

Sygn. akt II Ca 67/14

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 czerwca 2014 roku

Sąd Okręgowy w Lublinie II Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący: Sędzia Sądu Okręgowego Andrzej Mikołajewski – spr.

Sędziowie: Sędzia Sądu Okręgowego Iwona Tchórzewska

Sędzia Sądu Okręgowego Elżbieta Żak

Protokolant Sekretarz sądowy Małgorzata Lewandowska

po rozpoznaniu w dniu 29 maja 2014 roku w Lublinie

na rozprawie

sprawy z powództwa R. Ł., J. Ł., J. P. (1), Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w M., A. K. (1), A. K. (2), I. S., M. P., A. Ł., Z. Ż., H. K., Z. Z., Z. M., M. W. (1), R. C., J. M., G. J., D. G., M. Z., (...) Spółki Partnerskiej Lekarzy z siedzibą w B., A. W.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia z siedzibą w W.

o zapłatę

na skutek apelacji powodów od wyroku Sądu Rejonowego Lublin-Zachód w Lublinie z dnia 12 listopada 2013 roku, sygn. akt II C 507/13

I. oddala apelację;

II. zasądza na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W. tytułem zwrotu kosztów postępowania odwoławczego:

- a) od J. P. (1) kwotę 18,01 zł (osiemnaście złotych i jeden grosz),
- b) od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w M. kwotę 37,24 zł (trzydzieści siedem złotych i dwadzieścia cztery grosze),
- c) od A. K. (1), A. K. (2) i I. S. kwoty po 8,99 zł (osiem złotych i dziewięćdziesiąt dziewięć groszy),
- d) od R. Ł. i J. Ł. kwoty po 7,79 zł (siedem złotych i siedemdziesiąt dziewięć groszy),
- e) od M. P., A. Ł. i Z. Ż. kwoty po 8,96 zł (osiem złotych i dziewięćdziesiąt sześć groszy),
- f) od H. K., Z. Z., Z. M. i M. W. (1) kwoty po 16,35 zł (szesnaście złotych i trzydzieści pięć groszy),
- g) od R. C., J. M. i G. J. kwoty po 0,36 zł (trzydzieści sześć groszy),
- h) od D. G. i M. Z. kwoty po 18,69 zł (osiemnaście złotych i sześćdziesiąt dziewięć groszy),

- i) od (...) Spółki Partnerskiej Lekarzy z siedzibą w B. kwotę 16,37 zł (szesnaście złotych i trzydzieści siedem groszy),
- j) od M. W. (2) kwotę 55,07 zł (pięćdziesiąt pięć złotych i siedem groszy).

Sygn. akt II Ca 67/14

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 23 listopada 2011 roku:

- a) J. P. (1) wniósł o zasądzenie od Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W. kwoty 214,40 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 18 października 2011 roku do dnia zapłaty,
- b) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w M. wniósł o zasądzenie od Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W. kwoty 443,35 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 21 października 2011 roku do dnia zapłaty,
- c) A. K. (1), A. K. (2) i I. S. wnieśli o zasądzenie solidarnie na ich rzecz od Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W. kwoty 321,10 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 26 października 2011 roku do dnia zapłaty,
- d) R. Ł. i J. Ł. wnieśli o zasądzenie solidarnie na ich rzecz od Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W. kwoty 185,60 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 21 października 2011 roku do dnia zapłaty,
- e) M. P., A. K. (3) i Z. Ż. wnieśli o zasądzenie solidarnie na ich rzecz od Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W. kwoty 320 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 28 października 2011 roku do dnia zapłaty,
- f) H. K., Z. Z., Z. M. i M. W. (1) wnieśli o zasądzenie solidarnie na ich rzecz od Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W. kwoty 778,40 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 25 października 2011 roku do dnia zapłaty,
- g) R. C., J. M. i G. J. wnieśli o zasądzenie solidarnie na ich rzecz od Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W. kwoty 12,95 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 22 października 2011 roku do dnia zapłaty,
- h) D. G. i M. Z. wnieśli o zasądzenie solidarnie na ich rzecz od Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W. kwoty 444,05 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 21 października 2011 roku do dnia zapłaty,
- i) (...) Spółka Partnerska Lekarzy z siedzibą w B. wniosła o zasądzenie od Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W. kwoty 194,83 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 15 października 2011 roku do dnia zapłaty,
- j) M. W. (2) wniosła o zasądzenie od Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W. kwoty 655,52 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 15 października 2011 roku do dnia zapłaty.

*

Wyrokiem z dnia 12 listopada 2013 roku Sąd Rejonowy Lublin-Zachód w Lublinie:

I. oddalił powództwa;

II. zasądził tytułem zwrotu kosztów procesu na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W. od:

- a) J. P. (1) kwotę 40,15 zł,
- b) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w M. kwotę 82,90 zł,
- c) A. K. (1), A. K. (2) i I. S. solidarnie kwotę 60,12 zł,
- d) R. Ł. i J. Ł. solidarnie kwotę 34,74 zł,

- e) M. P., A. K. (3) i Z. Ż. solidarnie kwotę 59,80 zł,
- f) H. K., Z. Z., Z. M. i M. W. (1) solidarnie kwotę 145,56 zł,
- g) R. C., J. M. i G. J. solidarnie kwotę 2,40 zł,
- h) D. G. i M. Z. solidarnie kwotę 83,16 zł,
- i) (...) Spółki Partnerskiej Lekarzy z siedzibą w B. kwotę 36,40 zł,
- j) M. W. (2) kwotę 122,77 zł.

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

Powodowie mają zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej według wzoru stanowiącego załącznik nr (...) do Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr (...) z dnia 1 grudnia 2010 roku. W ramach tych umów powodowie jako świadczeniodawcy są zobowiązani do gromadzenia i przekazywania celem rozliczenia realizacji umowy m. in. informacji o świadczeniobiorcach objętych opieką na podstawie deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej w formie list świadczeniobiorców, zawierającej każdorazowo aktualne informacje o wszystkich świadczeniobiorcach, których obejmują opieką na podstawie deklaracji złożonych do osób udzielających świadczeń w ramach umowy. Następnie listy są przekazywane przez świadczeniodawcę oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu w okresach miesięcznych, według stanu na pierwszy dzień okresu sprawozdawczego, w terminie do 7 dni każdego okresu sprawozdawczego. Na podstawie list świadczeniobiorców przekazywanych przez innych świadczeniodawców Oddział Funduszu weryfikuje listę przekazaną przez świadczeniodawcę oraz przekazuje do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego potwierdzoną informację o liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez świadczeniodawcę. Przekazana informacja stanowi podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy, z zastrzeżeniem ust. 5 i ust. 6 (§ 6 ust. 1 i ust. 4 umowy). Zgodnie z § 5 lista po przeprowadzonej weryfikacji jest listą ostateczną za wyjątkiem sytuacji, gdy wyniki przeprowadzonej przez Fundusz kontroli wskażą na potrzebę jej ponownej weryfikacji.

Każdego miesiąca Fundusz przeprowadza bieżącą weryfikację list świadczeniobiorców, na podstawie której świadczeniodawcy wystawiają rachunki, a następnie otrzymują wynagrodzenie. Najpierw odbywa się tzw. weryfikacja oddziałowa, czyli sprawdzenie poprawności i kompletności list. Po zakończeniu tego procesu deklaracje przekazywane są do centrali funduszu zdrowia w wersji elektronicznej. Po dokonaniu weryfikacji centralnej wyniki udostępniane są wszystkim oddziałom funduszu, po zaimportowaniu wyników weryfikacji importowane są raporty zwrotne świadczeniodawcom, jest ich w sumie 6, w tym raport o deklaracjach uznanych i raport o deklaracjach nieuznanych. Do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego świadczeniodawcy otrzymują wyniki weryfikacji. Wszyscy świadczeniodawcy mają możliwość załogowania się na serwer i pobrania tych informacji. Druga weryfikacja zwana kontrolną dokonywana jest zgodnie z wytycznymi Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia przynajmniej raz na pół roku i ma ona przede wszystkim na celu wyeliminowanie deklaracji osób nieżyjących. Jest to związane z tym, że do dziesiątego każdego miesiąca organ MSWiA ma obowiązek przesłać elektroniczną informację o osobach, które zmarły w poprzednim miesiącu. Informacje te centrala zaczytuje do centralnego wykazu ubezpieczonych, a następnie raz w miesiącu generuje replikę, czyli skróconą informację, która zawiera PESEL oraz datę zgonu danej osoby. Weryfikacja list odbywa się na podstawie aktualnej repliki. Po zakończonym procesie weryfikacji wyniki udostępniane są świadczeniodawcom na portalu S.. Znajdują się tam raporty dotyczące osób nieżyjących i deklaracji nieuznanych. Raport deklaracji nieuznanych dołączany jest do pisma dla świadczeniodawców wraz z wezwaniem do zapłaty. W przypadku nieuiszczenia opłaty naliczane są odsetki.

W miesiącu maju 2011 roku w odniesieniu do powodów pozwany na podstawie repliki Centralnego Wykazu Ubezpieczonych przeprowadził weryfikację list podstawowej opieki zdrowotnej za okres od 1 stycznia 2011 roku do 1 lutego 2011 roku. Przedmiotowa weryfikacja wykazała, że na listach świadczeniobiorców znajdują się deklaracje

osób, które już nie żyją, a za które Fundusz wypłacił świadczeniodawcom (powodom) stosowne wynagrodzenie. Wobec powyższego deklaracje zostały dezaktywowane, a następnie pozwany wezwał poszczególnych powodów do skorygowania wcześniej wystawionych rachunków i zwrotu nadpłaty w terminie 14 dni od dnia otrzymania pisma. Wskazany termin we wszystkich przypadkach minął bezskutecznie. Po upływie terminu zakreślonego powodom do dokonania korekt rachunków i wpłaty środków finansowych z tytułu nadpłaty za osoby nieżyjące, strona pozwana dokonała kompensaty tychże kwot z wierzytelnościami powodów z tytułu bieżącego wynagrodzenia za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W miesiącu październiku 2011 roku NFZ wystosował oświadczenia o potrąceniu wierzytelności, na którą składało się pobrane wynagrodzenie za osoby nieżyjące wraz z odsetkami, i tak:

- do NZOZ w O. (J. P. (2)) pismem z dnia 17 października 2011 roku oświadczenie o potrąceniu kwoty 214,40 zł,
- do SPZOZ w M. pismem z dnia 20 października 2011 roku oświadczenie o potrąceniu kwoty 443,35 zł,
- do NZOZ (...) w K. (A. K. (1), A. K. (2) i I. S.) pismem z dnia 25 października 2011 roku oświadczenie o potrąceniu kwoty 321,10 zł,
- do NZOZ (...) w Ł. pismem z dnia 20 października 2011 roku oświadczenie o potrąceniu kwoty 185,60 zł,
- do NZOZ (...) (M. P., A. K. (3) i Z. Ż.) pismem z dnia 27 października 2011 roku oświadczenie o potrąceniu kwoty 320 zł,
- do NZOZ (...) w O. (H. K., Z. Z., Z. M. i M. W. (1)) pismem z dnia 24 października 2011 roku oświadczenie o potrąceniu kwoty 778,40 zł,
- do (...) Przychodni (...) w T. (R. C., J. M. i G. J.) pismem z dnia 21 października 2011 roku oświadczenie o potrąceniu kwoty 12,95 zł,
- do NZOZ (...) w W. (D. G. i M. Z.) pismem z dnia 20 października 2011 roku oświadczenie o potrąceniu kwoty 444,05 zł,
- do NZOZ (...) w B. ((...) Spółki Partnerskiej Lekarzy z siedzibą w B.) pismem z dnia 14 października 2011 roku oświadczenie o potrąceniu kwoty 194,83 zł,
- do NZOZ (...) w Ł. (M. W. (2)) pismem z dnia 19 października 2011 roku oświadczenie o potrąceniu kwoty 655,52 zł.

Sąd Rejonowy wskazał, na podstawie jakich dowodów ustalił powyższy stan faktyczny i ocenił te dowody, dodając, że stan faktyczny sprawy jest w istocie bezsporny.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Rejonowy uznał powództwo za niezasadne.

W niniejszej sprawie pozwany po zakończeniu okresu rozliczeniowego w następstwie przeprowadzonej w oparciu o aktualną replikę (...) weryfikacji list świadczeniobiorców ustalił, iż na listach tych widniały nazwiska osób, które zmarły i z związku z tym zażądał od powodów zwrotu tychże kwot, a następnie w braku odpowiedzi na wezwanie do zapłaty, dokonał potrącenia kwoty wynagrodzenia powodów pobranego za osoby, które w czasie świadczenia usług za dany okres już nie żyły, a o której to okoliczności ze względów obiektywnych dowiedziano się później, z wierzytelnością przysługującą powodom z tytułu bieżącego wynagrodzenia.

Powodowie w niniejszej sprawie kwestionowali zasadność dokonanego potrącenia, podnosząc, iż potrącona kwota jest wynikiem wstecznej weryfikacji list, skontrolowanych już uprzednio przez pozwanego, które to stały się już podstawą wystawionych rachunków z tytułu świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej. Wskazali, że rachunki te zostały przez

nich wystawione w dobre wierze, przy braku wiedzy na temat zgonów pacjentów. Podnieśli też, że potrącone przez pozwanego należności stanowią jego bezpodstawne wzbogacenie.

Aktami prawnymi regulującymi zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej są: ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 roku, Nr 164, poz. 1027, ze zm.), rozporządzenie 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, ze zm.), zarządzenia Prezesa NFZ, nadto łącząca strony niniejszego procesu umowa. Narodowy Fundusz Zdrowia jest państwową jednostką organizacyjną prowadzącą gospodarkę finansową świadczeń opieki zdrowotnej. W ramach prowadzonej działalności zawiera umowy ze świadczeniodawcami o udzielanie świadczeń osobom uprawnionym. Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej mają prawo świadczeniobiorcy oraz osoby nie posiadające obywatelstwa polskiego, inne niż świadczeniobiorcy, którym świadczenia zdrowotne udzielane są na zasadach określonych w przepisach odrębnych i umowach międzynarodowych. Jeśli chodzi o sposób finansowania świadczeń, oparty on jest na kapitałowej metodzie finansowania świadczeń medycznych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Jest to tzw. metoda per capita, czyli na głowę, polegająca na określeniu jednostkowej rocznej stawki, tzw. kapitałowej, przeznaczonej na objęcie opieką jednego świadczeniobiorcy w ciągu jednego roku. Wynagrodzenie nie jest zależne od liczby zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej, a od liczby osób zadeklarowanych do danego lekarza, pielęgniarki lub położnej. Istotnym dokumentem stanowiącym podstawę do dokonywania rozliczeń i finansowania świadczeń jest więc deklaracja wyboru lekarza (art. 56 ust. 1 cyt. ustawy). Ważność tej deklaracji wygasa z chwilą śmierci świadczeniobiorcy i nie stanowi dla Funduszu podstawy do przekazywania świadczeniodawcy na jej podstawie środków finansowych z tytułu realizacji umowy o udzielanie świadczeń. Każda z tych deklaracji stanowi podstawę do sporządzenia listy. Finansowanie świadczeń następuje na podstawie ilości sprawozdanych przez świadczeniodawców deklaracji wyboru w okresie sprawozdawczym, które podlegają weryfikacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia (§ 6 ust. 4 umowy). Zgodnie natomiast z § 6 ust. 6 umowy lista po przeprowadzonej weryfikacji jest listą ostateczną za wyjątkiem, gdy wyniki przeprowadzonej przez Fundusz kontroli wskażą na potrzebę jej ponownej weryfikacji.

Oczywistym jest, że istota udzielania świadczeń zdrowotnych zakłada istnienie osoby, której świadczenia te mają być udzielane. Wynagrodzenie przysługujące świadczeniodawcom za danego świadczeniobiorcę nie zależy co prawda od ilości świadczonych usług w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, należyne jest za samą gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych, jednakże owa gotowość, co należy podkreślić, ma rację bytu tylko w stosunku do osób żyjących. Z chwilą śmierci świadczeniobiorcy wygasają wszelkie jego prawa, w tym także prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej; dochodzi do utraty ważności oświadczenia złożonego w deklaracji wyboru. Wraz ze śmiercią, co również nie budzi wątpliwości, ustaje potrzeba udzielania świadczeń, a w konsekwencji wygasa prawo świadczeniodawcy do uzyskania wynagrodzenia z tego tytułu.

W świetle powyższych rozważań za niezasadny należy uznać zarzut strony powodowej niemożności weryfikowania list pacjentów po jej zatwierdzeniu przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Niemożność weryfikowania list odnosi się bowiem do osób żyjących, z pewnością wola stron umowy o udzielanie świadczeń w zakresie nieweryfikowania list nie odnosiła się do takiej przyczyny ewentualnej weryfikacji, jaką jest śmierć. Okoliczność, że listy te były już poprzednio zatwierdzone przez pozwanego, nie zmienia faktu, iż deklaracje z uwagi na zgon, mimo że okoliczność ta nie została odnotowana z uwagi na brak ówczesnie takowych informacji, straciły ważność z chwilą śmierci tych osób.

Zgodnie z art. 405 k.c. kto bez podstawy prawnej uzyskał korzyść majątkową kosztem innej osoby, obowiązany jest do wydania korzyści w naturze, a gdyby to nie było możliwe, do zwrotu jej wartości. Bezpodstawne wzbogacenie jest zdarzeniem prawnym, w wyniku którego bez podstawy prawnej powstaje sytuacja polegająca na wzroście majątku po stronie podmiotu wzbogaconego, kosztem jednoczesnego pogorszenia sytuacji majątkowej osoby zubożonej. Wzbogacenie jest bezzasadne nawet wtedy, gdy nastąpiło w związku z określonym stosunkiem prawnym czy zdarzeniem prawnym, ale nie stanowi jego prawidłowego, poprawnego następstwa.

Gdyby do potrącenia nie doszło, w istocie bezpodstawnie wzbogaconym byłaby strona powodowa, uzyskałaby bowiem wynagrodzenie za świadczeniobiorców, którzy w dacie świadczenia usług już nie żyli. Sąd Rejonowy nie negował

tego, że powodowie w momencie wystawiania rachunków działali w dobrej wierze, nie mając wiedzy na temat zaistniałych zgonów pacjentów. Później okazało się jednak, w wyniku przeprowadzonej przez NFZ kontroli deklaracji na podstawie zaktualizowanych danych Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, że część osób wykazanych na listach świadczeniobiorców nie żyła. Tym samym świadczenie wypłacone powodom za te osoby stało się świadczeniem nienależnym. Zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego świadczenie nienależne jest szczególnym przypadkiem bezpodstawnego wzbogacenia, który zachodzi m. in. jeżeli ten, kto spełnił świadczenie, nie był w ogóle zobowiązany lub nie był zobowiązany względem osoby, której świadczył albo jeżeli podstawa świadczenia odpadła lub zamierzony cel świadczenia nie został osiągnięty.

Mając na uwadze treść umowy łączącej strony procesu należało uznać, że w wyniku przekazywania przez pozwanego na rzecz powodów środków zgodnie z postanowieniami umowy, także w okresie, gdy pacjenci już nie żyli, doszło do uzyskania przez powodów jako świadczeniodawców korzyści majątkowej kosztem pozwanego bez podstawy prawnej, tj. wobec jej odpadnięcia w związku ze śmiercią świadczeniobiorców.

Prawdą jest, że do takich sytuacji dochodzi na skutek trwającego dosyć długo, być może zbyt długo, procesu przetwarzania informacji o zgonie osoby ubezpieczonej, która to informacja przekazywana jest z Centralnej Ewidencji PESEL do Centralnego Wykazu Ubezpieczonych. Jednakże powyższe obiektywne okoliczności nie mogą uzasadniać oceny pobranego wynagrodzenia mimo odpadnięcia podstawy świadczenia jako należnego.

Przepis § 10 ust. 13 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr (...) z dnia 29 grudnia 2010 roku, zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, stanowi, że w przypadkach gdy w wyniku dokonanej kontroli przez oddział Funduszu weryfikacji kontrolnej deklaracji lub świadczeń ujawnią się nieprawidłowości w zrealizowanym zgodnie z postanowieniami ust. 9 pkt. 4 i ust. 10 pkt. 2 procesie rozliczeń, wzywając, świadczeniodawcę do korekty rozliczenia, oddział przedstawia pisemne uzasadnienie przyczyny korekty. Zgodnie natomiast z § 28 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku, będących integralną częścią umów o udzielenie świadczeń, w przypadku stwierdzenia przez oddział wojewódzki przekazania nienależnych środków finansowych, kwota przekazanych środków podlega zwrotowi w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania. Przepis ten dotyczy wszystkich rodzajów świadczeń i nie ogranicza go dokonanie rozliczenia umowy.

Nadto, przepis art. 114 cyt. wyżej ustawy stanowi, że środki finansowe NFZ są środkami publicznymi, to zaś rodzi określone obowiązki nałożone na Fundusz, a wyrażające się w gospodarnym dysponowaniu tymi środkami i związaną z tym odpowiedzialnością za finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez świadczeniodawców.

Skoro powodowie otrzymali od pozwanego świadczenia nienależne, powstał po ich stronie obowiązek jego zwrotu, a w konsekwencji pozwany mógł dokonać potrącenia tychże kwot. Jednocześnie wskazać należy, że nie była kwestionowana wysokość kwot wyliczonych przez pozwanego, a wypłaconych powodom za osoby zmarłe.

Zgodnie z art. 498 k.c. gdy dwie osoby są jednocześnie względem siebie dłużnikami i wierzycielami, każda z nich może potrącić swoją wierzytelność z wierzytelnością drugiej strony, jeżeli przedmiotem obu wierzytelności są pieniądze lub rzeczy oznaczone do co gatunku, a obie wierzytelności są wymagalne i mogą być dochodzone przed sądem lub przed innym organem państwowym. Wskutek potrącenia obie wierzytelności potrącają się do wysokości wierzytelności niższej.

Rozstrzygnięcie o kosztach procesu Sąd Rejonowy uzasadnił treścią art. 98 § 1 i § 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c., zgodnie z którym strona przegrywając sprawę zobowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty procesu niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony. Na koszty procesu poniesione przez pozwanego składają się koszty zastępstwa procesowego, wynoszące 600 zł (§ 6 pkt 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy udzielonej z urzędu, Dz. U. z 2002 roku, Nr 163, poz. 1349, ze zm.) oraz kwota 68 zł tytułem opłat skarbowych za

pełnomocnictwa. Powyższymi kosztami procesu Sąd Rejonowy obciążył powodów proporcjonalnie do ich udziału w sprawie, przywołując też art. 105 k.p.c.

*

Apelację od tego wyroku wnieśli powodowie, zaskarżając wyrok Sądu Rejonowego w całości, każdy w stosunku do jego osoby.

Powodowie zarzucili zaskarżonemu wyrokowi:

1. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 405 k.c., poprzez jego zastosowanie i uznanie, że wypłacenie stawki kapitacyjnej należnej powodom za zmarłych pacjentów było bezpodstawnym wzbogaceniem z powodu braku podstawy prawnej,
2. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 411 pkt 1 k.c., poprzez jego niezastosowanie i uznanie, że pozwany Fundusz w momencie wypłaty stawki kapitacyjnej za zmarłych pacjentów nie miał świadomości niezależności świadczenia,
3. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 498 k.c., poprzez jego zastosowanie, tj. uznanie, że po zapłaceniu powodom stawki kapitacyjnej za zmarłych pacjentów pozwany Fundusz był w sytuacji wierzyciela uprawnionego do dokonania potrącenia,
4. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 64 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych poprzez jego niezastosowanie i uznanie, że wewnętrzna korekta Centralnego Wykazu Ubezpieczonych dokonana przez pozwany Fundusz jest tożsama z kontrolą deklaracji, o której mowa w § 6 ust. 5 umowy łączącej strony i nie wymaga procedury kontrolnej przewidzianej w w/w przepisie ustawy.

Powodowie wnieśli o zmianę zaskarżonego wyroku w całości poprzez uwzględnienie ich powództw w całości, a także o zasądzenie od pozwanego na rzecz powodów zwrotu kosztów postępowania za obie instancje wg norm przepisanych.

Pozwany wniósł o oddalenie apelacji oraz o zasądzenie od powodów na rzecz pozwanego zwrotu kosztów postępowania odwoławczego według norm prawem przepisanych.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja powodów nie jest zasadna.

Sąd Rejonowy poczynił trafne ustalenia faktyczne, oceniając dowody zgodnie z dyspozycją art. 233 § 1 k.p.c. Sąd Okręgowy przyjmuje te ustalenia za własne.

Sąd Rejonowy dokonał również co do zasady prawidłowej oceny prawnej ustalonego stanu faktycznego, którą Sąd Okręgowy podziela. W szczególności trafnie Sąd Rejonowy przyjął, że istniały wierzytelności pozwanego względem powodów z tytułu nienależnie wypłaconych wynagrodzeń za podstawową opiekę zdrowotną mającą mieć miejsce w odniesieniu do zmarłych świadczeniobiorców i prawidłowo zostały przez pozwanego potrącone z bieżącym wynagrodzeniem powodów z łączących strony umów.

W pierwszej kolejności należy zauważyć, że powodowie występując w niniejszej sprawie z żądaniem zapłaty i opierając się na twierdzeniu, że potrącenia dokonane przez pozwanego były nieskuteczne, w istocie dochodzili zaległych części wynagrodzeń należnych im zgodnie z umowami łączącymi strony a nie świadczeń z tytułu bezpodstawnego wzbogacenia czy nienależnego świadczenia. Gdyby bowiem ich stanowisko było słuszne, oznaczałoby ono, że pozwany nie wypłacił im części należnych na podstawie umów wynagrodzeń i to z tych umów należałoby wywieść obowiązek ich zapłaty w pełnej wysokości. Tym samym roszczenia powodów z uwagi na ich niską wysokość oraz źródło powinny być rozpoznawane w postępowaniu uproszczonym, ze wszystkimi tego konsekwencjami (art. 505¹ pkt 1 k.p.c. i nast.). Uchybienie to nie miało jednak żadnego wpływu na wynik procesu.

Odnosząc się do zarzutów apelacji należy podnieść, że wierzytelności pozwanego, objęte potrąceniem, pozostawały w związku z umową o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zakres praw i obowiązków stron, zgodnie z art. 353¹ k.c., ukształtowany został nie tylko jej treścią, ale i przepisami prawa, w tym ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz wydanym na jej podstawie rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z § 14 cyt. rozporządzenia Narodowy Fundusz Zdrowia jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie. W umowie zawartej na więcej niż jeden zakres świadczeń dla danego rodzaju świadczeń kwota zobowiązania stanowi sumę kwot zobowiązania w poszczególnych zakresach, po uwzględnieniu korekty wynikającej ze stosowania współczynników korygujących. W przypadku świadczeń rozliczanych na podstawie kapitacyjnej stawki rocznej, należność tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi sumę dwunastych części iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach wiekowych i kapitacyjnych stawek rocznych, z uwzględnieniem współczynników korygujących. Liczba świadczeniobiorców ustalana jest przez Fundusz według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy na podstawie informacji przekazanej przez świadczeniodawcę, sporządzonej na podstawie posiadanych deklaracji wyboru. Powyższe informacje świadczeniodawca przekazuje do właściwego wojewódzkiego oddziału Funduszu do siódmego dnia danego miesiąca w celu weryfikacji. Oddział wojewódzki Funduszu przekazuje świadczeniodawcy do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego informację o liczbie świadczeniobiorców objętych przez niego opieką. Przekazana informacja stanowi podstawę do sporządzenia rachunku za dany okres sprawozdawczy (§ 17). Stosownie natomiast do § 28 rozporządzenia w przypadku stwierdzenia przez oddział wojewódzki Funduszu przekazania świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych, kwota przekazanych środków podlega zwrotowi w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania Funduszu do ich zwrotu. 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. W 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 nienależnie przekazanych środków wraz z odsetkami ustawowymi z należności przysługującej świadczeniodawcy. 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.

Art. 64 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku wskazuje, że podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych może przeprowadzić kontrolę udzielania świadczeń świadczeniobiorcom, a w szczególności kontrolę: a) organizacji i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności, b) udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z wymaganiami określonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, c) zasadności wyboru leków i wyrobów medycznych, w tym przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stosowanych w leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych, d) przestrzegania zasad wystawiania recept i e) dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Świadczeniodawca jest obowiązany do przedkładania podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych żądanej dokumentacji oraz udzielania wszelkich informacji i pomocy niezbędnych w związku z prowadzoną kontrolą (art. 64 ust. 5 cyt. ustawy).

Przedmiotem kontroli szczegółowo opisanej w ustawie jest dokumentacja znajdująca się w posiadaniu świadczeniobiorcy, co oznacza, że kontrola ta dotyczy weryfikacji (zwłaszcza) deklaracji wyboru lekarza osób żyjących. Za pomocą tej kontroli nie jest możliwe ustalenie, czy pacjent, za którego wypłacono stawkę kapitacyjną żył w danym okresie rozliczeniowym. Tym samym w przypadku zmarłych pacjentów § 28 ust. 3 sprawie ogólnych warunków umów

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie wyłącza dopuszczalności potrącenia wierzytelności z tytułu nienależnego świadczenia.

Świadczenie pieniężne w dochodzonej pozwem kwocie zostało spełnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia przy braku podstawy prawnej, wynikającej z umowy, ustawy lub innego zdarzenia prawnego, zatem było świadczeniem nienależnym odpowiadającym kondycji *indebiti*. Przez wykonanie świadczenia w rozumieniu art. 410 k.c. należy rozumieć każde celowe świadome przysporzenie na rzecz majątku innej osoby, które z punktu widzenia odbiorcy można przyporządkować jakiemuś zobowiązaniu, chociażby w ogóle lub jeszcze nieistniejącemu albo nieważnemu. Przesłanką jest nienależne świadczenie, czyli takie, w którym brak lub wadliwe jest zobowiązanie leżące u jego podstaw (*causa efficiens*). Istotą kondycji *indebiti* jest spełnienie świadczenia przez osobę, która w ogóle nie była zobowiązana lub nie była zobowiązana względem osoby, której świadczyła, przy czym nie ma znaczenia przyczyna nieistnienia zobowiązania (por. uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 6 grudnia 2012 roku, sygn. IV CSK 159/12, Lex nr 1288708). Konkludując, Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, rozliczanej na podstawie kapitacyjnej stawki rocznej, mógł wypłacać świadczeniodawcom wynagrodzenie obejmujące wyłącznie tych świadczeniobiorców, którzy byli żyli w danym okresie rozliczeniowym. W wypadku nadpłaty, będącej wynikiem przedstawienia przez świadczeniodawcę obiektywnie wadliwej informacji (wykazywania na liście świadczeniobiorców osób, które zmarły), kwota zawyżonego świadczenia (różnica) stanowi świadczenie nienależne podlegające zwrotowi. W konsekwencji chybiony jest zarzut naruszenia art. 405 k.c. (w zw. z art. 410 k.c.). Ubocznie tylko należy wskazać, że Sąd pierwszej instancji błędnie przyjął, iż ważność deklaracji wyboru lekarza wygasa z chwilą śmierci świadczeniobiorcy. Śmierć pacjenta pozostaje bez wpływu na ważność złożonego przez pacjenta oświadczenia o wyborze lekarza. Oświadczenie to natomiast przestaje wywierać skutki prawne, które wiąże z nim ustawa, to jest staję się bezskuteczne. Powyższe uchybienie nie ma jednak wpływu na ocenę zasadności rozstrzygnięcia Sądu Rejonowego.

Nie znajduje uzasadnienia również odwołanie się przez powoda do art. 411 pkt 2 k.c., tj. przesłanki wyłączenia zwrotu świadczenia nienależnego, polegającej na tym, że spełniający świadczenie wiedział, że nie był do świadczenia zobowiązany. Strona powodowa nie wykazała, by Narodowy Fundusz Zdrowia dokonując zapłaty należności z tytułu zawartej umowy wiedział, że uiszcza należność również za pacjentów, którzy zmarli. Okoliczności tej przeczyła strona pozwana w toku postępowania i brak jest na to jakichkolwiek dowodów. Nie można utożsamiać ewentualnej wiedzy określonej jednostki organizacyjnej Skarbu Państwa o śmierci określonych osób (np. Ministerstwa Spraw Wewnętrznych) z wiedzą o tej okoliczności innej państwowej osoby prawnej, jaką jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Dla istnienia nienależnego świadczenia nie ma znaczenia także to, że powodowie składali listy osób objętych podstawową opieką zdrowotną w dobrej wierze (nie wiedząc o śmierci niektórych pacjentów), zaś Narodowy Fundusz Zdrowia w dobrej wierze wypłacił wynagrodzenie także za osoby zmarłe (nie wiedząc o tym). Stan nienależnego świadczenia, będącego szczególną postacią bezpodstawnego wzbogacenia, istnieje obiektywnie, niezależnie od jego zawinienia, a wyłączenie zwrotu może mieć miejsce w przypadku zaistnienia okoliczności przewidzianych w art. 411 k.c. i art. 409 k.c.

Sąd Okręgowy dostrzega, że system przekazywania informacji pomiędzy odpowiednimi podmiotami publicznymi powinien działać sprawniej i zapobiegać wypłacie nienależnych świadczeń, skarżący nie mogą jednak z tego postulatu wywodzić, że skoro w dobrej wierze otrzymali nienależne im świadczenia, nie powinni być zobowiązani do ich zwrotu, a powstaje swego rodzaju odpowiedzialność odszkodowawcza pomiędzy podmiotami publicznymi. Obowiązek zwrotu nienależnie uzyskanego świadczenia wygasłby wtedy, gdyby powodowie wykazali, że zużyli je lub utracili w taki sposób, że nie są już wzbogaceni, chyba, że wyzbywając się korzyści lub zużywając ją powinni liczyć się z obowiązkiem zwrotu (art. 409 k.c.), albo gdyby zostało ono spełnione w okolicznościach przewidzianych w art. 411 k.c. Powodowie takich okoliczności nie udowodnili.

Zgodnie z art. 498 k.c. gdy dwie osoby są jednocześnie względem siebie dłużnikami i wierzycielami, każda z nich może potrącić swoją wierzytelność z wierzytelności drugiej strony, jeżeli przedmiotem obu wierzytelności są pieniądze lub rzeczy tej samej jakości oznaczone tylko co do gatunku, a obie wierzytelności są wymagalne i mogą być dochodzone przed sądem lub przed innym organem państwowym (§ 1); wskutek potrącenia obie wierzytelności umarzają się

nawzajem do wysokości wiarytelności niższej (§ 2). W stanie faktycznym niniejszej sprawy Sąd Rejonowy zasadnie przyjął, że zaistniał tzw. stan potrącalności bowiem nie tylko, że istniała po stronie pozwanego wiarytelność z tytułu nadpłaconego wynagrodzenia ale również ziszczyły się pozytywne przesłanki potrącenia, przy braku przesłanek negatywnych. Tym samym zaktualizowało się uprawnienie wierzyciela do dokonania potrącenia przez jednostronne oświadczenie woli złożone drugiej stronie, oraz do takiego potrącenia – skutkującego umorzeniem nawzajem obu wiarytelności do wysokości wiarytelności niższej – doszło.

Na marginesie należy zauważyć, że niezależnie od szczególnego rodzaju umów zawieranych przez strony niniejszego procesu, w dużej części unormowanych odpowiednią ustawą i rozporządzeniem, umowy, w których wynagrodzenie jednej ze stron jest określone w pewien sposób „ramowo” często występują w obrocie gospodarczym (oczywiście nie są to umowy ramowe). Dzieje się tak, gdy strony umawiają się co do określonych usług bądź innych świadczeń, których rozmiaru nie są w stanie ściśle określić, bądź dlatego, że będzie on zmienny w czasie (np. na skutek przepływu świadczeniobiorców od jednego podmiotu do innego), bądź dlatego, że nie jest jeszcze znana wielkość potrzebnych świadczeń. Regułą jest wówczas ustalanie wynagrodzenia jednej ze stron poprzez odwołanie się do wskaźników rozmiaru bądź ilości udzielonych przez nią świadczeń, a umowa określa jedynie stawkę jednostkową, która będzie podstawą do wyliczenia należnego wynagrodzenia oraz sposób ustalenia rozmiaru bądź ilości świadczeń (np. na podstawie zestawienia, listy itp.). Oczywistym jest, że stronie należy się wówczas wynagrodzenie w rozmiarze wynikającym z wielkości jej świadczeń, a jeżeli z jakichś względów dojdzie do wypłacenia wynagrodzenia wyższego, w tej części jest ono świadczeniem nienależnym. Jeżeli uiszczający wynagrodzenie o tym nie wie w chwili spełnienia świadczenia, może żądać zwrotu takiego świadczenia. Analogiczna sytuacja występuje w przypadku umów łączących strony niniejszego procesu, które przewidują wynagrodzenie obliczane jako iloczyn stawki kapitacyjnej oraz liczby pacjentów objętych podstawową opieką zdrowotną. Wprawdzie wynagradzana jest sama gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, ale oczywistym jest, że o takiej gotowości można mówić tylko w przypadku pacjentów żyjących i rzeczywiście objętych podstawową opieką zdrowotną w danym podmiocie.

Zarzuty powodów co do sposobu weryfikacji listy pacjentów w zakresie ustalenia, czy żyli oni w danym okresie rozliczeniowym, są chybione. Co do zasady okoliczność ta nie mogła zostać ustalona w czasie odpowiedniej kontroli, gdyż podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych nie ma wiedzy o tym, że określony pacjent zmarł i nie znajduje to odzwierciedlenia w jego dokumentacji (w przeciwnym razie nie umieściłby go na liście przekazywanej pozwanemu). Jak już wyżej wskazano, stan nienależnego świadczenia istnieje obiektywnie i nie ma tu też znaczenia wcześniejsza weryfikacja listy pacjentów dokonana przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jeżeli została wówczas dokonana prawidłowo (tzn. w tamtym okresie czasu pozwany nie miał jeszcze informacji o śmierci określonych osób).

Skarżący nie sformułowali żadnych zarzutów naruszenia przepisów prawa procesowego w zakresie rozstrzygnięć o kosztach procesu, a Sąd Odwoławczy z urzędu uwzględnił tylko naruszenie prawa materialnego oraz nieważność postępowania (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 31 stycznia 2008 roku, sygn. II CSK 400/07, Lex nr 371445). Nie było zatem podstawy do ich zmiany.

Na podstawie art. 98 § 1 i § 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c., art. 105 § 1 k.p.c. i art. 391 § 1 k.p.c. wobec oddalenia apelacji Sąd Okręgowy zasądził od powodów na rzecz pozwanego zwrot kosztów postępowania odwoławczego obejmujących wynagrodzenie pełnomocnika pozwanego będącego radcą prawnym w stawce minimalnej odniesionej do sumy wszystkich wartości przedmiotu zaskarżenia, rozdzielając je proporcjonalnie do wysokości roszczeń dochodzonych przez każdego z powodów.

Z tych wszystkich względów na podstawie art. 385 k.p.c. Sąd Okręgowy orzekł jak w sentencji wyroku.