

Sygn. akt V Ca 585/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 marca 2014 roku

Sąd Okręgowy w Warszawie V Wydział Cywilny Odwoławczy w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSO Adrianna Szewczyk-Kubat
-----------------	-----------------------------

po rozpoznaniu w dniu 24 marca 2014 r. w Warszawie, na posiedzeniu niejawnym

sprawy z powództwa R. Z.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia - (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego od wyroku Sądu Rejonowego dla m. st. Warszawy w Warszawie z dnia 5 listopada 2013 r. w sprawie o sygn. II C 1250/13

1. **oddala apelację;**

2. **zasądza od Narodowego Funduszu Zdrowia- (...) Oddziału Wojewódzkiego w W. na rzecz R. Z. kwotę 300.00 zł (trzysta) tytułem zwrotu kosztów postępowania w instancji odwoławczej.**

Sygn. akt V Ca 585/14

UZASADNIENIE

sporządzone stosownie do treści art. 505 /13/ par. 2 k.p.c.

Na wstępie Sąd Okręgowy zważył, że w postępowaniu uproszczonym stosownie do art. 505 /9/ k.p.c. został wprowadzony ograniczony katalog zarzutów, na których można oprzeć apelację. Przepis ten przewiduje możliwość oparcia apelacji na zarzucie naruszenia: prawa materialnego przez błędną jego wykładnię lub niewłaściwie zastosowanie oraz naruszenie przepisów postępowania jeżeli mogło to mieć wpływ na wynik sprawy.

Przechodząc do rozważenia zarzutów apelacyjnych Sąd Okręgowy uznał, że apelacja pozwanego nie zasługuje na uwzględnienie w pełni podzielaając ustalenia stanu faktycznego poczynione przez Sąd I instancji i przyjmując je w całości za własne oraz czyniąc podstawą rozstrzygnięcia.

Podkreślić również należy, że argumentacja prawna szeroko przeprowadzona w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia również zasługuje w całości na akceptację, co czyni zbędnym obszerne jej powtarzanie w tym miejscu.

Przede wszystkim Sąd Okręgowy zauważył, że dla oceny zasadności zgłoszonego roszczenia szczególnie istotne jest ustalenie, czy w ogóle pozwany posiadał wierzycelność wobec powoda z tytułu nienależnego świadczenia i czy skutecznie mógł dochodzić jej potrącenia z wierzycelnością powoda.

Bezsporne między stronami było, że została między nimi zawarta umowa o udzieleniu świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oparta na zastosowaniu kapitacyjnej stawki rocznej, czyli w okresie danego roku powód otrzymywał na jednego świadczeniobiorcę określoną kwotę pieniężną z przeznaczeniem na

objęcie takiego świadczeniobiorcy opieką podstawową. Świadczeniodawca -powód zgłaszał pozwanemu listę osób na podstawie złożonych u niego przez świadczenioborców deklaracji wyboru, okresem rozliczeniowym był 1 miesiąc kalendarzowy. Natomiast weryfikacja tej listy, zgodnie z par. 17 ust. 2 i 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2008 r., nr 81, poz. 484) należała do pozwanego. Oddział wojewódzki Funduszu przekazywać miał świadczeniodawcy do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego informację o liczbie świadczenioborców objętych przez niego opieką i ta informacja stanowiła podstawę do sporządzenia rachunku za dany okres sprawozdawczy.

Słusznie również wskazał powód, że realizacja umowy stron w ramach opieki podstawowej opierała się na gotowości do udzielenia świadczeń dla określonej liczby osób wskazanej ostatecznie przez Fundusz. Do tej liczby pacjentów świadczeniodawca zobowiązany był dostosować swoje zaplecze lokalowe, techniczne i medyczne. Powód podkreślił przy tym, że liczne przepisy prawa uzależniają np. zatrudnienie określonej liczby personelu medycznego do liczby zarejestrowanych pacjentów, określają też wymogi, jakie musi spełniać dana placówka medyczna.

W ocenie Sądu Okręgowego nie można też było dokonywać odmiennej oceny prawnej sytuacji w zależności od tego, jaka grupa pacjentów została nieprawidłowo zweryfikowana przez Fundusz i czy w związku z tym placówka medyczna poniosła przy zapewnieniu opieki w zakresie podstawowym jakieś wymierne koszty, czy też nie.

Sąd Okręgowy zważył, że bezsporne jest, iż w niniejszej sprawie Fundusz nie dokonał prawidłowej weryfikacji zgłoszeń, natomiast powód wykonał umowę w zakresie, w jakim otrzymał informację od pozwanego. W związku z powyższym nie można było mówić o nienależnym świadczeniu ze strony pozwanego, który miał ponieść koszty objęcia opieką podstawową określonej grupy świadczenioborców i tym samym o naruszeniu art. 410 k.c. oraz par. 17 ust. 2 i 3 w/ w rozporządzenia.

Co więcej, w ocenie Sądu Okręgowego przepis art. 410 k.c. w ogóle w niniejszej sprawie nie powinien mieć zastosowania. Przepis ten umożliwia bowiem żądanie zwrotu świadczenia, które zostało spełnione na rzecz drugiej strony, a w niniejszej sprawie taka sytuacja nie miała miejsca. Ponadto należało zważyć, że przesłanka „odpadnięcia podstawy prawnej świadczenia” dotyczy sytuacji, kiedy w momencie świadczenia istniała jego podstawa prawna, która dopiero później przestała istnieć. Tymczasem przyjmując argumentację pozwanego trzeba byłoby stwierdzić, że podstawa prawna świadczenia w odniesieniu do tych osób zmarłych nie istniała już w chwili spełniania świadczenia nawet strony powodowej. Trudno też mówić o braku realizacji celu świadczenia, którym było zapewnienie możliwości leczenia w zakresie podstawowym określonej grupie osób. Poza tym konstrukcja "nieosiągnięcia celu świadczenia" (art. 410 § 2 k.c.) znajduje zastosowanie jedynie wówczas, gdy pomiędzy stronami brak jest stosunku prawnego. Chodzi więc o sytuację, gdy podstawa prawna świadczenia nie istnieje, a świadczenie jest spełniane dopiero w zamiarze realizacji określonego celu mającego uzasadnić przysporzenie. W efekcie celem świadczenia nie jest umorzenie zobowiązania, ale oczekiwanie na wystąpienie okoliczności, które dopiero stworzą dla spełnionego świadczenia podstawę prawną (tak wyrok SA w Warszawie z dnia 20 lutego 2013 r. I ACa 936/12), co również w sprawie nie miało miejsca.

Zważywszy na powyższe Sąd Okręgowy uznał, że apelacja nie zasługiwała na uwzględnienie z uwagi na nieistnienie wierzytelności nadającej się do skutecznego potrącenia.

Niezależnie od tego, Sąd Okręgowy przyjął za w pełni zasadne stanowisko Sądu Rejonowego co do braku możliwości potrącenia bez wyczerpania drogi określonej w par. 28 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zw. z art. 64, art. 160 i art. 161 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniu opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz.U z 2008r., nr 164, poz.1027). Gdyby nawet uznać za stroną pozwaną, że odpłatność za osoby, które w momencie wykonywania usługi już nie żyły stanowiła świadczenie nienależne, to trzeba byłoby podkreślić, że par. 28 ust. 1 rozporządzenia znajduje zastosowanie właśnie co do świadczeń nienależnych, przy czym nie różnicuje tych świadczeń na takie, co do których stosuje się dalszą regulację zawartą w tym przepisie i takie, które tą regulacją nie zostały objęte. Z kolei z ust. 3 tego przepisu wynika wprost, że możliwość potrącenia jest możliwa dopiero po wyczerpaniu procedur określonych

w art. 64, art. 160 i art. 161 w/w ustawy, co w tej sprawie nie miało miejsca. Dodatkowo należało też podkreślić, że przepisy k.c. dotyczące możliwości potrącenia nie wykluczają umownego lub ustawowego ograniczenia zarzutu potrącenia przez strony postępowania.

Mając powyższe na uwadze, Sad Okręgowy w oparciu o art. 385 k.p.c. oddalił apelację, o kosztach postępowania orzekając na podstawie art. 391 par. 1 k.p.c. w zw. z art. 108 par. 1 k.p.c. i art. 98 k.p.c.