

Sygn. akt I AGa 128/18

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 kwietnia 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Poznaniu Wydział I Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSA Krzysztof Józefowicz

Sędziowie: SA Elżbieta Fijałkowska,

SS Jan Futro (spr.)

Protokolant: st. sekr. sąd. Kinga Kwiatkowska

po rozpoznaniu w dniu 9 kwietnia 2019 r. w Poznaniu

na rozprawie

sprawy z powództwa Szpitala (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Ś.

przeciwko B. S.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Poznaniu z dnia 29 września 2017 r.

sygn. akt IX GC 638/16

1. oddala apelację;
2. zasądza od powoda na rzecz pozwanego 8 100 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym;
3. zarządza zwrot powodowi kwoty 2580,61 zł tytułem niewykorzystanej zaliczki uiszczonej na koszt opinii biegłego.

Jan Futro Krzysztof Józefowicz Elżbieta Fijałkowska

I A GA 128/18

## UZASADNIENIE

Powód Szpital (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Ś. wniósł pozew przeciwko B. S. domagając się zasądzenia od pozwanego kwoty 271 180 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 10 maja 2016 roku oraz kosztami postępowania.

W uzasadnieniu powód podniósł, że pozwany wykonywał usługi medyczne w zakresie endoskopii na podstawie umowy zlecenia. Na podstawie tej umowy zobowiązał się między innymi do prowadzenia dokumentacji medycznej na

zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, których rodzaje, sposób prowadzenia i warunki udostępniania regulują odrębne przepisy.

Strony zawarły również drugą umowę, o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.

Po zawarciu wskazanych umów (...) Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej także: NFZ) przeprowadził kontrolę wykonywania przez powodową spółkę umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie leczenia szpitalnego w chirurgii ogólnej w 2014 roku. W wyniku kontroli Narodowy Fundusz Zdrowia stwierdził, że część świadczeń medycznych wykonano w warunkach szpitalnych, pomimo tego, że pacjenci kwalifikowali się do wykonania świadczeń w warunkach ambulatoryjnych. Ze względu na brak w dokumentacji medycznej uzasadnienia udzielenia świadczenia w warunkach stacjonarnych, NFZ twierdził brak podstaw do wykonania i rozliczenia 464 świadczeń w ramach umowy łączącej NFZ z powodem. Wśród tych przypadków było 291 świadczeń wykonanych przez pozwanego, co do których dokumentacja medyczna pacjentów nie uzasadniała konieczności przyjęcia do szpitala i wykonania świadczeń w ramach umowy szpitalnej. Z uwagi na brak podstaw do wykonania świadczeń w warunkach szpitalnych NFZ nakazał powodowi zwrócić kwotę 340 496 zł, w tym kwotę 271 180 zł za świadczenia wykonane przez pozwanego. Powód złożył zastrzeżenia co do części zakwestionowanych przez NFZ świadczeń, nie były to jednak świadczenia wykonywane przez pozwanego. Zastrzeżenia nie zostały uwzględnione. Powód złożył również zażalenie na czynności Dyrektora (...) Oddziału Wojewódzkiego (...) w P., Prezes NFZ zażalenie jednak oddalił. Wskazał, że w dokumentacji medycznej nie stwierdzono wpisów dotyczących faktów medycznych, warunkujących wskazanie do udzielenia świadczeń medycznych w trybie hospitalizacji. Powód na podstawie takiego stanowiska uznał, że przyczyną zwrotu kwot otrzymanych od NFZ było nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej. W konsekwencji powód dochodził kwoty objętej pozwem jako odszkodowania za szkodę powstałą w wyniku zaniedbań pozwanego polegających na nieprawidłowym sporządzaniu dokumentacji medycznej.

Powód upatrywał szkody w uszczupleniu jego majątku o kwotę, którą był zobowiązany zwrócić Narodowemu Funduszowi Zdrowia, a która stanowiła sumę wynagrodzeń otrzymanych przez NFZ za zakwestionowane świadczenia medyczne.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie kosztów postępowania. Zarzucił, że powód winiąc go o nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej, nie wskazał, na czym nieprawidłowości te miałyby polegać i w jakim zakresie pozwany uchybił przepisom prawa lub postanowieniom umownym.

Powód odniósł się do stanowiska pozwanego w piśmie procesowym z dnia 10 sierpnia 2016 roku. Wskazał, że w jego ocenie nierzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej polegało na braku prawidłowego uzasadnienia hospitalizacji pacjentów. Podniósł argument, że skoro pozwany wskazywał, że działał zgodnie z praktyką przyjętą w szpitalu, to pośrednio przyznał, że kierował do leczenia szpitalnego pacjentów, którzy wymagali jedynie leczenia ambulatoryjnego.

Pozwany odnosząc się do wskazywanej szkody powoda wskazał, że logicznym wnioskiem wynikającym ze stanowiska strony powodowej jest to, iż powód otrzymał świadczenie z NFZ, które było mu nienależne. Powód otrzymał bowiem wynagrodzenie za przeprowadzenie leczenia w warunkach szpitalnych, podczas gdy leczenie w warunkach ambulatoryjnych nie dawałoby powodowi podstaw do żądania od NFZ jakichkolwiek pieniędzy. Skoro zatem pieniądze otrzymane za przeprowadzone usługi medyczne w warunkach szpitalnych były powodowi nienależne, ponieważ świadczenia te należało przeprowadzić w warunkach ambulatoryjnych, to powód nie poniósł żadnej szkody, bo obowiązek zwrotu nienależnego świadczenia nie stanowi szkody.

Na terminie rozprawy w dniu 16 listopada 2016 roku strona powodowa ostatecznie sprecyzowała swe stanowisko w sprawie i oświadczyła, że nienależytego wykonania umów przez pozwanego upatruje w nienależytym wypełnieniu dokumentacji medycznej pacjentów kierowanych przez pozwanego na zabiegi szpitalne kwestionowane przez NFZ w czasie kontroli. Oświadczyła przy tym, że zarzuty stawiane pozwanemu nie dotyczą okoliczności kierowania przez pozwanego pacjentów na zabiegi szpitalne w sytuacji, w której winni zostać skierowani na zabieg ambulatoryjny.

Wyrokiem z dnia 29 września 2017 r. Sąd Okręgowy w Poznaniu oddalił powództwo a orzekając o kosztach postępowania zasądził od powoda na rzecz pozwanego 14 417 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Jako podstawy rozstrzygnięcia Sąd I instancji powołał następujące ustalenia.

Powód Szpital (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Ś. prowadzi S. (...) w Ś. przy ul. (...). Pozwany B. S. jest lekarzem, posiada specjalizację drugiego stopnia w dziedzinie chirurgii ogólnej. Od 1989 roku pracował w Szpitalu w Ś. zatrudniony na podstawie umowy o pracę, a następnie w wyżej wskazanym zespole opieki zdrowotnej kierowanym przez powodową spółkę na podstawie umów o świadczenie usług zdrowotnych.

W dniu 31 grudnia 2010 roku strony postępowania zawarły umowę o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne. Zgodnie z § 1 pkt 1 i § 2 umowy pozwany zobowiązał się udzielać świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej, w szczególności w oddziale chirurgicznym. Zgodnie z załącznikiem nr 1 do umowy w zakres świadczeń i obowiązków objętych umową wchodziła między innymi znajomość i stosowanie zasad przyjmowania pacjenta SPZOZ do leczenia szpitalnego zgodnie z regułami ustalonymi przez powoda, badanie i kwalifikowanie pacjentów do leczenia szpitalnego i wybór właściwej metody leczenia, dokonywanie wpisów do dokumentacji medycznej pacjentów i wykonywanie niezbędnych zabiegów lekarskich pacjentom przyjętym na oddział.

Jak wskazuje dalej Sąd nie ma podstaw do ustalenia, by zasady takie były kiedykolwiek stworzone i w jakikolwiek sposób zebrane i dostępne w oddziale chirurgii ogólnej, w którym wykonywał świadczenia medyczne.

Na podstawie § 3 pkt 3 pozwany przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych godził się na kontrolę dyrektora SPZOZ, lekarza naczelnego szpitala lub ordynatora bądź koordynatora oddziału. Jednocześnie w § 3 pkt 4 umowy pozwany zastrzegł sobie prawo swobodnego decydowania co do sposobu wykonywania usług zdrowotnych i stosowanych metod terapeutycznych wynikających ze względów medycznych adekwatnych do stanu zdrowia pacjenta. Na podstawie § 3 pkt 7 umowy pozwany odpowiadał za realizację umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie objętym tą umową, w szczególności co do racjonalnego gospodarowania mieniem, stosowania procedur medycznych i metod terapeutycznych w granicach rzeczywistych potrzeb leczonych pacjentów SPZOZ.

W § 7 umowy pozwany zobowiązał się do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej i dokumentacji medycznej pacjentów według zasad obowiązujących w SPZOZ. Odpowiednie przepisy z tego zakresu miały znajdować się do wglądu na danym oddziale. Pozwany zobowiązał się z nimi zapoznać.

W § 11 umowy strony uzgodniły kwestie odpowiedzialności pozwanego. Zgodnie z pkt 1 za zawinioną szkodę, powstałą w wyniku nierzetelnego wypełnienia postanowień umowy, pozwany miał odpowiadać na zasadach określonych prawem wobec powoda jak i osób trzecich. W przypadku rażącego nieprzestrzegania właściwego wykonania zakresu świadczeń wynikających z umowy powód był uprawniony naliczyć i pobrać karę pieniężną w wysokości 5% należności miesięcznej. Pozwany zgodnie z pkt 4 odpowiadał za skutki swoich decyzji podejmowanych podczas wykonywania usług i był zobowiązany do racjonalnej gospodarki środkami dostarczanymi przez powoda. W § 13 strony uzgodniły, że powód będzie posiadał prawo kontroli jakości udzielanych świadczeń, w szczególności liczby i rodzaju udzielonych świadczeń, respektowania przyjętych procedur medycznych, poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych i terminowości realizacji zaleceń pokontrolnych.

Zapłata wynagrodzenia pozwanego miała następować po przedłożeniu prawidłowo wypełnionej dokumentacji medycznej i zweryfikowaniu rachunku wystawionego przez pozwanego przez ordynatora oddziału lub naczelnego lekarza szpitala (§ 16 pkt 4).

Umowa została zawarta na okres od dnia 1 stycznia 2011 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku (§ 14 pkt 1 umowy).

W dniu 30 kwietnia 2011 roku strony postępowania zawarły umowę, na podstawie której pozwany zobowiązał się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie endoskopii w S. (...)w Ś.. Pozwany miał wykonywać usługi medyczne, których rodzaj i zakres jest mu znany na podstawie posiadanej wiedzy medycznej oraz znajomości zasad

obowiązujących u powoda, z którymi pozwany zapoznał się zawierając umowę (§ 1 pkt 1 i 3 umowy). Pozwany zobowiązał się wykonywać świadczenia medyczne zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami, środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób zgodnie z zasadami etyki zawodowej i należytą starannością, a także zgodnie z zasadami wykonywania zawodu lekarza określonymi w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza (§ 3 pkt 1 i 2 umowy). Oprócz tego w § 6 pkt 1 umowy pozwany zobowiązał się do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej i dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, których rodzaje, sposób prowadzenia i warunki udostępniania regulują odrębne przepisy. Obowiązujące w zespole opieki zdrowotnej druki i formularze dokumentacji medycznej miał zapewniać powód (§ 6 pkt 2 umowy). Pozwany miał prawo do kierowania pacjentów na badania diagnostyczne lub konsultacje w przypadkach uzasadnionych wskazaniami aktualnej wiedzy i praktyki medycznej bez przekraczania granic koniecznej potrzeby (§ 7 pkt 1 umowy).

Zgodnie z § 9 pkt 1 i 2 pozwany zgodził się na kontrole przeprowadzane przez powoda lub osoby przez niego upoważnione, a dotyczące świadczeń zdrowotnych. Bezpośredni nadzór nad realizacją świadczeń sprawować miał ordynator oddziału chirurgicznego (§ 9 pkt 3 umowy).

Umowa została zawarta na okres od dnia 1 maja 2011 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku (§ 11 pkt 1 umowy).

W dniu 23 stycznia 2012 roku powód zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne - o numerze (...), której treść została zmieniona w dniu 3 stycznia 2014 roku aneksem nr (...). Na podstawie wskazanej umowy powód zobowiązał się udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego, a NFZ zobowiązał się finansować te świadczenia. Zgodnie z § 1 pkt 2 umowy powód był zobowiązany wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, ustalonych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa NFZ, wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz zgodnie z Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W dniu 19 grudnia 2013 roku Prezes NFZ wydał zarządzenie nr (...) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne. W § 11 pkt 5 zarządzenia Prezes NFZ wskazał, że świadczenia w ramach hospitalizacji, hospitalizacji planowej i „leczenia jednego dnia” mogą być udzielane świadczeniobiorcy, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty z zastosowaniem leczenia ambulatoryjnego. Udzielenie w ramach hospitalizacji, hospitalizacji planowej albo „leczenia jednego dnia” świadczenia, które kwalifikuje się do realizacji w trybie ambulatoryjnym, winno wynikać ze stanu klinicznego świadczeniobiorcy uzasadniającego jego realizację, szczegółowo udokumentowanego w indywidualnej dokumentacji medycznej (§ 11 pkt 6 zarządzenia). W § 11 pkt 10 Prezes NFZ wskazał, że świadczeniodawca jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej świadczeniobiorców korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez świadczeniodawcę zgodnie z warunkami określonymi w zarządzeniu oraz w odrębnych przepisach.

Na podstawie umowy z dnia 31 grudnia 2010 roku pozwany wykonywał świadczenia medyczne w ramach oddziału chirurgii ogólnej SPZOZ w Ś.. Na oddział ten pacjenci zgłaszali się ze skierowaniem do przyjęcia do szpitala. W dniach, w których pozwany pracował w izbie przyjęć oddziału chirurgii, podejmował decyzję o tym, czy pacjent kwalifikuje się do leczenia szpitalnego. Gdy pozwany uznał, że świadczenie usług medycznych danemu pacjentowi nie wymaga warunków szpitalnych, odmawiał przyjęcia pacjenta do szpitala, ponieważ w czasie, w którym pozwany świadczył usługi medyczne na podstawie wyżej wskazanych umów łączących go z powodem SPZOZ w Ś. nie wykonywał świadczeń medycznych z zakresu chirurgii w warunkach ambulatoryjnych. Pozwany podejmował decyzję o przyjęciu pacjenta na świadczenia medyczne w warunkach szpitalnych na podstawie treści skierowania, wcześniejszej dokumentacji pacjenta, przeprowadzonego przez samego pozwanego badania, wywiadu przeprowadzonego z pacjentem i ewentualnie na podstawie dodatkowych badań, których przeprowadzenie pozwany

zlecił w izbie przyjęć. Po uwzględnieniu wyżej wskazanych czynników pozwany podejmował decyzję o dalszych działaniach: o natychmiastowym przyjęciu pacjenta do szpitala, o wykonaniu dodatkowych badań lub konsultacji, o przyjęciu pacjenta do szpitala w późniejszym terminie bądź o odmowie przyjęcia pacjenta do szpitala. Pozwany w każdym przypadku analizował potrzebę wykonania danego zabiegu i dodatkowych badań służących ustaleniu stanu zdrowia pacjenta.

Natomiast na podstawie umowy z dnia 30 kwietnia 2011 roku pozwany wykonywał badania endoskopowe, w tym kolonoskopię, w pracowni endoskopowej, która nie była częścią oddziału chirurgii.

Powód nigdy nie zgłaszał zastrzeżeń odnośnie świadczeń medycznych wykonywanych przez pozwanego, zarówno w zakresie samych działań medycznych, jak i sporządzania dokumentacji medycznej.

W marcu i kwietniu 2015 roku (...) Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadził kontrolę dotyczącą oceny prawidłowości wykonywania wyżej wskazanej umowy w zakresie leczenia szpitalnego obejmującego chirurgię ogólną w 2014 roku. Kontrola obejmowała ocenę prawidłowości udzielania i sprawozdawania, a także rzetelność i celowość rozliczenia wybranych świadczeń opieki zdrowotnej.

Do kontroli wybrano 602 świadczenia medyczne sprawozdane przez powoda w zakresie chirurgii ogólnej w 2014 roku. W przypadku 281 świadczeń medycznych dotyczących chorób przełyku, chorób żołądka i dwunastnicy, średnich i endoskopowych zabiegów przewodu pokarmowego i chorób jamy brzusznej osoby dokonujące kontroli uznały, że pacjenci byli hospitalizowani celem diagnostyki przewodu pokarmowego w przypadkach, które nie wymagały warunków szpitalnych, a wykonywano jedynie gastroscopię, kolonoskopię i inne badania diagnostyczne. Kontrolerzy zadali powodowi pytanie, dlaczego hospitalizowano pacjentów celem diagnostyki przewodu pokarmowego w przypadkach, które nie wymagały warunków szpitalnych. W odpowiedzi powód oświadczył, że w jego opinii każdy pacjent z podejrzeniem krwawienia i objawów mogących świadczyć o zmianach organicznych przewodu pokarmowego powinien być hospitalizowany. Dodatkowo podczas wykonywania kolonoskopii w SPZOZ stosowana jest premedykacja dożylna, po której pacjent powinien być obserwowany w warunkach szpitalnych.

W dniu 22 kwietnia 2015 roku (...) Oddział Wojewódzki (...) wydał protokół kontroli, stwierdzając w nim, że dokumentacja medyczna uzasadniała kwalifikację do pobytu w szpitalu i zasadność udzielenia świadczenia w warunkach stacjonarnych w 138 przypadkach.

Wśród kontrolowanych świadczeń medycznych znalazły się również świadczenia wykonywane przez pozwanego. NFZ badał poszczególne świadczenia na podstawie sporządzonej przez pozwanego dokumentacji medycznej.

W tym miejscu Sąd w opracowanej tabeli opracowanej o dane z dołączonych segregatorów, w której wskazano numer PESEL pacjenta, numer księgi głównej, wskazał na informację o tym, czy w dokumentacji wskazano kod grupy JGP, informację o tym, czy do dokumentacji została dołączona karta zlecenia bądź skierowanie, informację o tym, czy pozwany wymienił zastosowane przez siebie leki, informację o tym, czy w dokumentacji medycznej został ujęty opis chorób współistniejących, dane o tym, czy świadczenie medyczne zostało wykonane w ramach jednodniowego pobytu pacjenta w szpitalu oraz informację o tym, czy pozwany umieścił w dokumentacji medycznej wiadomość o badaniach dodatkowych.

Podał też, że wskazane w dokumentacji i ujęte w tabeli braki informacji o dodatkowych badaniach, czy też o podanych lekach były wynikiem tego, że w danym przypadku wspomniana okoliczność nie wystąpiła, a więc pozwany nie podawał pacjentowi leków czy też nie zlecał badań dodatkowych.

Powód miał możliwość przed podpisaniem protokołu kontroli, w terminie 7 dni od jego otrzymania, wniesienia pisemnych zastrzeżeń co do ustaleń zawartych w tym protokole. Prezes zarządu powodowej spółki podpisał protokół kontroli w dniu 30 kwietnia 2015 roku. W dniu 4 maja 2015 roku powód złożył dodatkowe wyjaśnienia.

W dniu 19 maja 2015 roku (...) Oddział Wojewódzki (...) wydał wystąpienie pokontrolne. Wskazał w nim, że 281 świadczeń medycznych dotyczących chorób przełyku, chorób żołądka i dwunastnicy, średnich i endoskopowych zabiegów przewodu pokarmowego i chorób jamy brzusznej udzielono niezasadnie jako leczenia szpitalnego. Z dokumentacji medycznej wynikało, że pacjentów hospitalizowano celem diagnostyki przewodu pokarmowego, która mogła być wykonana w warunkach ambulatoryjnych. W wystąpieniu pokontrolnym wskazano, że stanowi to naruszenie art. 58 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej i § 11 ust. 5 i 6 zarządzenia Prezesa NFZ nr (...). W ramach zaleceń pokontrolnych (...) Oddział Wojewódzki (...) nakazał powodowi zwrócić nienależnie uzyskaną kwotę 340 496 zł i skorygować dokumenty rozliczeniowe. Z tej kwoty część w wysokości 271 180 zł stanowiła suma należności, których zwrotu NFZ domagał się w związku z zakwestionowaniem świadczeń medycznych wykonanych przez pozwanego. (...) Oddział Wojewódzki (...) wezwał powoda do zapłaty kwoty 358 928,96 zł, w tym wyżej wskazanej kwoty 340 496 zł, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, pod rygorem potrącenia należności z przysługujących powodowi należności lub wszczęcia innych działań windykacyjnych.

Pismem z dnia 29 maja 2015 roku powód złożył Dyrektorowi (...) Oddziału (...) zastrzeżenia co do 325 świadczeń medycznych, które zostały zakwestionowane w czasie kontroli. Powód odniósł się odrębnie do każdego ze świadczeń. W przypadku świadczeń wykonywanych przez pozwanego powód w każdym przypadku podnosił, że wykonanie świadczenia medycznego w warunkach szpitalnych było konieczne.

Zastrzeżenia powoda zostały oddalone pismem z dnia 9 czerwca 2015 roku. Dyrektor (...) Oddziału Wojewódzkiego (...) wskazał w uzasadnieniu, że wszystkie zakwestionowane w wyniku kontroli świadczenia medyczne dotyczyły przypadków braku w dokumentacji medycznej szczegółowego opisu stanu pacjenta uzasadniającego hospitalizację.

Następnie pismem z dnia 26 czerwca 2015 roku powód złożył zażalenie do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na czynności Dyrektora (...) Oddziału Wojewódzkiego (...) dotyczące przeprowadzonej kontroli. Powód domagał się uwzględnienia jego zastrzeżeń co do 325 świadczeń medycznych, przedstawionych w piśmie z dnia 29 maja 2015 roku. Pismem z dnia 15 października 2015 roku Prezes NFZ odmówił uwzględnienia zażalenia powoda. W uzasadnieniu podniósł, że na podstawie art. 58 ustawy o świadczeniach medycznych o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ustanawia prawo pacjenta do leczenia szpitalnego, jeśli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne. Prezes NFZ powołał się również na Zarządzenie nr (...) Prezesa NFZ, które stanowi, że udzielenie w ramach hospitalizacji świadczenia, które kwalifikuje się do realizacji w trybie ambulatoryjnym musi wynikać ze stanu klinicznego pacjenta, szczegółowo udokumentowanego w indywidualnej dokumentacji medycznej. W ocenie Prezesa NFZ w przypadku zakwestionowanych przez NFZ świadczeń medycznych wpisy w dokumentacji medycznej nie dostarczyły dowodów na zasadność hospitalizacji. Prezes NFZ zwrócił również uwagę, że w wyniku kontroli nie została zakwestionowana konieczność i zasadność udzielenia świadczeń, a jedynie brak udokumentowania analiz i decyzji powoda, które miały decydujący wpływ na tryb postępowania z pacjentami.

Zarówno w toku kontroli, jak i następnie powód nie zwrócił się do pozwanego o złożenie wyjaśnień w przedmiocie zakwestionowanych świadczeń medycznych.

Powód otrzymywał od NFZ płatności za wykonywane świadczenia medyczne zbiorczo za poprzedni miesiąc. Po zakwestionowaniu części świadczeń przez NFZ powód w listopadzie 2015 roku wystawił faktury korygujące VAT, którymi obciążał NFZ z tytułu świadczeń wykonanych w 2014 roku. Korekty polegały na obniżeniu kwot objętych fakturami VAT o sumy zakwestionowanych świadczeń. Z uwagi na fakt, że należności za 2014 rok były już przez NFZ zapłacone, kwoty, o które zostały skorygowane faktury VAT, zostały potrącone z należnościami powoda z tytułu wykonania świadczeń medycznych w listopadzie i grudniu 2015 roku.

Powód zadecydował o niedochodzeniu od NFZ zapłaty kwot za świadczenia medyczne, których nie otrzymał w 2015 roku w związku z zakwestionowaniem przez NFZ świadczeń świadczonych w 2014 roku. Zarząd powodowej spółki podjął taką decyzję po zasięgnięciu opinii u radcy prawnego A. P., która pełniła w tym czasie funkcję doradcy szpitala do spraw reorganizacji i restrukturyzacji. A. P. oświadczyła powodowi, że nie ma podstaw do złożenia pozwu.

Pismem z dnia 25 kwietnia 2016 roku powód wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 271 180 zł tytułem odszkodowania za szkodę poniesioną przez powoda w wyniku nieprawidłowego wykonania umowy łączącej strony. Pozwany odmówił zapłaty pismem z dnia 7 maja 2016 roku. Powód następnie podtrzymał swoje stanowisko w kierowanym do pozwanego piśmie z dnia 20 maja 2016 roku.

W tak ustalonym stanie faktycznym po dokonaniu oceny dowodów Sąd Okręgowy wskazał, że powództwo nie znajduje podstaw.

Wskazał także przyczyny dla których Sąd oddalił wniosek powoda o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego z dziedziny prawidłowości wpisów dokumentacji medycznej pacjentów na okoliczność oceny prawidłowości prowadzonej dokumentacji medycznej, zwłaszcza pod względem zgodności z przepisami prawa i wymaganiami stawianymi przez NFZ.

Wskazał, że powód omawiany wniosek dowodowy zawarł już w pozwie, natomiast roszczenie dochodzone pozwem sprecyzował na pierwszym terminie rozprawy, jasno określając w czym upatruje nienależytego wykonania umowy przez pozwanego. Oświadczył wówczas, iż zarzucana pozwanemu nieprawidłowość w prowadzeniu dokumentacji medycznej sprowadza się do braku w tej dokumentacji informacji o lekach podawanych pacjentowi, braku skierowania pacjenta do SPZOZ i braku informacji o chorobach współistniejących. Sąd uznał więc, że dokonanie ustaleń we wspomnianym zakresie w odniesieniu do obowiązujących w czasie zawierania umowy przepisów prawa stanowi zasadniczą oś procesu. Dokonanie analizy zaprezentowanej dokumentacji natomiast nie wymaga wiadomości specjalnych. Za wystarczające uznano zapoznanie się z zaprezentowaną Sądowi dokumentacją medyczną i poczynienie stosownych ustaleń pamiętając o tym, że ocena prawidłowości prowadzonej dokumentacji medycznej pod względem jej zgodności z przepisami prawa jest domeną Sądu, należy do jego wyłącznej kompetencji i nie wymaga korzystania z pomocy biegłego. Wniosek o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego Sąd uznał zatem za zbędny i w odwołaniu do treści art. 278 § 1 k.p.c., wniosek oddalił.

Sąd oddalił również wniosek powoda o przeprowadzenie dowodu z zeznań świadków: T. F., B. W., L. G. (1), B. P. i A. P. na okoliczność wadliwości dokumentacji medycznej sporządzonej przez pozwanego, niewykazania podstaw medycznych do przyjęcia pacjentów do leczenia szpitalnego w okresie objętym pozwem, istnienia szkody po stronie powodowej, związku przyczynowego pomiędzy działaniami pozwanego a zaistniałą szkodą, winy umyślnej pozwanego, wykorzystania przez powoda wszelkich możliwości podważenia wyników kontroli NFZ.

Wskazane dla wymienionych wniosków dowodowych okoliczności albo nie mogły zostać wykazane zeznaniami świadków, albo nie wymagały przeprowadzenia dodatkowych dowodów. Wskazać należało, że istnienie szkody po stronie powodowej, istnienie związku przyczynowego pomiędzy działaniami pozwanego a zaistniałą szkodą, a także wina umyślna pozwanego nie są okolicznościami faktycznymi, a wynikiem subsumpcji konkretnych faktów do określonych norm prawnych. S. tej dokonuje Sąd na podstawie poczynionych ustaleń. Dlatego też zeznania świadków powołanych na wskazane okoliczności z uwagi na sformułowaną tezę dowodową należało oddalić.

Natomiast dowód na okoliczność istnienia szkody po stronie powodowej, wobec twierdzeń powoda, sprowadzał się w istocie do czynienia ustaleń w przedmiocie okoliczności związanych z tym, że powód nie otrzymał wynagrodzenia za wykonane w 2015 roku świadczenia medyczne, co było wynikiem zakwestionowania części świadczeń medycznych wykonanych w 2014 roku. Okoliczność ta została wykazana zgromadzonymi w sprawie dokumentami i zeznaniami występującego za powoda F. W.. Nadto jako taka nie została zakwestionowana przez stronę pozwaną, która powołując się na fakt nie poniesienia szkody przez powoda, uzasadniała to ewentualnym brakiem refundacji w przypadku braku hospitalizacji. Przeprowadzanie wspomnianych dowodów na opisaną okoliczność okazało się zatem zbędne.

Żądając natomiast przeprowadzenia dowodu na okoliczności istnienia winy umyślnej po stronie pozwanego, jak należało się domyślać, powód zamierzał wykazać, że pozwany świadomie i celowo w sposób nieprawidłowy sporządzał dokumentację medyczną. W tym kontekście zauważyć należało, że stanowisko powoda było w tym zakresie niespójne i wzajemnie się wykluczające. Z treści pism procesowych wynikało, że w ocenie powoda, pozwany świadomie kierował

pacjentów do badań w warunkach szpitalnych, choć wiedział, że pacjenci ci powinni być poddani badaniom w warunkach ambulatoryjnych. Jednocześnie jednak jako podstawę faktyczną odpowiedzialności pozwanego, powód wskazywał na nieprawidłowe sporządzanie dokumentacji medycznej, która przy założeniu braku hospitalizacji nie mogła zostać uznana, za nienależycie sporządzoną. Oddalając analizowany wniosek, Sąd przyjął, że abstrahując od opisanej sprzeczności, stanowisko powoda pozwalało na konkluzję, że uważa on, iż pozwany sporządzał dokumentację medyczną nieprawidłowo, ponieważ miał taki zamiar. W tym kontekście wnioskowani świadkowie z całą pewnością nie posiadali wiedzy, która mogłaby stanowić podstawę ustalenia stanu faktycznego. Aby ocenić zamiary pozwanego, musieliby być obecni przy badaniu pacjenta i towarzyszącym mu sporządzaniu dokumentacji medycznej. Tylko w taki sposób bowiem, przy założeniu dysponowaniem wystarczającą wiedzą medyczną i znajomością procedur mogliby obiektywnie ocenić pobudki kierujące pozwanym. Bez wątpienia żadna z wymienionych osób w czynnościach tych nie uczestniczyła.

Związek przyczynowy pomiędzy działaniem podmiotu a powstaniem szkody jest pojęciem prawnym, a nie okolicznością faktyczną – od powoda jako wierzyciela dochodzącego odszkodowania, co prawda wymaga się, by związek taki wykazał, jedynie w tym sensie jednak, że powinien on udowodnić okoliczności, które o jego zaistnieniu świadczą. Okoliczności te w postaci konkretnych faktów powinny być przez powoda jasno wskazane w tezie dowodowej. Stanowisko powoda pozwalało na wniosek, że ich zaistnienia upatruje w działaniu pozwanego polegającym na nieprawidłowym sporządzaniu dokumentacji medycznej – a powstaniem szkody, którą utożsamia z brakiem uzyskania wynagrodzenia za część świadczeń wykonanych w 2015 roku, na skutek wyników kontroli NFZ w czasie której stwierdzono, że z dokumentacji medycznej sporządzonej przez pozwanego w 2014 roku nie wynikało, by przeprowadzone przez niego świadczenia medyczne wymagały hospitalizacji pacjentów. Tymczasem fakty przeprowadzenia kontroli i jej wyniki nie stanowiły przedmiotu sporu, a nadto wykazane zostały dokumentami dołączonymi do akt sprawy. Zatem przeprowadzenie dowodów z zeznań świadków na wspomniane okoliczności okazało się zbędne w myśl art. 229 k.p.c..

Natomiast, co do okoliczności wadliwości dokumentacji medycznej sporządzonej przez pozwanego, powód definiował tę wadliwość jako brak w dokumentacji medycznej określonych informacji. Zatem by okoliczność tę ustalić wystarczyło, aby Sąd zapoznał się z dokumentacją medyczną dołączoną do akt. Przesłuchiwanie świadków na omawianą okoliczność okazało się więc także zbędne, skoro Sąd dysponował dokumentacją stanowiącą pierwszoplanowy dowód w sprawie i był zobowiązany do dokonania jej oceny celem ustalenia zasadności podniesionego zarzutu, a sama ocena, z pewnością nie mogła stanowić przedmiotu dowodzenia.

Co do okoliczności niewykazania podstaw medycznych do przyjęcia pacjentów do leczenia szpitalnego w okresie objętym pozwem wskazać wypadało, że w myśl art. 227 k.p.c. nie stanowiła ona okoliczności istotnej dla rozstrzygnięcia. Nie w niej powód upatrywał nienależyciego wykonania zobowiązań przez pozwanego i nie na niej koncentrować się winno postępowanie dowodowe w sprawie. Ubocznie jedynie należało stwierdzić, że zaistnienie podstaw medycznych do przyjęcia pacjentów do leczenia szpitalnego z całą pewnością nie mogło zostać wykazane zeznaniami powołanych świadków. Świadczenie bowiem, by móc wskazać na potrzebę hospitalizacji, musieliby dysponować szeroką wiedzą w przedmiocie znajomości stanu zdrowia poszczególnych pacjentów w dacie przyjęcia ich do szpitala i treści ich dokumentacji medycznej. Jednocześnie każdorazowo zeznania wnioskowanych świadków stanowiłyby w istocie ich własną opinię, która i tak wymagałaby weryfikacji biegłego. Natomiast to czy dany rodzaj świadczeń – jako taki - mógł być wykonany w warunkach ambulatoryjnych nie stanowiło kwestii spornej, a i Sądowi z doświadczenia wiadomym jest, że zabiegi endoskopowe wykonywane są zarówno w warunkach leczenia szpitalnego jak i w ambulatorium bez potrzeby hospitalizacji. Ta okoliczność - jako niesporna - nie wymagała więc dowodzenia.

Sąd oddalił również wniosek powoda o przeprowadzenie dowodu z zeznań świadków B. N. i E. B. na okoliczność zasad i sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej, obowiązku uzasadniania w tej dokumentacji hospitalizacji pacjentów i procedury przyjmowania pacjentów. Wniosek ten został oddalony na podstawie art. 207 § 6 k.p.c., jako spóźniony. W treści pisma, w którym został złożony powód nawiązywał do odpowiedzi na pozew złożonej przez pozwanego, a więc w odwołaniu do powołanego artykułu, jak i doręczonego powodowi pouczenia wniosek ten winien zgłosić najpóźniej po zapoznaniu się z odpowiedzią na pozew. Tymczasem wniosek powoda został złożony po kilkukrotnej wymianie pism



procesowych i po trzech terminach rozpraw. Kolejnym argumentem przemawiającym za jego oddaleniem był fakt, że powód zamierzał przeprowadzić dowód na okoliczność zasad i sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej, choć w toku całego procesu zasad tych nie sprecyzował. W żadnym z pism procesowych strona powodowa nie podała, jakimi zasadami, za wyjątkiem przepisów prawa i postanowień zarządzenia Prezesa NFZ, winien kierować się pozwany przy sporządzaniu dokumentacji medycznej. Przy tym z uwagi na sprecyzowanie roszczenia przez powoda zbędne okazało się ustalanie zasad ogólnych, w sytuacji, gdy powód przedstawił konkretne zarzuty co do dokumentacji medycznej sporządzonej przez stronę pozwaną. Natomiast okoliczności związane z przyjmowaniem pacjentów do szpitala zostały w sposób wystarczający dla rozstrzygnięcia sprawy ustalone na podstawie zeznań stron postępowania, a ponieważ procedura przyjęcia jako taka, nie stanowiła przedmiotu sporu, prowadzenie dalszego postępowania na wskazaną okoliczność uznać należało za zbędne. Co do obowiązku uzasadniania w dokumentacji medycznej konieczności hospitalizacji pacjentów należało wskazać, że powód poza wymienionymi na wstępie informacjami, które w jego ocenie winny zostać ujęte w dokumentacji dla uzasadnienia przyjęcia, nie przedstawił w jaki inny sposób obowiązek ten miałby się realizować, a bez wątplenia nie sposób określić zamkniętego katalogu uwag lekarza zawartych w dokumentacji medycznej, który przesądzałby o tym, że stanowi uzasadnienie do hospitalizacji pacjenta.

Sąd oddalił wniosek pozwanego o przeprowadzenie dowodu z zeznań świadków: K. B., Z. H., L. G. (2), P. D., W. W., A. M., P. R., J. D., A. W., A. Z., S. C., J. K., K. S., M. P., S. S., T. P., K. K. oraz lekarzy rodzinnych i lekarzy specjalistów, którzy kierowali do leczenia szpitalnego pacjentów, którym udzielono świadczeń szpitalnych w okresie objętym pozwem na okoliczność istnienia podstaw medycznych przyjęcia pacjentów do leczenia szpitalnego do powodowego szpitala w okresie objętym pozwem, procedury przyjmowania pacjentów oraz zasad i sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej w szpitalu w zakresie przyjęć pacjentów, sposobu rozliczenia udzielonych świadczeń z NFZ, działania pozwanego z należytą starannością w toku procedury leczenia szpitalnego, braku przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego, w tym braku szkody i związku przyczynowego oraz na okoliczność przyczynienia się powoda do powstania rzekomej szkody. Abstrahując od tego, że do dnia jego rozstrzygnięcia pozwany nie wskazał danych personalnych lekarzy rodzinnych i lekarzy specjalistów, którzy kierowali do leczenia szpitalnego pacjentów, co samo w sobie stanowiło wystarczającą podstawę do oddalenia wniosku w tym zakresie, podkreślić należało, że analogicznie jak w przypadku wniosków dowodowych powoda, brak przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego nie jest faktem a konstrukcją prawną wynikającą z subsumcji okoliczności faktycznych do odpowiednich przepisów prawa. Dowód z przesłuchania świadków nie mógł więc zostać przeprowadzony na wskazane okoliczności. Okoliczność istnienia podstaw medycznych przyjęcia pacjentów do leczenia szpitalnego nie stanowiła uzasadnienia żądania powoda do przyjęcia nienależytego wykonania umów łączących strony i jako taka okazała się ostatecznie nieistotna dla rozstrzygnięcia sprawy. Podstawą odpowiedzialności pozwanego miało być bowiem nie to, że podejmował niewłaściwe decyzje medyczne, ale to, że podstawy tych decyzji nie zostały odpowiednio wyeksplikowane w dokumentacji medycznej. Dlatego też w tym zakresie wniosek podlegał oddaleniu na podstawie art. 227 k.p.c. Na tej samej podstawie należało oddalić wniosek w zakresie okoliczności działania pozwanego z należytą starannością w toku procedury leczenia szpitalnego. Jakość i prawidłowość udzielanych przez pozwanego świadczeń medycznych na rzecz pacjentów nie były nigdy przedmiotem sporu między stronami, powód nie kwestionował tak potrzeby jak i jakości ich wykonania. Wniosek w zakresie okoliczności związanych z procedurami przyjęcia pacjentów do SPZOZ oraz zasad i sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej podlegał oddaleniu z tych samych powodów z jakich oddalone zostały wnioski powoda złożone na wspomnianą okoliczność. Co do okoliczności sposobu rozliczenia udzielonych świadczeń z NFZ, Sąd uznał, że dotychczas zebrane w sprawie dowody, w szczególności dokumenty, stanowiły wystarczającą podstawę do ustalenia stanu faktycznego sprawy w zakresie niezbędnym dla rozstrzygnięcia.

Mając na względzie poczynione ustalenia faktyczne Sąd Okręgowy wskazał, że w rozpoznawanej sprawie powód dochodził roszczenia z tytułu odszkodowania za szkodę mającą wynikać z nienależytego wykonania przez pozwanego zobowiązań z dwóch umów łączących strony: umowy z dnia 31 grudnia 2010 roku i umowy z dnia 30 kwietnia 2011 roku. Umowy te należało zakwalifikować jako umowy o świadczenie usług uregulowane w art. 750 k.c. Możliwość dochodzenia roszczeń z tytułu nienależytego wykonania zobowiązań umownych reguluje art. 471 k.c. Odpowiedzialność dłużnika oparta na art. 471 k.c. zachodzi wówczas, gdy spełnione są wszystkie przesłanki tej odpowiedzialności: niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania, będące następstwem okoliczności, za

które dłużnik z mocy ustawy lub umowy ponosi odpowiedzialność, szkoda oraz związek przyczynowy pomiędzy faktem niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania a szkodą.

Zgodnie z utrwalonym poglądem prezentowanym w doktrynie, ciężar dowodu faktu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, istnienia szkody w określonej wysokości oraz związku przyczynowego pomiędzy tymi elementami, spoczywa na wierzycielu.

Powód upatrywał nienależytego wykonania przez pozwanego umów łączących strony w nieprawidłowym sporządzaniu przez pozwanego dokumentacji medycznej świadczeń zdrowotnych wykonywanych w 2014 roku w zakresie w jakim podczas przeprowadzonej kontroli Narodowy Fundusz Zdrowia wskazywał na brak podstaw do hospitalizacji pacjentów.

Strona powodowa precyzując zarzuty wobec sposobu wykonywania umów przez pozwanego wskazała, że nieprawidłowości w sporządzaniu dokumentacji medycznej polegały na nie ujęciu w dokumentacji przypadków zakwestionowanych przez NFZ: kart zleceń, informacji o podanych lekach, informacji o przeprowadzonych badaniach dodatkowych oraz opisów chorób współistniejących.

Sąd poddał zatem przedłożoną mu dokumentację analizie pod względem właśnie tych elementów, których zawarcia powód, jako strona umów o wykonanie świadczeń medycznych oczekiwał od pozwanego.

Sąd wskazał także, że w umowie z dnia 31 grudnia 2010 roku pozwany zobowiązał się do prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów według zasad obowiązujących w SPZOZ. Natomiast w umowie z dnia 30 kwietnia 2011 roku pozwany zobowiązał się prowadzić dokumentację medyczną na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, których rodzaje, sposób prowadzenia i warunki udostępniania regulują odrębne przepisy.

Pozwany byłby też zobowiązany prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa niezależnie od tego, czy strony uwzględniły ten obowiązek w zawartych umowach. W 2014 roku, kiedy to pozwany wykonywał zakwestionowane następnie świadczenia medyczne, obowiązującymi przepisami regulującymi omawianą kwestię były przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W przepisach tej ustawy jednak - poza przypadkami szczególnymi, nie dotyczącymi rodzaju świadczeń medycznych wykonywanych przez pozwanego - brak jest norm prawnych dotyczących niezbędnej treści dokumentacji medycznej czy też sposobu jej prowadzenia. Przywoływany przez powoda przepis art. 58 tej ustawy nie odnosi się jednak do dokumentacji medycznej, a do przesłanek leczenia szpitalnego. Zgodnie z tym artykułem świadczeniobiorca (pacjent) ma prawo do leczenia szpitalnego w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne. Do dokumentacji medycznej nie odnosi się również rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Aktem prawnym obowiązującym w 2014 roku, który regulował kwestie związane z dokumentacją medyczną było rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Zgodnie z § 2 ust. 1 tego rozporządzenia dokumentację medyczną stanowi dokumentacja indywidualna, odnosząca się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych oraz dokumentacja zbiorcza, odnosząca się do ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych.

W rozpoznawanej sprawie dla zbadania zasadności roszczenia powoda, znaczenie, miały, co oczywiste przepisy dotyczące dokumentacji medycznej indywidualnej, a dokładniej dokumentacji indywidualnej wewnętrznej, przeznaczonej na potrzeby podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych (§ 2 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia), albowiem właśnie prawidłowość jej sporządzenia została zakwestionowana przez stronę powodową. Zgodnie z § 10 ust. 1 rozporządzenia dokumentacja indywidualna, za wyjątkiem przypadków wskazanych w samym rozporządzeniu, zawiera: oznaczenie podmiotu, w tym jego nazwę i kod identyfikacyjny; oznaczenie pacjenta; oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie; datę

dokonania wpisu; informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji, w szczególności: opis udzielonych świadczeń zdrowotnych, rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu lub rozpoznanie ciąży, zalecenia, informacje o wydanych orzeczeniach, opiniach lub zaświadczeniach lekarskich, informacje o produktach leczniczych, wraz z dawkowaniem, lub wyrobach medycznych zapisanych pacjentowi na receptach, a także inne informacje wynikające z odrębnych przepisów. Zgodnie z § 12 rozporządzenia podmiot leczniczy prowadzący szpital sporządza dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii choroby. Historia choroby zawiera pogrupowane informacje dotyczące przyjęcia pacjenta do szpitala, przebiegu hospitalizacji i wypisania pacjenta ze szpitala (§ 14 rozporządzenia). W części dotyczącej przyjęcia do szpitala historia choroby powinna zawierać tryb przyjęcia, datę przyjęcia pacjenta do szpitala, istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego przy przyjęciu pacjenta do szpitala oraz ewentualnych obserwacji, wyniki badań dodatkowych i dane o postępowaniu lekarskim przy przyjęciu do szpitala oraz uzasadnienie przyjęcia, rozpoznanie wstępne ustalone przez lekarza przyjmującego i oznaczenie lekarza przyjmującego (§ 17 ust. 1 rozporządzenia). W przypadku przyjęcia pacjenta do szpitala na podstawie skierowania, skierowanie dołącza się do historii choroby. Przywołane rozporządzenie nakłada zatem na sporządzającego dokumentację medyczną wskazanie uzasadnienia przyjęcia pacjenta do szpitala, nie precyzuje jednak, co w takim uzasadnieniu powinno się znajdować. Wskazać należało, iż podnoszone przez powoda zarzuty co do braków w dokumentacji medycznej na podstawie powołanego rozporządzenia stanowią nie o zakwalifikowaniu bądź nie pacjenta do hospitalizacji, ale o prawidłowości dokumentacji medycznej jako takiej. Jednak co najistotniejsze dla rozstrzygnięcia, żaden z przepisów przywołanego rozporządzenia nie odnosi się do tego, jakie cechy, warunki czy informacje winna spełniać dokumentacja medyczna, by można było ją uznać za uzasadniającą hospitalizację pacjentów.

Wymagania, co do treści dokumentacji medycznej w zakresie uzasadnienia hospitalizacji pacjenta nie zostały również wskazane w umowach zawartych przez strony postępowania.

W umowie z dnia 31 grudnia 2010 roku natomiast pozwany zobowiązał się do prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów według zasad obowiązujących w SPZOZ, które to zasady powinny być dostępne do wglądu w oddziale szpitala. Pozwany zaprzeczył, by zasady takie były kiedykolwiek stworzone i w jakikolwiek sposób zebrane i dostępne w oddziale chirurgii ogólnej, w którym wykonywał świadczenia medyczne. Powód w istocie nie zaprzeczył tym twierdzeniom tłumacząc się tym, że nie może ich zweryfikować z uwagi na to, że reprezentujący powoda prezes zarządu wówczas nie był zatrudniony u powoda, jednak co ważniejsze, powód nie przedstawił powołanych w umowach zasad, które jak należy się domyślać, gdyby istniały przybrałyby formę dokumentu prywatnego.

Konkretnych postanowień co do treści dokumentacji medycznej brak było również w umowie zawartej między powodem a NFZ z dnia 23 stycznia 2012 roku. Umowa ta odnosi się do zarządzeń wydanych przez Prezesa NFZ i czyni je wiążącymi dla stron umowy. Zarządzeniem obowiązującym w 2014 roku było zarządzenie nr (...) z dnia 19 grudnia 2013 roku. W zarządzeniu tym rzeczywiście znajduje się postanowienie dotyczące dokumentacji medycznej w przypadkach hospitalizacji pacjentów, które nakazuje szczegółowo udokumentować stan kliniczny pacjenta uzasadniający udzielenie świadczenia w ramach hospitalizacji, hospitalizacji planowej albo „leczenia jednego dnia”, które kwalifikuje się do realizacji w trybie ambulatoryjnym. Na czym miałyby polegać szczegółowe udokumentowanie stanu klinicznego pacjenta nie zostało tam jednak sprecyzowane, w szczególności nie zostały wymienione te elementy dokumentacji medycznej, których brak powód uznawał za przyczynę nieprawidłowości dokumentacji medycznej sporządzonej przez pozwanego. Niezależnie od tego podkreślenia wymagało, że jak trafnie podniósł pozwany, postanowienia zarządzenia Prezesa NFZ nie mają charakteru przepisów wiążących pozwanego jako stronę umów z powodem z mocy prawa. Powód dążąc do zobowiązania pozwanego do przestrzegania przepisów zarządzenia i postanowień umowy z NFZ, jako stroną umowy z pozwanym winien przedstawić pozwanemu umowę z NFZ i stosowne zarządzenie wskazując na regulacje, które winny znaleźć zastosowanie przy wykonywaniu zawartych z pozwanym umów i w ten sposób sprecyzować swe względem pozwanego oczekiwania. Z postanowienia umowy łączącej strony postępowania, które stanowi, że pozwany odpowiada za realizację umowy z NFZ, nie można wyciągać wniosku o przeniesieniu przez powoda na pozwanego wszystkich swoich zobowiązań wynikających z umowy z NFZ i związanych z tą umową obowiązków dokumentacji podejmowanych czynności.

W braku punktów odniesienia, na podstawie których można by uznać, że uzasadnienie hospitalizacji ujęte w dokumentacji medycznej jest wystarczające bądź niewystarczające, nie można skutecznie zarzucać pozwanemu, że sporządzona przez niego dokumentacja była w tym zakresie niewystarczająca, a więc w konsekwencji, że nienależycie zrealizował swe umowne obowiązki.

Nie można też zarzucać pozwanemu, że nie zamieścił informacji o czymś, co nie miało miejsca i nie można również doszukiwać się z tych powodów jej wadliwości.

Konkludując Sąd stwierdza, że powód decydując się na dochodzenie roszczenia opartego nie na samej wadliwości decyzji pozwanego, a jedynie na wadliwym odzwierciedleniu podstaw tych decyzji w dokumentacji medycznej nałożył na siebie obowiązek wykazania, że sporna dokumentacja medyczna w sposób niewystarczający przedstawiała podstawy decyzji pozwanego. Brak było jednak konkretnych punktów odniesienia, które pozwoliłyby ocenić staranność pozwanego przy sporządzaniu dokumentacji medycznej i to w szczególności wobec wyraźnego wyspecyfikowania przez stronę powodową oczekiwań w tym zakresie, które jak wskazała nie zostały zaspokojone.

Wystarczającej przesłanki do zanegowania staranności pozwanego nie mogły stanowić postanowienia dotyczące uzasadnienia przyjęcia do szpitala wymagane przepisami prawa, ponieważ uzasadnienie jakiego oczekiwał powód w dokumentacji medycznej zakwestionowanej przez powoda zostało ujęte. Nawet przy hipotetycznym założeniu, że pozwanego wiązało powołane wyżej zarządzenie Prezesa NFZ, za podstawę wniosku o niestaranności pozwanego nie można uznać przyjętej w zarządzeniu Prezesa NFZ konieczności szczegółowego udokumentowania stanu klinicznego pacjenta. Ewentualne uchybienie temu obowiązkowi nie mogło stanowić podstawy do uznania zasadności roszczenia dochodzonego pozvem. Istota roszczenia powoda obligowała powoda do wykazania zaistnienia takich okoliczności, które miały miejsce w przypadku wykonania danego świadczenia medycznego, a nie znalazły odzwierciedlenia w dokumentacji medycznej. Powód tymczasem okoliczności takich nie wykazywał ograniczając się do wskazania braków, które zarzucił wszystkim dokumentacjom medycznym zakwestionowanym przez NFZ.

Sąd Okręgowy nadto zauważył, że dokumentacje medyczne dotyczące świadczeń medycznych niezakwestionowanych przez NFZ oraz dokumentacje medyczne dotyczące świadczeń zakwestionowanych nie zawierały różnic co do sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej czy też informacji w nich zawartych. W wskazanych analizowanych przypadkach tych zakwestionowanych i niezakwestionowanych przez NFZ, pacjenci byli hospitalizowani (także między innymi w terminie jednego dnia), a dane dotyczące zabiegów i pacjentów ujęte w tych dokumentacjach były tożsame.

Ubocznie Sąd zauważa, że „zwrócona” NFZ refundacja nie stanowi poniesionej przez powoda szkody. W przypadku, gdyby zakwestionowane świadczenia medyczne nie zostały wykonane w warunkach szpitalnych z uwagi na odmowę pozwanego, powód nie otrzymałby refundacji z NFZ. Umowa łącząca te podmioty, co nie było kwestionowane, nie obejmowała świadczeń ambulatoryjnych. Powód jednak świadczenia te wykonał, a koszty ich wykonania zostały poniesione przez powoda, ponieważ ostatecznie nie uiszczone ani przez pacjentów, ani NFZ. Ewentualna szkoda powoda stanowiłaby zatem koszty wykonanych świadczeń, ponieważ zysku wynikającego przy braku refundacji NFZ i tak powód by nie otrzymał. Wysokość tych kosztów nie została wykazana.

Jako podstawę rozstrzygnięcia o kosztach procesu - wskazując, co się na nie składa - Sąd Okręgowy powołał przepisy art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c. oraz § 2 pkt 7 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych.

Od wyroku tego zaskarżając go w całości apelację wniósł powód zarzucając zaskarżonemu wyrokowi naruszenia:

I. przepisu prawa materialnego tj. art. 471 KC poprzez jego niezastosowanie, przejawiające się w nieuwzględnieniu obowiązku naprawienia szkody wynikłej z nienależytego wykonania zobowiązania Pozwanego wobec Powódki polegającego na wadliwym realizowaniu wiążącej Strony umowy z dnia 31 grudnia 2010 roku na świadczenie zdrowotne oraz z dnia 30 kwietnia 2011 roku w zakresie endoskopii.

II. przepisu postępowania, które miało wpływ na treść orzeczenia tj. art. 233 § 1 KPC poprzez:

a) dowolną a nie swobodną ocenę zeznań Prezesa Zarządu Powódki, która spowodowała nieuzasadnione zawężenie przedmiotu rozpoznawanej sprawy, ograniczenie postępowania dowodowego, a w konsekwencji oddalenie powództwa;

b) dowolną a nie swobodną ocenę zeznań Prezesa Zarządu Powódki oraz Pozwanego, która doprowadziła Sąd Okręgowy do niesłusznego, wniosku, iż na oddziale chirurgicznym w 2014 roku nie było dokumentów, które zawierały wskazania w jaki sposób miała być wypełniana dokumentacja medyczna pacjentów oraz warunków umowy Powódki z NFZ;

III. przepisu postępowania, które miało wpływ na treść orzeczenia tj. art. 217 § 3 KPC w zw. z art. 227 KPC poprzez:

a) oddalenie wniosku dowodowego Powódki o przeprowadzenie dowodu z zeznań świadków: T. F., B. W., L. G. (1), B. P., A. P., A. M., A. W., J. K., K. S., M. P. które miały na celu wykazanie wadliwości dokumentacji medycznej sporządzonej przez Pozwanego, niewykazanie podstaw medycznych do przyjęcia pacjentów do leczenia szpitalnego w okresie objętym pozwem, zaistnienia szkody po stronie powodowej, związku przyczynowego pomiędzy działaniami Pozwanego a zaistniałą szkodą, umyślnej winy Pozwanego, możliwości zapoznania się Pozwanego z ogólnymi warunkami umowy Powódki z NFZ oraz wymogami dotyczącymi wypełniania dokumentacji medycznej, wykorzystania przez Powódkę wszelkich możliwości podważenia wyników kontroli NFZ;

b) oddalenie wniosku dowodowego Powódki o przeprowadzenie dowodu z zeznań świadków: B. N. i E. B. na okoliczność zasad i sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej, obowiązku uzasadnienia w tej dokumentacji hospitalizacji pacjentów, procedur przyjmowania pacjentów,

c) oddalenie wniosku dowodowego Powódki o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego sądowego z dziedziny prawidłowości wpisów do dokumentacji medycznej pacjentów na okoliczność oceny prawidłowości prowadzonej dokumentacji medycznej - zwłaszcza pod względem zgodności z przepisami prawa i wymaganiami stawianymi przez NFZ;

IV. przepisu postępowania, które miało wpływ na treść orzeczenia tj. art. 278 § 1 KPC poprzez nie przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego z dziedziny prawidłowości wpisów do dokumentacji medycznej pacjentów na okoliczność oceny prawidłowości wpisów do dokumentacji medycznej pacjentów oraz oceny prawidłowości prowadzonej dokumentacji medycznej - zwłaszcza pod względem zgodności z przepisami prawa i wymaganiami stawianymi przez NFZ, na rozprawie w dniu 29 marca 2017 roku Sąd I instancji wyraźnie przyznał, że nie potrafi przeczytać dokumentacji medycznej, a także nie był w stanie zweryfikować prawidłowości wypełniania dokumentacji medycznej w odniesieniu do wymogów stawianych przez NFZ.

W konsekwencji w piśmie określonym jako apelacja i w piśmie określonym jako uzupełnienie apelacji (wniesionym w terminie przewidzianym dla apelacji) wniósł o

1. zmianę zaskarżonego wyroku w całości poprzez zasądzenie od pozwanego na rzecz Powódki kwoty 271 180,00 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 10 maja 2016 roku, tj. od dnia następnego po dniu upływu terminu do zapłaty wyznaczonego w wezwaniu do zapłaty skierowanym do Pozwanego;

2. zasądzenie od Pozwanego na rzecz Powódki zwrotu kosztów postępowania przed Sądem I instancji, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych;

3. zasądzenie od Pozwanego na rzecz Powódki zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Ewentualnie, w razie nieuwzględnienia wniosku wskazanego w pkt. I z powodu nierozpoznania przez Sąd I instancji istoty sprawy albo gdy wydanie wyroku wymaga przeprowadzenia postępowania dowodowego w całości, wniósł o:

1. uchylenie w całości zaskarżonego wyroku w Sądzie I instancji i skierowanie sprawy do ponownego rozpoznania przez sąd I instancji;
2. zasądzenie od Pozwanego na rzecz Powódki zwrot kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W związku z żądaniem zmiany wyroku Sądu Okręgowego z dnia 29 września 2017 roku, na podstawie art. 382 KPC wniósł ponadto o:

1. przeprowadzenie dowodu z zeznań świadków:
  - a) T. F. adres do doręczeń ul. (...), (...)-(...) P.,
  - b) B. W. adres do doręczeń: ul. (...), (...)-(...) P.,
  - c) L. G. (1) adres do doręczeń: ul. (...), (...)-(...) P.,
  - d) B. P. adres do doręczeń: adres siedziby Powódki,
  - e) A. P. adres do doręczeń: ul. (...), (...)-(...) P.,
  - f) A. M. adres do doręczeń: adres siedziby Powódki,
  - g) A. W. adres doręczeń: adres siedziby Powódki,
  - h) J. K. adres do doręczeń: adres siedziby Powódki,
  - i) K. S. adres do doręczeń: adres siedziby Powódki,
  - j) M. P. adres do doręczeń: adres siedziby Powódki,

na okoliczność wykazania wadliwości dokumentacji medycznej sporządzonej przez Pozwanego, niewykazania podstaw medycznych do przyjęcia pacjentów do leczenia szpitalnego w okresie objętym pozwem, zaistnienia szkody po stronie powodowej, związku przyczynowego pomiędzy działaniami Pozwanego a zaistniałą szkodą, umyślnej winy Pozwanego, możliwości zapoznania się Pozwanego z ogólnymi warunkami umowy Powódki z NFZ oraz wymogami dotyczącymi wypełniania dokumentacji medycznej, wykorzystania przez Powódkę wszelkich możliwości podważenia wyników kontroli NFZ.

2. Przeprowadzenie dowodu z zeznań świadków:
  - a) B. N. adres do doręczeń: ul. (...), (...)-(...) Ś.,
  - b) E. B. adres do doręczeń: ul. (...), (...)-(...) Ś.,

na okoliczność zasad i sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej, obowiązku uzasadnienia w tej dokumentacji hospitalizacji pacjentów, procedur przyjmowania pacjentów,

3. przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego sądowego z dziedziny prawidłowości wpisów do dokumentacji medycznej pacjentów albo w przypadku braku takiego biegłego, biegłego sądowego z dziedziny chirurgii ogólnej na okoliczność oceny prawidłowości prowadzonej dokumentacji medycznej oraz oceny czy opis uzasadnienia wskazanego w zakwestionowanej dokumentacji medycznej uzasadniał przyjęcie pacjentów w trybie stacjonarnego leczenia szpitalnego, a w konsekwencji uzasadniał wypłatę przez NFZ wynagrodzenia Szpitalowi za te świadczenia.

Pozwany wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych.

**Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:**

Apelacja mimo trafności niektórych zarzutów okazała się ostatecznie niezasadna.

Wobec postawienia w apelacji zarówno zarzutów naruszenia prawa materialnego jak i procesowego zauważyć trzeba, że prawidłowość zastosowania lub wykładni prawa materialnego może być właściwie oceniona jedynie na kanwie niewadliwie ustalonej podstawy faktycznej rozstrzygnięcia. Skuteczne, zatem zgłoszenie zarzutu dotyczącego naruszenia prawa materialnego wchodzi zasadniczo w rachubę tylko wtedy, gdy ustalony przez sąd pierwszej instancji stan faktyczny, będący podstawą zaskarżonego wyroku, nie budzi zastrzeżeń. (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 marca 1997 r II CKN 60/97 - OSNC 1997/9/128).

Powyższe rodzi konieczność rozpoznania w pierwszym rzędzie zmierzających do zakwestionowania stanu faktycznego zarzutów naruszenia prawa procesowego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 marca 1997 r. II CKN 18/97 - OSNC 1997/8/112). Należy też mieć na względzie, że nawet stwierdzenie naruszenia prawa procesowego przez sąd I instancji, tylko wtedy ma znaczenie dla rozstrzygnięcia Sądu Apelacyjnego, jeżeli miało ono wpływ na wynik sprawy.

Za niezasadny należy uznać zarzut naruszenia art. 233 k.p.c. poprzez niewłaściwą ocenę zeznań prezesa Zarządu powodowej Spółki. Zeznania te Sąd uznał za wiarygodne, jednak z przyczyn, które wskazał w uzasadnieniu za nieprzydatne dla rozstrzygnięcia. Tę ostatnią ocenę Sąd Apelacyjny podziela. Wystarczy wskazać, że na rozprawie 29 marca 2017 r. zeznał on: „Nie jestem w stanie ocenić, czy w opisach sporządzanych przez pozwanego, a dot. badań endoskopowych są jakieś błędy, braki, czy niedociągnięcia.”

Niezasadny jest także zarzut pominięcia wniosków dowodowych dotyczących przesłuchania świadków celem wykazania, że dokumentacja medyczna sporządzona przez pozwanego była wadliwa, zaistnienia szkody po stronie powodowej, związku przyczynowego pomiędzy działaniami pozwanego a zaistniałą szkodą, umyślnej winy pozwanego, możliwości zapoznania się pozwanego z ogólnymi warunkami umowy powódki z NFZ oraz wymogami dotyczącymi wypełniania dokumentacji medycznej, wykorzystania przez powoda wszelkich możliwości podważenia wyników kontroli NFZ.

Zauważyć należy, że część tych wniosków dotyczy okoliczności wymagającej wiedzy specjalnej, co niewątpliwie nie należy do świadków. Za ustalony – jak niżej - należy uznać fakt, że we wskazanych przez biegłego przypadkach sporządzenie wadliwej dokumentacji ostatecznie spowodowało szkodę w postaci obowiązku zwrócenia za te zabiegi kwot zapłaconych przez NFZ. Powód nie wskazał też faktów mogących świadczyć o tym, że pozwany celowo wyrządził powodowi szkodę. Fakt natomiast, że powód nie wykorzystał wszystkich możliwości rozstrzygnięcia sporu z NFZ jest oczywisty. Nie wysłuchał – jak wynika także z zeznań prezesa powodowej spółki - wyjaśnień pozwanego ani też nie wszedł w spór sądowy z NFZ.

Pomijając już spóźnione powoływanie dowodów z przesłuchania świadków celem wykazania zasad i sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej, obowiązku uzasadnienia w tej dokumentacji hospitalizacji pacjentów, procedur przyjmowania pacjentów stwierdzić należało, że okoliczności te nie miały istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia.

Za uzasadniony natomiast Sąd Apelacyjny uznał zarzut oddalenia dowodu z opinii biegłego celem ustalenia prawidłowości (kompletności) sporządzanej przez pozwanego dokumentacji a ściślej czy opis uzasadnienia wskazany w zakwestionowanej dokumentacji medycznej dawał podstawy do przyjęcia pacjentów w trybie stacjonarnego leczenia szpitalnego

Na wstępie wskazać należy, że podstawowa kwestia wynikająca z pozwu dotyczy prawidłowości dokumentacji sporządzanej przez pozwanego przy tzw. jednodniowych przyjęciach do szpitala. Przyczyną odmowy zapłaty był

stwierdzony przez NFZ brak należytego uzasadnienia hospitalizacji (a nie wykonanie samego zabiegu). Nie dotyczy ona nieuzasadnionego przyjmowania do szpitala.

Doceniając wręcz ogrom pracy wykonanej przez Sąd Okręgowy w zakresie oceny zgromadzonej dokumentacji medycznej wskazać należy, że ocena czy dokumentacja ta została sporządzona prawidłowo należy do wiadomości specjalnych, w tym przypadku z zakresu wiedzy medycznej. W takich wypadkach przepisy procesowe przewidują przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego jako osoby fizycznej (art. 278 § 1 k.p.c.) albo instytutu naukowego lub naukowo badawczego (art. 291 § 1 k.p.c.).

Wbrew też pogładowi Sądu Okręgowego właśnie brak wykazania podstaw medycznych do przyjęcia pacjentów do leczenia szpitalnego stanowił okoliczność podstawową dla rozstrzygnięcia sporu.

Zgodzić się bowiem należało, że zgodnie z art. 58 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 ze zm.) świadczeniobiorca (pacjent) ma prawo do leczenia szpitalnego w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne. O tym, czy w danym przypadku cel leczenia może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne decyduje lekarz. To lekarz posiada odpowiednią wiedzę medyczną do podjęcia decyzji co do przyjęcia pacjenta do szpitala. Nie było sporu, co do tego, że przy wykonywaniu zawartych umów powód godził się i akceptował swobodę pozwanego w zakresie podejmowanych przez niego decyzji medycznych, o czym świadczy zapis w umowie z dnia 31 grudnia 2010 roku, zgodnie z którym pozwany zastrzegł sobie prawo swobodnego decydowania, co do sposobu wykonywania usług zdrowotnych i stosowanych metod terapeutycznych wynikających ze względów medycznych adekwatnych do stanu zdrowia pacjenta.

Sąd Okręgowy ustala też, że nie było powszechnie obowiązujących przepisów określających uzasadnienia dotyczące zasadności leczenia szpitalnego. Tymczasem Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania nakłada na sporządzającego dokumentację medyczną obowiązek wskazania uzasadnienia przyjęcia pacjenta do szpitala.

Biorąc pod uwagę swobodę decyzji lekarza dotyczącą sposobu leczenia pacjenta nie można abstrahować od wskazanych wyżej przepisów nakładających na lekarza nie tylko obowiązek oceny czy leczenie szpitalne jest konieczne, ale także uzasadnienie tego w dokumentacji medycznej. Jak słusznie wskazał Sąd Okręgowy nie sposób określić zamkniętego katalogu uwag lekarza zawartych w dokumentacji medycznej, który przesądzałby o tym, że stanowi uzasadnienie do hospitalizacji pacjenta. Z tych względów wymagania, by taki katalog stworzył prawodawca jest nierealne.

Ostatecznie stwierdzić trzeba, że podejmując decyzję o hospitalizacji lekarz winien mieć na względzie wskazane wyżej przepisy. Z uwagi na ich treść bez znaczenia jest okoliczność czy pozwany znał postanowienia umowy powoda z NFZ.

Wobec powyższego Sąd Apelacyjny uzupełniając postępowanie dowodowe przeprowadził dowód z opinii biegłego sądowego z dziedziny chirurgii ogólnej M. R. celem ustalenia czy opis uzasadnienia wskazany w zakwestionowanej dokumentacji medycznej dawał podstawy do przyjęcia pacjentów w trybie stacjonarnego leczenia szpitalnego.

Podkreślić ponownie należy, że teza dowodowe nie obejmowała zasadności samych badań. Obie strony twierdziły, że badania były zasadne, co zresztą stanowiło podstawę roszczeń odszkodowawczych powoda. Zauważyć też można, że wydanie takiej opinii musiałoby być poprzedzone zbadaniem nie tylko dokumentacji, ale także – przynajmniej w dużej części przypadków- pacjentów.

Biegły w swojej opinii i ustnych wyjaśnieniach na rozprawie dnia 9 kwietnia 2019 r. wskazał, że poddane analizie historie chorób wypełnione są z należytą starannością i zawierają merytoryczne treści niezbędne i przydatne podczas procesu diagnostyczno-leczniczego. Jednak – według tej dokumentacji - nie wszystkie przypadki wymagały leczenia szpitalnego natomiast kwalifikowały się do leczenia i diagnostyki ambulatoryjnej.



Stwierdził, że po zapoznaniu się z wszystkimi zakwestionowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia tylko w 34 przypadkach w dokumentacji brak jest uzasadnienia wskazującego, że badanie powinno być wykonane w warunkach szpitalnych tj. nie mogło być wykonane w warunkach ambulatoryjnych. Opisał także procedury dotyczące dokumentowania zabiegów i badań oraz obiegu tych dokumentów.

Pismem z dnia 8 lutego 2019 r. pozwany wystąpił z wnioskiem o pisemne uzupełnienie opinii (k. 735). Nie wskazał jednak, w jakim zakresie uzupełnienie ma nastąpić. Wobec jego treści podkreślić należy, że biegły nie miał ustalać zasadności leczenia. Fakt natomiast, że miał on kwalifikacje do wydania opinii o wskazanej wyżej wyniku z jego wykształcenia. Pozwany nie przedstawił zarzutów, co do jego kwalifikacji i nie wskazał na błędy w jego opinii.

Opinia biegłego podlega, jak inne dowody, ocenie według art. 233 § 1 k.p.c., lecz co odróżnia ją pod tym względem, to szczególnie dla tego dowodu kryteria oceny, które stanowią: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej (postanowienie SN z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 2001, nr 4, poz. 64). Specyfika oceny tego dowodu wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez sąd, który nie posiada wiadomości specjalnych, w istocie tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia i wiedzy powszechnej. W ocenie Sądu Apelacyjnego opinia biegłego jest logiczna i spójna. We wskazanych wypadkach biegły szczegółowo wyjaśnił, dlaczego dokumentacja nie daje podstaw do przyjęcia, że konieczne było wykonanie badań w warunkach szpitalnych.

Mając powyższe na względzie Sąd Apelacyjny przyjął za własne ustalenia Sądu Okręgowego dotyczące przebiegu pracy pozwanego u powoda a w szczególności zakresu jego obowiązków i zasad ich realizacji. Za własne przyjmuje także ustalenia dotyczące przebiegu kontroli NFZ i działań zarówno NFZ jak i powoda po ustaleniu wyników kontroli.

Nie podzielił natomiast oceny dokumentacji lekarskiej poczynionej przez Sąd Okręgowy w tym zakresie i przyjął wskazane wyżej ustalenia opinii biegłego..

Przechodząc do oceny zarzutu naruszenia prawa materialnego stwierdzić należy, że co do zasady zarzut naruszenia art. 471 k.c. w związku z treścią łączącej strony umowy znajduje podstawy.

Wskazać jednak trzeba, że ustalono wadliwość 34 historii choroby przy 602 świadczeniach medycznych udzielonych w kontrolowanym okresie. Przyjąć można, że w przypadku diagnozy medycznej zdarzyć się mogą i - jak wskazuje potoczna wiedza - zdarzają się błędy. Jest więcej niż oczywiste, że błędy wynikające z nieuzasadnionego badania powodują tylko koszty finansowe podczas gdy błędny brak badania grozi uszczerbkiem na zdrowiu pacjenta. Nie można jednak tylko z tych względów usprawiedliwiać działań pozwanego. Przed skutkami finansowymi takich błędów lekarz może zabezpieczyć się zawierając umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Zauważyć jednak należy, że pozwany miał działać w sposób zgodny z praktyką i trybem działania przyjętym u powoda. Zgodnie z tym trybem sporządzaną przez niego dokumentację zawsze akceptowali ordynator względnie naczelny lekarz szpitala. Jak ustala Sąd Okręgowy sporządzana przez pozwanego dokumentacja medyczna nie była nigdy kwestionowana pod względem merytorycznym albo by do pozwanego kierowano jakiegokolwiek uwagi w tym przedmiocie.

W tej sytuacji obciążenie wyłącznie pozwanego skutkami ustalonych błędów byłoby w ocenie Sądu Apelacyjnego nadużyciem ze strony powodowej przysługującego mu prawa podmiotowego.

Wobec powyższego Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. orzekł jak w punkcie 1 wyroku orzekając o kosztach postępowania zgodnie z treścią przepisu art. 84 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (j.t. Dz. U. z 2016 r. poz.623) oraz art. 98 § 1 i 3 k.p.c. zw. z art. 99 k.p.c. oraz § 2 pkt 7 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. poz. 1804 ze zm.)

Na koszty stron składają się w przypadku powoda kwota 13 559 zł stanowiąca opłatę stosunkową od apelacji. 8 100 zł tytułem zastępstwa procesowego, 7419,39 zł tytułem kosztów opinii biegłego a w przypadku pozwanego 8 100 zł tytułem zastępstwa procesowego.

Zawarte w punkcie 3 sentencji postanowienie o zwrocie dotyczy wysokości niewykorzystanej zaliczki na opinię biegłego.

Jan Futro Krzysztof Józefowicz Elżbieta Fijałkowska