

Sygn. akt I ACa 816/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 czerwca 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Małgorzata Zwierzyńska (spr.)
Sędziowie:	SA Przemysław Banasik SR del. Andrzej Antkiewicz
Protokolant:	stażysta Lazar Nota

po rozpoznaniu w dniu 19 czerwca 2018 r. w G. na rozprawie

sprawy z powództwa Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w U.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia

o zapłatę i nakazanie

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Gdańsku

z dnia 25 maja 2017 r. sygn. akt XV C 655/15

I. oddala apelację;

II. zasądza od powoda na rzecz pozwanego kwotę 4.050 (cztery tysiące pięćdziesiąt) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

SSR del. Andrzej Antkiewicz SSA Małgorzata Zwierzyńska SSA Przemysław Banasik

Sygn. akt I ACa 816/17

UZASADNIENIE

Sąd Okręgowy w Gdańsku wyrokiem z dnia 25 maja 2017 r. w sprawie z powództwa Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w U. przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi (...)w G. o zapłatę i ustalenie orzekł następująco:

1. oddalił powództwo;

2. zasądził od powoda na rzecz pozwanego kwotę 3.617 zł;

3. nakazał ściągnąć od powoda na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Gdańsku kwotę 225,26 zł tytułem wydatków w sprawie.

Sąd Okręgowy ustalił i zważył, co następuje:

Powód jest publicznym zakładem opieki zdrowotnej udzielającym świadczeń zdrowotnych. Z uwagi na siedzibę powoda jego pacjentami byli i są żołnierze zasadniczej służby wojskowej i służby zawodowej.

Strony postępowania łączyła umowa nr (...) o udzielanie świadczeń gwarantowanych – w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (świadczenia lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz, pielęgniarki szkolnej). Aneksem nr (...) strony postanowiły od dnia 1 stycznia 2012 r. nadać tej umowie numer (...) oraz nadać jej treść określoną w załączniku nr 1 do tego aneksu. Przedmiotem tej umowy były świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, świadczenia pielęgniarki poz, położnej poz oraz świadczenia pielęgniarki szkolnej poz. W przypadku zaprzestania przez lekarza poz, pielęgniarkę poz, lub położną poz udzielania świadczeń u świadczeniodawcy, powód obowiązany był poinformować o tym fakcie właściwy Oddział (...) oraz świadczeniobiorców. Obowiązany był także do udzielania świadczeń pacjentom do czasu dokonania przez nich ponownego wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej.

W umowie powód zobowiązał się do gromadzenia i przekazywania celem rozliczenia realizacji umowy m. in. informacji o świadczeniobiorcach objętych opieką na podstawie deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej poz w formie list świadczeniobiorców zawierających każdorazowo aktualne informacje o wszystkich świadczeniobiorcach, których obejmuje opieką na podstawie deklaracji złożonych do osób udzielających świadczeń w ramach umowy. Listy te miały być przekazywane Oddziałowi (...) Funduszu według wzoru i w formacie wymiany danych opisanym w umowie w okresach miesięcznych według stanu na pierwszy dzień okresu sprawozdawczego w terminie do 7 dnia każdego okresu sprawozdawczego.

Na podstawie list świadczeniobiorców przekazanych przez innych świadczeniodawców Oddział Funduszu weryfikował listę przekazaną przez świadczeniodawcę oraz przekazywał do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego potwierdzoną informację o liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez świadczeniodawcę. Przekazana informacja stanowiła podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy. Lista po przeprowadzonej weryfikacji była listą ostateczną za wyjątkiem sytuacji, gdy wyniki przeprowadzonej przez Fundusz kontroli wskażą na potrzebę jej ponownej weryfikacji. W przypadku występowania danych identyfikacyjnych tego samego świadczeniobiorcy na listach świadczeniobiorców przedstawionych przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, w tym z innego województwa, Oddział Funduszu obowiązany był do przyporządkowania takiej osoby na podstawie ostatniej deklaracji zawierającej najpóźniejszą datę dokonania wyboru.

W umowie ustalono dla finansowania świadczeń lekarza poz, miesięczną stawkę kapitulacyjną w wysokości 8 zł., a dla finansowania świadczeń pielęgniarki poz miesięczną stawkę kapitulacyjną 2,22 zł. Kwoty te obowiązywały w roku 2012.

W dniu 31 grudnia 2012 r. strony podpisały aneks nr (...) do umowy nr (...). Umowie tej nadano nowy numer (...). Strony uzgodniły, że dotychczasowe stawki kapitulacyjne obowiązywać miały do 31 maja 2013 r. Załącznikiem do aneksu była umowa w nowym brzmieniu, przy czym istotne dla rozstrzygnięcia sprawy wyżej omówione postanowienia nie uległy zmianie.

W dniu 31 grudnia 2013 r. strony podpisały aneks nr (...) do umowy nr (...). Umowie tej nadano nowy numer (...). Załącznikiem do aneksu była umowa w nowym brzmieniu, przy czym istotne dla rozstrzygnięcia sprawy wyżej omówione postanowienia i stawki kapitulacyjne nie uległy zmianie.

W zarządzeniu nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielania świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, określono zasady rozliczania, sprawozdawania i finansowania świadczeń.

Dla umów możliwym było stosowanie rozliczeń według kapitałowej stawki rocznej lub ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej. Rozliczanie świadczeń metodą stawki kapitałowej, gdy chodzi o liczbę świadczeniobiorców dokonywane miało być według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy, na podstawie przekazanej przez świadczeniodawcę bieżącej informacji o aktywnych deklaracjach wyboru w danym okresie sprawozdawczym, sporządzonej stosownie do przedmiotu umowy, na podstawie posiadanych deklaracji wyboru lekarza i pielęgniarki poz przekazywanej do Oddziału Funduszu do 7 dnia danego miesiąca za bieżący okres sprawozdawczy. Do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego Oddział Funduszu obowiązany był przekazać świadczeniodawcy potwierdzoną informację o zweryfikowanej liczbie świadczeniobiorców objętych przez świadczeniodawcę opieką. Przekazana informacja stanowi podstawę finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy. Listy te są ostatecznie za wyjątkiem sytuacji, gdy wyniki przeprowadzonej kontroli wskażą na potrzebę ponownej weryfikacji. W przypadku pozostawiania danych identyfikacyjnych tego samego świadczeniobiorcy na listach przedstawionych przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, w tym z innego województwa, Oddział Funduszu przyporządkowuje świadczeniobiorcę na podstawie deklaracji zawierającej najpóźniejszą datę wyboru. Należności z tytułu realizacji świadczeń wypłacane miały być raz w miesiącu na podstawie wystawionych przez świadczeniodawcę rachunków. Ponadto świadczeniodawca obowiązany był do prowadzenia i przekazywania elektronicznej sprawozdawczości z realizacji świadczeń (par. 10 ust. 1 pkt. 1, ust. 6, ust. 8 pkt. 2, 4, 5, ust. 10, uist. 11).

W zarządzeniu uregulowano także kwestię zaprzestania wykonywania świadczeń przez lekarza, pielęgniarkę i położną u danego świadczeniodawcy. W przypadku zaprzestania przez lekarza poz, pielęgniarkę poz, lub położną poz udzielania świadczeń u świadczeniodawcy, powód obowiązany był poinformować o tym fakcie właściwy Oddział (...) oraz świadczeniobiorców. Obowiązany był także do udzielania świadczeń pacjentom do czasu dokonania przez nich ponownego wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej (par. 11 ust. 1 i 2).

Podobnie kwestie te zostały uregulowane w zarządzeniu nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (par. 10 i 11).

Na liście pacjentów wycofanych z listy aktywnej lekarzy POZ w 2014 r. powód umieścił 888 pacjentów – żołnierzy służby zasadniczej MON. Osoba pod pozycją nr 1 została wycofana z tej listy w dniu 7 stycznia 2014 r. Pozostałe osoby zostały wycofane z listy w dniu 31 stycznia 2014 r. Za wszystkie te osoby powód naliczył żądane świadczenie za 11 miesięcy według stawki kapitałowej 8 zł. miesięcznie.

Dane z listy pacjentów wycofanych z listy aktywnej pielęgniarek poz za rok 2014 są identyczne, gdy chodzi o daty wycofania z tym, że stawka kapitałowa wynosi 2,22 zł. miesięcznie, a na liście umieszczono 158 pacjentów.

Na liście pacjentów wycofanych z listy aktywnej lekarzy POZ w 2013 r. powód umieścił 211 pacjentów – żołnierzy służby zasadniczej MON. Osoby pod pozycjami od 1 do 12 zostały wycofane z tej listy w dniu 2 stycznia 2013 r. Za te osoby powód naliczył żądane świadczenie za 23 miesiące według stawki kapitałowej 8 zł. miesięcznie. Osoba pod pozycją 13 została wycofana z tej listy w dniu 11 stycznia 2013 r. Za tę osobę powód naliczył żądane świadczenie za 23 miesiące według stawki kapitałowej 8 zł. miesięcznie. Osoba pod pozycją 14 została wycofana z tej listy w dniu 14 stycznia 2013 r. Za tę osobę powód naliczył żądane świadczenie za 23 miesiące według stawki kapitałowej 8 zł. miesięcznie. Osoby pod pozycjami od 15 do 30 zostały wycofane z tej listy w dniu 31 stycznia 2013 r. Za te osoby powód naliczył żądane świadczenie za 23 miesiące według stawki kapitałowej 8 zł. miesięcznie. Osoby pod pozycjami od 31 do 63 zostały wycofane z tej listy w dniu 27 lutego 2013 r. Za te osoby powód naliczył żądane świadczenie za 22 miesiące według stawki kapitałowej 8 zł. miesięcznie. Osoba pod pozycją 64 została wycofana z tej listy w dniu 16 kwietnia 2013 r. Za tę osobę powód naliczył żądane świadczenie za 20 miesięcy według stawki kapitałowej 8 zł. miesięcznie. Osoby pod pozycjami od 65 do 102 zostały wycofane z tej listy w dniu 30 kwietnia 2013 r. Za te osoby powód naliczył żądane świadczenie za 20 miesięcy według stawki kapitałowej 8 zł. miesięcznie. Osoby pod pozycjami od 103 do 121 zostały wycofane z tej listy w dniu 28 maja 2013 r. Za te osoby powód naliczył żądane świadczenie za 19 miesięcy według stawki kapitałowej 8 zł. miesięcznie. Osoba pod pozycją 122 została wycofana z tej listy w dniu 6 czerwca 2013 r. Za tę osobę powód naliczył żądane świadczenie za 18 miesięcy według stawki kapitałowej 8 zł.

miesięcznie. Osoby pod pozycjami od 123 do 138 zostały wycofane z tej listy w dniu 28 czerwca 2013 r. Za te osoby powód naliczył żądane świadczenie za 18 miesięcy według stawki kapitaacyjnej 8 zł. miesięcznie. Osoby pod pozycjami od 139 do 150 zostały wycofane z tej listy w dniu 29 lipca 2013 r. Za te osoby powód naliczył żądane świadczenie za 17 miesięcy według stawki kapitaacyjnej 8 zł. miesięcznie. Osoby pod pozycjami od 151 do 168 zostały wycofane z tej listy w dniu 24 września 2013 r. Za te osoby powód naliczył żądane świadczenie za 15 miesięcy według stawki kapitaacyjnej 8 zł. miesięcznie. Osoby pod pozycjami od 169 do 196 zostały wycofane z tej listy w dniu 3 listopada września 2013 r. Za te osoby powód naliczył żądane świadczenie za 13 miesięcy według stawki kapitaacyjnej 8 zł. miesięcznie. Osoby pod pozycjami od 197 do 211 zostały wycofane z tej listy w dniu 2 grudnia 2013 r. Za te osoby powód naliczył żądane świadczenie za 12 miesięcy według stawki kapitaacyjnej 8 zł. miesięcznie.

Dane z listy pacjentów wycofanych z listy aktywnej pielęgniarek poz za rok 2013 są identyczne, gdy chodzi o daty wycofania z tym, że stawka kapitaacyjna wynosi 2,22 zł. miesięcznie, a na liście umieszczono 41 pacjentów.

Na liście pacjentów wycofanych z listy aktywnej lekarzy POZ w 2012 r. powód umieścił 285 pacjentów – żołnierzy służby zasadniczej MON.

Osoby pod pozycjami od 1 do 2 zostały wycofane z tej listy w dniu 18 stycznia 2012 r. Za te osoby powód naliczył żądane świadczenie za 35 miesięcy według stawki kapitaacyjnej 8 zł. miesięcznie.

Osoba pod pozycją nr 3 została wycofana z tej listy w dniu 23 stycznia 2012 r. Za tę osobę powód naliczył żądane świadczenie za 35 miesięcy według stawki kapitaacyjnej 8 zł. miesięcznie. Osoby pod pozycjami od 4 do 28 zostały wycofane z tej listy w dniu 2 lutego 2012 r. Za te osoby powód naliczył żądane świadczenie za 34 miesiące według stawki kapitaacyjnej 8 zł. miesięcznie. Osoby pod pozycjami od 29 do 30 zostały wycofane z tej listy w dniu 8 lutego 2012 r. Za te osoby powód naliczył żądane świadczenie za 34 miesiące według stawki kapitaacyjnej 8 zł. miesięcznie. Osoba pod pozycją nr 31 została wycofana z tej listy w dniu 27 lutego 2012 r. Za tę osobę powód naliczył żądane świadczenie za 34 miesiące według stawki kapitaacyjnej 8 zł. miesięcznie. Osoby pod pozycjami od 32 do 64 zostały wycofane z tej listy w dniu 29 lutego 2012 r. Za te osoby powód naliczył żądane świadczenie za 34 miesiące według stawki kapitaacyjnej 8 zł. miesięcznie. Osoby pod pozycjami od 65 do 66 zostały wycofane z tej listy w dniu 2 marca 2012 r. Za te osoby powód naliczył żądane świadczenie za 33 miesiące według stawki kapitaacyjnej 8 zł. miesięcznie. Osoby pod pozycjami od 67 do 88 zostały wycofane z tej listy w dniu 1 kwietnia 2012 r. Za te osoby powód naliczył żądane świadczenie za 32 miesiące według stawki kapitaacyjnej 8 zł. miesięcznie. Osoby pod pozycjami od 89 do 115 zostały wycofane z tej listy w dniu 30 kwietnia 2012 r. Za te osoby powód naliczył żądane świadczenie za 32 miesiące według stawki kapitaacyjnej 8 zł. miesięcznie. Osoby pod pozycjami od 116 do 168 zostały wycofane z tej listy w dniu 30 czerwca 2012 r. Za te osoby powód naliczył żądane świadczenie za 30 miesięcy według stawki kapitaacyjnej 8 zł. miesięcznie. Osoby pod pozycjami od 169 do 202 zostały wycofane z tej listy w dniu 30 lipca 2012 r. Za te osoby powód naliczył żądane świadczenie za 29 miesięcy według stawki kapitaacyjnej 8 zł. miesięcznie. Osoby pod pozycjami od 202 do 218 zostały wycofane z tej listy w dniu 30 sierpnia 2012 r. Za te osoby powód naliczył żądane świadczenie za 28 miesięcy według stawki kapitaacyjnej 8 zł. miesięcznie. Osoba pod pozycją 219 została wycofana z tej listy w dniu 6 września 2012 r. Za tę osobę powód naliczył żądane świadczenie za 27 miesięcy według stawki kapitaacyjnej 8 zł. miesięcznie. Osoby pod pozycjami od 220 do 241 zostały wycofane z tej listy w dniu 1 października 2012 r. Za te osoby powód naliczył żądane świadczenie za 26 miesięcy według stawki kapitaacyjnej 8 zł. miesięcznie. Osoby pod pozycjami od 242 do 259 zostały wycofane z tej listy w dniu 31 października 2012 r. Za te osoby powód naliczył żądane świadczenie za 26 miesięcy według stawki kapitaacyjnej 8 zł. miesięcznie.

Osoby pod pozycjami od 260 do 283 zostały wycofane z tej listy w dniu 30 listopada 2012 r. Za te osoby powód naliczył żądane świadczenie za 25 miesięcy według stawki kapitaacyjnej 8 zł. miesięcznie. Osoby pod pozycjami od 284 do 285 zostały wycofane z tej listy w dniu 30 grudnia 2012 r. Za te osoby powód naliczył żądane świadczenie za 24 miesięcy według stawki kapitaacyjnej 8 zł. miesięcznie.

Dane z listy pacjentów wycofanych z listy aktywnej pielęgniarek poz za rok 2012 są identyczne, gdy chodzi o daty wycofania z tym, że stawka kapitaacyjna wynosi 2,22 zł. miesięcznie, a na liście umieszczono 34 pacjentów.

Pacjentami powoda byli żołnierze służby zasadniczej, którzy przy poborze składali deklaracje wyboru lekarza i pielęgniarki poz w przychodni powoda. Następnie kończyli służbę, ale nie składali nowej deklaracji.

Każdy świadczeniobiorca, a więc i powód, otrzymywał elektroniczną informację zwrotną dotyczącą liczby pacjentów aktywnych oraz odrzuconych z informacją o przyczynach ich odrzucenia. Osoby, które powód kwestionował to byli młodzi ludzie, którzy po zakończeniu służby wojskowej złożyli deklaracje na terenie Polski, prawdopodobnie tam, gdzie mieszkali.

Wnioskiem z dnia 13 marca 2015 r. powód wystąpił do Sądu Rejonowego Gdańsk-Północ w Gdańsku o zawiązanie pozwanej do próby ugodowej. Powód domagał się zapłaty kwoty 81 453,50 zł., czyli takiej samej jak dochodzona pozwem. Pismo to zostało nadane w dniu 26 marca 2015 r.

Na podstawie zeznań świadka B. A. Sąd Okręgowy ustalił, że lista aktywna pacjentów tworzona jest na podstawie deklaracji wyboru przez nich składanych. Pozostałe zeznania świadka nie miały znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy, gdyż świadek nie wiedział jak tworzone były listy aktywne pacjentów, gdy chodzi o pominięcie osób wskazywanych przez powoda w tabelach załączonych do pozwu. Na podstawie zeznań świadka K. F. Sąd ustalił sposób weryfikacji list aktywnych pacjentów składanych przez powoda pozwanemu.

Sąd Okręgowy nie dał wiary zeznaniom świadka K. T. jakoby od stycznia 2014 r. zmieniło się okodowanie deklaracji, gdy chodzi o żołnierzy służby zasadniczej. Świadek zeznał, że pozwany twierdził, iż nie będzie przyjmował nie poprawionych deklaracji i cały plik w związku z tym został odrzucony. Powód nie mógł przesłać części dotyczącej poprawnie wypisanej listy, a pozwany nie mógł listy zweryfikować, aby wystawić faktury. Dalej świadek zeznał, że następnego dnia wysłał poprawioną listę i otrzymał wiadomość, że lista została zaczytana do weryfikacji. Zdarzenie to świadek opisał także w notatce z dnia 25 lutego 2015 r., a więc rok po zdarzeniu.

Zeznania te Sąd meriti uznał za niewiarygodne przede wszystkim dlatego, że zeznania świadka nie zostały potwierdzone żadnymi wiarygodnymi dowodami. Z zeznań świadka K. F. wynika, że każdy świadczeniodawca otrzymywał elektroniczną informację zwrotną dotyczącą liczby pacjentów aktywnych oraz odrzuconych. Zeznała również, że osoby, które powód kwestionował to byli młodzi ludzie, którzy złożyli deklaracje na terenie Polski, prawdopodobnie tam, gdzie mieszkali. Poza tym powód nie wykazał, aby w kolejnych okresach obejmował listami aktywnymi pacjentów te same osoby, które zostały, zdaniem powoda, zakwestionowane w lutym 2014 r.

Zdaniem Sądu pierwszej instancji, zeznania świadka i notatka z dnia 25 lutego 2015 r. miały służyć potwierdzeniu stanowiska powoda, co do tego, że dochodzone świadczenie mu się należy. Z powyższych przyczyn dokument prywatny w postaci tej notatki z dnia 25 lutego 2015 r. Sąd uznał również za niewiarygodny.

Sąd Okręgowy nie poczynił ustaleń na podstawie zeznań świadka I. H., gdyż pracuje u powoda dopiero od 3 listopada 2014 r., a to, co działo się wcześniej, zna jedynie z dokumentów i z programu komputerowego. Nie wprowadzała do systemu pacjentów, których dotyczy rozpoznawana sprawa.

Sąd pierwszej instancji uznał, że roszczenie powoda nie zostało udowodnione.

W okresie od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2014 r. strony postępowania łączyły umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych – w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (świadczenia lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz, pielęgniarki szkolnej) zawierane na kolejne lata kalendarzowe o takiej samej treści. Powód swoje roszczenie wywodził z tego, że przysługuje mu wynagrodzenie według stawki kapitacyjnej za osoby, które dokonały wyboru lekarza i pielęgniarki w Przychodni powoda, a osoby te zdaniem powoda, zostały niesłusznie wycofane z list aktywnych lekarza i pielęgniarki poz.

Zatem powód swoje roszczenie wywodzi z niewykonania przez pozwanego łączącej strony umowy. Rzeczą powoda było udowodnienie istnienia zobowiązania podlegającego wykonaniu oraz faktu jego niewykonania lub nienależytego wykonania, a rzeczą pozwanego jest wykazanie, że za niewykonanie lub nienależyte wykonanie odpowiedzialności

nie ponosi czyli, że nie doszło po jego stronie do niezachowania należytej staranności, a więc zachowania o cechach zawinienia.

W uzasadnieniu pozwu powód odwołując się do przepisów ustawy o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych twierdził, że ustawa nie normuje sytuacji, kiedy lekarz, pielęgniarka czy położna POZ wskazani w deklaracji zaprzestali pracy u tego świadczeniodawcy. Jednak zgodnie z postanowieniem par. 10a zarządzenia nr (...) wydanego przez Prezesa NFZ z dnia 1 grudnia 2010 r., w przypadku zaprzestania przez te osoby udzielania świadczeń u świadczeniodawcy, jest on zobowiązany do poinformowania o tym fakcie właściwego Oddziału Funduszu oraz do zamieszczenia w miejscu udzielania świadczeń odpowiedniej informacji dla pacjentów. Jest zobowiązany także do udzielania świadczeń świadczeniobiorcom do czasu dokonania ponownego wyboru. Złożone deklaracje zachowują ważność do czasu ponownego złożenia deklaracji przez świadczeniobiorcę. W związku z tym zaprzestanie finansowania przez pozwanego zakwestionowanych deklaracji jest nieuprawnione. Wobec tego powód żądał, aby wykreśleni pacjenci będący na stanie powoda powrócili na ten stan oraz aby pozwany dokonał stosownego prawidłowego rozliczenia i wpłaty należności zgodnie z obowiązującą strony umową.

Jednakże w toku postępowania powód nie wykazał, aby w latach 2012-2014 jakikolwiek lekarz lub pielęgniarka zakończyli udzielanie świadczeń medycznych w zakresie działania prowadzonej przez powoda Przychodni i aby z tej przyczyny pozwany odmówił finansowania dla pacjentów widniejących na listach aktywnych w związku ze złożonymi powodowi deklaracjami wyboru. Tak określonej podstawy faktycznej roszczenia powód nie udowodnił jakimikolwiek środkami dowodowymi.

W toku postępowania powód twierdził, że pozwany w sposób nieuprawniony usunął z list aktywnych pacjentów lekarzy i pielęgniarek poz kilkuset pacjentów, którzy w roku 2007 złożyli powodowi deklaracje wyboru lekarza i pielęgniarki. Powód odwołał się przy tym do okoliczności, jakie miały mieć miejsce w lutym 2014 r., kiedy to nie mógł przesłać pozwanemu plików zawierających aktywne listy pacjentów w związku z tym, że system elektroniczny plików takich nie przyjmował.

Jednakże na listach załączonych do pozwu i składanych później do akt sprawy jako daty wycofania wskazanych tam pacjentów widnieją nie tylko daty w styczniu 2014 r. (7 stycznia i 31 stycznia), lecz także daty objęte latami 2012 i 2013. Powód nie wskazał, z jakich przyczyn na tych listach umieszczone zostały także te daty.

W umowach zawartych między stronami powód zobowiązał się do gromadzenia i przekazywania celem rozliczenia realizacji umowy m. in. informacji o świadczeniobiorcach objętych opieką na podstawie deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej poz w formie list świadczeniobiorców zawierających każdorazowo aktualne informacje o wszystkich pacjentach, których obejmuje opieką na podstawie deklaracji złożonych do osób udzielających świadczeń w ramach umowy. Listy te miały być przekazywane Oddziałowi (...) Funduszu według wzoru i w formacie wymiany danych opisanym w umowie w okresach miesięcznych według stanu na pierwszy dzień okresu sprawozdawczego w terminie do siódmego dnia każdego okresu sprawozdawczego.

Na podstawie tych list oraz list przekazanych przez innych świadczeniodawców Oddział Funduszu weryfikował listę przekazaną przez powoda oraz przekazywał do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego potwierdzoną informację o liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez powoda. Przekazana informacja stanowiła podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy. Lista po przeprowadzonej weryfikacji była listą ostateczną za wyjątkiem sytuacji, gdy wyniki przeprowadzonej przez Fundusz kontroli wskazywały na potrzebę jej ponownej weryfikacji.

W przypadku występowania danych identyfikacyjnych tego samego świadczeniobiorcy na listach świadczeniobiorców przedstawionych przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, w tym z innego województwa, Oddział Funduszu obowiązany był do przyporządkowania takiej osoby na podstawie ostatniej deklaracji zawierającej najpóźniejszą datę dokonania wyboru.

Podobne regulacje zawarte są w zarządzeniach Prezesa NFZ z dnia 17 listopada 2011 r. i 27 listopada 2013 r.

Nie było więc możliwym, jak twierdzi powód, żądanie od niego usunięcia z listy aktywnej pacjentów tylko dlatego, że miałyby nie zgadzać się okodowanie pacjenta. W korespondencji kierowanej do powoda (pismo z dnia 9 października 2014 r.) pozwany wyjaśnił, że nieprzesłane i niezweryfikowane deklaracje nie mogą być podstawą do ich sfinansowania. Wskazano również, że przesłane dokumenty (takie same jak załączone do pozwu) zawierały dane deklaracji z datą wycofania 31 stycznia 2014 r. natomiast plik sprawozdania wpłynął do pozwanego w dniu 5 lutego 2014 r. Skoro wycofanie deklaracji nastąpiło przed przesłaniem pliku, deklaracje nie mogły być zweryfikowane, a tym bardziej odrzucone. Pozwany wskazał przy tym, że przyczyną odrzucenia deklaracji były albo śmierć pacjenta albo późniejsze złożenie deklaracji wyboru u innego świadczeniodawcy.

W piśmie z dnia 4 grudnia 2014 r. pozwany poinformował powoda, że to tylko powód może dokonać wycofania deklaracji aktywnej, gdyż tylko on posługuje się stosownym narzędziem informatycznym. Podobne informacje pozwany przesłał powodowi w piśmie z dnia 18 lutego 2015 r. Natomiast w piśmie procesowym z dnia 24 stycznia 2017 r. pozwany wskazał, że w miesiącach następnym po dacie wycofania deklaracje dotyczące pacjentów wskazanych na listach załączonych do pozwu i składanych później do akt sprawy nie były przysyłane przez powoda pozwanemu celem weryfikacji, a następnie zapłaty .

Jak wynika z przywołanych wyżej postanowień umownych oraz zarządzeń Prezesa NFZ, tylko zweryfikowane deklaracje są podstawą finansowania przez pozwanego i powinny stanowić podstawę wystawienia faktur przez powoda za kolejne miesiące. Powód do akt takich faktur nie złożył. Nie wykazał również, z jakiej przyczyny domaga się zapłaty za okres od daty wycofania wskazanej na złożonych listach za kolejne okresy nawet kilkudziesięciomiesięczne, co wskazuje zresztą, że powód ostatecznie domaga się zapłaty za okresy od daty wskazanej jako data wycofania do końca 2014 r.

W tych okolicznościach, zdaniem Sądu, powód nie wykazał, aby pozwany w sposób nieuprawniony nie uwzględnił świadczeniobiorców w postaci osób wskazanych na złożonych przez powoda listach we wskazanych na nich okresach i aby osoby te powinny mieć status świadczeniobiorców w rozumieniu umów zawartych między stronami. Z tego względu Sąd oddalił powództwo na podstawie art. 6 k.c. i art. 471 k.c. a contrario , a o kosztach postępowania orzekł na podstawie . 108 § 1 k.p.c., art. 98 § 1 k.p.c. i art. 99 k.p.c.

Apelację od tego wyroku wniósł powód zaskarżając go w całości i zarzucając mu:

1. błąd w ustaleniach faktycznych poprzez ograniczenie ustalenia tylko co do samego faktu wycofania przez powoda deklaracji pacjentów pomijając, że było to podyktowane aktualizacją systemu rozliczania świadczeń oraz konieczności wycofania deklaracji odrzuconych na wniosek pozwanego;
2. błąd w ustaleniach faktycznych poprzez przyjęcie w ślad za pozwanym, że pacjenci, których deklaracje zostały wycofane, to byli żołnierze służby zasadniczej MON, którzy po jej zakończeniu wracali do swych rodzinnych okolic i zmieniali lekarza lub pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej, w sytuacji, gdy fakt taki nie został wykazany przez pozwaną;
3. naruszenie zasady swobodnej oceny dowodów poprzez ustalenie, że powództwo nie zostało udowodnione mimo przeprowadzenia postępowania dowodowego wykazującego przyczynę wycofania deklaracji to jest aktualizację systemu;
4. wydanie orzeczenia w oderwaniu od poczynionych ustaleń poprzez oddalenie powództwa i oparcie orzeczenia na prawdopodobieństwie nieudowodnionych działań;
5. naruszenie art. 6 k.c. poprzez przyjęcie, że powód nie udowodnił żądań pozwu oraz nieprzeprowadzenie dowodu z opinii biegłego z zakresu informatyki;

6. naruszenie art. 471 k.c. poprzez błędne zastosowanie i przyjęcie, że pozwany nie dopuścił się nienależytego wykonania umowy .

7. nierozpoznanie istoty sprawy.

W oparciu o powyższe zarzuty skarżący wniósł o zmianę wyroku poprzez uwzględnienie powództwa, ewentualnie o jego uchylenie i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji.

Pozwany wniósł o oddalenie apelacji na koszt strony powodowej.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja jako bezzasadna podlegała oddaleniu .

Sąd Apelacyjny podziela ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd pierwszej instancji, i czyni jest także podstawą własnego rozstrzygnięcia, co w takim wypadku nie wymaga ich ponownego przytaczania.

Odnosząc się do najdalej idącego zarzutu, to jest nierozpoznania istoty sprawy, Sąd Apelacyjny przypomina, że jest ono rozumiane jest jako wadliwość rozstrzygnięcia polegająca na wydaniu przez sąd pierwszej instancji orzeczenia, które nie odnosi się do tego, co było przedmiotem sprawy, bądź na zaniechaniu zbadania materialnej podstawy żądania albo merytorycznych zarzutów strony, do czego doszło z powodu bezpodstawnego przyjęcia, że istnieje przesłanka materialnoprawna lub procesowa unicestwiająca roszczenie (por. np. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 9 stycznia 1936 r., C 1839/36, Zb. Orz. 1936/315; z dnia 21 października 2005 r., III CK 161/05, LEX nr 178635.; a także postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 15 lipca 1998 r., II CKN 838/97, LEX nr 50750, z dnia 23 września 1998 r., II CKN 897/97, OSNC 1999/1/22, z dnia 3 lutego 1999 r., III CKN 151/98, LEX nr 519260; z dnia 9 listopada 2012 r., IV CZ 156/12, 5 Lex nr 1231340; z dnia 26 listopada 2012 r., I CZ 147/12, Lex nr 1284698).

Sytuacja taka nie miała miejsca w rozpoznawanej sprawie, gdyż Sąd Okręgowy przeprowadzając szczegółowe postępowanie dowodowe zgodnie z wnioskami stron odniósł się do twierdzeń powoda zawartych w pozwie i dalszych pismach procesowych, jakkolwiek stanowisko jego i podstawa faktyczna żądania były niespójne i mało czytelne; ostatecznie jednak pozwały one przyjmując, że okoliczności, z których powód wywodzi odpowiedzialność pozwanego, naświetlić miały zeznania świadka K. T. zajmującego się u powoda przesyłaniem deklaracji do pozwanego.

Sąd Apelacyjny za chybiony uznaje zarzut błędu w ustaleniach faktycznych, którego skarżący upatruje w stanowisku Sądu Okręgowego co do przyczyn wycofania przez powoda deklaracji w lutym 2014 r. oraz przyjęciu przez ten Sąd, że pacjenci których deklaracje zostały wycofane, to byli żołnierze służby zasadniczej, którzy po zakończeniu służby nie korzystali już ze świadczeń powoda, lecz wracali do swych rodzinnych stron nie składając nowej deklaracji .

Rzecz jednak w tym, że to ostatnie ustalenie – jak wynika z uzasadnienia wyroku – Sąd a quo poczynił na podstawie zeznań świadków B. A. i K. F. , których wiarygodności strona powodowa nie kwestionowała, zresztą świadek B. A. została zawnioskowana przez stronę powodową. Nadto ustalenie to nie ma de facto kluczowego znaczenia - decydująca jest bowiem ta okoliczność, że powód swoich twierdzeń o faktycznych przyczynach wycofania deklaracji w lutym 2014 r. nie udowodnił. Na poparcie tej tezy powód wnioskował o przesłuchanie świadka K. T., jednak Sąd Okręgowy szczegółowo wyłuszczył, z jakich przyczyn zeznania tego świadka - zajmującego się u powoda przesyłaniem deklaracji do pozwanego - nie były wiarygodne ; wyjaśnił też, dlaczego zeznania pozostałych świadków I. H., B. A. i K. F. nie wnosiły do tej kwestii istotnych informacji.

Skarżący wprawdzie kwestionuje dokonaną przez Sąd a quo ocenę zeznań świadka K. T. (na co wskazuje punkt drugi zarzutów apelacyjnych), co pozwala przyjmując, że skarżący wytyka w tym względzie Sądowi pierwszej instancji naruszenie art. 233 § 1 k.p.c.

Jednakże zgodnie ze stanowiskiem judykatury, jeżeli z materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i

musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dawały się wysnuć wnioski odmienne. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo - skutkowych, to przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 7 stycznia 2005 r. sygn. IV CK 387/04, Lex nr 177263 oraz z dnia 27 września 2002 r. sygn. II CKN 817/00, Lex nr 56906).

Natomiast skarżący nie wykazał, na czym miałyby polegać uchybienia przez Sąd a quo zasadom logiki i doświadczenia życiowego przy ocenie zeznań wspomnianego świadka, i w konsekwencji nie ma podstaw do podważenia stanowiska Sądu pierwszej instancji w tym względzie. Warto przy tym zauważyć, że notatka służbowa świadka dotycząca przyczyn wycofania deklaracji w lutym 2014 r. datowana jest na 25 lutego 2015 r. (k. 122), a więc rok później niż zdarzenia przez świadka opisywane, natomiast stosunkowo krótko przed wniesieniem pozwu. Tymczasem logicznym byłoby sporządzenie takiej notatki bezpośrednio po zaistniałych zdarzeniach, co tym bardziej poddaje w wątpliwość wiarygodność świadka.

W samym pozwie powód zresztą w żaden sposób nie naświetlał podstawy faktycznej swego żądania w sposób tożsamy z тезami ostatecznie prezentowanymi przez świadka T., podkreślając jedynie w uzasadnieniu pozwu, że deklaracje wyboru lekarza i pielęgniarki zachowują ważność w razie zaprzestania pracy lekarza (pielęgniarki) do czasu złożenia przez pacjenta nowej deklaracji wyboru. Natomiast jak się okazało w toku dalszego postępowania, kwestie te ostatecznie nie były podstawą faktyczną żądania, lecz okoliczności naświetlane przez K. T., którym jednak Sąd Okręgowy słusznie nie dał wiary.

Stanowisko powoda było zresztą o początku niespójne, gdyż w pozwie powód żądał zapłaty nie tylko na podstawie deklaracji dotyczących 2014 r., ale także deklaracji za lata 2012 i 2013, co także nie uszło uwadze Sądu Okręgowego, zaś świadek T. nie wypowiadał się w ogóle w swoich zeznaniach co do tego okresu .

W konsekwencji należy stwierdzić, że zasadnie Sąd pierwszej instancji uznał, iż powód nie sprostał obowiązkowi wyrażonemu w art. 6 k.c. i swoich twierdzeń nie udowodnił.

Ponieważ skarżący podnosi w apelacji zarzut naruszenia także tego przepisu, to Sąd Apelacyjny przypomina, że przepis ten rozstrzyga o ciężarze dowodu w sensie materialnoprawnym i wskazuje, kogo obciążają skutki niewypełnienia obowiązku udowodnienia istnienia prawa. Do jego naruszenia dochodzi wówczas, gdy sąd orzekający przypisuje obowiązek dowodowy innej stronie niż ta, która z określonego faktu wywodzi skutki prawne. Okoliczność, czy określony podmiot wywiązał się ze swojego obowiązku udowodnienia faktów, z których wywodzi skutki prawne, nie należy już do materii objętej dyspozycją art. 6 k.c., a stanowi aspekt mieszczący się w domenie przepisów procesowych (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 4 kwietnia 2014 r., II CSK 405/1, LEX nr 14801316).

W świetle takiego stanowiska judykatury, należy stwierdzić, że zarzut naruszenia art. 6 k.c., został nieprawidłowo sformułowany i jako taki nie może odnieść zamierzonego skutku.

Odnosząc się zaś do twierdzeń skarżącego o nieprzeprowadzeniu przez Sąd a quo dowodu z opinii biegłego z zakresu informatyki, to wskazać trzeba, że dopuszczenie dowodu niewskazanego przez strony nie jest obowiązkiem Sądu, tym bardziej że w sprawie występowali zawodowi pełnomocnicy; nadto w świetle wskazanego wyżej niespójnego stanowiska powoda co do podstawy faktycznej żądania oraz budzących wątpliwości zeznań świadka K. T. nie sposób ocenić, jakie okoliczności istotne dla rozstrzygnięcia miałyby być wyjaśniane drodze dowodu z opinii biegłego.

W tym stanie rzeczy należało przyjąć, że Sąd Okręgowy zasadnie uznał, iż nie sposób mówić o niewykonaniu przez pozwanego zobowiązania , a tym samym nie ma podstaw do przyjęcia jego odpowiedzialności na podstawie art. 471 k.c. Trudno zatem zgodzić się z twierdzeniami skarżącego, jakoby Sąd Okręgowy oddalając powództwo jako nieudowodnione, naruszył art. 471 k.c.

Wobec powyższego, Sąd Odwoławczy na mocy art. 385 k.p.c. oddalił apelację i obciążył pozwanego kosztami postępowania apelacyjnego na mocy art. 98 k.p.c. i art. 108 § 1 k.p.c. oraz § 2 pkt 5 w związku z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 1804).

SSR Andrzej Antkiewicz SSA Małgorzata Zwierzyńska SSA Przemysław Banasik