

Sygn. akt V ACa 906/16

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 stycznia 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – V Wydział Cywilny

w składzie:

| | |
|-----------------|--------------------------------------------------------|
| Przewodniczący: | SSA Artur Lesiak |
| Sędziowie: | SA Anna Daniszewska SO del. Leszek Jantowski (spr.) |
| Protokolant: | starszy sekretarz sądowy Joanna Makarewicz |

po rozpoznaniu w dniu 29 stycznia 2018 r. w Gdańsku na rozprawie

sprawy z powództwa (...)

w B.

przeciwko(...) w B.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w B.

z dnia 5 października 2016 r., sygn. akt I C 237/16

I. zmienia zaskarżony wyrok:

a) w punkcie 1 (pierwszym) w ten sposób, że zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 33.648 (trzydzieści trzy tysiące sześćset czterdzieści osiem) złotych z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 29 października 2015r. do dnia zapłaty i oddala powództwo w pozostałej części,

b) w punkcie 2 (drugim) w ten sposób, że koszty zastępstwa procesowego stron znosi wzajemnie;

II. oddala apelację w pozostałej części;

III. koszty zastępstwa procesowego stron w postępowaniu apelacyjnym znosi wzajemnie;

IV. odstępuje od obciążania stron kosztami sądowymi w postępowaniu apelacyjnym, przejmując je na rachunek Skarbu Państwa.

Na oryginale właściwe podpisy.

Sygn. akt V ACa 906/16

UZASADNIENIE

Powód (...) w B. pozwem wniesionym 19 kwietnia 2016r. domagał się zasądzenia od pozwanego (...) w B. kwoty 80.934,95 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 29 października 2015r. do dnia zapłaty.

W uzasadnieniu wskazał, że na podstawie wiążącej strony umowy, wystąpił do pozwanego z wnioskiem o wyrażenie zgody na refundację kosztów leczenia jednego z pacjentów, hospitalizowanego w okresie od dnia 16 kwietnia 2012r. do 7 sierpnia 2012r. w trybie przewidzianym przepisem § 22 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne (tzw. rozliczenie za zgodą płatnika). Pozwany nie wyraził zgody na realizację wniosku powoda. Udzielenie świadczeń skutkowało poniesieniem kosztów w wysokości 80.934,95 zł. Dochodzone odsetki naliczone zostały od terminu wskazanego fakturze doręczonej pozwanemu w dniu 21 października 2015r.

Pozwany (...) w W. (...) w B. w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa. Zakwestionował roszczenie zarówno co do zasady, jak i co do wysokości. Podniósł zarzut przedawnienia dochodzonego roszczenia.

Wyrokiem z dnia 5 października 2016r. Sąd Okręgowy w B. oddalił powództwo, zasądził od powoda na rzecz pozwanego kwotę 7.200,-zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego, oraz kosztami sądowymi od których zwolnione były strony obciążył Skarb Państwa.

Powyższe rozstrzygnięcie zostało oparte na następujących ustaleniach faktycznych:

Powoda - (...) w B. oraz pozwanego - (...) w B. łączyła umowa dotycząca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

W dniu 17 sierpnia 2012r. powód wystąpił do pozwanego z wnioskiem o wyrażenie zgody na refundację kosztów leczenia pacjentki Z. B. (nr PESEL (...)) hospitalizowanej w okresie od dnia 16 kwietnia 2012r. do 7 sierpnia 2012r. w trybie przewidzianym w § 22 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne (tzw. rozliczenie za zgodą płatnika). Pozwany nie wyraził zgody na realizację wniosku.

W związku z udzielonymi pacjentce Z. B. świadczeniami powód poniósł łączne koszty w wysokości 80.934,95 zł. W dniu 30 września 2015r. powód wystawił pozwanemu fakturę, którą doręczono mu w dniu 21 października 2015r. Pozwany nie zapłacił powodowi kwoty z niej wynikającej. W dniu 15 stycznia 2016r. powód wezwał pozwanego do zapłaty. W odpowiedzi na to wezwanie pozwany odmówił, uzasadniając, iż nie ma podstaw do zapłaty żądanej przez powoda kwoty z powodu braku zgody Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na indywidualne rozliczenie świadczeń.

Dalej Sąd Okręgowy ustalił, że rozliczenie świadczeń produktem rozliczeniowym „Rozliczenie za zgodą płatnika:”, na podstawie istniejących wówczas przepisów, możliwe było przy zachowaniu pewnych kryteriów. Koszt takich świadczeń musiał przekroczyć wartość 5.000 zł, a ponadto musiał przekroczyć trzykrotność wartości punktowej grupy (...) określonej dla typu umowy - hospitalizacja, po uprzednim zsumowaniu ze świadczeniami do zsumowania. Wniosek powoda nie spełniał tych kryteriów. Wartość świadczeń udzielonych przez powoda wskazanej w pozwie pacjentce wynosiła 80.934,95 zł, jednak trójkrotność, o której mowa w przedmiotowym zarządzeniu dla określonej grupy po uprzednim zsumowaniu wszystkich wskazanych w § 22 zarządzenia świadczeń wynosi 101.920,32 zł.

Oceniając zebrany w sprawie materiał dowody Sąd Okręgowy uznał za wiarygodne dowody z dokumentów albowiem zostały sporządzone we właściwej formie, przewidzianej dla tego typu dokumentów, a ponadto były przejrzyste i jasne, zaś ich autentyczność nie budziła wątpliwości. Sąd dał wiarę zeznaniom wszystkich przesłuchanych w sprawie świadków: D. K., J. M., J. H., A. G. oraz B. S.. Świadkowie D. K. oraz J. M. zeznawali na okoliczność

opracowania wniosku przez powoda, wyliczenia kosztów oraz procedury. Wskazali, iż powód odmiennie od pozwanego interpretował przepisy dotyczące procedury rozliczania świadczeń w trybie tzw. rozliczenia za zgodą płatnika. Będąc pracownikami powodowego szpitala byli odpowiedzialni za tworzenie podobnych wniosków. Natomiast świadkowie będącymi pracownikami pozwanego, a więc A. G., J. H. i B. S. zeznawali na okoliczności dotyczące zasad rozliczania świadczenia objętego pozwem i sposobu raportowania tego świadczenia. Zeznania świadków w ocenie Sądu Okręgowego były spójne i logiczne.

Przechodząc do merytorycznej oceny żądania, w ocenie Sądu Okręgowego nie było ono uzasadnione. Sąd zwrócił uwagę, że powód swoje roszczenie oparł o regulację zawartą w § 22 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o numerze (...) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne. Zgodnie z treścią ust. 1 pkt 1 tego przepisu, rozliczenie świadczenia poprzez produkt rozliczeniowy „Rozliczenie za zgodą płatnika” jest możliwe po wyrażeniu indywidualnej zgody przez dyrektora

właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu, po spełnieniu następujących przesłanek: wartość świadczenia musi przekroczyć kwotę 5.000 zł oraz co najmniej trzykrotność wartości punktowej grupy określonej dla typu umowy hospitalizacja, albo świadczenia właściwego ze względu na rozliczenie, po uprzednim zsumowaniu z dodatkowymi osobodniami ponad ryczałt finansowany grupą, świadczeniami rozliczonymi według skali (...) dla dzieci oraz pozostałymi świadczeniami do zsumowania, o ile znalazły zastosowanie w danym przypadku. Zgodnie z regulacjami zawartymi w ust. 5 finansowanie tego typu świadczeń uzależnione jest nie tylko od indywidualnej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego, ale również od złożenia przez świadczeniodawcę stosownego wniosku w formie elektronicznej i papierowej wraz ze szczegółową specyfikacją kosztową świadczenia. Stanowisko dyrektora jest ostateczne i nie podlega zaskarżeniu.

Sąd Okręgowy nie podzielił w pierwszej kolejności podniesionego przez stronę pozwaną zarzutu przedawnienia. Odwołał się do treści art. 118 k.c. regulującego terminy przedawnienia, oraz do art. 120 § 1 k.c. odnoszącego się do wymagalności roszczenia i rozpoczęcia biegu terminu przedawnienia. Nie budziło wątpliwości Sądu I instancji, że powód jest podmiotem prowadzącym specyficzną działalność gospodarczą, wobec czego zastosowanie w tym przypadku miał trzyletni termin przedawnienia. Zdaniem Sądu, w przedmiotowej sprawie przedawnienie roszczenia jeszcze nie nastąpiło. Co prawda ostateczna decyzja Dyrektora (...) Narodowego Funduszu Zdrowia wydana została już w dniu 3 września 2012r., to jednak faktura, w której określono termin płatności wystawiona została przez powoda dopiero w dniu 30 września 2015r., zaś doręczono ją pozwanemu w dniu 21 października 2015r. Termin płatności wynosił siedem dni. W rezultacie termin przedawnienia przedmiotowego roszczenia nadejdzie dopiero w październiku 2018r. W ocenie Sądu Okręgowego, jednym z warunków formalnych, które należy spełnić, aby możliwe było rozliczenie świadczenia w przewidzianej formie jest wystawienie faktury na dochodzona kwotę. Zwrócił uwagę, że z właściwości zobowiązania nie wynika precyzyjny termin wykonania świadczenia, konieczne zatem stało się wezwanie dłużnika do spełnienia świadczenia. Ponadto, zgodnie z brzmieniem obowiązującego wówczas § 23 ust. 1 i 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym. Świadczeniodawca składa Funduszowi rachunek na piśmie. Dane zawarte w rachunku świadczeniodawca przekazuje również w formie elektronicznej. Tym samym koniecznym dopełnieniem procedury składania takich wniosków jest złożenie stosownego pisemnego rachunku. Dopiero wówczas wniosek złożony jest poprawnie. Stanowi on wtedy jedyny dowód na wysokość dochodzonego świadczenia.

Niemniej jednak w ocenie Sądu Okręgowego – pomimo braku przedawnienia –

roszczenie powoda należało uznać za niezasadne z innych przyczyn. Wskazał, że przy uwzględnieniu literalnej wykładni § 22 ust. 1 zarządzenia, dosłowne brzmienie tego przepisu nakazuje dokonać sumowania konkretnych wartości punktowych - zgodnie z interpretacją pozwanego, a nie jest rolą Sądu analiza „ekonomiczności” takiego sformułowania.

Sąd I instancji zwrócił uwagę, że strona powodowa złożyła wniosek dotyczący refundacji kosztów leczenia jednej z pacjentek. We wniosku tym wniósł o wyrażenie przez Dyrektora Oddziału (...) Narodowego Funduszu Zdrowia zgody na dokonanie rozliczenia w omawianym trybie. Pozwany odmówił rozliczenia w tym trybie, co było decyzją ostateczną. Wskazał na przesłanki, którymi kierował się wydając odmowną decyzję. Uzasadnienie odmowy odnosiło się do literalnej wykładni wskazanych przepisów.

W ocenie Sądu Okręgowego rozliczanie świadczeń produktem rozliczeniowym „Rozliczenie za zgodą płatnika” możliwe było, na podstawie istniejących wówczas przepisów, przy zachowaniu pewnych kryteriów. Koszt takich świadczeń musiał przede wszystkim przekroczyć wartość 5.000 zł. Ponadto musiał on również przekroczyć trzykrotność wartości punktowej grupy (...), określonej dla typu umowy - hospitalizacja, po uprzednim zsumowaniu ze świadczeniami do zsumowania. Wniosek powoda nie spełniał tych kryteriów. Wartość świadczeń udzielonych przez powoda wskazanej w pozwie pacjentce wynosiła 80.934,95 zł, jednak trójkrotność, o której mowa w przedmiotowym zarządzeniu dla określonej grupy po uprzednim zsumowaniu wszystkich wskazanych w § 22 zarządzenia świadczeń wynosi 101.920,32 zł. Zdaniem Sądu, powód mógł zwrócić się do pozwanego o interpretację wątpliwego przepisu zarządzenia. Sporne świadczenie nie spełniało wszystkich kryteriów przewidzianych w omawianej regulacji. W prawdzie świadczenie wykonane przez powoda przekroczyło wartość 5.000 zł, jednak nie zakwalifikowało się do rozliczenia we wskazanym trybie ze względu na brak przekroczenia trójkrotności wartości punktowej grupy Q13 po uprzednim zsumowaniu wskazanych świadczeń do zsumowania.

Nie ulegało wątpliwości Sądu I instancji, iż charakter działalności powoda nakazuje mu udzielanie świadczeń zdrowotnych w zgodzie z aktualną wiedzą medyczną, z wykorzystaniem dostępnych terapii i środków uzasadnionych stanem pacjenta. Powód nie ma zatem swobody w wyborze udzielanych świadczeń, musi udzielać te w pełni uzasadnione, nie może odmówić ich wykonania. Nie oznacza to jednak, iż powód zobligowany był do rozliczenia tych świadczeń jedynie w produkcie rozliczeniowym „Rozliczenie za zgodą płatnika”. Powód miał bowiem sposobność rozliczenia świadczenia zgodnie z trybem zwykłym tj. do dnia 15 lutego 2013r. Nieuzasadnione są oświadczenia strony powodowej, jakoby nie było to możliwe ze względu na otrzymanie ostatecznej decyzji odmownej w dniu 11 lutego 2013r. W ocenie Sądu powód jako profesjonalny podmiot w obrocie gospodarczym winien zdawać sobie sprawę z konsekwencji jakie wynikają z zawieranych umów.

Zgodnie zaś z treścią umowy łączącej strony, a także na podstawie przywoływanego zarządzenia decyzją dyrektora oddziału była ostateczna i nie przysługiwało od niej zażalenie.

Z tych też względów Sąd Okręgowy oddalił powództwo na podstawie art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych a contrario (punkt 1 wyroku).

O kosztach procesu orzeczono zgodnie z art. 98 § 1 k.p.c. Z uwagi na fakt, iż powód przegrał niniejszy proces, Sąd na mocy wyżej przytoczonego przepisu oraz §2 pkt 6 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych zasądził od powoda na rzecz pozwanego koszty zastępstwa procesowego w wysokości 7.200 zł (punkt 2 wyroku), natomiast na podstawie przepisu art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych kosztami sądowymi, od uiszczenia których zwolnione były strony obciążył Skarb Państwa.

Apelację od powyższego wyroku wniósł powód, zaskarżając go w całości. Zaskarżonemu wyrokowi zarzucił :

- 1.nierozpoznanie istoty sprawy,
- 2.naruszenie przepisów prawa materialnego, to jest:

a.§ 22 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011r. o numerze (...) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne poprzez jego niewłaściwe zastosowanie, co skutkowało przyjęciem przez Sąd, że przepis ten stanowił jedyną podstawę prawną umożliwiającą uzyskanie zwrotu kosztów leczenia, co w konsekwencji skutkowało konstatacją, że powód nie spełnił warunków

przewidzianych w tym przepisie, uprawniających do uzyskania refundacji kosztów świadczeń udzielanych pacjentce Z. B.,

b. art. 415 k.c. poprzez jego niezastosowanie, podczas gdy z okoliczności faktycznych sprawy w sposób nie budzący wątpliwości wynikał, że poniósł szkodę w wysokości dochodzonej pozwem, to jest kosztów świadczeń udzielanych pacjentce Z. B., które zostały wykonane – co nie było kwestionowane przez pozwanego co do zasady, jak i co do wysokości w kontekście faktu, że pozwany odmówił „odblokowania” zamkniętych umów (...)oraz (...), które to działania noszą znamiona co najmniej rażącego niedbalstwa, jeśli nie winy umyślnej,

3.naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na jego wynik, to jest:

a. art. 233 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów, dokonanej wybiórczo, wbrew zasadom logiki i doświadczenia życiowego, polegającej na uznaniu, że z przedłożonych dowodów w postaci dokumentów nie wynika, iż pozwany uniemożliwił rozliczenie realizowanych w ramach umowy świadczeń wskutek działań polegających na wielokrotnych odmowach „ odblokowania”

zamkniętych umów zawartych pomiędzy stronami o numerach (...) oraz (...), co skutkować powinno przesądzeniem odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego i stwierdzeniem obowiązku zapłaty kwoty objętej żądaniem pozwu,

b. art. 328§2 k.p.c. polegającym na braku odniesienia się przez Sąd I instancji w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku do kwestii odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego w kontekście działań polegających na wielokrotnych odmowach „ odblokowania” zamkniętych umów o numerach (...)/ oraz (...), także w kontekście ustawowego zobowiązania powoda do udzielania świadczeń objętych pozwem i braku możliwości odmowy ich udzielania.

Wskazując na powyższe zarzuty skarżący wnieśli o zmianę zaskarżonego wyroku i uwzględnienie powództwa w całości, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy w całości do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji.

W odpowiedzi na apelację pozwany wniósł o jej oddalenie i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego (k.171-173).

Sąd Apelacyjny ustalił i zważył co następuje:

Apelacja była częściowo uzasadniona.

Sąd Apelacyjny co do zasady podziela ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd Okręgowy i przyjmuje je za własne, co czyni zbędnym ich ponowne przytaczanie (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 września 2014r. I CSK 628/13 LEX nr 1554252, uzasadnienie postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 7 kwietnia 2016r. III CSK 210/15, Legalis numer 1444982). Z prawidłowo poczynionych ustaleń Sąd Okręgowy wywiódł jednak częściowo chybione wnioski co do braku po stronie pozwanej obowiązku zapłaty za spełnione przez powoda świadczenie w postaci leczenia szpitalnego pacjentki. Podkreślenia przy tym wymaga, że Sąd Apelacyjny orzekając jako instancja merytoryczna jest związany zarzutami procesowymi, nie jest natomiast związany zarzutami naruszenia prawa materialnego (por. uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 31 stycznia 2008 r. III CZP 49/07- zasady prawnej, OSNC 2008, Nr 6, poz. 55).

Jedynie uzupełniająco Sąd Apelacyjny ustalił, co następuje:

Pismami z dnia 6 grudnia 2013r., 6 maja 2014r i 10 czerwca 2014r. powód zwracał się do pozwanego o rozliczenie świadczeń za rok 2012, między innymi w oparciu o zasady wynikające z systemu(...).

(dowód: pisma k. 118-123)

Pozwany odmówił takiego rozliczenia.

(dowód: odpowiedź NFZ z dnia 10 kwietnia 2014r. k.124).

Całkowita wartość refundacji w przypadku objętej wnioskiem hospitalizacji przy rozliczeniu grupą (...) wyniosłaby 33.648,-zł. (okoliczność bezsporna, vide: pismo

(...) B. z dnia 25 października 2012r. k.19, zeznania świadka J. H. k.127, 00:51:41).

Powyższe uzupełniające ustalenia dokonane zostały w oparciu o dokumenty prywatne – korespondencję prowadzoną pomiędzy stronami, której autentyczność nie była przez strony kwestionowana (art. 245 k.p.c.). Wysokość świadczenia w przypadku rozliczenia przy uwzględnieniu zasad wynikających z Jednorodnych Grup Pacjentów nie była sporna pomiędzy stronami.

Przechodząc do poszczególnych zarzutów, w pierwszej kolejności należało odnieść się do najdalej idącego zarzutu naruszenia prawa procesowego, a mianowicie zarzutu naruszenia art. 328§2 k.p.c., regulującego warunki, jakie musi spełniać uzasadnienie wyroku.

Za utrwalony w orzecznictwie należy uznać pogląd, który Sąd Apelacyjny w niniejszej sprawie w pełni podziela, wedle którego zarzut naruszenia art. 328 k.p.c. może być skutecznie podniesiony tylko wtedy, gdy uzasadnienie zaskarżonego wyroku zostanie zredagowane w sposób uniemożliwiający stwierdzenie, jakie ustalenia co do faktów i ocena prawna zadecydowały o wyniku postępowania w sprawie (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 listopada 2014r. I CSK 735/13 LEX nr 1545043). Innymi słowy, zarzut naruszenia przepisu art. 328§ 2 k.p.c. odnoszący się do elementów, jakie winno zawierać uzasadnienie orzeczenia mógłby być uwzględniony tylko wtedy, gdyby sporządzone uzasadnienie zaskarżonego orzeczenia nie pozwalałoby na merytoryczną ocenę rozstrzygnięcia. Tak w niniejszej sprawie nie było. Sąd Okręgowy wskazał, jakie poczynił w sprawie ustalenia faktyczne, na jakich w tym zakresie dowodach się oparł, oraz wyjaśnił podstawę prawną wyroku z przytoczeniem przepisu prawa. W szczególności Sąd Okręgowy dokonał oceny zachowania powoda w świetle łączącej go z pozwanym umowy i realizacji obowiązków z niej wynikających. Zarzut braku odniesienia się do odpowiedzialności odszkodowawczej wynikającej z odmowy „odblokowania zamkniętych umów” oparty był na błędnym założeniu, iż oceny tej należy dokonywać w kontekście naruszenia art. 415 k.c. określającego przesłanki odpowiedzialności z tytułu popełnienia czynu niedozwolonego. Sąd Okręgowy dokonał oceny zachowania pozwanego w kontekście nienależytego wykonania obowiązków, podkreślając, iż „powód miał możliwość rozliczenia świadczenia w trybie zwykłym, do dnia 15 lutego 2013r.” i „nieuzasadnione są twierdzenie strony powodowej, jakoby nie było to możliwe ze względu na otrzymanie ostatecznej decyzji odmownej w dniu 1 lutego 2013r.” (strona 9 uzasadnienia, k.153). Podkreślił, że zgodnie z treścią umowy łączącej strony, a także na podstawie cytowanego zarządzenia „decyzja dyrektora była ostateczna i nie przysługiwało od niej zażalenie”. Tym samym Sąd Okręgowy uznał, że to powód nie dochował należytej staranności przy składaniu wniosku o rozliczenie udzielonego świadczenia zdrowotnego, zaś pozwany działał w ramach swoich kompetencji. Nie można zatem mówić o naruszeniu przepisu art. 328§2 kpc. W rezultacie nie był także trafny zarzut

nierozpoznania istoty sprawy. Pojęcie nierozpoznania istoty sprawy interpretowane jest jako wadliwość rozstrzygnięcia, polegająca na wydaniu przez sąd pierwszej instancji orzeczenia, które nie odnosi się do tego, co było przedmiotem sprawy, bądź na zaniechaniu zbadania przez ten Sąd materialnej podstawy żądania albo oceny merytorycznych zarzutów strony przy bezpodstawnym przyjęciu, że istnieje przesłanka materialnoprawna lub procesowa unicestwiająca roszczenie (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 12 grudnia 2017r. IV CZ 90/17, LEX nr 2428798 i tam powołane orzecznictwo). Wskazuje się, że przyczyna zaniechania zbadania istoty sprawy może tkwić zarówno w pasywności sądu, jak i w błędnym - przyjęciu przesłanki niweczącej lub hamującej roszczenie, np. prekluzja, przedawnienie, potrącenie, brak legitymacji, prawo zatrzymania itd. (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 12 grudnia 2017r. IV CZ 90/17, LEX nr 2428798, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 września 1998 r., II CKN 897/97, OSNC 1999, Nr 1, poz. 22). Nierozpoznanie istoty sprawy zachodzi również w przypadku dokonania przez sąd pierwszej instancji oceny prawnej żądania bez ustalenia podstawy faktycznej, co wymagałoby poczynienia kluczowych ustaleń po raz pierwszy w instancji odwoławczej. W takiej sytuacji uzasadnione jest uchylenie orzeczenia ze względu na respektowanie uprawnień stron, wynikających z zasady dwuinstancyjności postępowania sądowego.

(por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 12 grudnia 2017r. IV CZ 90/17, LEX nr 2428798, uzasadnienie postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 8 marca 2017 r., IV CZ 130/16, LEX nr 2269094).

Przenosząc to na grunt niniejszej sprawy żadna z wyżej wymienionej postaci nierozpoznania sprawy nie zachodziła, gdyż Sąd odniósł się do zasadniczego przedmiotu procesu, to jest, czy po stronie pozwanej istnieje obowiązek rozliczenia udzielonego świadczenia zdrowotnego – zgodnie ze zgłoszonym żądaniem.

Za częściowo trafny natomiast należało uznać zarzut naruszenia art. 233§1 k.p.c. polegający na pominięciu dokumentów w postaci pism z dnia 6 grudnia 2013r., 6 maja 2014r i 10 czerwca 2014r. (k. 118-123) i odpowiedzi NFZ z dnia 10 kwietnia 2014r. (k.124) dotyczących wniosków o rozliczenie świadczeń za rok 2012. W tym zakresie Sąd poczynił uzupełniające ustalenia, mające wpływ na ocenę, czy zachowanie pozwanej polegające na odmowie rozliczenia udzielonego świadczenia na zasadach ogólnych stanowiło naruszenie obowiązków kontraktowych. W pozostałym zakresie ocena dowodów przeprowadzona przez Sąd I instancji, w szczególności dotycząca zeznań świadków nie wykraczała poza granice wyznaczone zasadą swobodnej oceny dowodów (art. 233§1 k.p.c.) i Sąd Apelacyjny tę ocenę podziela i przyjmuje za własną.

Przechodząc do oceny zarzutów naruszenia prawa materialnego wskazać należy, że w polskim systemie realizowania obowiązków Państwa w zakresie ochrony zdrowia przyjęto, co do zasady, system kontraktowania przez płatnika (NFZ) świadczeń zdrowotnych udzielanych ubezpieczonym, przez zawieranie ze świadczeniodawcami stosownych umów, o jakich mowa w przepisach art. 132 i nast. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych

ze środków publicznych (t. jedn. Dz.U z 2017r. poz.1938).

Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ma charakter umowy wzajemnej, odpłatnej, dwustronnie zobowiązującej, w której każda ze stron jest jednocześnie wierzycielem i dłużnikiem. Fundusz ma wierzytelność względem świadczeniodawcy, której treścią jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a równocześnie jako dłużnik jest zobowiązany do zapłaty za udzielone świadczenia. Z drugiej strony świadczeniodawca jako dłużnik jest zobowiązany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a jako wierzyciel posiada wierzytelność względem Funduszu o zapłatę za wykonane usługi. Fundusz jest w ten sposób związany umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z podmiotami uprawnionymi i zarazem zobowiązanymi do jej udzielania. Tym samym pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcą powstaje więź prawna o charakterze cywilnoprawnym, znajdująca swe źródło w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. (por. A. Pietraszewska – Macheta (w:) I. Kowalska – Mańkowska, A. Pietraszewska – Macheta, A. Sidorka, K. Urban, Komentarz do art. 132 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, LEX 2016)

Innymi słowy, stosunek prawny między NFZ a świadczeniodawcą, ma charakter umownego zobowiązania, którego powstanie i wykonanie podlega ocenie z punktu widzenia prawa cywilnego. O cywilnoprawnym charakterze umowy przesądza norma art. 155 ust. 1 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którą do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, chyba że ustawa stanowi inaczej. (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 sierpnia 2003r. IV CKN 393/01, LEX nr 279804, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 lutego 2005r., IV CK 541/04, LEX nr 149585, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2010 r. III CSK 93/10 LEX nr 1001312).

Jedną z naczelných zasad prawa zobowiązań – w przypadku umów wzajemnych - jest zasada ekwiwalentności świadczeń. Oznacza to, że dłużnik z umowy wzajemnej, który spełnił swoje świadczenie ma prawo oczekiwać, iż druga strona również spełni swoje świadczenie w celu zaspokojenia jej słusznego interesu prawnego. Na gruncie niniejszej sprawy bezspornym było to, że powód spełnił świadczenie w postaci leczenia szpitalnego pacjentki, przy czym – jak słusznie zauważył Sąd Okręgowy powód jest obowiązany do udzielania świadczeń zdrowotnych w zgodzie z aktualną wiedzą medyczną i z wykorzystaniem dostępnych terapii i środków uzasadnionych stanem pacjenta. Bezspornym było w niniejszej sprawie, że poniesiony przez powoda koszt leczenia pacjentki Z. B. wyniósł 80.934,95 zł i przekroczył limity przewidziane w ramach rozliczeń na zasadach ogólnych w ramach tzw. (...), przy uwzględnieniu zaliczenia

udzielnego świadczenia zdrowotnego do grupy (...). Z poczynionych ustaleń wynika, że rozliczenie według grupy(...) wynosiło 33.648,-zł (k. 19 v).

W przypadku rozliczenia nietypowego świadczenia - bardziej kosztownego niż

przewiduje to rozliczenie na zasadach ogólnych – rozwiązaniem przyjętym dla świadczeń szpitalnych jest indywidualny tryb rozliczania świadczeń - tzw. rozliczenie za zgodą płatnika. Przesłanki zastosowania indywidualnego rozliczenia według tzw. zgody płatnika określało - w czasie, gdy udzielone zostało świadczenie - Zarządzenie Nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (obecnie §22 i § 23 zarządzenia nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne), gdzie w §22 wskazano między innymi, że w przypadku realizacji przez świadczeniodawcę świadczenia:

1) którego koszt przekracza wartość 5 000 zł i co najmniej trzykrotność wartości punktowej grupy określonej dla typu umowy hospitalizacja (kolumna nr 5 załącznika nr 1a do zarządzenia), albo świadczenia właściwego ze względu na rozliczenie, po uprzednim zsumowaniu z:

- dodatkowymi osobodniami ponad ryczałt finansowany grupą,
- świadczeniami rozliczanymi według skali (...) 28 albo (...) 28 dla dzieci,
- świadczeniami do sumowania

o ile znalazły zastosowanie w danym przypadku, rozliczenie świadczenia może odbywać się poprzez produkt rozliczeniowy: 5.52.01. (...) - Rozliczenie za zgodą płatnika, po wyrażeniu indywidualnej zgody przez dyrektora Oddziału Funduszu na sposób jego rozliczenia.

W niniejszej sprawie powód opierał swoje roszczenie przede wszystkim na twierdzeniu, że spełnił warunki do zapłaty za udzielone świadczenie, przy uwzględnieniu wyżej opisanej procedury, zaś pozwany Fundusz bezpodstawnie odmówił zgody na zapłatę świadczenia w pełnej wysokości. Zgodzić się przy tym należało ze stanowiskiem strony pozwanej, że treść cytowanego zarządzenia stanowi element zawartej pomiędzy stronami umowy, co oznacza, że po stronie świadczeniodawcy powstaje uprawnienie do domagania się rozliczenia świadczenia w trybie rozliczenia za zgodą płatnika tylko w przypadku spełnienia warunków określonych w przedmiotowej regulacji. Z uwagi na cywilnoprawny charakter umowy łączącej strony zdaniem Sądu Apelacyjnego okoliczność, czy domagający się rozliczenia w tym trybie spełnił warunki do rozliczenia za zgodą płatnika podlega ocenie Sądu. Innymi słowy, Sąd jest uprawniony do zbadania, czy odmowa zgody przez dyrektora Oddziału Funduszu na ten sposób rozliczenia – była uzasadniona. Niemniej jednak w ocenie Sądu Apelacyjnego Sąd Okręgowy trafnie uznał, że interpretacja wyżej wskazanego zapisu §22 zaprezentowana przez powoda jest błędna, zaś przedstawiona przez stronę pozwaną – prawidłowa. Przy obliczaniu „trójkrotności” świadczenia nie można bowiem pomijać pozostałych zmiennych wpływających na ustalenie wysokości świadczenia, tzw. „osobodni” i innych świadczeń do zsumowania i przyjmować, iż owa trójkrotność dotyczy wyłącznie kosztów rozliczenia grupy.

Nie oznacza to jednak, że powodowi w ogóle nie należy się żadne świadczenie. Skoro bowiem powód spełnił świadczenie, to przysługiwało mu prawo do rozliczenia go na zasadach ogólnych. Nie można uznać, że brak zgłoszenia tego świadczenia w stosownym sprawozdaniu, w określonym terminie powoduje utratę prawa do uzyskania stosownego świadczenia. Normy wynikające z ówczesnie obowiązującego § 23 ust.1 i 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń z opieki zdrowotnej (Dz.U z 2008r. nr 81 poz.484) określają jedynie procedurę związaną ze sposobem dokumentowania rozliczenia, nie zawierają natomiast stwierdzenia, że brak zgłoszenia rachunku wraz z raportem statystycznym w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego powoduje wygaśnięcie roszczenia o zapłatę. Fundusz jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie (§14 Rozporządzenia). Skoro zatem powód spełnił świadczenie zdrowotne w ramach łączącej

go z pozwanym umowy, zaś pozwany odmówił zapłaty za to świadczenie na zasadach ogólnych, to takie zachowanie strony pozwanej należało ocenić w kategoriach nienależytego wykonania zobowiązania (art. 471 kc.), a nie czynu niedozwolonego z art. 415 k.c. Przepis ten nie miał w niniejszej sprawie zastosowania, skoro strony łączyła umowa i w pierwszej kolejności należało ocenić, czy brak zapłaty za udzielone świadczenie zdrowotne stanowił nienależyte wykonanie zobowiązania.

Sąd Apelacyjny nie podzielił przy tym podniesionego w sprawie zarzutu przedawnienia roszczenia. Nawet bowiem, gdyby przyjąć – odmiennie od Sądu Okręgowego – ,że wymagalność roszczenia o zapłatę za udzielone świadczenie zdrowotne winna być skorelowana z ostateczną datą złożenia sprawozdania obejmującego wykonane świadczenie, to jest 14 lutego 2013r., to w ocenie Sądu Apelacyjnego z uwagi na charakter spełnionego świadczenia – udzielenie wymaganej i koniecznej opieki zdrowotnej – podnoszenie takiego zarzutu w tej konkretnej sprawie stanowiłoby nadużycie prawa podmiotowego, zważywszy przy tym na niewielkie, ponad 2 – miesięczne przekroczenie terminu (art. 5 k.c., por. Wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 25 listopada 2010 r. III CSK 16/10 OSNC – ZD 2011/3/51).

Z tych też względów Sąd Apelacyjny na podstawie wyżej cytowanych przepisów oraz art. 386§1 k.p.c zmienił zaskarżony wyrok i zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 33.648,-zł, z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 29 października 2015r. do dnia zapłaty – stanowiącą należność za udzielone świadczenie zdrowotne pacjentce Z. B., rozliczone na zasadach ogólnych w oparciu o grupę (...), oddalając powództwo oraz apelację w pozostałej części.

Odsetki za opóźnienie zasądzono od dnia następnego po upływie terminu zapłaty wynikającego z wystawionej i doręczonej pozwanemu w dniu 21 października 2015r. faktury (art. 481§1 k.c.).

Konsekwencją zmiany merytorycznej rozstrzygnięcia była także zmiana

orzeczenia o kosztach za I instancję. Uwzględniając zasadę stosunkowego rozdziału kosztów (art. 100 k.p.c.) Sąd zniósł koszty zastępstwa procesowego w postępowaniu pierwszoinstancyjnym. Na tej samej zasadzie orzeczono o kosztach zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym. Mając na uwadze, że obie strony były zwolnione od kosztów sądowych, Sąd na podstawie art.102 k.p.c. odstąpił od obciążania stron tymi kosztami.