

Sygn. akt II Ca 124/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 1 lipca 2015 roku

Sąd Okręgowy w Szczecinie II Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Iwona Siuta
Sędziowie:	SO Violetta Osińska SO Zbigniew Ciechanowicz (spr.)
Protokolant:	sekr. sąd. Ziemowit Augustyniak

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 1 lipca 2015 roku w S.

sprawy z powództwa **Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy – (...) Centrum (...) w S.**

przeciwko **Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W.**

o zapłatę

na skutek apelacji powoda od wyroku Sądu Rejonowego Szczecin – P.
i Zachód w S. z dnia 25 września 2014 roku, sygn. akt I C 441/12

1. **oddala apelację;**

2. **zasądza od powoda Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy – (...) Centrum (...) w S. na rzecz pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia w W. kwotę 1 200 (jeden tysiąc dwieście) złotych tytułem kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.**

Uzasadnienie wyroku z dnia 1 lipca 2015 r.:

Wyrokiem z dnia 25 września 2014 r. Sąd Rejonowy Szczecin- Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie (sygn. akt I C 441/12):

I. oddalił powództwo Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy - (...) Centrum (...) w S. przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. o zapłatę kwoty 10.001 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi w stosunku rocznym od dnia wniesienia pozwu

II. zasądził od powoda na rzecz pozwanego kwotę 2.417 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania;

III. nakazał zwrócić od Skarbu Państwa Sądu Rejonowego Szczecin-Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie na rzecz powoda Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy- (...) Centrum (...) w S. kwotę 603,75 zł tytułem niewykorzystanej zaliczki na wydatki.

Sąd Rejonowy wydał rozstrzygnięcie w oparciu o następujące ustalenia:

Po przeprowadzeniu postępowania konkursowego – pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia- (...) Oddziałem Wojewódzkim w S. a Wojewódzkim Ośrodkiem Medycyny Pracy - (...) Centrum (...) w S. zawarta została w dniu 23.01.2007 roku umowa nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej- ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne). Umowa ta została zmieniona następnie poszczególnymi aneksami. Przedmiot umowy opisany został w § 1 umowy. W punkcie pierwszym wskazano, że jest nim udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne), zwanych dalej „świadczeniami”, w zakresach określonych w załączniku nr 1 do umowy.” Zgodnie natomiast z punktem drugim umowy: Świadczeniodawca zobowiązany był wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, ustalanych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), zwanych dalej „warunkami zawierania umów” oraz Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku (Dz. U. nr 81, poz. 484), zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”.

Zgodnie z treścią załącznika nr 1 określono następujące zakresy świadczeń **(k. 35)**:

- a) pozycja 1 – kod zakresu – 02.0000.078.02 – nazwa zakresu – BADANIA ENDOSKOPOWE (...),
- b) pozycja 2 – kod zakresu – 02.0000.075.02 – nazwa zakresu – BADANIA ULTRASONOGRAFICZNE-D. (...),
- c) pozycja 3 – kod zakresu – 02.0000.072.02 – nazwa zakresu – BADANIA ELEKTROKARDIOGRAFICZNE

W § 2 strony dokonały następujących m.in. ustaleń w przedmiocie organizacji udzielania świadczeń: **(k. 32v)**.

„1. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione w załączniku nr 2 do umowy – „Harmonogram – zasoby”.

2. Świadczenia w poszczególnych zakresach są udzielane zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w załączniku nr 2 do umowy – „Harmonogram – zasoby”.

3. Dane o potencjale wykonawczym Świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, będące w jego dyspozycji, określone są w załączniku nr 2 – „Harmonogram – zasoby”.

4. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym załącznik nr 3 do umowy.

5. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach odrębnych i warunkach zawierania umów.

6. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

7. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą a podwykonawcą musi zawierać zastrzeżenie o prawie Oddziału Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004

roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, w zakresie wynikającym z umowy. Oddział Funduszu informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.”

W § 4, 5 i 6 umowy zawierały ustalenia dotyczące warunków finansowania świadczeń. Zgodnie § 4 ust. 1 i 2 kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 1 stycznia 2009 roku do 30 czerwca 2009 roku wynosi maksymalnie 221.703,80 zł, zaś liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową strony określiły w „Planie rzeczowo-finansowym”, stanowiącym załącznik nr 1 do umowy. Nadto w § 5 ust. 2 ustawy wskazano: „W celu ustalenia kwoty należności za okres sprawozdawczy za świadczenia, o których mowa w ust. 1, Oddział Funduszu przeprowadza weryfikację świadczeń wykazanych w raporcie statystycznym w oparciu o dane uzyskane zgodnie z art. 131a ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”

Nadto w § 8 umowy ustalono okres obowiązywania umowy na: okres od 1 stycznia 2007 roku do 31 grudnia 2009 roku.

W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się przepisy Ogólnych warunków umów (§ 9 umowy).

W załączniku nr 2 „Harmonogram – zasoby” w rubryce personel wskazano m. in.:

a) pod pozycją 877 A. B. – lekarz-choroby wewnętrzne, nr prawa wykonywania zawodu (...), kompetencje: umiejętność z zakresu echokardiografii,

b) pod pozycją 3525 A. M. – lekarz-choroby wewnętrzne, nr prawa wykonywania zawodu (...), **(k. 36)**.

Wskazani w załączniku nr 2 lekarze chorób wewnętrznych A. B. i A. M. to osoby posiadające otwartą specjalizację z zakresu kardiologii.

Lek. med. A. B. dnia 29 stycznia 2007 roku zawarła z Wojewódzkim Ośrodkiem Medycyny Pracy - (...) w S. – na czas określony od dnia 1 lutego 2007 roku do 31 stycznia 2017 roku – umowę przedmiotem, której było udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne. Lek. med. A. M. dnia 2 stycznia 2008 roku zawarła z Wojewódzkim Ośrodkiem Medycyny Pracy - (...) w S. – na czas określony od dnia 1 stycznia 2008 roku do 31 grudnia 2012 roku – umowę przedmiotem, której było udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne.

Formularz ofertowy złożony przez Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy - (...) Centrum (...) w S. do Narodowego Funduszu Zdrowia- (...) Oddziałem Wojewódzkim w S. przed podpisaniem umowy z dnia 22 grudnia 2008 roku odnośnie kwalifikacji personelu zawierał jedynie dane personelu, w tym m. in. imiona i nazwiska oraz wskazanie posiadanych przez nich specjalizacji nie były jednak do niego dołączane dokumenty potwierdzające posiadanie tych specjalizacji (certyfikaty, zaświadczenia itp.).

Aneksem nr (...) z dnia 13 lutego 2009 roku nadano § 4 ust umowy nr (...) nowe brzmienie następującej treści: „Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 1 stycznia 2008 roku do dnia 31 grudnia 2008 roku wynosi maksymalnie 378.930,90 zł (słownie: [...]).” Nadto nadano nowe brzmienie załącznikowi nr 1 do umowy.

Na mocy podpisanego przez strony dnia 2 kwietnia 2009 roku z dniem 1 stycznia 2009 roku – z uwagi na wejście w życie ustawy z dnia 21 listopada 2008 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2008, Nr 225, poz. 1486) – uchylono § 5 umowy nr (...), z mocą obowiązującą od dnia 01.01.2009 roku.

Aneksem nr (...) z dnia 1 lipca 2009 roku nadano § 4 ust umowy nr (...) nowe brzmienie następującej treści: „§ 4 ust. 1 Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 1 stycznia 2009 roku do dnia 30 czerwca 2009 r. wynosi maksymalnie 221.703,80 zł (słownie: [...]). § 4 ust. 1a Kwota

zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 1 lipca 2009 roku do dnia 31 grudnia 2009 r. wynosi maksymalnie 221.703,80 zł (słownie: [...]).” Nadto nadano nowe brzmienie załącznikowi nr 1 do umowy.

Aneks nr (...) strony dokonały zmiany w zakresie treści załącznika nr 2 do umowy, wskazując przy tym, że zmiany te mają moc obowiązującą od 1 lipca 2009 roku, zaś aneksem nr (...) strony dokonały zmiany w zakresie treści załącznika nr 2 z mocą obowiązującą od 1 listopada 2009 roku. Po dokonaniu zmian aneksem nr (...) w załączniku nr 2 „Harmonogram – zasoby” w rubryce personel w dalszym ciągu figurowały A. B. lekarz-chorób wewnętrznych z umiejętnościami z zakresu echokardiografii i stażem pracy w zawodzie co najmniej 3 lata, oraz A. M. lekarz-chorób wewnętrznych z umiejętnościami z zakresu echokardiografii **(k. 45-47)**.

W dniach od 12 do 23 lutego 2010 roku zespół pracowników D. Kontroli (...) Umów na Świadczenie (...) Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadził u powoda kontrolę, której przedmiotem była realizacja zapisów umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne w zakresie realizacji świadczeń medycznych w Pracowni Diagnostycznej USG z katalogu ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych o kodzie 5.03.00. (...) „USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu” w 2009 roku. Z przeprowadzonej kontroli sporządzony został protokół kontroli, w którym wskazano, że jej przedmiotem w szczególności była kontrola kwalifikacji personelu lekarskiego realizującego świadczenia z zakresu diagnostyki USG, wyposażenia pracowni w sprzęt i aparaturę medyczną oraz zasadność wykazywania do rozliczeń w (...) Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia badań „USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu”.

W protokole wskazano, iż powód w 2009 roku wykazał wykonanie 2.498 USG D. duplex na kwotę 251.049,00 zł, w tym:

- 888 badań wykonanych przez specjalistów radiologii i diagnostyki obrazowej
- 1.602 badań wykonanych przez specjalistów w zakresie chorób wewnętrznych: A. M. i A. B.. Nadto kontrolujący po analizie dokumentacji 489 pacjentów i kontroli 500 zrealizowanych na rzecz tych pacjentów świadczeń stwierdzili, że:
 - w 8 przypadkach wykonanie badania USG D. duplex udokumentowano opisem i wydrukiem wyniku badania z pracowni Ultrasonografii, który jednoznacznie wskazywał na wykonanie świadczenia o kodzie 5.03.00. (...), na podstawie skierowania do pracowni USG, w których jednoznacznie wskazano okolicę badania. Stwierdzono, że w 492 brak udokumentowania zgodnie z obowiązującymi standardami wykazanego i rozliczonego świadczenia o kodzie 5.03.00. (...) USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu, w dokumentacji pod datą wykazanego świadczenia wpisano wykonanie badania echokardiograficznego serca z dopplerem wykonane przez specjalistów chorób wewnętrznych. W załączniku do protokołu kontroli wyszczególniono wszystkie z 492 zakwestionowanych badań USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu (w tym pesel świadczeniobiorecy, jedn. chor., kod pierwszej usl. data badania, opłata funduszu, skierowanie, lek. zlec nr prawa wyk. zaw.), w załączniku tym wskazano, że opłata funduszu do każdego z zakwestionowanych badań to kwota 100,50 zł.

Dnia 19 grudnia 2007 roku Przewodniczący Sekcji Echokardiografii (...) sporządził opinię, w której odniósł się do sformułowania dotyczącego punktu 02.0000.075.02 katalogu świadczeń ambulatoryjnych NFZ na rok 2008: „USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu” W treści opinii wskazał, że metoda ta stosowana jest do oceny układu sercowo-naczyniowego i wykorzystuje się ją m. in. do badania samego serca (badanie echokardiograficzne) oraz, że mieści się ona w zakresie procedury 02.000.075.02.

Pismem z dnia 3 marca 2010 roku Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy – (...) Centrum (...) w S. odniósł się do protokołu kontroli wskazując, że zgodnie z załącznikiem 1b do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr (...) z dnia 14 października 2008 roku w ramach zakresu świadczeń oznaczonych kodem Z02.0000.075.02 badania ultrasonograficzne D. duplex wykonywane jest świadczenie oznaczone kodem 5.03.00. (...) z kolorowym obrazowaniem przepływu. Powołując się na treść informacji uzyskanej pismem z dnia 19 grudnia 2007 roku

Sekcji Echokardiografii (...) Towarzystwa (...) w Ł. wskazał, że badanie echokardiograficzne (ultrasonografia serca) wykorzystująca technikę badania doplerowskiego duplex doppler o obejmująca ocenę przepływu w wielkich naczyniach poprzez ujścia zastawkowe w sercu mieści się w zakresie procedury 02.0000.075.02. Ponadto nie zgodził się z zastrzeżeniami zespołu kontrolującego, iż wykonywanie badań USG z użyciem doplera odbywało się z udziałem lekarzy nie posiadających uprawnień do ich przeprowadzenia, podnosząc równocześnie, że osoby te mają otwartą specjalizację z zakresu kardiologii, w ramach której są zobligowane do podnoszenia wiedzy i umiejętności z zakresu wykonywania badań Echo serca.

W odpowiedzi NFZ pismem z dnia 9 marca 2010 roku wskazał, że złożenie pisemnych umotywowanych zastrzeżeń, co do ustaleń zawartych w protokole kontroli może nastąpić wyłącznie przed podpisaniem przez świadczeniodawcę protokołu kontroli. W dalszej kolejności wskazano, że protokół ten podpisano 24 lutego 2010 roku. Powołując się na powyższe dokonano odmowy rozpatrzenia pisma z 3 marca 2010 roku.

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy – (...) Centrum (...) w S. w piśmie z dnia 11 marca 2010 roku – powołując się na treść art. 64 ust. 6a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – zakwestionował zasadność stanowiska NFZ o niemożności zgłoszenia przez świadczeniodawcę uwag do protokołu kontroli.

W odpowiedzi w piśmie z dnia 18 marca 2010 roku NFZ podtrzymał swoje stanowisko w sprawie. Pismem z dnia 22 marca 2010 roku NFZ wystosował do powoda wystąpienie pokontrolne, w którym m. in. zobowiązał powoda do sporządzenia korekt raportów statystycznych i rachunków za rok 2009 w terminie do 30 kwietnia 2010 roku oraz zwrotu nienależnie wypłaconych w kontrolowanym okresie z tytułu nadpłaty za rozliczone badania echokardiografii jako badania (...) w wysokości 49.466, zł wyznaczając 14-dniowy termin na jej uiszczenie, informując nadto, że Dyrektor (...) Oddziału Wojewódzkiego (...) w S. posiada uprawnienia do nałożenia na powoda kary umownej.

W dalszej korespondencji strony podtrzymały swoje dotychczasowe stanowisko co do możliwości, czy też niemożności zakwalifikowania badań echokardiologicznego w procedurze oznaczonej kodem 5.03.00. (...) oraz co do dokonujących powyższe badania kwalifikacji lekarzy.

(...) w lipcu 2010 roku stosownie do § 29 ust. 1, 2, 4, i 5 oraz § 30 ust. 1 pkt 2 lit. c umowy nr (...) dokonał obciążenia powoda karą umowną w wysokości 0,2% kwoty zobowiązania określonej w umowie, tj. kwotą 205,90 zł.

Powód zgodnie z zaleceniami pokontrolnymi 13 maja 2010 roku wystawił korekty do szczegółowo opisanych w tej części uzasadnienia faktur VAT.

Po dokonaniu powyższych korekt powód w dniach 21 maja i 25 maja 2010 roku dokonał przekazania na rzecz pozwanego następujących kwot: 7.825,80 zł, 5.594,68 zł i 185.471,82 zł.

Pismem z dnia 15 lipca 2010 roku pełnomocnik powoda wezwał Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego (...) w S. do zapłaty w nieprzekraczalnym 3-dniowym terminie kwoty 160.498,50 zł wskazując, że suma ta wynika z nieprawidłowego zakwestionowania przez (...) rozliczanych przez powoda w ramach badań kosztochłonnych badań echo serca w 2009 roku.

Zarządzenie z dnia 14 października 2008 roku Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr (...) – wydane na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – określa warunki zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna. § 24 powyższego zarządzenia stanowi, że wchodzi ono w życie z dniem podpisania i ma zastosowanie do kontraktowania świadczeń na 2009 roku i lata następne **(k. 116)**.

W § 2 przedmiotowego zarządzenia zawarto wyjaśnienia użytych w nim określeń, w tym zwrotów:

- a) ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne (...) wskazując, że są to badania diagnostyczne wymienione w załączniku nr 1b do zarządzenia, wykonywane w odpowiednich pracowniach, laboratoriach, zakładach diagnostycznych, poradniach, będące przedmiotem odrębnego kontraktowania przez NFZ;
- b) lekarz danej specjalności – lekarz, który posiada specjalizację I^o w określonej dziedzinie medycyny;
- c) lekarz specjalista w danej dziedzinie medycyny – lekarz, który posiada specjalizację II^o lub tytuł specjalisty w określonej podstawowej lub szczegółowej dziedzinie medycyny;
- d) lekarz w trakcie specjalizacji – lekarz w trakcie odbywania specjalizacji zgodnie z programem specjalizacji, co najmniej 2 lata od jej otwarcia (jeżeli wymogi załącznika 3a nie stanowią inaczej);
- e) porada zabiegowo-diagnostyczna wskazując, że jest to świadczenie obejmujące badanie podmiotowe i przedmiotowe przeprowadzone przez lekarza posiadającego kwalifikacje określone w załączniku nr 3a do zarządzenia, wraz ze świadczeniem określonym w Katalogu porad zabiegowo-diagnostycznych z wykonaniem – w przypadku wskazań medycznych – innych świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych;
- f) porada specjalistyczna – porada niespełniająca kryteriów porad innych typów, obejmująca badania podmiotowe i przedmiotowe wykonywane przez lekarza posiadającego kwalifikacje określone w załączniku nr 3a do zarządzenia (...) oraz inne świadczenia opieki zdrowotnej, których wykonanie realizujący poradę uznał za niezbędne w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.(...).

W załączniku 1b do przedmiotowego zarządzenia wskazano, że pod kodem zakresu świadczeń 02.0000.075.02 jako jedyne ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne wskazano badania ultrasonograficzne D.-duplex (kod świadczenia 5.03.00. (...)) USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu (k. 118). W uwagach przy tym świadczeniu wskazano, że wykonywane jest ono w pracowni ultrasonografii min 2 typu, a wynik badania D. duplex obejmuje opis badania w prezentacji B oraz analizę widma przepływu krwi z pomiarem prędkości przepływu. W załączniku nr 3b opisano wymagania wobec pracowni ultrasonografii 2 typu opisując szczegółowo wymagania wobec sprzętu oraz zakres przeprowadzanych w niej badań: badania USG w pełnym zakresie wraz z badaniami dopplerowskimi (poza badaniami echokardiograficznymi i endosonograficznymi) **(k. 122)**. Nadto wskazano, że wykonujący badanie USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu musi posiadać odpowiednie kwalifikacje: specjalizacja z radiologii i diagnostyki obrazowej lub ukończona specjalizacja obejmująca uprawnienia ultrasonograficzne w określonym w programie specjalizacji zakresie.

Wymaganie wobec pracowni ultrasonografii w zakresie Echokardiografii określono odrębnie wskazując, iż obejmuje ono jako zakres badań „badanie serca z dopplerowską oceną przepływów”. (k. 122).

Przed wejściem w życie zarządzenia z dnia 14 października 2008 roku Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr (...) obowiązującym w zakresie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna było zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 września 2007 roku nr (...).

W załączniku 1b do przedmiotowego zarządzenia wskazano, że pod kodem zakresu świadczeń 02.0000.075.02 jako jedyne ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne wskazano badania ultrasonograficzne D.-duplex (kod 5.03.00. (...)) USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu. W uwagach przy tym świadczeniu wskazano, że wykonywane jest ono w pracowni ultrasonografii min 2 typu. **(k. 129)**. W załączniku nr 3b opisano wymagania wobec pracowni ultrasonografii 2 typu opisując szczegółowo wymagania wobec sprzętu oraz zakres przeprowadzanych w niej badań: badania USG w pełnym zakresie, badania USG naczyń (D. kolorowy). Nadto wskazano, że wykonujący badanie USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu musi posiadać odpowiednie kwalifikacje, w tym jako minimalne warunki wskazano: specjalizacja z radiologii i diagnostyki obrazowej lub ukończenie specjalizacji obejmującej uprawnienia ultrasonograficzne lub certyfikat (...). (...) potwierdzający umiejętność wykonywania badań ultrasonograficznych w danej specjalności **(k. 128 – 129)**.

Zastępca Prezesa ds. Medycznych Narodowego Funduszu Zdrowia pismem z dnia 4 lutego 2008 roku skierowanym do dyrektorów oddziałów wojewódzkich (...) – w związku ze zgłaszanymi do centrali NFZ wątpliwościami dotyczącymi realizacji i rozliczania procedury USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu z katalogu zakresów ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (...) stanowiącym zał. nr 1b do zarządzenia nr (...) Prezesa NFZ z 20 września 2007 roku wskazał, że wynik badania USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu (kod 5.03.00. (...)) finansowanego odrębnie przez NFZ zawierać powinien następujące elementy: opis badania w prezentacji B oraz analizę zapisu spektralnego przepływu krwi z pomiarem prędkości przepływu.

Dnia 4 marca 2009 roku na stronie internetowej NFZ umieszczono komunikat, w którym wskazano, że w ramach zakresu dedykowanego dla badania ultrasonograficznego – D. duplex nie można wykonywać i rozliczać badania echokardiograficznego. Wskazano, że zgodnie z załącznikiem nr 3a do zarządzenia nr (...) Prezesa NFZ z 14 października 2008 r. badanie echokardiograficzne powinno być wykonywane (jeżeli zadecyduje o tym lekarz) i rozliczane w ramach porady w Poradni Kardiologicznej. Nadto podniesiono, że badanie ultrasonograficzne – D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu (Ambulatoryjne Świadczenie Diagnostyczne Kosztochłonne) powinno być wykonywane w pracowni ultrasonografii min 2 typu zgodnie z załącznikiem 1b i 3b do zarządzenia nr (...), a jego wynik powinien obejmować opis badania w prezentacji B oraz analizę widma przepływu krwi z pomiarem prędkości przepływu. Jednocześnie poinformowano, że na skierowaniu na przedmiotowe badanie powinna znaleźć się czytelna ordynacja, z której wynika cel badania – badanie ultrasonograficzne – m D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu.

Dnia 30 listopada 2009 roku na stronie internetowej NFZ umieszczono komunikat, w którym wskazano, że zgodnie z zarządzeniem nr (...) Prezesa NFZ z 11 listopada 2009 roku świadczenie „badanie ultrasonograficzne doppler- duplex” może być również realizowane przez lekarza posiadającego zaświadczenie o ukończeniu kursu potwierdzającego umiejętność wykonywania badań ultrasonograficznych dopplerowskich, zatwierdzonego przez konsultanta krajowego w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej i zakończonego otrzymaniem certyfikatu.

W 2010 roku Prezes NFZ zarządził kontrolę prawidłowości rozliczania badań echokardiograficznych w zakresie umów o udzielanie świadczeń w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne u dziewięciu świadczeniodawców. Nieprawidłowości w tym zakresie stwierdzone zostały u sześciu świadczeniodawców, bowiem w nieprawidłowy kwalifikowali oni i rozliczali badania badania echokardiograficzne jako badania z katalogu (...). Świadczeniodawcy ci zostali zobowiązani do zwrotu środków uzyskanych w wyniku błędnych kwalifikacji badań. Poza powodem żaden inny z tych świadczeniodawców nie domaga się od NFZ zapłaty za zakwestionowane badania.

Badanie echokardiograficzne z medycznego punktu widzenia zawiera w sobie „USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu”.

W tych okolicznościach faktycznych sąd uznał powództwo za niezasadne.

Sąd zważył, że tryb zawierania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i treść takiej umowy są ściśle określone w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) oraz w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

Na mocy art. 146 ust. 1 ustawy o udzielanie świadczeń, Prezes Funduszu określa: przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; kryteria oceny ofert; warunki wymagane od świadczeniodawców. Zgodnie z art. 155 ust. 1 ustawy o udzielanie świadczeń, do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. Zatem przepis art. 155 u.ś.o.z. nie określa wprost ani wysokości, ani metody ustalania wynagrodzenia z tytułu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Jednakże w przepisie tym stanowi się, że do umów o udzielanie świadczeń opieki

zdrowotnej stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. O wynagrodzeniu stanowią art. 132 ust. 1 i art. 136 pkt 4 i 5 tej ustawy. Na mocy art. 132 ust. 1 i 2 ustawy o udzielanie świadczeń: „Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu, z zastrzeżeniem art. 159. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w niniejszym dziale.”. W konsekwencji w zakresie obowiązku zapłaty wynagrodzenia, na podstawie art. 155 ustawy o udzielanie świadczeń należy stosować przepisy kodeksu cywilnego o wykonaniu zobowiązań. Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 17.12.2010 roku, III CSK 93/10, „Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest umową nazwaną, pozakodeksową. Przepisy kodeksu cywilnego, do których odsyła art. 155 ust. 1 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stosuje się, jeżeli przepisy tej ustawy nie stanowią inaczej, przy czym odesłanie to należy rozumieć jako odesłanie do ogólnych przepisów k.c., skoro w ustawie i w przepisach wykonawczych wiążąco określono cechy tej umowy tworząc normatywny typ umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.”.

Dalej wskazał, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 maja 2008 r. określając ogólne warunki umowy stanowi wzorzec i może w związku z tym podlegać kontroli zbliżonej do kontroli wzorców umownych, jest jednak aktem normatywnym, a więc należy do systemu źródeł prawa jako akt wykonawczy, stąd kształtuje treść umowy w takim samym stopniu jak ustawa. § 15 ust. 1 rozporządzenia wyraźnie stanowi, że ceny poszczególnych świadczeń lub ceny odpowiadających im jednostek rozliczeniowych uzgadniają strony w trybie określonym przepisami art. 142, 143 i 159 ustawy o świadczeniach, a punktem wyjścia uzgodnień, o których mowa w ust. 1, jest cena określona w ofercie złożonej przez podmiot ubiegający się o zawarcie umowy. Przepis ustanawia nadto kompetencję Prezesa Funduszu do określania jednostek rozliczeniowych dla poszczególnych świadczeń i ich wyceny. Przewidziany zatem powołanym przepisem sposób ustalania treści umowy w zakresie jej istotnych elementów, wyłącza w tym zakresie kompetencję sądu. Ponadto na mocy par. 39 rozporządzenia, zmiana postanowień umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności. Dalej na podstawie § 40 rozporządzenia: „1. Oświadczenia Funduszu wymagające doręczenia świadczeniodawcy na piśmie są skuteczne, jeżeli zostaną dokonane listem poleconym na adres siedziby świadczeniodawcy lub wskazany przez niego adres do doręczeń. 2. Oświadczenia, o których mowa w ust. 1, mogą być doręczone w inny zwyczajowo przyjęty sposób, z zastrzeżeniem że fakt oraz data doręczenia zostaną potwierdzone podpisem odbiorcy.”.

Zdaniem sądu powyższym aktem prawnym można przypisać walor źródeł prawa w rozumieniu art. 87 ust. 1 Konstytucji RP. Za kwalifikacją rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jako aktu wykonawczego należącego do systemu źródeł prawa, nie podlegającego zasadom kontroli wzorców umownych, opowiedział się Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 17 grudnia 2010 r., III CSK 93/10, nie publ. Przepisy zawarte we wskazanych aktach normatywnych, mające charakter bezwzględnie obowiązujący (*ius cogens*), ukształtowały *ex lege* treść stosunku prawnego łączącego strony (art. 353¹ k.c.).

Powyższe doprowadziło sąd do przekonania, że delegację ustawową do wydania przez Prezesa NFZ zarządzeń, w których określa zasady obowiązujące przy wykonywaniu świadczeń jest art. 146 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku.

W zakresie charakteru prawnego zarządzeń Prezesa NFZ wypowiedział się Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 30 marca 2012 roku, III CSK 217/11, w uzasadnieniu wskazując: „Odmienne (niż przepisy ustawy i rozporządzenia Ministra Zdrowia) ocenić należy charakter prawny zarządzenia nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa, i zmieniającego je zarządzenia nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 października 2007 r. Mimo użycia w tytule zwrotu "warunków zawierania i realizacji umów" i posługiwania się paragrafami jako jednostkami redakcyjnymi tekstu zarówno podstawa ich wydania (art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 u.s.o.z), jak i treść (w tym § 1) wskazuje, że materia zarządzeń jest uregulowanie postępowania w sprawie zawarcia i realizacji umów oraz warunków wymaganych od świadczeniodawców, stworzenie jednolitego wzoru umowy o

udzielanie świadczeń, odstępowania od którego wymagały pisemnej zgody Prezesa Funduszu (§ 4 ust. 5), ponadto sprecyzowanie zakresu świadczeń ciążących na stronach w wypadku zawarcia umowy. Nie ulega zatem wątpliwości że, o ile cytowane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. jest aktem prawnym, w nauce prawa czasami określanym - z uwagi na przedmiot regulacji - jako wzorzec normatywny wydany na podstawie delegacji ustawowej, o tyle zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wydawane jedynie w oparciu o przepis kompetencyjny, zawierają postanowienia, które muszą być wprowadzone przez strony wprost lub pośrednio (przez odwołanie do nich) do umowy. Postanowienia takie, mieszcząc się w zasadzie swobody umów, stanowią sposób ukształtowania ich treści. Jeżeli nie zostały przeniesione wprost i w całości, tylko przez wskazanie, należy je traktować jako wzorzec kwalifikowany wyznaczający treść stosunku prawnego, oddziaływujący na treść, ale zewnętrzny wobec umowy (*lex contractus*). Konsekwentnie zmiana wzorca dokonywana zarządzeniem Prezesa NFZ, dla związania stron kontraktu, wymagała przyjęcia go przez adherenta. W umowie stron, wskazano, że świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa, zmienionym zarządzeniem nr (...)/D.JZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 października 2007 r., zwanych dalej "warunkami zawierania umów". Oznacza to że postanowienia wskazanego zarządzenia zostały przyjęte przez strony, obok umowy jako wzorzec kwalifikowany, i wiążą jako *lex contractus*."

Ponadto sąd zwrócił uwagę, że Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z dnia 15 września 2011 r., I ACa 438/11 zaznaczył, że „Oczywistym jest, że ustalenie za wykonanie określonych świadczeń wynagrodzenia musi być skonkretyzowane. Dokumenty wydawane na podstawie art. 146 i art. 159 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ustalają nie tylko warunki postępowania w sprawie zawarcia umów, ale stanowią również wzorzec umowny w rozumieniu art. 384 k.c. Pod pojęciem wzorca umownego - a używane tutaj bywają określenia takie jak regulamin, ogólne warunki umów, formularze umów, taryfy czy też instrukcje - należy rozumieć przygotowane przez proponenta z góry, jeszcze przed zawarciem umowy, postanowienia kształtujące treść stosunku prawnego wiążącego strony. W odniesieniu do wzorców ustalanych przez prezesa Funduszu zastosowanie ma art. 384 § 2, zgodnie z którym - w razie gdy posługiwanie się wzorcem jest w stosunkach danego rodzaju zwyczajowo przyjęte - wiąże on także wtedy, gdy druga strona mogła się z łatwością dowiedzieć o jego treści. Oczywistym jest, że z uwagi na zakontraktowanie przez Fundusz określonych świadczeń zdrowotnych, wynagrodzenie za nie zostało ustalone przy zawieraniu umowy. Przy zawieraniu umowy ustalenie ceny jest elementem istotnym negocjacji umownych. Stąd oczywiście nieuzasadnionym byłoby, z powołaniem się wyłącznie na zasady współżycia społecznego, domaganie się zmiany wysokości ustalonego za dane świadczenia wynagrodzenia."

W tej sytuacji w ustalonym stanie faktycznym należało wziąć, zdaniem sądu, pod uwagę art. 384 (1) k.c., zgodnie z którym wzorzec wydany w czasie trwania stosunku umownego o charakterze ciągłym wiąże drugą stronę, jeżeli zostały zachowane wymagania określone w art. 384, a strona nie wypowiedziała umowy w najbliższym terminie wypowiedzenia. Ponadto na mocy art. 385 § 1 k.c., w razie sprzeczności treści umowy z wzorcem umowy strony są związane umową. Na tle art. 384¹ k.c. twierdzi się, że przesłanki związania wzorcem winny ulec zaostrzeniu. Wskazuje się, że przesłanka „łatwości” dowiedzenia się, o której mowa w art. 384 § 2 k.c. będzie spełniona tylko wówczas, gdy wzorzec zostanie doręczony adherentowi (nawet w sytuacji, gdy posługiwanie się wzorcem jest zwyczajowo przyjęte), nie będzie natomiast spełniona, wówczas gdy proponent powiadomi adherenta w inny sposób niż przez doręczenie, np. poprzez wywieszenie w swojej siedzibie czy poinformowanie adherenta o wydaniu wzorca (por. W. Popiołek (w:) Kodeks..., s. 797 i cyt. tam autorzy; Z. Radwański, *Zobowiązania...*, s. 145; W. Czachórski, A. Brzozowski, M. Safjan, E. Skowrońska-Bocian, *Zobowiązania...*, s. 158; M. Bednarek (w:) *System...*, s. 603; C. Żuławska (w:) *Komentarz...*, s. 126; K. Zagrobelny (w:) *Kodeks...*, s. 620; uchwała SN z dnia 22 maja 1991 r., III CZP 15/91, OSN 1992, nr 1, poz. 1).

W oparciu o powyższe sąd zważył, że w treści umowy z dnia 21 stycznia 2008 r. zawartej pomiędzy stronami wskazano, że świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (§ 1 ust. 1 umowy). Jednocześnie jednak w umowie zawartej następnie, tj. w dniu 22 grudnia 2008 r. w § 1 ust. 1 znalazł się zapis, iż świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w warunkach zawierania i realizacji umów w

rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, ustalanych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, wydanego na podstawie art.146 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), zwanych dalej w umowie „warunkami zawierania umów” oraz Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. (Dz. U. Nr 81, poz. 484). W umowie z dnia 22 grudnia 2008 r. wskazano, że została ona zawarta na okres od 1 stycznia 2007 r. do dnia 31 grudnia 2009 r. (§ 8 ust.1)

Sąd wskazał, że strona powodowa w toku postępowania podawała, że nowe zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (nr (...) z dnia 14 października 2008 r.), o którym mowa w umowie z dnia 22 grudnia 2008 r. wydane na podstawie art.146 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jako „warunki zawierania umów” nie zostało jej doręczone, a jeżeli wzorzec ten miałby ją obowiązywać, winien zostać jej doręczony, a nadto, że nie знаła jego treści.

Stanowisko to nie znalazło uznania sądu. Zdaniem sądu powyższego nie potwierdził materiał dowodowy zgromadzony w aktach niniejszej sprawy. W szczególności sąd uwypuklił, że na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia (www.nfz.gov.pl) opublikowano całą treść Zarządzenia nr (...) z dnia 14 października 2014 r. Powyższe doprowadziło sąd do przekonania, że treść w/w zarządzenia podana została do wiadomości publicznej. Jednocześnie w zarządzeniu tym wskazano, że wchodzi ono w życie z dniem podpisania i ma zastosowanie do kontraktowania świadczeń na 2009 rok i lata następne (§ 24 zarządzenia).

Sąd zwrócił również uwagę, że umowa z dnia 22 grudnia 2008 r. była zawierana ze wskazaniem, że sama umowa stanowi załącznik nr 2b do Zarządzenia nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 października 2008 r., a zatem obie strony tej umowy, składając podpisy pod jej treścią, poświadczyły zapoznanie się z umową i akceptację jej postanowień. Dodatkowo zatem strona powodowa nie może, w ocenie sądu, zasłaniać się nieznaną treścią zarządzenia, na mocy którego zawarto w/w umowę.

W dalszej części podkreślił, że przesłuchiwany w charakterze strony powodowej G. K. jednoznacznie potwierdził, iż powód znał treść przedmiotowego zarządzenia. G. K. na rozprawie w dniu 16 stycznia 2014 r. zeznał, iż: „Znaliśmy zarządzenie prezesa NFZ z dnia 14.10.2008 r. (...) Istotne jest, że w roku 2008 prezes NFZ zmienił zarządzenie i wskazał, że badania wykonywane w pracowni echokardiograficznej winny wykonywać osoby, które w swojej specjalizacji mają nabytą umiejętność wykonywania badań ultrasonograficznych. (...) traktował to jako pewną niespójność z poprzednimi aneksami, co więcej pracownia echokardiografii w rozumieniu przepisów znajdowała się w pracowni ultrasonografii II typu, gdzie zgodnie z przepisami można było dokonywać badania ultrasonograficznego II typu. W załączniku 3a, pozycja 14 w wymaganiach koniecznych wskazano echokardiograf, a w pozycji 19 napisano echokardiografii z opcją D., co jest zapisem nieprecyzyjnym, ponieważ nie ma tu mowy o kolorowym obrazowaniu przepływu. Tego nie wyjaśnialiśmy w NFZ, bo nikt nie zwrócił to uwagi.”

Nadto w dalszej części zeznań przesłuchany za stronę powodową G. K. podał, iż: „Wiedzieliśmy, że badania USG D. - D. należy zaliczać do badań kosztochłonnych na podstawie zarządzeń prezesa z 2006 r., 2007 r., natomiast zarządzenie z 2008 r. myśmy inaczej odczytali uznając, że jest to sformułowanie nieprecyzyjne i niejednoznaczne, i wykreśla możliwość wykonywania tego typu świadczeń w ramach (...)”

Ponadto, w myśl poglądów doktryny – najbardziej liberalny pogląd wymaga od proponentów tylko powiadamiania adherentów o dokonanych zmianach wzorca ze wskazaniem miejsca ich publikacji. Ostatni z poglądów, pomimo że nie jest dominujący należałoby przyjąć do zmian wzorców w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Należy tutaj bowiem podkreślić, że są to umowy, w których adherentami są wyłącznie profesjonaliści. (Grzegorz Machulak, Komentarz do art. 146 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, opubl. Lex).

Sąd zważył, że powód upatrywał podstawy prawnej dochodzonego roszczenia w przepisie art. 405 k.c. W myśl powyższego przesłankami powstania zobowiązania z bezpodstawnego wzbogacenia są uzyskanie korzyści majątkowej

(wzbogacenie), osiągnięcie korzyści z majątku innej osoby (zubożenie), związek pomiędzy wzbogaceniem, aubożeniem, uzyskanie korzyści bez podstawy prawnej.

Stan faktyczny w niniejszej sprawie zdaniem sądu w pełni odpowiadał wzmiankowanym przesłankom roszczenia z tytułu nienależnego świadczenia. Sąd podkreślił, że istotne dla rozstrzygnięcia sporu okoliczności rozpoznawanej sprawy można było ustalić na podstawie twierdzeń stron oraz w oparciu o dokumenty przedłożone przez strony do akt sprawy, której treść ani moc dowodowa i autentyczność nie była kwestionowana.

W ocenie sądu przedmiot sporu sprowadzał się w zasadzie do rozbieżnych stanowisk stron odnoszących się do tego, że badania echokardiograficzne serca wykonywane przez powoda i wykazywane przez niego w sprawozdaniach jako świadczenia (...) (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne) wchodziły czy też nie wchodziły w zakres badania o kodzie 5.03.00. (...).

Powód powoływał się na fakt, że zmuszony był przez pozwanego do zwrotu na jego rzecz kwoty odpowiadającej kwocie dochodzonej pozwem z uwagi na to, że zdaniem pozwanego badania echokardiograficzne serca wykonywane przez powoda i wykazywane przez niego w sprawozdaniach jako świadczenia (...) (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne) nie wchodziły w zakres badania o kodzie 5.03.00. (...), a zatem pozwany nie powinien za nie płacić i na tej podstawie domagał się zwrotu uiszczonych na rzecz powoda kwot.

Zdaniem powoda bowiem badania echokardiograficzne serca wchodzi w zakres badań o kodzie świadczenia 5.03. (...) „USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu” i powód miał prawo rozliczyć badania te jako świadczenia (...) (tj. ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne), w związku z czym pozwany nie powinien otrzymać od powoda zwrotu kwot wydatkowanych uprzednio na tego rodzaju świadczenia.

W świetle stanowisk storn analizie sąd poddał zakresy ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych.

W tym zakresie wyjaśnił, że zarówno katalog zakresów świadczeń w poradniach specjalistycznych, jak i katalog zakresów ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (...), a także wymagania sprzętowe wobec pracowni ultrasonografii określone zostały w załącznikach do Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu nr 80/ (...). Zgodnie z załącznikiem nr 1a do zarządzenia określonym „Katalog świadczeń w poradniach specjalistycznych” w kodzie zakresu 02.2200.001.02 mieszczą się świadczenia w zakresie kardiologii – w poradniach kardiologicznej, wad serca, nadciśnienia tętniczego oraz zaburzeń rytmu serca. W załączniku nr 1b podano, iż w zakresie świadczenia oznaczonego kodem 02.0000.075.02 „Badania ultrasonograficzne – D. duplex” mieszczą się świadczenia „USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu” oznaczone kodem 5.03.00. (...). Z kolei w załączniku nr 3a do rozporządzenia wskazano, że w zakresie świadczenia oznaczonego kodem 02.1100.001.02 w obszarze świadczeń kardiologicznych wymaganiami koniecznymi jest posiadanie przez świadczeniodawcę w lokalizacji echokardiografu, zaś w miejscu – echokardiografu z opcją dopplera. W załączniku 3b do rozporządzenia („wymagania wobec pracowni diagnostycznych”) zaś wskazano, iż w zakres badań w pracowni ultrasonografii typu 2 wchodzi badania USG w pełnym zakresie wraz z badaniami dopplerowskimi (poza badaniami echokardiograficznymi i endosonograficznymi).

W oparciu o powyższe sąd wskazał, że badania echokardiograficzne wykonane przez stronę powodową pomimo, że wykonane zostały techniką USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu nie wchodzi w zakres świadczeń o kodzie 02.0000.075.02. Definicja ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (...) zawarta została w § 2 ust. 1 pkt 1 Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr (...), w myśl której są to badania diagnostyczne wymienione w załączniku nr 1b do zarządzenia, wykonywane w odpowiednich pracowniach, laboratoriach, zakładach diagnostycznych, poradniach, będące przedmiotem odrębnego kontraktowania przez NFZ.

Zakres świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 1 Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr (...) określony natomiast został w załączniku 1b do tego rozporządzenia. Świadczenia wskazane w tym załączniku udzielane są w poradni typu 2. Zgodnie natomiast z załącznikiem nr 3b do rozporządzenia, określającym wymogi dla poradni tego typu wyłączono z niej badania echokardiograficzne. Postanowienia tego załącznika zawierają stwierdzenie, na które wskazano powyżej, a mianowicie: badania USG w pełnym zakresie wraz z badaniami

dopplerowskimi (poza badaniami echokardiograficznymi i endosonograficznymi). Sąd podkreślił, że za wykonanie badań echokardiograficznych pozwany rozliczał się z powodem dotychczas w ramach umowy dotyczącej świadczeń w zakresie kardiologii (załącznik nr 3a do zarządzenia nr (...)) – kod zakresu 02.1100.001.02.

Reasumując sąd stanął na stanowisku, że zgodnie z treścią zawartej pomiędzy stronami umowy w zakres badań o kodzie 5.03.00. (...) nie wchodzi badanie echokardiograficzne serca, pomimo że- w ślad za opinią biegłego sądowego sporządzoną w niniejszej sprawie- z medycznego punktu widzenia badanie echokardiograficzne zawiera w sobie „USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu” i trudno sobie wyobrazić badanie echokardiograficzne bez tego elementu.

Powyższe doprowadziło sąd do przekonania, że pozwany mógł domagać się zwrotu przez powoda nienależnie pobranych przez niego kwot.

Jednocześnie jednak sąd zwrócił uwagę, że przedmiotowa umowa była zawierana przez profesjonalistów, a nadto powód miał wiedzę o rozbieżnościach pomiędzy uprzednio zawieranymi z pozwanym umowami a obecnie zawartą umową (co również zostało potwierdzone materiałem dowodowym zgromadzonym w aktach niniejszej sprawy, w tym dowodem z przesłuchania za powoda G. K.), a co za tym idzie powód winien był podjąć odpowiednie kroki celem ustalenia czy wyjaśnienia wątpliwości np. poprzez propozycje skierowane do pozwanego zmiany treści umowy.

Nadto podkreślił, w ślad za orzecznictwem, iż z ustawowych obowiązków Narodowego Funduszu Zdrowia polegających na zapewnieniu ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych na zasadzie bezpłatności lub częściowej odpłatności, organizowaniu świadczeń i redystrybucji środków finansowych nie można wywieść obowiązku zapłaty za każde świadczenie udzielone ubezpieczonemu. Jego źródłem zawsze musi bowiem być stosunek zobowiązaniowy wynikający z umowy, jednostronnej czynności prawnej, ustawy, aktu administracyjnego lub innych zdarzeń prawnych, ponadto istotą systemu jest limitowane zaspokajanie zmiennych, ale rzeczywiście istniejących, potrzeb świadczeniobiorców. (...) Podstawą świadczeń, wyznaczającą ich maksymalny zakres przedmiotowy, jest bowiem - co do zasady - umowa zawierana pomiędzy NFZ a zakładem jako świadczeniodawcą. Koszty świadczeń, wykraczających poza obowiązki NFZ wynikające z umowy, powinny być pokrywane z własnych środków pacjentów, a w ich braku finansowane w ramach systemu opieki społecznej. Chybione jest odwoływanie się do ochrony praw nabytych. (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 marca 2012 r., III CSK 217/11, Lex nr 1224682).

Sąd zaakcentował również, że ciężar dowodu w zakresie zaistnienia przesłanek bezpodstawnego wzbogacenia zgodnie z ogólną zasadą rozkładu ciężaru dowodu, wyrażoną w art. 6 k.c., obciąża osobę zubożoną. Wzbogacenie polegać może zarówno na zwiększeniu aktywów wzbogaconego, tj. na bezpośrednim przesunięciu wartości majątkowych z majątku zubożonego do majątku wzbogaconego, lub na uzyskaniu przez wzbogaconego takich korzyści, które powinny być wejść do majątku zubożonego, jak i na zmniejszeniu pasywów wzbogaconego, tj. na oszczędzeniu przez wzbogaconego wydatków, czyli na uniknięciu przez niego uszczuplenia własnego majątku (zob. A. Ohanowicz, w System, tom III, część 1, strona 479 i 481, porównaj też: orzeczenie Sądu Najwyższego z dn. 11.01.1973 r., II CR 648/72, OSN 1973, Nr 11, poz. 200). Wzbogacenie jednej osoby musi nastąpić kosztem innej osoby (zubożonego), a tym samym zubożenie polegać może zarówno na zmniejszeniu aktywów, jak i zwiększeniu pasywów zubożonego. Pomiędzy wzbogaceniem a zubożeniem istnieje zatem współzależność, wyrażająca się przede wszystkim w tym, że zarówno korzyść, jak i uszczerbek są wynikiem tego samego zdarzenia (porównaj: orzeczenie Sądu Najwyższego z dn. 18.12.1968 r., I CR 448/68, niepubl.). Brak podstawy prawnej oznacza taką sytuację, w której uzyskanie korzyści majątkowej nie znajduje usprawiedliwienia w przepisie ustawy, ważnej czynności prawnej, prawomocnym orzeczeniu sądowym, czy też akcie administracyjnym.

W oparciu o powyższe sąd przyjął, że strona powodowa- jako zubożony, nie wykazał, aby pozwany uzyskał korzyść majątkową od powoda bez podstawy prawnej. W związku z powyższym sąd w punkcie pierwszym wyroku oddalił powództwo.

O kosztach postępowania sąd orzekł w punkcie drugim wyroku w oparciu o przepisy art. 98 § 1 i 3 k.p.c. i art. 13 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U.05.167.1398 z późn. zm.)

oraz § 6 pkt 5 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz.U.2013.490 j.t.). Ponieważ strona powodowa przegrała niniejszą sprawę w zakresie całości swojego żądania, zatem winna zwrócić pozwanemu wszystkie koszty procesu poniesione przez pozwanego w toku postępowania. Koszty te obejmowały koszty zastępstwa procesowego w kwocie 2.400 zł i koszty związane z uiszczeniem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł.

W punkcie trzecim wyroku sąd nakazał zwrócić od Skarbu Państwa Sądowi Rejonowemu Szczecin-Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie na rzecz powoda kwotę 603,75 zł tytułem niewykorzystanej zaliczki na wydatki.

Apelację od wyroku sądu złożył powód i zaskarżając go w zakresie punktu I i II wniósł o jego zmianę poprzez zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda należności objętych pozwem, tj. kwoty 10.001 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty i zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu przed sądem obu instancji, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Orzeczeniu zarzucono:

1. naruszenie przepisów prawa procesowego, które miało wpływ na wynik sprawy, tj.:

a) przepisu art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie przez Sąd I instancji dowolnej oceny materiału dowodowego i wyprowadzenie z materiału dowodowego błędnej tezy, iż badania echokardiograficzne serca wykonywane przez Powoda metodą USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu nie stanowiły ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych ((...)), nie wchodziły w zakres badania o kodzie 5.03.00. (...), a co za tym idzie przyjęcie, iż Pozwany mógł domagać się zwrotu przez Powoda nienależnie pobranych od niego kwot, oraz poprzez pominięcie wniosków wynikających z opinii biegłego sądowego prof. dra hab.n.med. J. K. z dnia 27.04.2014r.

b) przepisu art. 328 § 2 k.p.c. przez pominięcie przez Sąd I instancji w uzasadnieniu Wyroku wskazania faktów, które sąd uznał za udowodnione i dowodów, na których się oparł w zakresie zarzucanego Powodowi przez Pozwanego braku wystarczających kwalifikacji lekarzy wykonujących badania echokardiograficzne serca wykonywane przez Powoda metodą USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu;

c) przepisu art. 217 § 2 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. poprzez nieuwzględnienie wniosków dowodowych zgłoszonych przez Powoda w piśmie z dnia 13.01.2014r. zmierzającego do udowodnienia faktów mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, tj. iż Prezes NFZ przyznał, iż badania echokardiograficzne serca wykonywane metodą D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu mogą być rozliczane jako (...) procedura kosztochłonna,

2. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj.

a) 146 ust. 1 pkt. 1) i 3) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przepisów Zarządzenia nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna w ten sposób, że Sąd I Instancji bezzasadnie przyjął, iż w zakres ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych - (...) nie wchodzi badania echokardiograficzne serca wykonywane metodą USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu (mimo iż w Załączniku nr 1 b wskazano, iż katalog (...) obejmuje „badania USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu”, bez wyłączenia z zakresu tych badań jakiegokolwiek organu ciała”).

b) § 5 ust. 1 ogólnych warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), wydanych na podstawie delegacji ustawowej art. 137 ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) poprzez jego niezastosowanie,

c) 65 § 1 i 2 k.c. poprzez dokonanie błędnej wykładni postanowień umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne) zawartej między Powodem a Pozwanym w dniu 21.01.2008r., na skutek czego Sąd I instancji uznał, iż badania echokardiograficzne serca wykonywane metodą USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu nie wchodziły w zakres „badania USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu” (jako jednego z badań (...)).

W uzasadnieniu podkreślono, że stanowisko pozwanego, zgodnie z którym badania echokardiograficzne serca wykonywane metodą USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu nie wchodziły w zakres „badania USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu” i powinny być wykonywane przez powoda w ramach poradni kardiologicznej jako porada kompleksowa lub specjalistyczna nie znajduje oparcia ani w zawartej przez Stronę umowie nr (...), ani w treści Zarządzenia nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna („Zarządzenie Prezesa NFZ”). Wskazane Zarządzenie zdefiniowało ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne ((...)) jako „badania diagnostyczne wymienione w Załączniku nr 1 b do ww. Zarządzenia, wykonywane w odpowiednich pracowniach, laboratoriach, zakładach diagnostycznych, poradniach, będące przedmiotem odrębnego kontraktowania przez NFZ”. Zgodnie z Załącznikiem 1 b do ww. Zarządzenia pod kodem zakresu świadczeń 02.0000.075.02 oznaczono „badania ultrasonograficzne D. duplex”, zaś kodem świadczeń 5. 5.03.00. (...) - „USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu”.

Zgodnie z § 5 ust. 1 ogólnych warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca jest zobowiązany do wykonywania umowy zgodnie z warunkami wykonywania świadczeń określonymi w ustawie, ogólnych warunkach, odrębnych przepisach oraz zgodnie z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców określonymi przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 i art. 159 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W żadnym z Załączników do powołanego wyżej Rozporządzenia ani w treści umowy łączącej Stronę nie zostało dokonane zawężenie zakresu wykonywanych świadczeń w postaci badań ultrasonograficznych D. duplex do badań określonych organów ciała.

Badanie echokardiograficzne jest badaniem wykonywanym w pracowni ultrasonograficznej, gdyż jest badaniem wykonywanym metodą USG (badaniem ultrasonograficznym). Badanie USG D. jest rozwinięciem metody USG.

Badanie w poradni echokardiograficznej zostało umiejscowione w rozdziale dotyczącym świadczeń ultrasonograficznych również w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (pkt IV Załącznika nr 2 do ww. Rozporządzenia Świadczenia ultrasonograficzne), obowiązującego w trakcie trwania umowy Stron.

W ocenie apelującego, wbrew stanowisku pozwanego i sądu nie można odnaleźć w powoływanych przepisach ani w umowie łączącej strony wyraźnego wyłączenia badania echokardiograficznego serca metodą D. duplex z pojęcia „badania ultrasonograficznego metodą D. duplex”. Pozwany wskazał, że w Załączniku 3 b do Zarządzenia Prezesa NFZ wśród wymagań dla pracowni Typu 2 zawarto wyłączenie badań echokardiograficznych. Zdaniem powoda nie jest to wystarczająca podstawa do wyłączenia tych świadczeń zgodnie z zamiarem pozwanego. Pozwany chcąc wprowadzić wyłączenie jednego z organów ciała (serca) spod zakresu badań wykonywanych metodą USG D. duplex winien był to zrobić przez wyraźne wyłączenie w umowie lub ostatecznie w Załączniku nr 1 b do Zarządzenia, obejmującego katalog świadczeń kosztochłonnych (a zatem w tym załączniku, gdzie Pozwany wyszczególnił wszystkie rodzaje badań stanowiących ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne ((...)). Tymczasem w Załączniku nr 1 b wyraźnie wskazano, iż w katalogu (KATALOG ZAKRESÓW AMBULATORYJNYCH ŚWIADCZEŃ DIAGNOSTYCZNYCH KOSZTOCHŁONNYCH ((...)): mieszczą się: 02.0000.075.02 badania ultrasonograficzne-D. duplex, w tym: 5.03.00. (...) USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu” (a zatem bez żadnych wyłączeń).

Powód podkreślił również, że w tym samym Załączniku nr 3b, na który powołuje się pozwany, pracownia echokardiograficzna została zakwalifikowana jako pracownia ultrasonograficzna (str. 5 Załącznika 3 b Wymagania wobec pracowni ultrasonografii, gdzie wymieniono pracownie: 1 Typ, 2 Typ, 3 Typ i Echokardiograf). Ponadto Załącznik 3b jest jedynie opisem wymagań dla poszczególnych rodzajów pracowni i nie może stanowić podstawy definiowania pojęć zawartych w umowie i Zarządzeniu Prezesa NFZ. Zgodnie z § 2 Zarządzenia Prezesa NFZ w definicji pojęcia (...) odwołano się jedynie do Załącznika 1 b.

Nie ma żadnego merytorycznego powodu, aby badania echokardiograficznego serca metodą D. duplex wyłączyć z pojęcia „badań ultrasonograficznych metodą D. duplex”. Znajduje to potwierdzenie m.in. w załączonej do pozwu opinii Przewodniczącego Sekcji Echokardiografii (...) Towarzystwa (...) z dnia 19.12.2007r., w opinii biegłego sądowego prof., dra hab. n. med. J. K. z dnia 27.04.2014 r., ale również w stanowiskach Prezesa NFZ.

Powód wskazał, że z medycznego punktu widzenia badanie echokardiograficzne, którego celem jest ocena układu sercowo-naczyniowego, w tym naczyń obwodowych, naczyń centralnych oraz samego serca jest badaniem ultrasonograficznym wykorzystującym technikę D.. Tym samym nie ma żadnego powodu, by przyjąć, że akurat badanie serca dokonywane tą techniką jest innym rodzajem świadczeń niż badanie innego organu ciała, a zatem że może i powinno być rozliczane przez NFZ na innych zasadach.

Dodał, że stanowisko sądu opiera się w tym zakresie jedynie na interpretacji umowy prezentowanej przez pozwanego, brak przy tym jednak uzasadnienia dlaczego taką interpretację sąd przyjął za właściwą. Analizując zakres ambulatoryjnych świadczeń kosztobłonnych sąd powołał się skrótowo na zawartość poszczególnych Załączników do Zarządzenia Prezesa NFZ i uznał, iż „w myśl powyżej wskazanych okoliczności wskazać należy, że badania echokardiograficzne wykonane przez stronę powodową pomimo, że wykonane zostały techniką USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu nie wchodzą w zakres świadczeń o kodzie 02.0000.075.02.” Sąd I instancji nie wskazał, dlaczego taką interpretację umowy uznał za oczywistą. Wydaje się, iż zdaniem sądu wynika to z faktu, że badania USG D. duplex wykonywane są w pracowni 2 Typu (zgodnie z Załącznikiem nr 3 b). Ale takie rozumowanie sądu I instancji nie jest poparte, w przekonaniu apelującego, żadną argumentacją. Wykonywanie danego rodzaju badań w pewnego rodzaju pracowni określonej zgodnie z jednym z Załączników do Zarządzenia Prezesa NFZ jako Typ 2 nie może uzasadniać wniosku, iż w ten sposób doszło do zmiany umowy co do zakresu badań.

W związku z powyższym doszło zdaniem powoda do naruszenia przez sąd zasady swobodnej oceny dowodów i ustalenia treści umowy łączącej strony bez wzięcia pod uwagę celu umowy, jak i okoliczności zmiany umowy w trakcie jej obowiązywania a co za tym idzie - zasad współzycia społecznego.

W dalszej części podkreślił, że zupełnie nieuzasadnione i niejasne jest stwierdzenie sądu, iż „za wykonanie badań echokardiograficznych pozwany rozliczał się z powodem dotychczas w ramach umowy dotyczącej świadczeń w zakresie kardiologii (załącznik nr 3 a do zarządzenia nr (...)) - kod zakresu 01.1100.001.02.” To twierdzenie sądu nie znajduje potwierdzenia w materiale dowodowym. Wręcz przeciwnie, pozwany „dotychczas” (czyli do zmiany umowy na podstawie Zarządzenia Prezesa NFZ) rozliczał się z powodem za wszystkie badania wykonywane metodą USG D. duplex jak za badania kosztobłonne na zasadach wynikających z poprzednio obowiązujących Zarządzeń Prezesa NFZ: o nr (...) i (...).

Powód wskazał, że jego celem przy dokonywaniu zmiany obowiązującej strony umowy poprzez zawarcie Aneksu nr (...), wprowadzającego zasady wynikające z Zarządzenia Prezesa NFZ nr (...), nie była z całą pewnością zmiana zasad finansowania badań serca metodą D. duplex. Twierdzenie, iż jest to oczywiste na gruncie obowiązującej strony umowy, nie ma oparcia w materiale dowodowym zgromadzonym w aktach sprawy, a jest przyjęciem jednostronnej interpretacji prezentowanej przez pozwanego. Powód zawierał aneks do umowy w 2008 roku, a nie podpisywał nową umowę i tego w ogóle nie wziął pod uwagę sąd I instancji. Wynika to być może z nieznamości zasad kontraktowania z NFZ. Powód został określony w uzasadnieniu sądu jako „profesjonalista”, który powinien wiedzieć, jakie są skutki podpisania przez niego aneksu do umowy. W rzeczywistości jednak umowy są jednostronnie narzucane przez NFZ. NFZ uniemożliwia de facto podmiotom kontraktującym wprowadzanie zmian do umowy w trakcie kontraktowania.

A zawarcie aneksu do umowy polega na przesłaniu go do podpisania świadczeniodawcy z terminem 24 lub 48 godzin na podpisanie, bez możliwości wprowadzenia zmian czy uzyskania wyjaśnień. Wyniki kontroli w tym zakresie przedstawiła w 2014 r. roku Najwyższa Izba Kontroli, przyznając, że NFZ narzuca treść umów, uniemożliwiając świadczeniodawcom rzeczywiste negocjacje zawieranych umów.

W związku z powyższym brak jest, zdaniem apelującego, podstaw by twierdzić, że treść umowy jest jednoznaczna, a jeśli powód miał wątpliwości co do niej lub się z nią nie zgadzał, mógł wnieść o zmianę umowy. Taki wniosek był oczywiście bezcelowy, na co wskazywała wieloletnia praktyka zeznającego w sprawie w charakterze Strony dra G. K.. Postępowanie NFZ w postaci narzucania świadczeniodawcom warunków umowy i późniejsza dowolna jej interpretacja należy ocenić jako naruszanie zasad współżycia społecznego.

Sąd I instancji przyjmując interpretację umowy prezentowaną przez pozwanego wskazał jedynie, że wniosek o wyłączeniu badań serca z zakresu (...) wynika z treści Załącznika 1 b w powiązaniu z Załącznikiem 3 b. Jednak stanowisko Sądu nie zostało w tym zakresie uzasadnione. Sąd uznał jedynie, iż „powyższe przesądza, że pozwany mógł domagać się zwrotu przez powoda nienależnie pobranych przez niego kwot”, „pomimo, że z medycznego punktu widzenia badanie echokardiograficzne zawiera w sobie USG D. duplex i trudno sobie wyobrazić badanie echokardiograficzne bez tego elementu”. Pominięcie przez sąd stanowiska biegłego sądowego nie zostało również w żaden sposób uzasadnione. Tymczasem biegły wyraźnie wskazał, iż nie ma żadnego merytorycznego powodu, aby badania echokardiograficzne serca metodą D. duplex wyłączyć z pojęcia „badania ultrasonograficzne metodą D. duplex”. Ponadto, powód dodał, że jak wynika z opinii biegłego, badania echokardiograficzne załączone do pozwu zostały wykonane zgodnie ze sztuką i wiedzą niezbędną do wykonywania badań echokardiograficznych z D. i świadczą o dużych umiejętnościach i doświadczeniu w tym zakresie. Tymczasem sąd pominął w uzasadnieniu również wskazanie faktów, które uznał za udowodnione i dowodów, na których się oparł w zakresie zarzucanego powodowi przez pozwanego braku wystarczających kwalifikacji lekarzy wykonujących badania echokardiograficzne serca metodą USG D. duplex.

Odnosząc się jeszcze do interpretacji umowy przez samego pozwanego, podkreślił również iż jest to stanowisko niespójne. Prezes NFZ wielokrotnie przyznawał, że badania echokardiograficzne serca metodą D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu mogą być rozliczane jako (...) procedura kosztochłonna. Miało to miejsce również po wejściu w życie Zarządzenia Prezesa NFZ nr (...), na co wskazywały dokumenty dołączone przez powoda do pisma z dnia 13.01.2014 r. Wnioski dowodowe objęte pismem nie zostały oddalone w sposób wyraźny przez sąd. W związku z powyższym należy uznać, zdaniem skarżącego, że przedmiotowe dokumenty i wnioski z nich wynikające sąd powinien wziąć pod uwagę przy rozpoznawaniu niniejszej sprawy. Zapoznanie się z treścią wniosków dowodowych w postaci trzech krótkich pism NFZ załączonych do pisma powoda z 13.01.2014 r. (z których jednoznacznie wynika możliwość rozliczania badań echokardiograficznych serca metodą D. duplex jako (...)) nie mogło z całą pewnością spowodować opóźnienia. Zatem ich nieuwzględnienie naruszyło przepis art. 217 § 2 k.p.c. - nie wystąpiła przesłanka możliwości spowodowanie zwłoki w rozpoznaniu sprawy, skutkująca możliwością oddalenia wniosków dowodowych. Pełnomocnik powoda nie składał zastrzeżenia do protokołu w tym zakresie przyjmując, iż sąd nie oddalił wniosków dowodowych z dnia 13.01.2014 r. Sąd jednak, jak się wydaje, nie wziął ich pod uwagę.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja nie była zasadna.

Istotne z punktu widzenia zawisłego między stronami sporu ustalenia Sąd I instancji poczynił w sposób prawidłowy i wysnuł zeń wnioski prowadzące do słusznego rozstrzygnięcia, które w niniejszej sprawie spowodowało się do oddalenia powództwa. Zaznaczyć przy tym należy, iż uzasadnienie zaskarżonego wyroku, wbrew zarzutom apelującego, wskazuje wprost fakty, które Sąd Rejonowy uznał za udowodnione i na których się oparł, w tym i w zakresie uznania, iż A. B. oraz A. M. lekarki chorób wewnętrznych z umiejętnościami z zakresu echokardiografii nie posiadały kwalifikacji wymaganych umową z dnia 22 grudnia 2008 r. w zakresie wykonywania badań urządzeniem o nazwie USG D. duplex.

Analiza zawartej między stronami umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne) z dnia 22 grudnia 2008 r. nie pozwala zaakceptować tezy powoda, iż badania echokardiograficzne serca wykonywane przez powoda metodą USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu stanowiły ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (...), a więc wchodziły w zakres badania o kodzie 5.03.00. (...), czy też jak to stwierdzono w jednym z zarzutów apelacyjnych, iż badania echokardiograficzne serca wykonywane metodą USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu wchodziły w zakres „badania USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu” (jako jednego z badań (...)).

Przede wszystkim dostrzec należy, iż w treści § 2 lit. a) Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 października 2008 roku o nr (...) wskazano, iż ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne (...) są badaniami diagnostycznymi wymienione w załączniku nr 1b do zarządzenia i są one wykonywane w odpowiednich pracowniach, laboratoriach, zakładach diagnostycznych, poradniach, będące przedmiotem odrębnego kontraktowania przez NFZ (k. 69). W podanym tu załączniku 1b pod kodem zakresu świadczeń 02.0000.075.02 jako jedyne ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne wskazano badania ultrasonograficzne D.-duplex (kod świadczenia 5.03.00. (...)) - USG D. duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu (k. 119). Dodać przy tym należy, iż w uwagach przy tym świadczeniu wskazano, że badanie to ma być wykonywane w pracowni ultrasonografii min. 2 typu, a wynik badania D. duplex obejmuje opis badania w prezentacji B oraz analizę widma przepływu krwi z pomiarem prędkości przepływu. Wymagania wobec pracowni ultrasonografii „2 typu” opisano w załączniku nr 3b, gdzie podano wymagania sprzętowe, zakres badań (badania USG w pełnym zakresie wraz z badaniami dopplerowskimi (poza badaniami echokardiograficznymi i endosonograficznymi) oraz kwalifikacje personelu (specjalizacja z radiologii i diagnostyki obrazowej lub ukończona specjalizacja obejmująca uprawnienia ultrasonograficzne w określonym w programie specjalizacji zakresie) - k. 122. Kwestia zatem odmiennej organizacji pracowni nie ma tu istotnego znaczenia.

W ocenie Sądu Okręgowego z regulacjami wynikającymi z wyżej analizowanego zarządzenia oraz jego załączników współgrały postanowienia umowy z dnia 22 grudnia 2008 r.

Załącznik nr 1 do umowy zatytułowany „Plan rzeczowo finansowy” określił jako jeden z trzech rodzajów świadczenia „badania usg – dopler duplex” (k. 35). Z kolei załącznik nr 2 Harmonogram - Zasoby... rodzaj świadczenia: Ambulatoryjna Opieka (...) opisywał m.in. personel, który ma wykonywać te badania (w tym A. M. i A. B.) i sprzęt do wykonania badania (...) o nr seryjnym B 205/89 i roku produkcji 1989 (k. 37).

Po dokonaniu zmian aneksem nr (...) w załączniku nr 2 „Harmonogram – zasoby” w rubryce personel w dalszym ciągu figurowały A. B. lekarz-chorób wewnętrznych z umiejętnościami z zakresu echokardiografii i stażem pracy w zawodzie co najmniej 3 lata, oraz A. M. lekarz-chorób wewnętrznych z umiejętnościami za zakresu echokardiografii (k. 45-47).

Powód dowiódł, iż z medycznego czy diagnostycznego punktu widzenia badanie echokardiograficzne, którego celem jest ocena układu sercowo-naczyniowego, w tym naczyń obwodowych, naczyń centralnych oraz samego serca jest badaniem ultrasonograficznym wykorzystującym technikę D.. Wystarczającym dowodem na potwierdzenie tej tezy będzie opinia biegłego sądowego J. K. z dnia 27.04.2014 r. Tym niemniej okoliczność ta pozostaje bez znaczenia dla oceny relacji umownych między stronami, skoro z treści umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne) z dnia 22 grudnia 2008 r. oraz zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 października 2008 roku o nr (...) z załącznikami wynika w sposób jednoznaczny to jakim urządzeniem powódka winna dokonać badania usg – dopler duplex i jakimi kwalifikacjami winien się legitymować personel obsługujący to urządzenie. Dostrzec należy, iż umowa określała nie tylko miejsce położenia urządzenia lecz również i jego nr seryjny. Zarzuty apelacji w tej mierze mają więc jedynie charakter polemiczny i być może były by słuszne w przypadku, gdyby umowa pozostawiała powodowi swobodę w doborze badań diagnostycznych prowadzących do poczynienia ustaleń adekwatnych dla danego

przypadku medycznego, co jednak nie miało miejsca w relacjach umownych między stronami. Powyższe argumenty czynią bezzasadnymi zarzuty apelacyjne opisane w pkt 1 a, b i 2 apelacji.

Za niezasadny uznać należy zarzut opisany w pkt 1 c apelacji, tj. nie uwzględnienie przez Sąd Rejonowy oświadczeń pozwanego zawartych w piśmie z dnia 8 grudnia 2010 r. (k. 843-844) oraz komunikatów pochodzących z Oddziałów pozwanego - L. i (...) (k. 845 i 846). Abstrahując już od niejednoznacznej treści pisma pozwanego z dnia 8 grudnia 2010 r. dostrzec należy to, iż zgodnie z treścią art. 155 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2008.164.1027) do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej, zaś umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności. Zatem wszelkie zmiany umowy, dla swej ważności wymagają również formy pisemnej, co w niniejszej sprawie nie miało miejsca i co w efekcie analizowany zarzut apelacji powoda czyniło nietrafnym.

Mając na uwadze powyższe na podstawie art. 385 k.p.c. apelację powoda należało oddalić, zaś w oparciu o treść art. 98 § 1 k.p.c. obciążyć go kosztami postępowania apelacyjnego, na które składało się wynagrodzenie pełnomocnika ustalone w stawce minimalnej opisanej w § 6 pkt 5 w zw. z § 12 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu z urzędu (Dz. U z 2013 r. poz., 490).

SSO Z. CiechanowiczSSO I. SiutaSSO Violetta Osińska