

Sygn. akt I ACa 190/15

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 1 lipca 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący	:	SSA Jarosław Marek Kamiński
Sędziowie	:	SA Jadwiga Chojnowska (spr.) SO del. Grażyna Wołosowicz
Protokolant	:	Małgorzata Sakowicz - Pasko

po rozpoznaniu w dniu 18 czerwca 2015 r. w Białymstoku

na rozprawie

sprawy z powództwa (...) **w A.**

przeciwko (...) **w B.**

**o zapłatę**

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Białymstoku

z dnia 29 grudnia 2014 r. sygn. akt I C 455/13

**I. zmienia zaskarżony wyrok w ten sposób, że:**

a) **oddala powództwo,**

b) **zasądza od powoda na rzecz pozwanego 3.600 (trzy tysiące sześćset) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu,**

c) **odstępuje od obciążania powoda nieuiszczonymi w sprawie wydatkami,**

**II. zasądza od powoda na rzecz pozwanej 9.306 (dziewięć tysięcy trzysta sześć) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu za drugą instancję.**

## UZASADNIENIE

(...) w A. wniósł o zasądzenie od (...) w W. kwoty 126.720 złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 25 września 2012 r. Domagał się także zasądzenia od pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

(...) w B. w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

Wyrokiem z dnia 29 grudnia 2014 r. Sąd Okręgowy w Białymstoku zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 126.720 złotych wraz z ustawowymi odsetkami w wysokości 13% w stosunku rocznym od dnia 25 września 2012 r. do dnia 22 grudnia 2014 r. i z 8% w stosunku rocznym od dnia 23 grudnia 2014 r. do dnia zapłaty. Zasądził też od pozwanego na rzecz powoda kwotę 6.336 złotych tytułem zwrotu opłaty sądowej i kwotę 3.617 złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego oraz nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Białymstoku kwotę 971,88 złotych tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych.

Orzeczenie to zapadło w oparciu o następujące ustalenia faktyczne:

W dniu 16 stycznia 2009 roku powód zawarł z pozwanym umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której przedmiotem było kompleksowe i całodobowe organizowanie i udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych lub domowych, w rodzaju świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Umowa została zawarta na czas określony do dnia 31 grudnia 2011 roku. 30 grudnia 2011 roku strony podpisały kolejną umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której przedmiotem było kompleksowe i całodobowe organizowanie i udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych lub domowych, w rodzaju świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Także ta umowa została zawarta na czas określony - do dnia 31 grudnia 2014 roku. Poza tym 30 grudnia 2011 roku strony zawarły też umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych i ambulatoryjnych lub domowych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.

Pismem z 22 czerwca 2012 roku pozwany zawiadomił powoda że w dniach 25 czerwca – 11 lipca 2012 roku zostanie przeprowadzona kontrola dotycząca oceny prawidłowości realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w latach 2011 – 2012 ze szczególnym uwzględnieniem sprawdzenia realizacji i rozliczenia świadczeń udzielonych pacjentom, którzy uzyskali o punktów w skali B. w kontekście zgodności z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 140, poz. 1147 ze zm.) oraz zarządzeniem nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2009 roku w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz zarządzeniem nr (...) z dnia 16 listopada 2011 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Na podstawie art. 64 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004r. Nr 210, poz.2135 ze zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, pozwany przeprowadził u powoda kontrolę nr (...)w okresie 25 czerwca – 3 lipca 2012 roku.

Pozwany w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 13 sierpnia 2012 roku negatywnie ocenił realizację umowy nr (...) z dnia 16 stycznia 2009 roku i umowę nr (...) z dnia 30 grudnia 2011 roku. Jednym z zaleceń pokontrolnych było zalecenie dokonania wpłaty kwoty 412.754,35 zł. Na powyższą sumę składała się kwota 393.034 złotych tytułem nienależnie przekazanych środków finansowych opisanych w tabelach nr 1 i 3 wystąpienia pokontrolnego oraz kwota 19.720,35 złotych tytułem kar umownych.

Kwota 393.034 złotych stanowiła sumę nienależnie przekazanych środków finansowych za rok 2011 w kwocie 377.608 złotych (tabela nr 1) oraz za rok 2012 w kwocie 15.426 złotych (tabela nr 3).

Dokonując oceny prawidłowości realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej za 2011 rok (...) negatywnie ocenił prawidłowość sprawozdania i rozliczania świadczeń, wskazując na nieprawidłową ocenę stanu pacjenta w 2011 r. na podstawie niewłaściwego wzoru karty oceny wg skali opartej na skali Barthel, co miało wpływ na sposób i wysokość rozliczania świadczeń i przekazanie świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych. Pozwany wskazał, że analiza dokumentacji 28 pacjentów, w części dotyczącej spożywania/podawania posiłków wykazała, iż w 23 przypadkach świadczeniobiorcy byli karmieni doustnie, a zrealizowane świadczenia zostały wykazane do rozliczenia z (...) poprzez procedurę (...) (osobodzień pobytu w (...)pacjenta z liczbą punktów o w skali B. ze wskaźnikiem 2,8). Zdaniem pozwanego powód niezasadnie ocenił stan tych pacjentów na „0” pkt w sytuacji, gdy właściwa ocena wynosiła „5” pkt w skali Barthel. Błędna ocena, zdaniem pozwanego, została spowodowana zastosowaniem niewłaściwego wzoru karty oceny wg skali opartej na skali Barthel. Pozwany wskazał, że świadczeniodawca stosował kartę oceny wg skali opartej na skali Barthel wg wzoru stanowiącego nieaktualny w tym okresie załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Zdaniem pozwanego niezgodność polegała na odmiennym określeniu liczby pkt w pozycji nr 1 - spożywanie posiłków; w karcie oceny świadczeniodawcy zgodnie ze wzorem obowiązującym w okresie objętym kontrolą liczba 0 pkt odpowiada opisowi „nie jest w stanie przełykać, karmiony przez zgłębnik lub gastrostomię lub jejunostomię”, natomiast w karcie oceny przyjętej przez świadczeniodawcę liczba 0 pkt odpowiada opisowi „nie jest w stanie samodzielnie jeść”. Wskazano, że wpisy w dokumentacji medycznej tych świadczeniobiorców wskazują, że nie mieli oni założonych sond, P. - wymagali jedynie pomocy w doustnym spożywaniu posiłków (byli karmieni lub dokarmiani przez personel).

Dokonując oceny prawidłowości realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej za 2012 rok (...) negatywnie ocenił prawidłowość sprawozdania i rozliczania świadczeń wskazując na brak udokumentowania podawania preparatów diety przemysłowej podczas żywienia dojelitowego, która warunkuje możliwość rozliczania świadczeń przy zastosowaniu współczynnika 2,6 na rzecz pacjentów z liczbą punktów „0” w skali Barthel i poniżej 8 pkt w skali Glasgow. Pozwany wskazał, że wg standardów żywienia chory leczony żywieniem pozajelitowo lub dojelitowo to osoba, która z powodu braku możliwości wystarczającego do utrzymania przy użyciu odżywiania drogą naturalną wymaga całkowitego lub suplementarnego podawania substancji odżywczych dożylnie lub do przewodu pokarmowego poprzez zgłębnik lub przetokę odżywczą. Natomiast pod pojęciem mieszaniny odżywczej należy rozumieć mieszaninę wszystkich substancji odżywczych o ściśle określonym składzie, przygotowaną indywidualnie dla pacjenta w warunkach szpitalnych, domowych lub przemysłowych, podawaną do przewodu pokarmowego lub układu naczyniowego. Pozwany wskazał, że powyższe definicje wykluczają możliwość przyjęcia tezy, że podawanie diety kuchennej, naturalnej do przewodu pokarmowego poprzez zgłębnik lub przetokę odżywczą spełnia definicję żywienia dojelitowego w rozumieniu zarządzenia nr (...) Prezesa (...) oraz standardów żywienia pozajelitowego i dojelitowego opracowanych przez (...). Pozwany wskazał ponadto, że w wyniku kontroli świadczeń rozliczonych w roku 2012 w 1 przypadku w dokumentacji medycznej pacjentów stwierdzono brak udokumentowanej kwalifikacji do żywienia dojelitowego przeprowadzonej w szpitalu lub poradni prowadzącej żywienie dojelitowe, przy uzasadnionej stanem zdrowia świadczeniobiorców ocenie stopnia samodzielności wg skali Barthel na poziomie 0 punktów oraz poniżej 8 pkt wg skali Glasgow. Pozwany stwierdził, że świadczeniodawca wykazując osobodni pobytu pacjentów przy zastosowaniu współczynnika korygującego 2,6 nie wziął pod uwagę przytoczonych wyżej zapisów określających warunki umożliwiające rozliczenie osobodni wg podwyższonego współczynnika

Na karę umowną składała się kwota za rok 2011 w wysokości 15.053,85 złotych oraz za rok 2012 w wysokości 4.666,05 złotych.

Wysokość nałożonych na powoda kar umownych została ustalona kierując się wagą stwierdzonych nieprawidłowości oraz ich wpływem na ocenę realizacji umowy.

Zgodnie z pouczeniem zawartym w końcowej części wystąpienia pokontrolnego powodowi przysługiwało prawo złożenia zastrzeżeń co do treści wystąpienia w terminie 7 dni od dnia jego odbioru.

Pismem z 20 sierpnia 2012 r. (znak: (...)) - data wpływu 23 sierpnia 2012 r. powód przedstawił zastrzeżenia odnośnie wystąpienia pokontrolnego i zawartych tam ocen, uwag i zaleceń wskazując na niezasadność ocen pozwanego, zaś pismem z dnia 29 sierpnia 2012 roku uzupełnił pismo z dnia 20 sierpnia 2012 roku, podnosząc w nim kolejne zastrzeżenia.

Pozwany pismem z dnia 6 września 2012 r. (znak:(...)) udzielił odpowiedzi oddalając złożone zastrzeżenia w całości oraz poinformował powoda o utrzymaniu w mocy zaleceń pokontrolnych przedstawionych w wystąpieniu pokontrolnym, zaś pismem z dnia 13 września 2012 roku odmówił przyjęcia zastrzeżeń zgłoszonych pismem z dnia 29 sierpnia 2012 roku jako zgłoszonych po terminie.

Powód w dniu 28 września 2012 roku złożył zażalenie na czynności dyrektora (...).

Pozwany przedstawił swoje stanowisko w sprawie zażalenia Prezesowi (...) pismem z dnia 10 października 2012 nr. nr (...). Prezes (...) podzielił ustalenia pozwanego w odpowiedzi na to zażalenie - pismo z dnia 25 października 2012r. (znak: (...)), traktując, że zażalenie złożono po terminie przewidzianym art. 161 ust. 2 ustawy o świadczeniach, z uwagi na co - jako czynność spóźniona — nie podlega rozpatrzeniu.

Pismem z dnia 29 października 2012 roku pozwany poinformował powoda, że w związku z koniecznością zbadania kwestii podniesionych w zażaleniu na czynności (...) (pismo z dnia 28 września 2012 roku, znak: (...)), odpowiedź na pismo w sprawie wstrzymania płatności za świadczenia udzielone w sierpniu 2012 roku zostanie udzielona w późniejszym terminie. Ostateczna odpowiedź na zażalenie została zawarta w piśmie Prezesa (...) z dnia 19 listopada 2012 roku.

Pismem z dnia 28 września 2012 roku (...) oświadczył, iż dokonuje potrącenia przysługującej mu wierzytelności w kwocie 412.754,35 złotych (wynikającej z noty księgowej (...) z 26 września 2012 roku) z kwotą wierzytelności przysługującej powodowi, tj. z kwotą 126.720 złotych (wynikającej z rachunku nr (...) z dnia 31 sierpnia 2012 roku na kwotę 7.350 złotych, rachunku nr (...) z dnia 31 sierpnia 2012 roku na kwotę 33.390 złotych, rachunku nr (...) z 31 sierpnia 2012 roku na kwotę 83.805 złotych i rachunku (...) z 31 sierpnia 2012 roku na kwotę 2.175 złotych). W odpowiedzi na powyższe powód pismem z dnia 15 października 2012 roku oświadczył pozwanemu, iż nie uznaje dokonanego potrącenia.

Pismem z dnia 16 października 2012 roku powód zwrócił się do pozwanego o uchylenie decyzji o wstrzymaniu dla niego płatności za świadczone usługi do czasu rozstrzygnięcia sprawy przez organ wyżej instancji.

Pismem z dnia 17 października 2012 roku pozwany wskazał, iż dokonał potrącenia kwoty 126.720 złotych będącej częścią wierzytelności z kwoty 412 754,35 złotych i brak jest podstaw prawnych do wycofania oświadczenia o potrąceniu.

Pismem z dnia 17 października 2012 roku powód oświadczył, że kwestionuje podjęte przez pozwanego czynności, a ponadto wskazał, że ewentualne potrącenia powinny być dokonywane w sposób, który nie doprowadzi do paraliżu jego działalności. Jednocześnie zastrzeżono, że powyższe nie jest uznaniem długu ani jakimkolwiek innym oświadczeniem potwierdzającym zasadność twierdzeń pozwanego podnoszonych w trakcie i po przeprowadzeniu kontroli.

Pismem z dnia 24 października 2012 roku pozwany oświadczył, że pismo powoda z października 2012 roku zostało potraktowane jako wniosek o rozłożenie w czasie spłaty kwoty 286.034,35 złotych i przesłał projekt ugody.

W związku z tym, że roszczenia pozwanego były kwestionowane ugoda nie została podpisana przez powoda.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd, powołując się na przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484) uznał, że pozwany dokonując potrącenia pismem z dnia 28 września 2012 r. przysługującej mu wierzytelności w kwocie 412.754,35 złotych (wynikającej z noty księgowej (...) z 26 września 2012 r.) z kwotą wierzytelności przysługującej

powodowi - 126.720 złotych dokonał go sprzecznie z § 28 ust. 3 rozporządzenia, gdyż dokonał go przed wyczerpaniem procedury, o której mowa w art. 160 i 161 ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Podkreślił, że odpowiedź na zażalenie powoda miała miejsce w dniu 25 października 2012 r., a więc miesiąc później niż miało miejsce potrącenie. W takiej sytuacji, zdaniem Sądu, dokonane potrącenie było przedwczesne i nie mogło rodzić skutków prawnych.

Zdaniem Sądu powodowi z uwagi na powyższe przysługiwała bezsporna wierzytelność wynikająca z wystawionych przez niego rachunków: nr (...) z dnia 31.08.2012 r., nr (...) z dnia 31.08.2012 r., nr (...) z 31.08.2012 r., oraz nr (...) z 31.08.2012 r. w kwocie 126.720,00 złotych. Nadto dowód z opinii biegłego sądowego prof. dr hab. med. S. R., dopuszczony z ostrożności procesowej, potwierdził trafność stanowiska powoda.

Sąd wskazał nadto, iż pozwany nie wytoczył przeciwko powodowi powództwa wzajemnego oraz w toku procesu nie zgłosił zarzutu potrącenia, co skutkowało tym, iż przedmiotem postępowania nie mogła być wierzytelność pozwanego wynikająca z wystąpienia pokontrolnego.

W rezultacie, w ocenie Sądu, powyższe okoliczności stały na przeszkodzie możliwości procesowania w stosunku do wierzytelności pozwanego powstałych w wyniku przeprowadzonej kontroli u powoda oraz dokonania potrącenia wierzytelności pozwanego w trakcie procesu.

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

Apelację od powyższego wyroku wniósł pozwany, który zaskarżając go w całości zarzucił mu:

I. naruszenie prawa materialnego:

1) art. 505 pkt 4 k.c. w związku z art. 155 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zw. z § 28 ust. 3 załącznika rozporządzenia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zw. z § 29 ust. 6 załącznika rozporządzenia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz art. 160 i 161 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zw. z § 28 ust. 3 i § 29 ust. 6 załącznika do rozporządzenia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej poprzez ich zastosowanie w sytuacji, gdy w sprawie niniejszej brak było podstaw do ich zastosowania;

2) art. 64 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zw. z § 28 ust. 3 i § 29 ust. 6 załącznika do rozporządzenia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej poprzez ich błędną wykładnię, a w konsekwencji ich niewłaściwe zastosowanie, co skutkowało uwzględnieniem powództwa i uznaniem, że dokonane potrącenie było przedwczesne wobec wymogów określonych w tych przepisach;

3) art. 483 § 1 k.c. w zw. z art. 155 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zw. § 29 ust. 6 załącznika do rozporządzenia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zw. z § 7 umowy z dnia 16 stycznia 2009 r. nr (...) i § 6 umowy z dnia 30 grudnia 2011 r. nr (...) poprzez niezastosowanie ich w sprawie i uwzględnienie powództwa;

4) niezastosowaniu przepisów § 28 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zw. z § 1 ust. 2 umowy z dnia 16 stycznia 2009 r. nr (...) i § 6 umowy z dnia 30 grudnia 2011 r. nr (...) w zw. z zarządzeniami Prezesa (...) nr (...) z dnia 11 grudnia 2009 r. oraz nr (...) z dnia 16 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej i uwzględnienie powództwa, pomimo braku podstaw z uwagi na zaistnienie przesłanek do zwrotu przez powoda nienależnie pobranych środków finansowych;

5) art. 499 zd. 2 k.c. w zw. z art. 155 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej poprzez jego niezastosowanie w sprawie i uwzględnienie powództwa;

II. naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na wynik sprawy:

1) art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów zgromadzonych w sprawie, brak wszechstronnego rozważenia i oceny materiału dotyczącego stanu faktycznego, zaniechanie całościowej oceny dowodów i ich wnikliwego zbadania, co w konsekwencji doprowadziło do sprzeczności istotnych ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego;

2) art. 232 k.p.c. w zw. z art. 6 k.c. i uznanie, że powód wykazał zasadność swego roszczenia, w szczególności, że świadczenia realizowane na podstawie umów z publicznym płatnikiem realizował i rozliczał zgodnie z zasadami obowiązującymi w umowach, podczas gdy przeczy temu zgromadzony materiał dowodowy, a Sąd oparł rozstrzygnięcie wyłącznie na twierdzeniach strony powodowej.

Wskazując na powyższe wnosił o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego za obie instancje wg norm przepisanych.

**Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:**

***Apelacja zasługiwała na uwzględnienie.***

Motywy zaskarżonego wyroku zdają się wskazywać, iż o oddaleniu powództwa zadecydowała ocena Sądu, że wierzytelność pozwanego w dacie złożenia oświadczenia przez (...) o potrąceniu była wierzytelnością jeszcze niewymagalną, co w konsekwencji nie mogło skutkować wzajemnego umorzenia wierzytelności w kwocie dochodzonej pozwem. Sąd Okręgowy podkreślił jednocześnie, że zasady procesowania w sprawie przez pozwanego (niezgłoszenie zarzutu potrącenia w toku postępowania oraz niewytoczenie powództwa wzajemnego) skutkowało tym, że przedmiotem postępowania nie mogła być wierzytelność pozwanego wynikająca z wystąpienia pokontrolnego. W uzasadnieniu znalazło się też jedno zdanie nawiązujące do opinii biegłego S. R. – miała ona, zdaniem Sądu, potwierdzać stanowisko powoda (bliżej nie określono o jakie stanowisko chodzi).

Uzasadnienie zaskarżonego wyroku nie pozwala na jednoznaczną ocenę, czy Sąd I instancji przyjął, że pozwanemu przysługuje wierzytelność w kwocie równoważnej dochodzonej pozwem, a jedynie przed wytoczeniem powództwa nie doszło do wzajemnego umorzenia wierzytelności, czy też (...) w ogóle nie przysługiwała wierzytelność określona w protokole pokontrolnym (ogólnikowe odwoływanie się do opinii biegłego).

Niejednoznaczność ocen prawnych Sądu Okręgowego wymagała ponownego ustosunkowania się do argumentów podnoszonych w toku procesu przez strony na rzecz ich stanowisk procesowych.

Na wstępie wskazać należy, iż strona powodowa twierdziła w toku postępowania, iż (...) nie przysługiwała wierzytelność w kwocie 412.754,35 zł, a więc w ogóle nie mogła być potrącona z przysługującej jej wierzytelności w wysokości 126.720 zł. Korespondencja pomiędzy stronami po przesłaniu powodowi wystąpienia pokontrolnego z dnia 13 sierpnia 2012 r. została do sprawy przedłożona i dokumenty te winny podlegać ocenie w kontekście stanowiska zaprezentowanego w zaskarżonym wyroku.

Dalsze rozważania prawne należało poprzedzić konstatacją natury ogólnej, że umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest umową nazwaną, pozakodeksową. Przepisy kodeksu cywilnego, do których odsyła art. 155 ust. 1 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stosuje się, jeżeli przepisy tej ustawy nie stanowią inaczej. Odesłanie to należy rozumieć jako odesłanie do ogólnych przepisów k.c., skoro w ustawie i w przepisach wykonawczych wiążąco określono cechy tej umowy tworząc normatywny typ umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zakres praw i obowiązków takiej umowy kształtowany jest nie tylko treścią takiej umowy

ale i przepisami prawa, w tym ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i wydanym na jej podstawie rozporządzeniem w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego słusznie apelacja zakwestionowała zastosowanie w okolicznościach faktycznych sprawy art. 505 pkt 4 k.c. w zw. z art. art. 155 ust. 1 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i § 28 ust. 3 oraz § 29 ust. 6 załącznika rozporządzenia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także niewłaściwe zastosowanie art. 64 oraz art. 160 i 161 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w zw. z art. § 28 ust. 3 oraz § 29 ust. 6 załącznika rozporządzenia z dnia 6 maja 2008 r.

W zasięgu oceny prawnej Sądu I instancji nie znalazł się przepis art. 64 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a mianowicie ust. 8 tego przepisu. W terminie przewidzianym art. 64 ust. 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej powód złożył zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego - pismo z dnia 20 sierpnia 2012 r. „Uzupełnienie zastrzeżeń” – pismo z 29 sierpnia 2012 zostało złożone po upływie 7 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego. Nie wywarło ono skutku w postaci konieczności rozpatrzenia tych zastrzeżeń w terminie 14 dni od ich otrzymania – słusznie odmówiono ich przyjęcia jako złożonych z uchybieniem ustawowego terminu. Powód otrzymał w dniu 10 września 2012 r. (okoliczność niesporna) odpowiedź na zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego, wyartykułowane w piśmie z dnia 20 sierpnia 2012 r. – oddalono złożone zastrzeżenia w całości. Czynność (...) w B., zakomunikowana w piśmie z dnia 6 września 2012 r., oddalająca złożone zastrzeżenia w całości, kończyła procedurę w trybie art. 64 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej i przysługiwało na tę czynność – stosownie do art. 160 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej – zażalenie, które powinno być złożone w terminie 14 dni od dnia otrzymania pisma (art. 161 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). Zażalenie w przepisanej art. 161 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej nie zostało przez powoda złożone. W takiej sytuacji został wyczerpany tryb przewidziany art. 64 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej i nie został rozpoczęty skutecznie tryb przewidziany art. 160 i 161 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej - nie zostało złożone zażalenie na czynność dyrektora (...) w B. oddalającą złożone przez powoda zastrzeżenia.

Korespondencja, jaka miała miejsce między stronami wskutek złożenia przez powoda zażalenia datowanego „28.09.2012 r.”, nie wywarła skutku prawnego w postaci wszczęcia procedury zażaleniowej w odniesieniu do czynności strony pozwanej w postaci oddalenia zastrzeżeń powodowego szpitala złożonych w ustawowym terminie. Słusznie apelujący podnosił, iż procedura przewidziana art. 64 ust. 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej została wyczerpana wskutek rozpatrzenia złożonych w terminie ustawowym zastrzeżeń, o czym strona powodowa została zawiadomiona, zaś tryb zażaleniowy – w odniesieniu do tej czynności – przewidziany art. 160 i 161 tejże ustawy, nie został przez powoda wdrożony (wszczęty).

W ocenie Sądu Apelacyjnego nieprawidłowa była zatem ocena prawna Sądu Okręgowego, że w dniu 28 września 2012 r. nie była wyczerpana procedura przewidziana art. 160 i 161 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, a przez to pozwanemu nie przysługiwało prawo do dokonania potrącenia nienależnie przekazanych środków - § 28 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oświadczenie pozwanego z dnia 28 września 2012 r. o potrąceniu wierzytelności nie było zatem przedwczesne.

Sąd I instancji, jak już wskazywano, wprost nie wypowiedział się czy (...) przysługiwała wierzytelność określona w wystąpieniu pokontrolnym. W pisemnych motywach orzeczenia zabrakło ustosunkowania się do dowodów przedstawionych przez strony oraz ich twierdzeń faktycznych odnoszących się do istnienia (nieistnienia) wierzytelności pozwanego z tytułu nienależnie przekazanych powodowi środków pieniężnych. Jest to istotny mankament orzeczenia, jednakże Sąd II instancji jest sądem ponownie merytorycznie rozpoznającym sprawę w granicach zaskarżenia (w okolicznościach niniejszej sprawy był zobligowany do zbadania czy pozwanemu przysługiwała wierzytelność z tytułu nienależnie przekazanych powodowi środków w wysokości 126.720 zł).

Wstępnie zauważyć należy, że w wystąpieniu pokontrolnym(...) zobowiązał powoda do przekazania Funduszowi kwoty 412.754,35 zł, która to była suma: 377.608 zł (nienależnie przekazane środki za rok 2011 z tytułu nieprawidłowego rozliczenia 23 przypadkach świadczenia o kodzie (...)- tabela nr 1), 15.426 zł – nieprawidłowe rozliczenie za rok 2012 (tabela nr 3) i 19.720,35 zł - kary umowne za rok 2011 i 2012.

Oświadczenie o potrąceniu wierzytelności z dnia 28 września 2012 r. wskazywało jedynie wielkość wierzytelności(...) - kwotę 412.754,35 zł, bez uszczegółowienia konkretnego tytułu (nie nawiązano do roku, który został niewłaściwie rozliczony, jak i kar umownych).

Zdaniem Sądu Apelacyjnego – na użytek niniejszej sprawy – nie ma potrzeby wypowiedzania się w przedmiocie istnienia każdej z wierzytelności częściowych składających się na kwotę 412.754,35 zł, gdyż przedmiotem sporu w niniejszej sprawie jest jedynie kwota 126.720 zł. Wystarczające jest zajęcie stanowiska w przedmiocie istnienia wierzytelności w najwyższej kwocie tj. 377.608 zł.

Z niekwestionowanych ustaleń Sądu I instancji wynika, że w roku 2011 strony związane były umową z 16 stycznia 2009 r. nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której przedmiotem było kompleksowe i całodobowe organizowanie i udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych lub domowych, w rodzaju świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Umowa ta była wielokrotnie aneksowana. Aneks nr (...), obowiązującym od 1 stycznia 2011 r., nadano nowe brzmienie § 1 ust. 2 umowy. Odesłano w nim do stosownych zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanych warunkami zawierania umów oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (ze zmienionymi wersjami). Zgodnie z treścią umową w brzmieniu na rok 2011 r. powód jako świadczeniodawca zobowiązany był wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych na dany okres rozliczeniowy w drodze przywołanych zarządzeń oraz rozporządzenia (por. motywy wyroku Sądu Najwyższego z dnia 25 lutego 2015 r. w sprawie IV CSK 343/14).

Zgodnie z § 3 ust 1 i ust.2 pkt 7) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej świadczenia gwarantowane obejmują leczenie dietetyczne.

Wskazać też należy, że zgodnie z § 16 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakładach opiekuńczych Fundusz nie finansuje kosztów wyżywienia i zakwaterowania z wyłączeniem żywienia dojelitowego i pozajelitowego, które dla świadczeniobiorców ocenianych na o pkt skalą opartą na skali Barthel, finansowane jest w ramach kompleksowego świadczenia w cenie za osobodzień. W tymże zarządzeniu - § 10 ust. 5 wskazano, że kwalifikacja świadczeniobiorcy do żywienia dojelitowego i pozajelitowego odbywa się w szpitalu, zaś § 10 ust. 6, że żywienie dojelitowe i pozajelitowe w zakładach opiekuńczych dotyczy świadczeniobiorców, którzy z powodu braku możliwości podawania drogą naturalną substancji odżywczych w ilości wystarczającej do utrzymania przy życiu wymagają długotrwałego podawania substancji odżywczych w sposób inny, niż doustny. W rozdziale 6 tegoż zarządzenia, dotyczącym zasad sprawozdania, rozliczania i finansowania świadczeń wskazano, że sposobem rozliczania jest zapłata za osobodzień. W myśl § 14 ust. 8 zarządzenia „w przypadku świadczeniobiorców, którzy w dniu przyjęcia do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego lub opiekuńczo-leczniczego oraz w trakcie dalszego pobytu uzyskali o punktów, w ocenie skalą opartą na skali Barthel i dzieci do ukończenia 3 roku życia, żywionych dojelitowo przez zakład opiekuńczy, dla wartości każdego osobodnia stosuje się współczynnik korygujący 2,8. Od dnia przekroczenia o punktów w tej ocenie, dla wartości osobodnia nie stosuje się współczynnika korygującego.”

Z wystąpienia pokontrolnego wynika, że w poddanej kontroli dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę w 2011 r. na 28 przypadków poddanych kontroli w 26 przypadkach stwierdzono brak udokumentowanej zgodnie z § 10 ust. 5 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze



w ramach opieki długoterminowej w zakładach opiekuńczych kwalifikacji do stosowania żywienia dojelitowego przeprowadzonej w szpitalu. W 2011 r. w 5 przypadkach świadczeniobiorcy karmieni byli przez sondę, gastrosotomię, P.. W pozostałych natomiast 23 przypadkach byli karmieni doustnie (z dokumentacji wynika, że nie mieli założonych sond, gastrosotomii, czy P., wymagali jedynie pomocy w doustnym spożywaniu posiłków), zaś rozliczeni poprzez osobodzień pobytu pacjenta z liczbą pkt o w ocenie skali opartą na skali Barthel ze wskaźnikiem 2,8. Przy rozliczaniu z Funduszem powód stosował kartę oceny według skali opartej na skali Barthel obowiązującą poczynając od 1 stycznia 2012 r. (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej - § 2 rozporządzenia). Zgodnie z załącznikiem nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w poz. 1. „spożywanie posiłków” zero zostało przyporządkowane określeniu „nie jest w stanie przełykać, karmiony przez zgłębnik lub gastrostomię lub jejunostomię”, zaś pięć – „potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym”.

Skutek finansowy zastosowania przez powoda kwalifikacji odmiennej od obowiązującej strony w 2011 r., przy niespornej okoliczności, iż w 23 przypadkach (tabela nr 1) nie było stosowane wobec osób przebywających w zakładzie opieki długoterminowej żywienie dojelitowe, przełożył się na przekazanie przez Fundusz nienależnych środków w wysokości 377.608 zł.

Zgodnie z § 28 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej 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 orzecznictwie Sądu Najwyższego wyrażane jest stanowisko, że przepis ten wprost ustanawia roszczenie dla Narodowego Funduszu Zdrowia, co do przekazanych środków, jeżeli zostały wykorzystane na świadczenia zdrowotne wykonane w sposób naruszający umowę. Unormowanie to kwalifikuje kwoty przekazane jako nienależne i podlegające zwrotowi, a czynności naruszające stosunek prawny nawiązany pomiędzy stronami, jako wykonanie umowy niezgodnie z jej postanowieniami. Stanowi ono samodzielne źródło zobowiązania (por. przytoczony już wyrok z dnia 25 lutego z 2015 r. w sprawie IV CSK 343/14). Powyższa ocena prawna jest podzielana przez Sąd Apelacyjny.

Niedokonanie zwrotu przez powoda w terminie 14 dni od daty otrzymania odpowiedzi na zastrzeżenia, w którym to piśmie znalazło się wezwanie do zwrotu świadczeń w terminie 14 dni oraz pouczenie o uprawnieniu Funduszu do potrącenia należności z przysługujących powodowi bieżących należności, a także niewniesienie zażalenia, wywarło taki skutek, że poprzez oświadczenie o potrąceniu w trybie art. 28 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wierzytelności: dochodzona pozwem wraz z odsetkami i wierzytelność (...) do kwoty 126.720 zł uległy wzajemnemu umorzeniu (art. 498 k.c.).

W takiej sytuacji powództwo o zapłatę nie mogło być uwzględnione.

Sąd Apelacyjny uznał za właściwe jedynie ogólnie odnieść się do innych twierdzeń faktycznych przedstawianych w sprawie przez strony.

Większość zarzutów strony powodowej odnosiła się do kwalifikacji pacjentów według skali Barthel. Podkreślić jednakże należy, że strony zawierając umowę obowiązującą na określonych warunkach w 2011 r. przywołały określone rozporządzenie oraz zarządzenie Prezesa (...), czyniąc te akty jako wiążące je (aneks nr (...) do umowy). W takiej sytuacji wszelkie wywody odnoszące się do „skali Barthel” i przeprowadzone dowody celem wyjaśnienia tej okoliczności są pozbawione skutków prawnych (skuteczne są te definicje, które wynikają z przywoływanych uprzednio aktów – rozporządzenie i zarządzenia, bowiem strony uznały je za wiążące do wykonywania umowy, w tym do rozliczeń finansowych świadczeń. Słuchana w charakterze świadka E. S. nawiązywała do rozróżnienia żywienia dojelitowego i dokarmiania przez przełyk. Podała też, że „zero w skali Barthel można było przypisać pacjentowi, który miał żywienie

pozajelitowe” – k. 170 akt. W odniesieniu do zakwestionowanych przez (...) 23 przypadków nie było wdrażane tego typu żywienie, nawet nie miało miejsca żywienie dojelitowe. Wskazywała też na niedoszacowanie zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych. Niedoszacowanie finansowe tego rodzaju jednostek jak powodowy zespół zakładów opieki zdrowotnej nie może być skutecznym argumentem prawnym na rzecz dokonywania rozliczeń finansowych w sposób odmienny, niż wynikający z umowy. W wyroku z dnia 30 marca 2012 r. w sprawie III CSK 217/11 Sad Najwyższy wyraził stanowisko, że podstawą świadczeń, wyznaczającą ich maksymalny zakres przedmiotowy, jest umowa zawierana pomiędzy (...) a zakładem jako świadczeniodawcą. Koszty świadczeń, wykraczających poza obowiązki (...) wynikające z umowy, powinny być pokrywane z własnych środków pacjentów, a w ich braku finansowane w ramach systemu opieki społecznej.

Jeżeli natomiast chodzi o rozwiązania przewidziane zarządzeniem nr (...) Prezesa (...) to w zakresie rozliczeń finansowych – zastosowania współczynnika korygującego osobodzień – istotne jest żywienie świadczeniobiorców dojelitowo (wskaźnik 1,5 czy 2,6 - § 14 ust. 8 i następne zarządzenia).

Zeznania świadków zawnioskowanych przez stronę pozwaną potwierdziły fakty jawne z dokumentów przedłożonych przez obie strony, w szczególności z dokumentu w postaci wystąpienia pokontrolnego.

Jeżeli chodzi o opinię biegłego S. R. to odnosiła się ona jedynie do wiarygodności wynikającej z tabeli nr 3 (świadczenia nienależnie rozliczone w 2012 r. – kwota 15.426 zł. Opinia pisemna tegoż biegłego, a w szczególności ustne wyjaśnienia do niej, wydaje się, że nie potwierdził, jak to ocenił Sąd I instancji, trafności stanowiska powoda. Biegły odwołał się bowiem do treści umowy łączącej strony, wyrażając końcowo ocenę, że kwestia żądania zapłaty w skali Barthel nie należy do niego.

Z uwagi na przyjęte na wstępie założenia w odniesieniu do badania istnienia po stronie powodowej wiarygodności w wysokości 377.608 zł nie było potrzeby, na użytek tej sprawy, wypowiedzania się co do nienależnego świadczenia w wysokości 15.426 zł (analizowania treści umowy łączącej strony w 2012 r. oraz wypowiedzania się w przedmiocie miarodajności opinii biegłego S. R.).

Powyższej treści konstatacja pozostaje też aktualna w odniesieniu do nałożonych przez NFZ kar umownych za rok 2011 i rok 2012.

Mając na względzie powyższe, na mocy art. 386 § 1 k.p.c., orzeczono jak w pkt I.a) sentencji wyroku.

O kosztach procesu przed Sądem Okręgowym postanowiono w oparciu o art. 98 k.p.c. (zasądzona kwota stanowi wynagrodzenie z tytułu zastępstwa procesowego według stawki minimalnej).

O nieuiszczonych kosztach sądowych orzeczono w oparciu o art. 113 ust. 4 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych.

Zasądzone w pkt II wyroku koszty procesu obejmują opłatę od apelacji oraz wynagrodzenie z tytułu zastępstwa procesowego według stawki minimalnej (art. 98 k.p.c.).