

# WYROK

**W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 25 czerwca 2015 r.

Sąd Apelacyjny wK.– Wydział I Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Anna Kowacz-Braun
Sędziowie:	SSA Teresa Rak (spr.) SSA Jerzy Bess
Protokolant:	sekr.sądowy Marta Matys

po rozpoznaniu w dniu 12 czerwca 2015 r. w K.na rozprawie

sprawy z powództwa Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala na S. im. (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w K.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu (...) w K.

o zapłatę

na skutek apelacji strony powodowej

od wyroku Sądu Okręgowego w K.

z dnia 14 listopada 2014 r. sygn. akt I C 1569/14

**1. zmienia zaskarżony wyrok w ten sposób, że nadaje mu treść:**

**„I. zasądza od Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego (...) w K. na rzecz Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala na S. im. (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w K. kwotę 21.539,17 zł (dwadzieścia jeden tysięcy pięćset trzydzieści dziewięć złotych 17/100) z odsetkami ustawowymi od dnia 25.01.2014 r.,**

**II. oddala powództwo w pozostałym zakresie,**

**III. zasądza od strony powodowej na rzecz strony pozwanej kwotę 948 zł (dziewięćset czterdzieści osiem złotych) tytułem kosztów procesu”;**

**2. oddala apelację w pozostałej części;**

**3. zasądza od strony powodowej na rzecz strony pozwanej kwotę 1.512 zł (jeden tysiąc pięćset dwanaście złotych) tytułem kosztów postępowania apelacyjnego ;**

#### 4. *nie obciąża stron dalszymi kosztami postępowania apelacyjnego.*

Sygn. akt I ACa 453/15

## UZASADNIENIE

**Strona powodowa** Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital

na S. im. (...) Sp. z o. o. z siedzibą

w K., domagała się od strony pozwanej – Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W., zasądzenia kwoty 97.759,06 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od kwoty 42.027,06 zł od dnia 25 stycznia 2014 r. do dnia zapłaty, od kwoty 30.235,70 zł od dnia 5 lutego 2014 r. do dnia zapłaty, od kwoty 24.333, 17 zł od dnia 26 lutego 2014 r. do dnia zapłaty, od kwoty 1.163,13 zł od dnia 22 marca 2014 r. do dnia zapłaty oraz zasądzenie kosztów sądowych od strony pozwanej. W uzasadnieniu żądania wskazała, że w zakresie swojej działalności statutowej, na podstawie kontraktu z NFZ realizuje bezpłatne świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego. Strona powodowa podnosiła, że powstanie należności oraz ich wysokość jest między stronami bezsporne, jednak strona pozwana odmówiła ich zapłaty składając oświadczenie o ich potrąceniu z należnościami strony pozwanej. Powódka podnosiła, że oświadczenie o potrąceniu nie mogło odnieść skutku, kwestionując istnienie wierzytelności nim objętych. W ocenie powódki stronie pozwanej nie przysługiwały ani roszczenie o zwrot kosztów nienależnie sfinansowanych świadczeń, ani też z tytułu kary umownej, a tym samym z tytułu odsetek od ich nieterminowej zapłaty, skoro wykonała ona świadczenia na rzecz pacjentów, w ramach swoich ustawowych obowiązków.

**Strona pozwana** wносиła o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg. norm przepisanych. Strona pozwana podnosiła, że potrącone roszczenia mają swoje źródło w umowie łączącej strony. W tym zakresie wskazała, że przeprowadzona u powódki kontrola wykazała nieprawidłowości w zakresie finansowania opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Podnosiła, że strona powodowa sprawozdawała świadczenia, co do których okres pomiędzy świadczeniami udzielonymi świadczeniobiorcy przez świadczeniodawcę, podczas odrębnych pobytów w Szpitalu, z powodu tej samej jednostki chorobowej, nie przekraczał 14 dni. Strona powodowa nie uzyskała przy tym zgody dyrektora Oddziału Funduszu na rozliczenie określonych świadczeń, związanych z ponowną hospitalizacją w okresie krótszym niż 14 dni (§ (...)zarządzenia Prezesa NFZ). Jednocześnie strona powodowa posiadała takie zgody w innych przypadkach, co oznacza, że posiadała na ten temat wiedzę. Tym samym w ocenie strony pozwanej zaistniała podstawa do nałożenia kary umownej za przedstawianie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz dokonał płatności nienależnych środków finansowych (§ (...)OWU ) oraz żądania na podstawie § (...) OWU zwrotu nienależnie przekazanej kwoty.

**Wyrokiem** z dnia 14 listopada 2014r. Sąd Okręgowy oddalił powództwo i zasądził od powoda na rzecz strony pozwanej kwotę 3617 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego.

#### **Rozstrzygnięcie wydał w oparciu o następująco ustalony stan faktyczny sprawy:**

W dniu 31 stycznia 2007 r. pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia – (...) Oddziałem Wojewódzkim w K., a Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Szpitalem na S. im. R. C. w K. (świadczeniodawcą), została zawarta umowa, której przedmiotem było udzielenie przez świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju leczenia szpitalnego, w zakresach określonych w załączniku nr (...)do umowy. W umowie tej świadczeniodawca zobowiązał się wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w „Szczegółowych materiałach informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne”, wprowadzonych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w drodze zarządzenia. Warunki finansowania świadczeń określone zostały w § (...) umowy. Zgodnie z § (...) umowy, w zakresie nieuregulowanym umową stosuje się rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 3 listopada 2009 r., wydał Zarządzenia Nr (...) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, które zastąpiło zarządzenie

Nr (...). Zgodnie z § (...)tego zarządzenia, jeżeli okres pomiędzy świadczeniami udzielonymi świadczeniobiorcy przez świadczeniodawcę, podczas odrębnych pobytów w szpitalu, z powodu określonego przez rozpoznanie lub procedurę występującą w charakterystyce danej grupy z katalogu grup stanowiących załącznik nr (...) do zarządzenia albo odpowiednio z katalogu świadczeń odrębnych stanowiącego załącznik nr(...)do zarządzenia, nie przekracza 14 dni, lub z zasad postępowania medycznego wynika, że problem zdrowotny może być rozwiązany jednocześnie, świadczenia te wykazywane są do rozliczenia jako jedno świadczenie, z zastrzeżeniem pkt (...) W uzasadnionych medycznie przypadkach, dyrektor Oddziału Funduszu na umotywowany wniosek świadczeniodawcy, mógł wyrazić zgodę na rozliczenie określonych świadczeń, związanych z ponowną hospitalizacją w okresie krótszym niż 14 dni (§ (...)Zarządzenia). Umowa stron z dnia 31 stycznia 2007 r. była kilkakrotnie zmieniana zawierającymi do niej aneksami, w tym aneksem Nr (...) z dnia 31 grudnia 2009 r. Podstawą zawarcia tego aneksu był art. 4 ustawy z dnia 25 września 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2009, nr 178,poz. 1374), zgoda Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wyrażona w trybie art. 156 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008, Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), z uwzględnieniem postanowień protokołu z dnia 31 grudnia 2009 roku oraz zarządzenia nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne. W(...) załącznika nr (...) do aneksu, którego treść stanowiła nowe brzmienie umowy z dnia 31 stycznia 2007 r., przewidziano kary umowne za niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, które miały być nakładane w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umowy. W zakresie nieuregulowanym, zgodnie z § (...) załącznika nr(...)do aneksu, miały znaleźć zastosowanie Ogólne warunki umów oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Wzajemne rozliczenia stron, na podstawie wiążącej ich umowy, odbywały się w oparciu o okresowe sprawozdania, przesyłane stronie pozwanej w formie elektronicznej. W sprawozdaniach tych wpisywane były m. in. takie dane jak nr PESEL pacjenta, jego okres pobytu w szpitalu, rozpoznanie wstępne i końcowe, kody procedur medycznych wykonywanych w trakcie hospitalizacji. W sprawozdaniu takim ujmowano również ewentualną zgodę Dyrektora NFZ na przedłużenie hospitalizacji. Po przesłaniu sprawozdania, oczekiwano na uzyskanie informacji zwrotnej, akceptującej to sprawozdanie, co z kolei stanowiło podstawę wzajemnych rozliczeń stron za wykonane świadczenia. Weryfikacja wsteczna złożonych sprawozdań dokonywana była stale, ale nieregularnie, tj. w różnych odstępach czasowych – np. raz na trzy miesiące lub raz na rok. W dniach 18 – 20 i 24 – 27 czerwca 2013 r. NFZ (...) Oddział Wojewódzki w K. przeprowadził w powodowym Szpitalu kontrolę, której przedmiotem była zasadność kwalifikowania i sprawozdawania świadczeń zdrowotnych w 2009 i 2010 r. na podstawie dokumentacji medycznej, w ramach umowy rodzaju leczenie szpitalne nr (...) z aneksami. Wnioski o wydanie przez (...) Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w K. zgody na rozliczenie świadczeń związanych z ponowną hospitalizacją w okresie krótszym niż 14 dni były zgłaszane w różnych okresach i tak w pierwszym okresie zgody wydane zostały w stosunku do 9 przypadków, nie dotyczyły jednak tej kontroli, w drugim okresie na 14 wniosków uwzględniony został 1, a w ostatnim okresie, w którym wpłynęło najwięcej, bo kilkadziesiąt wniosków, nie zostały one uwzględnione. W toku przeprowadzonej kontroli skontrolowano ogółem 198 dokumentacji medycznych, wytypowanych do kontroli po odwołaniu się świadczeniodawcy od weryfikacji systemowej. Dokonano analizy danych sprawozdanych do MOW NFZ w 2009 i 2010 r., które zostały sprawozdane niezgodnie z zapisami zarządzenia Nr (...) z dnia 3 listopada 2009 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne ze zmianami. W protokole kontroli przedstawiono 198 hospitalizacji, w przypadku których weryfikacja sprawozdawczości wykazała, że okres pomiędzy świadczeniami udzielonymi świadczeniobiorcy przez świadczeniodawcę, podczas odrębnych pobytów w Szpitalu, z powodu tej samej jednostki chorobowej nie przekracza 14 dni. W żadnych z tych przypadków nie było zgody Dyrektora MOW NFZ. Do protokołu kontroli z dnia 23 września 2013 r. strona powodowa złożyła zastrzeżenia. Odnosząc się do zarzutu protokołu, że powód naruszył § (...) zarządzenia Nr (...) powód podniósł, iż w sposób prawidłowy raportował świadczenia. Powód wskazał, że złożenie w 2012 r. wniosków o indywidualne zgody na rozliczenie świadczeń związanych z hospitalizacją w okresie krótszym niż 14 dni było prawidłowe. W odpowiedzi na powyższe zastrzeżenia, w piśmie MOW NFZ z dnia 7 października 2013 r., wskazano, że świadczeniodawca nie przedstawił żadnej zgody płatnika na rozliczenie świadczeń na rzecz pacjentów, których dokumentacja medyczna była przedmiotem kontroli. Przedłożone zgody dla 9 przypadków nie

dotyczyły przedmiotowej kontroli. Strona powodowa odmówiła podpisania protokołu kontroli, podtrzymując swoje dotychczasowe stanowisko w sprawie w piśmie z dnia 15 października 2013 r. Złożyła pisemne wyjaśnienia przyczyn odmowy podpisania protokołu pismem z dnia 15 października 2013 r. W wystąpieniu pokontrolnym z dnia 29 października 2013 r. MOW NFZ negatywnie ocenił pod względem rzetelności i legalności kwalifikowanie do rozliczenia świadczeń, gdzie okres pomiędzy świadczeniami udzielonymi świadczeniobiorcy przez świadczeniodawcę, podczas odrębnych pobytów w Szpitalu, z powodu tej samej jednostki chorobowej nie przekroczył 14 dni. Na taką ocenę nie zgodził się powód. W piśmie z dnia 28 listopada 2013 r. pozwany poinformował powoda, że nie uwzględnił zastrzeżenia powoda i z uwagi na stwierdzone nieprawidłowości w realizacji zawartej między stronami umowy wniósł o zwrot zwrotu na podstawie § 28 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów i udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nienależnie przekazanej kwoty w wysokości 53.346 zł. oraz zapłaty na podstawie § 30 ust. 1 pkt 2 lit. C OWU, kary umownej w wysokości 42.027,06 zł. Zwrotu nienależnie przekazanej kwoty oraz zapłaty kary umownej należało dokonać w terminie 14 dni od otrzymania wezwania. Poczyniono też uwagę, że w przypadku nieuregulowania zobowiązania, będącego skutkiem finansowym postępowania kontrolnego, w określonym wyżej terminie, Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego w K., na podstawie § 28 ust. 3 OWU, ma prawo potrącenia należności wraz z ustawowymi odsetkami za zwłokę od dnia wymagalności do dnia zapłaty, z przysługujących podmiotowi bieżących należności lub wszczęcia innych działań zgodnie z procedurą windykacji należności NFZ. Wobec braku terminowego zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych oraz nie uiszczenia kary umownej, strona pozwana dokonała potrącenia tych wierzytelności z wierzytelnościami przysługującymi stronie powodowej z tytułu bieżącego wykonania umowy i wystawiła noty księgowo.

**Dokonując oceny prawnej** Sąd pierwszej instancji podkreślił, że zarządzenie Prezesa NFZ wydane zostało na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a zatem miało umocowanie ustawowe i służyło ustaleniu jednolitych zasad realizacji ustawowych zadań realizowanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu. Zarządzenia te nie wiązały bezpośrednio powódki z uwagi na swój wewnętrzny charakter, jednak ich postanowienia, do których aktualnie odwołuje się strona pozwana zostały wprowadzone do umów wiążących strony w drodze stosownych aneksów. W ocenie Sądu Okręgowego brak było podstaw do tego by uznać, że postanowienia zarządzenia zawarte w (...)są bezwzględnie nieważne jako sprzeczne z przepisami Konstytucji RP i ustaw. Sąd Okręgowy podkreślił przy tym, że problem jaki powstał na gruncie przedmiotowej sprawy sprowadzał się do oceny tego, czy umowa między stronami była wykonywana prawidłowo, a przepisy dotyczące obowiązku udzielania świadczeń medycznych nie mają w tym zakresie znaczenia. Sąd Okręgowy podniósł przy tym, że powód nie próbował wykazać, że kwestionowany przez niego brak zapłaty za udzielone świadczenia dotyczył przypadków świadczeń w stanach nagłych, nie objętych umową, a więc w sposób przewidziany w art. 19 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Nie wykazał też tego, że otrzymał zgodę dyrektora Oddziału Funduszu na rozliczenie świadczeń związanych z ponowną hospitalizacją w okresie krótszym niż 14 dni. Nie podzielił przy tym jego argumentów, że przeszkodą był brak zarządzenia Prezesa NFZ dotyczącego wzoru wniosku, podnosząc, że brak taki nie stał na przeszkodzie temu, by powódka takie wnioski złożyła w dziewięciu innych przypadkach niż objęte przedmiotowym pozwem. Tym bardziej nie można uznać, że przyjęcie sprawozdania, mimo późniejszej kontroli, stanowi wyrażenie zgody per facta concludentia. Zaznaczył też, że pozwana nie kwestionowała okoliczności udzielenia świadczeń zdrowotnych, jedynie sposób rozliczenia tych świadczeń. Sąd Okręgowy podzielił przy tym stanowisko strony pozwanej, że rozliczenie świadczeń z tytułu kolejnego pobytu w okresie krótszym niż 14 dni powinno nastąpić w sytuacjach uzasadnionych, po otrzymaniu zgody dyrektora Oddziału Wojewódzkiego. Sąd I instancji podniósł, że pozwany został wezwany przez powoda do zwrotu kwoty 53346 zł z tytułu nienależnie przekazanej oraz zapłaty kwoty 42027,06 zł tytułem kary umownej, a powód nie kwestionował wysokości kwot objętych potrąceniem. Mając powyższe na uwadze uznał, że skuteczne potrącenie z wymagalną wierzytelnością powoda skutkowało umorzeniem wzajemnych wierzytelności, co skutkowało oddaleniem powództwa. O kosztach postępowania orzekł Sąd na podstawie art. 98 k.p.c. obciążając tymi kosztami stronę powodową.

**Apelację** od wyroku złożyła strona powodowa i zaskarżając go w całości wniosła o jego zmianę poprzez zasądzenie od strony pozwanej dochodzonych kwot zgodnie z żądaniem pozwu oraz kosztów postępowania za obie instancje.

Zarzuciła mu:

I. Błąd w ustaleniach faktycznych polegający na tym, że:

1. poczynione ustalenie przez Sąd I instancji, że „sprawozdawczość” świadczeń udzielonych przez powoda w 2010 była nieprawidłowa, a tym samym stanowiło to uzasadnienie dla określenia, zażądania zapłaty i potrącenia kary umownej przez pozwanego - jest dowolne, a co najmniej przedwczesne, co miało wpływ na treść orzeczenia (naruszenie art. 233 par. 1 K.p.c.),

2. poczynione przez Sąd I instancji ustalenie, że przyjęcie sprawozdań powoda za 2010 rok odnośnie udzielonych świadczeń dla 93 ciężarnych i zapłata za te świadczenia przez pozwanego, nie stanowiły wyrażenia zgody per facta concludentia, o której mowa w par. (...)zarządzenia Prezesa NFZ - jest dowolne, co miało wpływ na treść orzeczenia (naruszenie art. 233 par. 1 K.p.c.)

3. poczynione ustalenie przez Sąd I instancji, że sfinansowanie świadczenia, kolejnego udzielonego w 2010 ciężarnym, zostało już opłacone w ramach pierwszego, ponieważ cena hospitalizacji uwzględnia koszty usunięcia problemu zdrowotnego przy zastosowaniu danych procedur medycznych, bez względu na liczbę pobytu pojedynczego - jest dowolne, w sytuacji gdy w dziewięciu przypadkach, zgłoszonych w 2009 i jednym w 2010 roku, tożsamych medycznie, pozwany sfinansował koszty udzielonych powtórnie świadczeń, co miało wpływ na treść orzeczenia (naruszenie art. 233 par. 1 K.p.c.),

II. naruszenie procedury mające wpływ na treść orzeczenia, polegające na pominięciu dowodu z opinii biegłego na okoliczność wykonania kwestionowanych przez pozwanego świadczeń w sytuacjach nagłych, w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia dziecka lub matki, konieczności wykonania świadczeń w celu wyeliminowania ryzyk w okresie 37-42 tygodnia ciąży, zgodności wykonanych świadczeń z wymogami współczesnej wiedzy medycznej, prawidłowości postępowania polegającego na stosowaniu opieki ambulatoryjnej i zapewnieniu hospitalizacji, potwierdzenia, że druga hospitalizacja wykluczyła ryzyko wystąpienia

skutku w postaci zagrożenia życia wewnątrzmacicznego dziecka, w sytuacji gdy opinia takowa służyła by dla potwierdzenia czy w 2010 roku pozwany sfinansował koszty udzielonych świadczeń, w takich samych dziewięciu przypadkach medycznych, w jakich zakwestionował sprawozdanie powoda, a co skutkuje tym, że Sąd I instancji nie rozpatrzył sprawy,

III. Naruszenie przepisów prawa materialnego (w przypadku braku podzielenia zarzutów naruszenia prawa procesowego), a to:

1. art. 58 par. 1 k.c. polegające na przyjęciu, że zarządzenie Prezesa NFZ nr (...) został wydane na podstawie upoważnienie ustawowego i jest zgodne z prawem, podczas gdy przedmiotowe zarządzenie w zakresie ograniczenia finansowania świadczeń kobietom w ciąży, udzielonych w odstępach krótszych niż 14 dni jest bezprawne, a w związku z tym, że stało się częścią umowy łączącej Strony, to postanowienie takowe jest nieważne,

2. art. 2 ust. 1 pkt 4 ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych w związku z art. 4, art. 30 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, art. 12 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej poprzez niezastosowanie w sytuacji gdy świadczeniami finansowanymi ze środków publicznych są świadczenia w okresie ciąży, porodu, położu, a lekarze i położne działający w ramach struktury powoda nie mogli odmówić ich udzielenia, co uprawnia powoda do żądania ich sfinansowania przez pozwanego w całości.

**Odpowiedź** na apelację złożyła strona pozwana wnosząc o jej oddalenie w całości i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

**Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:**

Apelacja zasługiwała na częściowe uwzględnienie, jednak nie z przyczyn w niej wskazanych.

Na wstępie wskazać należy, że Sąd Apelacyjny w pełni podziela ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd Okręgowy i przyjmuje je za własne.

Podkreślenia wymaga, że podniesione przez stronę powodową zarzuty błędu w ustaleniach faktycznych, które apelująca wiąże z naruszeniem art. 233 k.p.c. pozbawione były podstaw i w części dotyczą oceny prawnej. Skarżąca podnosząc zarzuty dotyczące błędu w ustaleniach faktycznych stara się wyjść poza obszar łączącej strony umowy i wywodzi swoje roszczenie z przepisów dotyczących obowiązku udzielania świadczeń medycznych. Tymczasem na gruncie przedmiotowego postępowania istota problemu, nie sprowadzała się do tego czy świadczenia takie zostały udzielone, ale do tego, czy w świetle łączącej strony umowy zostały one prawidłowo rozliczone. Jak wskazuje się w orzecznictwie z ustawowego obowiązku NFZ polegającego na zapewnieniu ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych na zasadzie bezpłatności lub częściowej odpłatności, organizowaniu świadczeń i redystrybucji środków finansowych, nie można wywodzić obowiązku zapłaty za każde udzielone świadczenie. Umowa zawarta pomiędzy NFZ, a zakładem jako świadczeniodawcą wyznacza maksymalny zakres przedmiotowy tych świadczeń i sposób ich rozliczenia. Koszty świadczeń, wykraczające poza obowiązki NFZ wynikające z umowy, powinny być pokrywane z własnych środków pacjentów, a w ich braku finansowane w ramach systemu opieki społecznej (por. wyrok SN z dnia 30 marca 2012r. III CSK 217/11, LEX nr 1224682). Strona powodowa najwyraźniej nie dostrzega istoty problemu jaki powstał na gruncie przedmiotowej sprawy, a związanego z nieprawidłową sprawozdawczością i co za tym idzie powstaniem wierzytelności, która została potrącona. Niezależnie bowiem od jego aktualnych twierdzeń o potrzebie kwalifikowania wszystkich kwestionowanych przypadków jako szczególnych, nie ulegało wątpliwości, że w przypadkach, na które wskazuje strona pozwana, świadczeniodawca nie dysponował uprzednią zgodą dyrektora Oddziału Funduszu, niezbędną dla pokrycia kosztów ponownej hospitalizacji. Jedynie uzyskanie zgody (na wniosek) i kwalifikacja przypadku jako szczególnego, czyniło zadość wymaganiom umowy jaka łączyła strony i dawało podstawę do odrębnego rozliczenia hospitalizacji dokonanych w odstępie krótszym niż 14 dni. Jakkolwiek apelujący starał się w toku niniejszego postępowania wykazać, że uzyskanie takiej zgody w świetle obowiązujących na chwilę wykonania świadczeń umowy, nie było ograniczone konkretnym terminem, to trudno podzielić jego stanowisko, że zgoda taka mogła być wydana również następnie i tym samym konwalidować skutki nieprawidłowo sporządzonego sprawozdania. Bez znaczenia dla przedmiotowej oceny pozostaje również efekt leczniczy udzielonych w ten sposób świadczeń medycznych. Z istoty łączącego strony stosunku prawnego oraz faktu finansowania świadczeń ze środków publicznych wynika niedopuszczalność finansowania takich świadczeń, które wykonywane były z naruszeniem obowiązującego porządku prawnego. Należy przyznać rację stronie pozwanej, że weryfikacja wykonanych na rzecz świadczeniobiorców usług medycznych polega, nie tylko na ich poprawności, lecz także formalnej dopuszczalności. Przyjęcie odmiennego stanowiska prowadziłoby do konieczności każdorazowej analizy pojedynczych wypadków objętych sprawozdaniem, pod kątem zasadności stosowanego sposobu leczenia i co za tym idzie kwalifikowania przypadku jako szczególnie uzasadnionego. Nie można również, tak jak tego chce skarżąca, wywodzić z faktu akceptacji innych, w jego ocenie tożsamy przypadków, co do których strona powodowa złożyła stosowny wniosek i poniosła dodatkowe koszty takiego świadczenia, wywodzić konkludentnej zgody strony pozwanej na finansowanie takich świadczeń. Takie stanowisko podważałoby sens regulacji dotyczącej możliwości złożenia wniosku o wyrażenie zgody oraz możliwości prowadzenia kontroli jakiej finansujący może dokonać celem weryfikacji złożonego sprawozdania. Powyższe czyniłoby również iluzorycznym stosowanie postanowień umownych o obowiązku zwrotu nienależnie wypłaconych świadczeń postanowieniami. Tymczasem stan rzeczy jaki istniał na gruncie przedmiotowej sprawy, jak słusznie zauważył Sąd Okręgowy potwierdza to, że strona powodowa знаła procedurę, która dawała możliwość dodatkowego finansowania świadczeń, w przypadkach uzasadnionych. Podkreślenia wymaga, że zarówno obowiązek zwrotu nienależnego świadczenia jak i zastrzeżenie kary umownej mają na celu dyscyplinowanie podmiotów, które winny dbać o prawidłowe z punktu widzenia formalnego działanie, oraz ma służyć temu, by dostęp do środków publicznych przeznaczonych na dany cel był równy i weryfikowalny. Zaznaczenia również wymaga, że finansująca świadczenia strona pozwana na etapie składania sprawozdania, nie ma możliwości zweryfikowania wszystkich sprawozdanych świadczeń, działając w zaufaniu do świadczeniodawcy. Tym samym niedopełnienie obowiązków umownych dawało pełną podstawę do oceny, że przekazana przez Fundusz, za zakwestionowane

świadczenia środki budżetowe, były środkami finansowymi nienależnymi podlegającymi zwrotowi w terminie 14 dni zgodnie z (...) rozporządzenia. Norma ta kwalifikuje kwoty przekazane, jako nienależne i podlegające zwrotowi, a czynności naruszające stosunek prawny nawiązany pomiędzy stronami, jako wykonanie umowy niezgodnie z jej postanowieniami. W tej sytuacji wobec oczywistego naruszenia postanowień umowy przez apelującą prowadzenie postępowania dowodowego na okoliczność wykazania, że również kwestionowane wypadki, co do których wnioski nie zostały złożone przed złożeniem sprawozdania, dawały podstawę do odrębnego finansowania nie zasługiwał na uwzględnienie. W świetle obowiązujących strony postanowień dotyczących finansowania udzielonych świadczeń podczas odrębnych pobytów w szpitalu, z powodu określonego przez rozpoznanie lub procedurę występująca w charakterystyce danej grupy katalogu grup stanowiącego załącznik nr (...) do zarządzenia albo odpowiednie z katalogu świadczeń odrębnych stanowiącego załącznik 1b do zarządzenia, nie przekracza 14 dni to świadczenia te winny być wykazywane do rozliczenia jako jedno świadczenie. Nie oznacza to zatem, że zachodzi sytuacja kiedy świadczący, w ogóle nie otrzymuje wynagrodzenia za wykonane czynności, bowiem czynność te bez stosownego wniosku są rozliczane łącznie w ramach przyznanej jednorazowej kwoty. Taki sposób rozliczania świadczeń medycznych nie może być uznany za sprzeczny z przywołanymi przez stronę powodową przepisami prawa materialnego, skoro daje możliwość uzyskania pomocy, jedynie ograniczając go do uzasadnionych przypadków, co stoi w zgodzie z koniecznością racjonalizacji środków jakimi dysponuje Fundusz, a to celem finansowania pomocy medycznej dla wszystkich osób potrzebujących. W tym stanie rzeczy nie podzielił Sąd Apelacyjny argumentów apelacji strony powodowej zgadzając się z argumentami jakie w tym zakresie eksponował Sąd I instancji.

Niezależnie od tego Sąd Apelacyjny mając na uwadze charakter działalności strony powodowej oraz fakt, że okoliczności udzielenia świadczeń była bezsporna uznał, że istnieje podstawa do miarkowania kary umownej, jaką strona pozwana obciążyła powódkę. Przesłanki obowiązku zapłaty kary umownej są określane przez przyzmat ogólnych zasad kontraktowej odpowiedzialności odszkodowawczej, przy czym stosownie do art. 484 § 1 k.c. kara umowna należy się wierzycielowi w zastrzeżonej na ten wypadek wysokości bez względu na wysokość poniesionej szkody. Z przepisu art. 471 k.c. wynika domniemanie, iż nie wykonując lub nienależycie wykonując zobowiązanie, dłużnik działa w sposób zawiniony. Oznacza to, że również w przypadku dochodzenia przez wierzyciela odszkodowania z powołaniem się na kary umowne, dłużnik może się uwolnić od obowiązku zapłaty kary umownej, jeżeli wykaże, iż niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania jest następstwem okoliczności, za które nie ponosi odpowiedzialności. Biorąc pod uwagę okoliczności przedmiotowej sprawy i przywołane przez apelującą okoliczności dotyczące braku uregulowania kwestii terminu złożenia wniosku o uznanie, że przypadek ponownej hospitalizacji w ciągu 14 dni uzasadniał rozliczenie świadczeń jako odrębnych, jak również wobec konieczności zwrotu całości wypłaconych świadczeń, Sąd uznał, że jest to przypadek uzasadniający miarkowanie kary umownej o 50 %. Powyższe skutkowało tym, że potrącenie jakiego dokonała strona pozwana, nie prowadziło do umorzenia całego roszczenia i nie mogło odnieść skutku, co do całej dochodzonej w przedmiotowym postępowaniu kwoty.

Konsekwencją zmiany orzeczenia Sądu I instancji w zakresie merytorycznym, była również modyfikacja rozstrzygnięcia w zakresie kosztów procesu i zastosowanie art. 100 k.p.c. jako podstawy tego rozstrzygnięcia. Biorąc pod uwagę wynik postępowania, gdzie strona powodowa utrzymała się ze swoim żądaniem w 22 %, stroną wygrywającą jest pozwany. W tym stanie rzeczy zasadnym było proporcjonalne obciążenie strony powodowej kosztami postępowania przed Sądem I instancji w kwocie 948 zł.

***Mając powyższe na uwadze Sąd Apelacyjny zmienił częściowo zaskarżony wyrok działając w tym zakresie na podstawie art. 386 §1 k.p.c., a w pozostałym zakresie oddalił apelację na podstawie art. 385 k.p.c.***

O kosztach postępowania apelacyjnego orzekł Sąd z zastosowaniem art. 100 k.p.c. mając na uwadze wynik tego postępowania zasądził na rzecz strony pozwanej kwotę 1512 zł tytułem kosztów tego postępowania. Strona powodowa była w toku postępowania przed Sądem Apelacyjnym zwolniona z ponoszenia kosztów sądowych, a poniesione przez obydwie strony wydatki sprowadzają się do wynagrodzenia pełnomocników. Przy zastosowaniu wskazanego na

wstępie przepisu zasadnym było obciążenie strony powodowej kosztami postępowania w kwocie 1512 zł, co stanowi 78 % poniesionych przez stronę pozwaną kosztów tego postępowania.