokontrolne k. 18-23).

W zastrzeżeniach do zaleceń pokontrolnych Starosta (...) odmówił dokonania zapłaty (pismo k. 55-56), poinformował, że wystawienie faktur korygujących nie jest możliwe ze względu na brak dokumentów źródłowych oraz, że sporządzenie i przesłanie korekty sprawozdań (raportów statystycznych) z realizacji wskazanych umów jest niemożliwe z uwagi na :

- brak w Starostwie Powiatowym w B. programu i niezbędnych informacji do dokonania korekt;
- brak w Starostwie Powiatowym w B. wykwalifikowanych pracowników, którzy mogliby dokonać korekt.

W dniu 5 kwietnia 2013 r. (...) Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wystawił Notę Księgową nr (...) i wysłał ją do Starostwa Powiatowego w B., wzywając Starostwo do uiszczenia należności w wysokości 779.140 zł terminie 7 dni od dnia otrzymania noty (nota księgowa k. 60).

Pismem z 17 kwietnia 2013 r. Starostwo Powiatowe w B. zwróciło bez księgowania Notę Księgową Nr (...), odmawiając jednocześnie uznania obciążenia w kwocie 779.140 zł. Poinformowało przy tym, że Powiat spłacił wszystkie zobowiązania cywilnoprawne ujęte w bilansie likwidacji szpitala i obecnie w budżecie Powiatu nie ma środków na spłatę nie znanych w trakcie likwidacji zobowiązań (pismo k. 59).

Sąd dopuścił dowód z opinii biegłej sądowej ds. zagadnień ekonomicznych i rozliczeń finansowych, która wskazała że przeważająca ilość błędów, ujawnionych podczas kontroli wynika z niezgodności podanych przez Szpital danych sprawozdawczych z katalogiem świadczeń, który określa warunki uznania poniesionych kosztów za zasadne. Błędy

dotyczyły głównie ilości dni hospitalizacji w Szpitalu oraz odstępu między jednym pobytem, a ponownym z tą samą jednostką chorobową.

Biegła dokonała konfrontacji wszystkich odnotowanych błędów podanych w załączniku do pozwu i załączniku do opinii z danymi chorobowymi Szpitala, przesłanymi drogą elektroniczną do NFZ Oddział (...). Sprawdziła jednocześnie powody hospitalizacji (jednostkę chorobową) poszczególnych pacjentów, ich zgodność z podanymi przez szpital informacjami statystycznymi z katalogiem świadczeń oraz sumowanie procedur. Sprawdziła nadto dane dotyczące ruchu międzyoddziałowego pod kątem wyboru procedury mniej kosztownej dla Szpitala oraz podany koszt leczenia poszczególnego pacjenta uznany i nieuznany przez NFZ. W wyniku sprawdzenia wszystkich pozycji z danymi sprawozdawczymi Szpitala w B. biegła ustaliła, że w 2007 r. nadpłacono z powodu błędów statystycznych kwotę 478.180 zł w tym:

- 60.140 zł na Oddziale Chirurgii Ogólnej;
- 91.700 zł na Oddziale Choroby Płuc;
- 202.900 zł na Oddziale Chorób Wewnętrznych;
- 6.500 zł na Oddziale Chorób Zakaźnych;
- 15.000 zł na Oddziale Neurologii;
- 50.700 zł na Oddziale Pediatrii;
- 51.240 zł na Oddziale Położnictwa i Ginekologii.

W 2008 r. nadpłacono natomiast z powodu błędów statystycznych kwotę 299.760 zł w tym:

- 36.036 zł na Oddziale Chirurgii Ogólnej;
- 86.880 zł na Oddziale Choroby Płuc;
- 104.484 zł na Oddziale Chorób Wewnętrznych;
- 4.440 zł na Oddziale Chorób Zakaźnych;
- 9.360 zł na Oddziale Neurologii;
- 55.440 zł na Oddziale Pediatrii;
- 3.120 zł na Oddziale Położnictwa i Ginekologii

Ogółem nadpłacono więc z powodu błędów statystycznych kwotę 777.940zł (opinia biegłej z zakresu zagadnień ekonomicznych, obrotu towarowego i rozliczeń finansowych k. 232-308).

Powyższy stan faktyczny został ustalony w oparciu o dokumenty co do których żadna ze stron nie zgłaszała zastrzeżeń. Sąd wydając wyrok oparł się na opinii biegłej sądowej z zakresu zagadnień ekonomicznych i rozliczeń finansowych (opinia k. 232-308).

Sąd uznał, że powództwo jest uzasadnione w całości jako żądanie zwrotu przez pozwanego kwoty nadpłaty dokonanej z powodu błędów statystycznych popełnionych przez Szpital w B. w 2007r. i I półroczu 2008r. Podstawę roszczeń powoda stanowi art. 60 ust. 6 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2007 roku, Nr 14 poz. 89) i ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (załącznik do rozporządzenia Min. Zdrowia z dnia 6 października 2005 roku Dz. U. z 2005 roku, Nr 197, poz. 1643 - w szczególności przepis § 27 tego rozporządzenia.

Zgodnie z art. 60 ust 6 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89), zobowiązania i należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami Skarbu Państwa lub właściwej jednostki samorządu terytorialnego. Zgodnie z tezą zawartą w uchwale SN III CZP 34/05 zobowiązania i należności postawione w stan likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej stają się zobowiązaniami i należnościami jego organu założycielskiego z dniem zakończenia czynności likwidacyjnych określonych w uchwale o likwidacji (art. 60 ust. 6) w zw. z art. 60 ust. 4b pkt 5 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

Po likwidacji SP ZOZ w B. jego prawa i obowiązki w zakresie świadczeń medycznych przejęła Spółka z o.o. (...) w L.. Z art. 60 ust 6 w/w ustawy jednoznacznie wynika, iż odpowiedzialność cywilną za zobowiązania zlikwidowanego Zakładu przejmuje jego organ założycielski. Jest nim Powiat B.. Zgodnie z (...)w sprawie likwidacji SP ZOZ w B., zobowiązania i należności oraz majątek Zakładu po zakończeniu likwidacji stały się według stanu na dzień zamknięcia likwidacji, należnościami i zobowiązaniami oraz majątkiem Powiatu (...). Zobowiązania wynikające z umów o świadczenia medyczne zostały ujawnione w wyniku kontroli przeprowadzonej po likwidacji SP ZOZ, ale dotyczyły okresu sprzed likwidacji Zakładu. W tym stanie prawnym powodowy Fundusz jest uprawniony do dochodzenia przedmiotowych należności od następcy prawnego zlikwidowanego podmiotu.

Zgodnie z (...)ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (zał. do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06.10.2005 r. Dz.U. z 2005 r., Nr 197, poz. 1643) 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 do ich zwrotu (...) W przypadku wyczerpania procedury odwoławczej, Oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia przysługuje prawo do dokonania potrącenia nienależnie przekazanych środków z należności przysługującej świadczeniodawcy (...) Przesłanką żądania zwrotu środków finansowych jest nienależne ich przekazanie świadczeniodawcy.

Z treści opinii biegłej z zakresu zagadnień ekonomicznych i rozliczeń finansowych jednoznacznie wynika, że w latach 2007 i I półroczu 2008 r. popełniono błędy sprawozdawcze. Wykazane błędy wynikały z naruszenia:

- (...) Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne (k. 308-315);
- rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247, poz. 1819 ze zm.).

Przeważająca ilość błędów wynikała z niezgodności podanych przez Szpital danych sprawozdawczych z katalogiem świadczeń, który określa warunki uznania poniesionych kosztów za zasadne. Błędy dotyczyły głównie ilości dni hospitalizacji w Szpitalu oraz odstępu pomiędzy ponownym pobytem w szpitalu tego pacjenta z tą samą jednostką chorobową. Stwierdzone nieprawidłowości, jako niezgodne z wymaganiami umowy stanowią naruszenie zasad wykazywania świadczeń w sprawozdaniach do rozliczeń z (...) Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

Sąd stwierdził, że roszczenie powoda nie jest roszczeniem związanym z prowadzeniem działalności gospodarczej ani z roszczeniem o świadczenie okresowe. Zgodnie z art. 118 k.c. termin przedawnienia w niniejszej sprawie wynosi lat 10. W przypadku roszczeń przysługujących NFZ, zgodnie z art. 97 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej i finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 20115.581 z późn. zm) NFZ nie wykonuje działalności gospodarczej. Ponadto roszczenie podmiotu, który nie jest podmiotem gospodarczym, nie jest roszczeniem gospodarczym, chociaż związane byłoby z działalnością gospodarczą dłużnika. Nadto środki przekazywane przez Fundusz świadczeniodawcom w związku z realizacją umów o świadczenie usług medycznych nie są świadczeniami okresowymi.

Za niezasadny uznał Sąd zarzut pozwanego naruszenia przez Fundusz zasad współzycia społecznego. Artykuł 5 k.c. może być stosowany wyjątkowo w takich sytuacjach, w których wykorzystywanie uprawnień wynikających z przepisów prawnych prowadziłoby do skutku nieaprobowanego w społeczeństwie ze względu na przyjętą w społeczeństwie zasadę współzycia społecznego. W niniejszej sprawie taka sytuacja nie zachodzi. SP ZOZ dopuścił się szeregu nieprawidłowości przy sporządzaniu sprawozdań na skutek nie przestrzegania wymogów jednakowo obowiązujących dla wszystkich SP ZOZ, a jego następca prawny nie dostosował się do zaleceń pokontrolnych wskazanych przez powoda. Nadto Powiat (...) jako organ założycielki miał możliwość podejmowania stosownych działań, zmierzających do zapobieżenia powstaniu zadłużenia SP ZOZ w B. w tak znacznym rozmiarze, czego jednak nie uczynił. Stąd też nie ma podstaw do zastosowania w niniejszej sprawie art. 5 k.c. Pozwany ponadto nie wskazał, jakie konkretnie zasady współzycia społecznego zostały naruszone, a to on powołując się na te okoliczności powinien je wskazać i uzasadnić. Zasady współzycia społecznego powinny być bowiem skonkretyzowane. Oznacza to obowiązek powołania się na określoną, sformułowaną zasadę współzycia społecznego lub zasady współzycia społecznego, gdyż tylko w ten sposób można zapobiec niepożądanemu subiektywizmowi (wyrok SN z 13.09.2001 r., IV CKN 475/00, wyrok SN z 27.04.2001 r., V CKN 1335/00). Powołanie się więc ogólnie na naruszenie zasad współzycia społecznego nie jest w tej sytuacji wystarczające.

Sąd uznał roszczenie za uzasadnione i zasądził od pozwanego na rzecz powoda 779.940 zł. Sąd zasądził odsetki ustawowe na podstawie art. 481 § 1 k.c. i art. 455 k.c. Powiat B. popadł w opóźnienie nie płacąc żądanej kwoty pomimo wezwania go do zapłaty przed wniesieniem pozwu. Sąd zasądził odsetki ustawowe za opóźnienie, zgodnie z żądaniem powoda, tj. od dnia wniesienia pozwu, czyli od 10 grudnia 2014 r. (potwierdzenie nadania k. 61).

O kosztach procesu Sąd orzekł w myśl art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 99 stosując zasadę odpowiedzialności za wynik procesu. Na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. z 2010 roku, Nr 90, poz. 594, tj. z późn. zm.) Sąd obciążył pozwanego kosztami sądowymi, których strona nie miała obowiązku uiścić, w wysokości 5.433 zł (k.358) odpowiadającej wynagrodzeniu biegłej.

Apelację od tego wyroku wniósł pozwany zaskarżając wyrok w całości, wnosząc o jego zmianę i oddalenie powództwa oraz zasądzenie kosztów procesu.

Apelujący zarzucał Sądowi Okręgowemu:

1) naruszenie prawa materialnego przez błędną wykładnię i niewłaściwe stosowanie:

- art.60 ust.6 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007r, (...),poz.89) przez przyjęcie, iż pozwany ponosi odpowiedzialność z tytułu nienależnie przekazanych SP ZOZ w B. środków finansowych przez powoda,

- (...)ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. (Dz.U. z 2005 r., Nr 197,poz.1643) przez przyjęcie, że środki przekazane na leczenie pacjentów są „nienależne” w rozumieniu powołanego zapisu i jako takie podlegają zwrotowi, a także, że żądanie zwrotu nienależnych środków finansowych może nastąpić na podstawie wewnętrznych ustaleń Oddziału Wojewódzkiego (...) i ograniczenie się jedynie do kwestii formalnej poprawności wyliczeń kwot dochodzonych przez powoda i sprawozdawczości bez odniesienia się do merytorycznego aspektu wykonania świadczeń zdrowotnych,

- art.64, art. 160 i art.161 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych przez ich niezastosowanie i bezpodstawne przyjęcie, że czynności kontrolne NFZ w zakresie realizacji umów na świadczenia zdrowotne mogą być wykonywane wobec organu założycielskiego po likwidacji SP ZOZ, który to organ nie jest stroną umowy na realizację świadczeń zdrowotnych a także poprzez przyjęcie z naruszeniem powołanych przepisów i (...) ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, że stronie powodowej przysługuje prawo żądania zwrotu środków finansowych pomimo niewyczerpania procedury kontroli przewidzianej art. 64, 160 i 161 ustawy o

świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, a w szczególności przeprowadzenia czynności kontrolnych wobec podmiotu, który nie jest „świadczeniodawcą” i z naruszeniem zasad upoważnień do czynności kontrolnych przez przedstawicieli NFZ, którzy nie są umocowani do dokonywania tych czynności wobec Powiatu (...),

- art. 354 § 1 k.c. w związku z art. 155 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez jego niezastosowanie i nie zbadanie czy SP ZOZ wykonał zobowiązanie zgodnie z jego treścią i w sposób odpowiadający celowi społeczno-gospodarczemu i czy osiągnięta została istota danego świadczenia pomijając, iż istotą świadczenia zdrowotnego jest medyczna pomoc pacjentom a nie sprawozdanie o tej pomocy, a także przez niedopuszczenie w sprawie dowodu z dokumentacji medycznej pacjentów, których leczenie a następnie sprawozdanie z leczenia zostało badane i zakwestionowane przez lekarza NFZ,

- art.118 k.c. przez nieuwzględnienie zarzutu przedawnienia roszczenia wobec upływu 3- letniego terminu,

2) naruszenie prawa procesowego art.233 k.p.c. w zw. z art.6 k.c. i uznanie, że powód wykazał zasadność swego roszczenia, podczas gdy postępowanie dowodowe jest niepełne, bazujące jedynie na danych przekazanych przez stronę powodową i przyjęcie nieuprawnionego założenia z naruszeniem art.229 k.p.c., iż czynności badania dokumentacji medycznej pacjentów przez lekarza NFZ zostały wykonane prawidłowo, pomimo sprzeciwu strony pozwanej oraz art. 227 k.p.c. przez pominięcie wniosków dowodowych oraz zastrzeżeń do opinii biegłego zgłoszonych przez pozwanego skutkiem czego strona pozwana nie miała możliwości zapoznania się z podstawą faktyczną roszczenia oraz podjęcia obrony swych praw z naruszeniem przez Sąd pierwszej instancji zasady kontradiktoryjności procesu, które to naruszenia miały istotny wpływ na wynik sprawy.

3) błąd w ustaleniach faktycznych będących podstawą rozstrzygnięcia i przyjęcie, że powód wykonał kontrolę realizacji świadczeń zdrowotnych w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oraz przypisanie Powiatowi (...) odpowiedzialności za zobowiązania z tytułu kontraktu z NFZ wbrew postanowieniom umowy cesji zawartej pomiędzy SP ZOZ w B. a (...) Szpitale Sp. z o.o. w L. nzoż za wiedzą i zgodą dyrektora (...) w L..

Powód wnosił o oddalenie apelacji i zasądzenie kosztów procesu.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje. Apelacja pozwanego jest uzasadniona. W szczególności uzasadnione są zarzuty naruszenie prawa procesowego art. 233 kpc w zw. z art.6 kc i uznanie, że powód wykazał zasadność swego roszczenia oraz zarzut popełnienia błędu w ustaleniach faktycznych będących podstawą rozstrzygnięcia przez przyjęcie, że powód wykonał kontrolę realizacji świadczeń zdrowotnych w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W ocenie Sądu Apelacyjnego skoro powód dochodził w sprawie niniejszej zwrotu świadczeń pieniężnych wypłaconych SP ZOZ w B. jako świadczeniodawcy usług medycznych, a następnie w oparciu o wyniki kontroli powód uznał je za świadczenia nienależne, to powoda zgodnie z art. 6 kc, obciąża dowód na okoliczność, że świadczenia medyczne, za które wypłacił świadczenia nie były wykonane lub zostały wykonane w zakresie uzasadniającym przyznanie niższego wynagrodzenia. Dochodząc przed Sądem zwrotu świadczeń nienależnych powód winien przedstawić dowody umożliwiające pozwanemu podjęcie obrony co do faktu rzeczywistego rozmiaru świadczeń medycznych oraz prawidłowości ich rozliczenia.

Istotą umów o świadczenie usług medycznych jest ich świadczenie za wynagrodzeniem. Wynagrodzenie winno być ustalone w wysokości określonej w przepisach szczególnych, stanowiących taryfikator usług. Dokonując sprawozdań z wykonanych świadczeń Zakład Opieki Zdrowotnej wycenia je zgodnie z katalogiem świadczeń, stanowiącym podstawę ustalenia wynagrodzenia za wykonane usługi. Błędy w sprawozdaniach nie przesądzają, że świadczenia nie zostały wykonane. Ponieważ wynagrodzenie za świadczenia medyczne należy się za faktycznie wykonane świadczenia, a nie za prawidłowo sporządzone sprawozdania. Wadliwość sprawozdania nie przesądza zatem o tym, czy wypłacenie wynagrodzenia za świadczenie medyczne było świadczeniem nienależnym. Sprawozdanie jest wyłącznie dokumentem, którego wiarygodność jako dowodu może być podważona. Jeżeli nawet zapisy w sprawozdaniu wskazują

na błędne rozliczenie przez Zakład Opieki Zdrowotnej świadczonych usług, to pomimo, że SP ZOZ jest autorem sprawozdania nie pozbawia go to możliwości udowodnienia, że świadczenie medyczne zostało wykonane zgodnie z zasadami dobrej praktyki lekarskiej oraz aktualną wiedzą medyczną, a Zakładowi należy się za nie wynagrodzenie w wysokości wskazanej w sprawozdaniu. Dowód na tę okoliczność może być przeprowadzony wyłącznie w oparciu o ustalenia dotyczące rzeczywistego, a nie wynikającego tylko ze sprawozdania, sposobu i zakresu wykonania świadczeń medycznych w konkretnym przypadku, którego prawidłowość zakwestionowana została w wyniku przeprowadzonej przez Fundusz kontroli.

Już w sprzeciwie od nakazu zapłaty [k.69 pkt 4] pozwany wnosił o zobowiązanie powoda do przedstawienia danych umożliwiających skontrolowanie przebiegu leczenia tych pacjentów, w stosunku do których powód zakwestionował prawidłowość rozliczenia świadczonych usług. Pozwany nie cofnął tego wniosku. Nie został on jednak rozpoznany przez Sąd pierwszej instancji, który ani nie uwzględnił wniosku, ani go nie oddalił.

Natomiast Sąd Okręgowy dopuścił dowód z opinii biegłej z zakresu zagadnień ekonomicznych i rozliczeń finansowych [k. 105v.] na okoliczność „zbadań merytorycznej i formalnej poprawności(...) rozliczenia między stronami(...)”, m.in. na podstawie „dokumentacji po zlikwidowanym SPZOZ w B. znajdującej się w posiadaniu (...) Szpitala Sp.z o.o.”.

Biegła w opinii z dnia 10 marca 2016r. wskazała [k. 120], że nie zbadała tych przypadków, które wymagały wglądu do dokumentacji medycznej. Po pierwsze dlatego, że nie miała dostępu do tej dokumentacji, gdyż dokumentacja ta jest w posiadaniu osoby, która nie jest stroną w procesie i niebezpieczeństwo ujawnienia wrażliwych danych osobowych. Po drugie ze względu na to, że nie posiada kwalifikacji do oceny dokumentacji medycznej pod względem prawidłowego leczenia pacjentów. W piśmie z dnia 13 kwietnia 2016r. biegła wskazała, że wydając opinię „założyła, że ocenę wskazanych w opinii błędów w powiązaniu z dokumentacją medyczną dokonywał w ramach kontroli [dokonanej przez NFZ] lekarz”. Biegła wydając opinię założyła, że czynności te dokonane zostały prawidłowo, gdyż sama nie ma uprawnień do sprawdzania dokumentacji medycznej. W konsekwencji biegła wydała opinię, która stanowi potwierdzenie jedynie błędów o charakterze formalnym i statystycznym w sprawozdaniach złożonych przez SP ZOZ. Natomiast nie był przedmiotem badania Sądu rodzaj i zakres faktycznie wykonanych usług medycznych przez SP ZOZ w B. jako świadczeniodawcę usług. Winien on obejmować te przypadki, których rozliczenie przez SP ZOZ w sprawozdaniach zakwestionował NFZ.

W ocenie Sądu Apelacyjnego prowadzi to do uznania, że w sprawie nie została rozpoznana istota sporu, co skutkowało uchyleniem zaskarżonego wyroku i przekazaniem sprawy Sądowi Okręgowemu do ponownego rozpoznania na podstawie art. 386 § 4 kpc. Uzasadniony jest na tym etapie postępowania zarzut naruszenia przez Sąd Okręgowy (...) ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. (Dz.U. z 2005 r., Nr 197,poz.1643) przez przyjęcie, że środki przekazane na leczenie pacjentów przez powoda są „nienależne”. Wniosek taki bowiem jest przedwczesny ze względu na nierozpoznanie istoty sprawy.

Przy ponownym rozpoznaniu sprawy Sąd pierwszej instancji mając na uwadze zasadę ciężaru przeprowadzenia dowodu przewidzianą w art. 6 kc zobowiąże stronę powodową do szczegółowego wykazania tych przypadków świadczenia usług medycznych, za które powód miał w swojej ocenie świadczyć nienależnie. Wykazanie winno umożliwić pozwanemu odniesienie się do stawianych mu zarzutów i podjęcie realnej obrony poprzez przedstawienie dowodów na okoliczność czy świadczenia medyczne wykonywane przez ZOZ we wskazanych przypadkach były celowe i zgodne z zasadami dobrej praktyki lekarskiej oraz aktualną wiedzą medyczną.

Skoro Sąd Okręgowy dopuścił dowód z opinii biegłego na okoliczność prawidłowego rozliczenia stron z tytułu realizacji umów o usługi medyczne w zakresie merytorycznym, nie można wykluczyć konieczności przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego lekarza, co do celowości świadczeń i ich zgodności z aktualną wiedzą medyczną. Bazowanie w tym zakresie wyłącznie na ocenie lekarza w postępowaniu kontrolnym prowadzonym przez powoda jest oczywiście niewystarczające i nie może zastąpić w tym zakresie opinii biegłego sądowego.

Natomiast nie są uzasadnione pozostałe podniesione w apelacji zarzuty naruszenia prawa materialnego.

Sąd Apelacyjny w całości podziela i przyjmuje za własną ocenę Sądu Okręgowego co do legitymacji biernej pozwanego jako następcy prawnego świadczeniodawcy usług medycznych, jakim był zlikwidowany SP ZOZ w B.. Brak jest również podstaw do uznania, że zobowiązania SP ZOZ w B. na podstawie (...) przejęła A. ZOZ w B. Z (...) umowy [k. 349-350] wynika, że przejęte przez A. obowiązki nie obejmują roszczeń osób trzecich wobec zlikwidowanego SP ZOZ wynikających ze zdarzeń zaistniałych przed dniem 7 października 2010r. Skoro zatem roszczenia powoda – osoby trzeciej w stosunku do stron umowy cesji - wynikają z umów wykonywanych w 2007 i 2008r., to konsekwentnie należy uznać, że za zobowiązania te nie odpowiada A. ZOZ w B., lecz pozwany Powiat jako następca prawny zlikwidowanego podmiotu. Czynności kontrolne podejmowane w stosunku do pozwanego także wynikały z następstwa prawnego Powiatu po zlikwidowanym SP ZOZ, a nie z uznania Powiatu za świadczeniodawcę usług medycznych w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Powiat świadczeniodawcą usług medycznych oczywiście nie był.

Za nieuzasadnione uznać również należy zarzuty przedawnienia roszczenia powoda w stosunku do pozwanego. Roszczenia te przedawniają się z upływem 10 letniego terminu liczonego od daty wymagalności. Nie są to bowiem ani roszczenia okresowe, ani roszczenia związane z prowadzeniem działalności gospodarczej. Zgodnie bowiem z art. 97 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych NFZ nie wykonuje działalności gospodarczej. Fundusz jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną i zarządza środkami finansowymi, składającymi się z przychodów Funduszu w rozumieniu art. 116 ustawy.

Z tych względów Sąd Apelacyjny orzekł jak w wyroku.