

Sygn. akt I ACa 495/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 lipca 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Sławomir Jamróg
Sędziowie:	SSO del. Wojciech Żukowski (spr.) SSA Józef Wąsik
Protokolant:	st. sekr. sądowy Urszula Kłosińska

po rozpoznaniu w dniu 18 lipca 2018 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa **(...) Szpitala (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w K.**

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

o zapłatę

na skutek apelacji strony powodowej

od wyroku Sądu Okręgowego w Krakowie

z dnia 14 grudnia 2017 r. sygn. akt I C 2243/15

1. **oddala apelację;**

2. **zasądza od strony powodowej na rzecz strony pozwanej kwotę 11.250zł (jedenaście tysięcy dwieście pięćdziesiąt złotych) tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.**

SSA Józef Wąsik SSA Sławomir Jamróg SSO del. Wojciech Żukowski

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 22 grudnia 2015 r. Szpital (...)s.p. z o.o. w K. wniósł o zasądzenie na jego rzecz od strony pozwanej NFZ - (...) Oddziału Wojewódzkiego w K. kwoty 2.696.511,93 zł z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia doręczenia pozwu do dnia zapłaty wraz z kosztami procesu, w tym kosztami zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Uzasadniając swoje żądanie powód wskazał, że w okresie od 1 stycznia 2008 r. do 31 grudnia 2008 r. realizował świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie umów zawartych z NFZ. W 2014 r. została dokonana kontrola wykonywanych w tym czasie świadczeń, która zakończyła się wystąpieniem pokontrolnym MOW NFZ, w którym powód został wezwany do zwrotu kwoty 2.638.179,02 zł z tytułu nieprawidłowo udzielanych przez niego świadczeń zdrowotnych. Powód wykorzystał drogę odwoławczą, która nie zakończyła się zmianą powyższego rozstrzygnięcia,

dlatego też dokonał zapłaty przedmiotowej należności. Część z tej sumy, tj. 78.042,70 została przy tym uregulowana poprzez dokonanie przez pozwanego potrącenia. Ponadto strona pozwana obciążyła powoda także odsetkami w kwocie 58.332, 91 zł, które także zostały potrącone przez NFZ. Jako podstawę swojego roszczenia powód wskazał łączącą go ze stroną pozwaną umowę, na mocy której należne było mu wynagrodzenie za wykonane świadczenia oraz przepisy o bezpodstawnym wzbogaceniu. Powód zakwestionował bowiem zasadność wniosków płynących z wystąpienia pokontrolnego, uznając że wykonał umowę w całości w sposób prawidłowy, a zatem niezasadne było obciążenie go powyższą kwotą. Szpital odniósł się także do dokonanego przez NFZ potrącenia uznając je za nieskuteczne w świetle przepisów art 498 k.c., powołując się na okoliczność, że wierzycelność pozwanego nigdy nie istniała. Powód wskazał przy tym na szereg nieprawidłowości w sposobie przeprowadzenia kontroli, w tym: brak potwierdzenia kompetencji profesjonalnych kontrolerów, przeprowadzenie kontroli poza terminem i zakresem wskazanym w zawiadomieniu, brak przewidzianych prawem elementów protokołu kontroli, zarządzanie i wykonanie kontroli sprawozdawczości za rok 2008 z naruszeniem zasady równego traktowania, gdyż jako jedyny z czterech szpitali wojewódzkich w (...) miał przeprowadzoną kontrolę, oparcie wystąpienia pokontrolnego na niezgodnych z prawdą ustaleniach faktycznych. Powód zaznaczył także, że NFZ wskazał, że dokonał kontroli w oparciu o kryterium legalności, stwierdzając niezgodność rozliczeń z zapisami zarządzenia Prezesa NFZ nr (...), (...) oraz (...), jednakże w ocenie szpitala brak jest delegacji ustawowej dla Prezesa NFZ do ustalenia zasad udzielania świadczeń w drodze zarządzenia.

W odpowiedzi na pozew, strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie na jej rzecz od powoda kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W pierwszej kolejności powołując się na aneks z 12 lutego 2016 r. MOW NFZ podniósł powagę rzeczy ugodzonej odnośnie części świadczenia, tj. w zakresie sumy pieniężnej objętej potrąceniami uznając, że skoro powyższa ugoda dotyczyła świadczeń za 2015 r., kiedy to doszło do złożenia oświadczeń o potrąceniu to objęła ona w konsekwencji także przedmiotowe należności. Strona pozwana zaznaczyła, że nigdy nie kwestionowała samego wykonania świadczeń przez powoda, czy ich prawidłowości, ale sposób ich rozliczenia, który w tym wypadku był niezgodny z umową i skutkował zawyżeniem środków otrzymanych przez szpital w stosunku do tego, co było mu w rzeczywistości należne, poprzez nieprawidłowe zastosowanie umownych reguł ustalania wysokości wynagrodzenia. MOW NFZ zaznaczył, że strony związane były nie tylko umowami, które były wielokrotnie zmieniane, ale także Ogólnymi Warunkami Umów o Udzielanie Świadczeń Opieki zdrowotnej oraz aktualnymi Zarządzeniami Prezesa NFZ, których postanowienia były każdorazowo inkorporowane do treści zawieranych umów, czy aneksów. Postanowienia powyższych zarządzeń i ich załączników zawierały przy tym zasady rozliczania świadczeń, którymi w konsekwencji związany był powód, a których nie przestrzegał. Ważne z punktu widzenia przedmiotowej sprawy były zapisy Szczegółowych Materiałów Informacyjnych o Przedmiocie Postępowania w Sprawie Zawarcia Umów o Udzielanie Świadczeń Opieki Zdrowotnej oraz Realizacji i Finansowaniu Umów o Udzielanie Świadczeń Opieki Zdrowotnej, które stanowiły załącznik do poszczególnych zarządzeń. Pozwany zauważył przy tym, że wszystkie kolejne umowy dotyczące okresu kontroli przewidywały takie same warunki rozliczania świadczeń. W przypadku naruszenia powyższych zasad dochodziło do obliczenia nieprawidłowej wysokości wynagrodzenia, zaś powstała nienależnie nadwyżka, jak to miało miejsce w niniejszej sprawie, stanowi nienależnie przekazane środki, które podlegają zwrotowi, co wynika także z OWU z 2005 i 2008 r. Ponadto, w ugodzie z 2008 r. strony zastrzegły, że nie wyłącza ona dalszej weryfikacji świadczeń przez NFZ. Przeprowadzona kontrola wykazała szereg nieprawidłowości w sposobie rozliczania świadczeń. Pozwany wskazał przy tym powodowi świadczenia, co do których sprawozdanie zostało wykonane błędnie, żądając korekty raportów, na podstawie których dokonano by następnie korekty faktur i ustalenia należnego wynagrodzenia, żądając też zwrotu nienależnie pobranych kwot, czemu jednak szpital odmówił. Doprowadziło to do potrącenia części należności, zaś pozostałą kwotę zwrócił sam pozwany. NFZ oświadczył przy tym, że nietrafny był zarzut braku mocy wiążącej zarządzeń Prezesa NFZ, gdyż zostały one wydane na podstawie normy kompetencyjnej.

Wyrokiem z dnia 14 grudnia 2017 r. Sąd Okręgowy w Krakowie oddalił powództwo i zasądził od strony powodowej (...) Szpitala(...)Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w K. na rzecz strony pozwanej

Narodowego Funduszu Zdrowia w W. Oddziału Wojewódzkiego w K. kwotę 7,217 (siedem tysięcy dwieście siedemnaście) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu.

Wyrok ten wydano w oparciu o ustalenia faktyczne, zgodnie z którymi W dniu 31 stycznia 2007 r. NFZ – (...) Oddział Wojewódzki w K. zawarł z (...) Szpitalem (...)w K. umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne, która miała obowiązywać od 1 stycznia 2007 r. do 31 grudnia 2009 r. Na jej podstawie świadczeniodawca – powód miał udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie określonym w załączniku do umowy. Strony w §(...) pkt (...) powyższej umowy ustaliły, że świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w Szczegółowych Materiałach Informacyjnych o Przedmiocie Postępowania w Sprawie Zawarcia Umów o Udzielanie Świadczeń Opieki Zdrowotnej oraz Realizacji i Finansowaniu Umów o Udzielanie Świadczeń Opieki Zdrowotnej wprowadzanych przez Prezesa NFZ w drodze zarządzenia, a w pkt(...) wskazano, że świadczeniodawca w okresie od dnia 1 stycznia 2007 r. do 31 grudnia 2007 r. zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z materiałami informacyjnymi określonymi zarządzeniem nr (...) Prezesa NFZ z dnia 18 września 2006 r., zmienionym zarządzeniem nr (...), (...), (...). W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy dyrektor Oddziału Funduszu mógł nałożyć na niego karę umowną na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W § (...) strony wskazały, że prezes NFZ ogłasza materiały informacyjne na następny okres rozliczeniowy do dnia 20 września danego okresu rozliczeniowego. W zakresie nieuregulowanym umową zastosowanie miało znaleźć rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Do umowy został dołączony Plan rzeczowo – finansowy.

Z uwagi na zmiany zarządzenia prezesa NFZ z dnia 18 września 2006 r., nr (...) strony zawarły trzy aneksy do powyższej umowy: w dniu 23 lipca 2007 r. - nr (...), 30 listopada 2007r. - nr: (...), 18 kwietnia 2008 r. - nr: (...), w których dokonywały modyfikacji § (...) pierwotnej umowy poprzez uaktualnienie zasad i warunków wykonywania świadczeń przez świadczeniodawcę poprzez wskazanie, że jest on związany aktualnym brzmieniem rozporządzenia nr (...)i jego załączników. Aneks z dnia 30 listopada 2007 r. zaczął obowiązywać od dnia 1 stycznia 2008 r., a aneks nr (...) obowiązywał od dnia wejścia w życie powołanych w nim rozporządzeń. Z uwagi na wejście w życie zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 11 stycznia 2008 r., nr (...), strony w dniu 23 czerwca 2008 r. zawarły aneks nr (...), który obowiązywał od dnia 1 lipca 2008 r. i nadawał umowie z dnia 31 stycznia 2007 r. nowe jednolite brzmienie. W § (...) pkt(...) strony wskazały, że świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa NFZ nr (...) z dnia 11 stycznia 2008 r w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, które obowiązują w okresie rozliczeniowym za okres od dnia 1 lipca 2008r. do dnia 31 grudnia 2008 r. Kolejny aneks do umowy został zawarty w dniu 30 grudnia 2008 r. i uwzględniał wejście w życie zarządzenia Prezesa NFZ nr (...) z dnia 22 października 2008 r. modyfikując zakres związania przepisami powoda przy wykonywaniu świadczeń. Obowiązywał on od 1 października 2008 r.

W dniu 14 lutego 2008 r. strony zawarły ugodę odnośnie świadczeń opieki zdrowotnej za okres od 1 stycznia 2007 r. do 31 grudnia 2007 r., zastrzegając jednocześnie, że w przypadku wystąpienia zdarzeń skutkujących obowiązkiem zwrotu nienależnie przekazanych środków na podstawie niniejszej ugody, świadczeniodawca zobowiązany jest do zwrotu tych kwot w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania.

Pismem z dnia 12 czerwca 2008 r. dotyczącym weryfikacji sprawozdawczości w rodzaju: leczenie szpitalne - „błąd przyjęcie i wypis w ten sam dzień” (...) Oddział NFZ poinformował szpital, że świadczenia szczegółowo wymienione w załączonych do pisma tabelach zostały zaakceptowane do rozliczenia na podstawie przedstawionych przez powoda wyjaśnień, a pozostałe zakwestionowane w wyniku weryfikacji świadczenia wymagają skorygowania. W odpowiedzi na pismo z dnia 22 października 2008 r. MOW NFZ wyraził zgodę na rozliczenie świadczenia dot. M. P., PESEL (...) wg procedury „świadczenie za zgodą płatnika”. W wyniku przeprowadzenia podsumowania wyników weryfikacji sprawozdawczości MOW NFZ zakwestionował około 1000 świadczeń zdrowotnych udzielonych w 2008 r.

Weryfikacja świadczeń zgłoszonych do rozliczenia z 2008 r. przez powodowy szpital wykryła nieprawidłowości związane z niepoprawnym dzieleniem hospitalizacji i tzw. błędem 14 dni. Dzielenie hospitalizacji polega na tym, że pacjent nie wychodząc ze szpitala jest z niego wypisywany i przenoszony z jednego oddziału na drugi, w związku z czym zakłada się dla niego nową kartę przyjęcia i przedstawia ponownie do rozliczenia. Błąd 14 dni odnosi się do sytuacji, gdy pacjent był przyjmowany ponownie do tego samego szpitala z tą samą jednostką chorobową wcześniej niż po upływie 14 dni od wcześniejszego wypisania. Przedmiotowej weryfikacji dokonują zatrudnieni w NFZ lekarze, którzy sprawdzają Pesel pacjenta, datę przyjęcia i jednostkę chorobową, bez znaczenia jest przy tym specjalizacja szpitala oraz okoliczność, czy został on przyjęty na ten sam, czy inny oddział. Algorytmy weryfikacji są takie same dla wszystkich szpitali. Weryfikacja danych z 2008 r. wykazała znaczącą liczbę przypadków przyjmowania przez Szpital(...)w K. pacjentów z tymi samymi jednostkami chorobowymi przed upływem 14 dni od opuszczenia szpitala oraz dzielenia hospitalizacji, kiedy pacjenci dostawali wypis, lecz w rzeczywistości nie opuszczali szpitala ale byli przenoszni na inny oddział. W przypadku, gdy szpital posiadał zgodę świadczeniobiorcy na hospitalizację mógł on wystąpić do NFZ o akceptację na rozliczenie świadczenia udzielonego przed upływem 14 dni od poprzedniego opuszczenia szpitala. Powód dysponował jedynie jedną zgodą pacjenta, a przy tym nie wystąpił on także o akceptację wszystkich działań do NFZ. Powyższe praktyki są niezgodne ze stanowiskiem NFZ i zarządzeniami Prezesa NFZ. Idea rozliczania świadczeń polega na tym aby pacjent był dokładnie zdiagnozowany po to żeby nie płacić dwa razy za to samo leczenie. W sytuacji gdyby istniała nagła potrzeba operacji pacjenta istniało duże prawdopodobieństwo, że szpital uzyskałby zgodę NFZ. Powód mając świadomość, że nie można dzielić hospitalizacji dokonywał tych czynności chcąc uzyskać lepsze finansowanie. Na podstawie pisma z NFZ z dnia 12 czerwca 2008 r., w którym została zaakceptowana część świadczeń przedstawionych do rozliczenia odnośnie błędu „przyjęcie i wypis w ten sam dzień”, pracownicy powoda przyjmowali milczącą zgodę NFZ na dokonywanie takich praktyk i przyjmowali, że w dalszym ciągu będzie to tak samo rozliczane. W 2014 r. była prowadzona weryfikacja sprawozdawczości szpitali, a placówki, w których stwierdzono najwięcej błędów zostały wytypowane do kontroli, w tym m.in. powód.

Pismem z dnia 30 grudnia 2013 r. MOW NFZ zawiadomił powoda, że w dniach 30.12.2013 r. - 31.08.2014 r. w (...) Szpitalu (...)w K. zostanie przeprowadzona kontrola prawidłowości realizacji zadań wynikających z umowy z dnia 31 stycznia 2007 r. z aneksami. Zakres kontroli określono jako: zasadność kwalifikowania i sprawozdawania świadczeń zdrowotnych na podstawie dokumentacji medycznej pod kątem błędów:

- 1) „14 dni”, jeżeli okres pomiędzy świadczeniami udzielonymi świadczeniobiorcy przez świadczeniodawcę, podczas odrębnych pobytów w szpitalu z powodu tej samej jednostki chorobowej nie przekracza 14 dni, świadczenia te wykazywane są jako jedno świadczenie, z wyjątkiem świadczeń związanych z zastosowaniem chemioterapii, teleradioterapii, brachyterapii, terapii izotopowej i substancji czynnej ujętej w Katalogu substancji czynnych stosowanych w programach terapeutycznych, a także leczenia objawowego;
- 2) „przyjęcie wypis ten sam dzień” - dotyczy świadczeń, w przypadku których sprawozdawczość wskazuje, iż świadczeniobiorca został ponownie przyjęty do szpitala w tym samym dniu, w którym został wcześniej z niego wypisany, w celu nieprawidłowego dzielenia hospitalizacji.

Kontrola miała być przeprowadzona pod względem oceny legalności, celowości i rzetelności dokumentowania oraz rozliczania świadczeń i dotyczyć okresu od dnia 4 grudnia 2007 r. do dnia 31 grudnia 2008 r. NFZ przedłożył szpitalowi także upoważnienia do przeprowadzenia kontroli dla osób, które miały ją wykonywać, a dyrektor szpitala potwierdził ich odbiór. MOW NFZ przedłużył następnie ważność powyższych uprawnień do dnia 31 grudnia 2014 r. Termin postępowania kontrolnego został wyznaczony na dzień 7 kwietnia 2014 r. Szpital wniósł o jego przesunięcie jednakże jego prośba spotkała się z odmową MOW NFZ.

Kontroli została poddana dokumentacja medyczna wskazana w trakcie weryfikacji świadczeń za 2008 r., która była wówczas analizowana pod kątem niezgodności z przepisami zarządzenia Prezesa NFZ nr (...), szczegółowo wymieniona w załączonej do protokołu kontroli tabeli. Dyrektor Szpitala(...)w K. odmówił podpisania protokołu kontroli, nie podając przyczyn.

W dniu 10 kwietnia 2014 r. w trakcie przyjęcia ustnych wyjaśnień dotyczących posiadania przez szpital indywidualnych zgód na rozliczenie procedury- „świadczenie za zgodą płatnika” powód wskazał, że nie posiada takowych zgód. Podczas ustnych wyjaśnień w dniu 6 maja 2014 r. szpital powołał się na jedną zgodę, dot. świadczenia dla nr PESEL (...).

W dniu 1 października 2014 r. powodowi zostały doręczone dwa egzemplarze protokołu kontroli przeprowadzonej w dniach 31.12.2013, 27.03, od 07.04. do 06.06.2014 r. z przerwą od 25.04. do 04.05.2014 r. z prośbą o jego podpisanie i odesłanie, a w przypadku odmowy podpisania o podanie przyczyn. Pismem z dnia 8 października 2014 r. powód złożył zastrzeżenia do protokołu kontroli powołując się na prowadzenie jej poza terminem wskazanym w zawiadomieniu z dnia 30 grudnia 2013 r., brak udokumentowania kompetencji profesjonalnych kontrolerów, brak przewidzianych prawem elementów protokołu kontroli, ustalenia faktyczne niezgodne z prawdą oraz brak delegacji ustawowej dla regulacji zawartych w zarządzeniach Prezesa NFZ nr (...), (...), (...).

Pismem z dnia 20 października 2014 r., doręczonym powodowi w dniu 21 października 2014 r. zespół kontrolujący odniósł się do zastrzeżeń protokołu kontroli oraz wniósł o jego podpisanie. W piśmie z dnia 27 października 2014 r. szpital wydał oświadczenie o odmowie podpisania protokołu kontroli oraz pisemnych wyjaśnień zespołu kontrolującego wyjaśniając przyczyny swojego stanowiska.

W wystąpieniu pokontrolnym wskazano, że MOW NFZ negatywnie ocenił pod kątem legalności i rzetelności rozliczane świadczenia, wskazując że kontrola sprawozdawczości wykazała, że okres pomiędzy świadczeniami udzielonymi świadczeniobiorcy przez świadczeniodawcę podczas odrębnych pobytów w szpitalu z powodu tej samej jednostki chorobowej nie przekraczał 14 dni lub a w przypadku pacjenta wypisanego i przyjętego do szpitala w tym samym dniu dokumentacja medyczna nie potwierdza faktu jego rzeczywistego wypisania do domu, a przeniesienie na inny oddziału celem kontynuacji leczenia. Powyższe nieprawidłowości spowodowały niezasadne obciążenie MOW NFZ w K. w 2007 i 2008 r. kosztem 60.956,32 pkt rozliczeniowych o wartości 2.638.179,02 zł. Świadczeniodawca został wezwany do zwrotu kwoty w wysokości 2.638.179, 02 zł w terminie 14 dni od dnia otrzymania przedmiotowego pisma oraz dokonania korekty poprzez złożenie rachunku korygującego. Pismem z dnia 2 grudnia 2014 r. powód złożył zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego, których Dyrektor MOW NFZ nie uwzględnił. Pismem z dnia 30 grudnia 2014 r. powód złożył do Prezesa NFZ zażalenie na czynności Dyrektora MOW NFZ dotyczące sposobu rozstrzygnięcia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, które nie zostało uwzględnione.

Pismem z dnia 27 kwietnia 2015 r. MOW NFZ w związku z brakiem informacji o realizacji zaleceń wskazanych w wystąpieniu pokontrolnym wystąpił do szpitala o informację o realizacji zaleceń pokontrolnych, na którą szpital odpowiedział w dniu 12 maja 2015 r.

Pismem z dnia 28 kwietnia 2015 r. NFZ w ślad za wystąpieniem pokontrolnym obciążyło powoda notami obciążeniowymi na kwoty: 21.464, 50 zł i 2.616.714, 52 zł.

W dniu 04 maja 2015 r. MOW NFZ złożył oświadczenie o potrąceniu wierzytelności w kwocie 78.042, 70 zł wierzytelnościami przysługującymi szpitalowi wobec pozwanego.

W dniu 08 maja 2015 r. (...) Szpital (...) II w K. zapłacił na rzecz MOW NFZ noty obciążeniowe na kwoty 24.464, 50 zł i 2.616.714, 52 zł, zastrzegając ich zwrot i kwestionując zasadność obciążania powoda tymi należnościami.

W dniu 22 maja 2015 r. MOW NFZ dokonało potrącenia z wierzytelnościami szpitala wobec pozwanego należności w wysokości 58.332, 91 zł z tytułu odsetek za niespełnione w terminie świadczenie w wysokości 2.638.179,02 zł.

W dniu 12 lutego 2016 r. strony zawarły ugodę dot. realizacji świadczeń za okres od 1 stycznia 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r.

W oparciu o tak ustalony stan faktyczny ocenił Sąd I instancji, że powództwo jako nieuzasadnione podlegało oddaleniu. Odnosząc się w pierwszej kolejności do zarzutu powagi rzeczy ugodzonej, podniesionego przez stronę

pozwaną, a dotyczącego świadczeń potrąconych w 2015 r., uznał go za niezasadny. Przede wszystkim przedmiotowa ugoda dotyczyła świadczeń opieki zdrowotnej za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2015 r., a więc swoim zakresem nie obejmowała świadczeń z 2008 r. Ponadto, strony wyszczególniły w niej konkretne kwoty, które zostały pomiędzy nimi rozliczone i brak jest wśród nich należności wynikających z oświadczeń o potrąceniu. Z uwagi na powyższe, sam fakt, iż pozwany podaje, że potrącone kwoty zawierają się w przedstawionych pozycjach pieniężnych jest niewystarczający do przyjęcia, że zostały one objęte ugodą, zwłaszcza wobec stanowiska powoda, który temu wyraźnie zaprzecza. Co więcej takie wykładni sprzeciwia się także powinność ścisłej i dokładnej interpretacji postanowień ugody. Z tych też względów, Sąd nie przyjął, aby roszczenie w zakresie kwoty potrącenia zostało skutecznie pomiędzy stronami rozliczone.

Zauważył Sąd I instancji, że powód wywodzi, że należne mu wynagrodzenie za spełnienie świadczeń zdrowotnych wynika z wiążącej go ze stroną pozwaną umowy, a zarazem podnosi, że świadczenie na rzecz MOW NFZ kwoty 2.696.511,93 było nienależne, jak również kwestionuje skuteczność dokonanego potrącenia. Jak trafnie wskazuje powód był on uprawniony do otrzymania wynagrodzenia na podstawie umowy z dnia 31 stycznia 2007 r., jednakże ta sama umowa przewidywała także możliwość nałożenia na powoda kary umownej za niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy z przyczyn leżących po stronie świadczeniobiorcy. Ponadto, z obowiązujących przepisów prawa, tj. § 28 ust 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wynika, że w przypadku stwierdzenia przez oddział wojewódzki Funduszu przekazania świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych, kwota przekazanych środków podlega zwrotowi w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania Funduszu do ich zwrotu. W przypadku gdy termin określony w wezwaniu do zapłaty przypada wcześniej niż termin dokonania kolejnej płatności przez Fundusz, świadczeniodawca jest zobowiązany do dokonania zlecenia przelewu w dniu dokonania płatności przez Fundusz. Jak wskazał przy tym Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 25 lutego 2015 r., sygn. IV CSK 343/14 powyższe rozporządzenie w § 28 ust. 1 ustanawia roszczenie dla NFZ co do żądania zwrotu nienależnie przekazanych kwot w wypadku spełnienia przesłanek zawartych w tej regulacji.

Roszczenie zwrotu zapłaconej przez niego kwoty powód opiera natomiast na przepisach o bezpodstawnym wzbogaceniu i nienależnym świadczeniu. Zgodnie z art. 405 k.c. kto bez podstawy prawnej uzyskał korzyść majątkową kosztem innej osoby, obowiązany jest do wydania korzyści w naturze, a gdyby to nie było możliwe, do zwrotu jej wartości. W myśl zaś art. 410 § 2 k.c., świadczenie jest nienależne, jeżeli: ten, kto je spełnił, nie był w ogóle zobowiązany lub nie był zobowiązany względem osoby, której świadczył, bądź jeżeli podstawa świadczenia odpadła lub zamierzony cel świadczenia nie został osiągnięty, albo jeżeli czynność prawna zobowiązująca do świadczenia była nieważna i nie stała się ważna po spełnieniu świadczenia. Przepisy dotyczące bezpodstawnego wzbogacenia, a więc m.in. art. 405- 409 k.c. stosuje się w szczególności do świadczenia nienależnego. Z powyższego wynika więc, że świadczenie nienależne jest jedną z form bezpodstawnego wzbogacenia. Źródło powstania roszczenia o zwrot korzyści odróżnia przy tym nienależne świadczenie od pozostałych przypadków bezpodstawnego wzbogacenia bowiem w tym wypadku wynika ono z faktu spełnienia świadczenia przez zubożonego, a nie z jakiegokolwiek innego przesunięcia majątkowego, niebędącego świadczeniem. Jak wynika z treści pozwu powód powołuje się na pierwszą z podstaw nienależnego świadczenia, a więc okoliczność, że nie był on w ogóle zobowiązany do zapłaty kwoty 2.696.511,93 zł. Zgodnie przy tym z ogólnym rozkładem ciężaru dowodu, wynikającym z art. 6 k.c., to powód, jako strona wywodząca z powyższej okoliczności skutki prawne powinna wykazać przesłanki nienależnego świadczenia, a więc w tym wypadku fakt, że jej świadczenie nie miało jakiegokolwiek podstawy prawnej, czego jednak szpital nie uczynił. Na skutek bowiem czynności kontrolnych NFZ wykrył szereg nieprawidłowości w rozliczaniu przez powoda świadczeń zdrowotnych na skutek których pobrał on niezasadnie od strony pozwanej kwotę 2.638.179,02 zł. Powód wykorzystał przy tym wszystkie dostępne dla niego środki odwoławcze przewidziane ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, które nie przyniosły wzruszenia wydanych uprzednio rozstrzygnięć. W konsekwencji, nie sposób uznać, że w chwili dokonywania zapłaty przez powoda nie miała ona podstawy prawnej. W toku niniejszego procesu powołuje się on na błędy natury formalnej w toku przeprowadzonej kontroli, jak również na wpływające z niej wnioski. W pierwszej kolejności powód wskazał na brak potwierdzenia kompetencji kontrolerów biorących udział w postępowaniu kontrolnym. Przede wszystkim wszyscy kontrolerzy dysponowali aktualnymi, wydanymi przez NFZ na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, upoważnieniami do kontroli, które zostały odebrane

przez dyrektora szpitala. Były to przy tym osoby posiadające wykształcenie medyczne odpowiadające zakresowi prowadzonej kontroli, gdyż uzyskiwały one przedmiotowe upoważnienia, zaś bez znaczenia jest fakt, że okoliczność ta nie została wprost odnotowana w protokole kontroli. Nieuzasadniony jest także zarzut przekroczenia terminu kontroli, gdyż jak wynika ze zgromadzonego materiału dowodowego został o przedłużony, o czym strona powodowa została poinformowana. Jak wynika przy tym wprost z informacji skierowanej przez NFZ do szpitala kontrola miała być przeprowadzona pod względem oceny legalności, celowości i rzetelności dokumentowania oraz rozliczania świadczeń, a więc dotyczyła kwestii finansowych związanych z błędem sumowania. Nie zasługuje na uwzględnienie także podnoszony brak przewidzianych prawem elementów protokołu kontroli. Jak wskazał sam powód brak jest przepisów, które określałyby wzór takiego dokumentu, zaś w ocenie Sądu jego treść jest jasna, zrozumiała i zawiera: opis stanu faktycznego, ustalenia kontroli, w tym wykrytych nieprawidłowości oraz wnioski wynikające z kontroli. Brak jest zatem w tym wypadku przesłanek podważających prawidłowość jego sporządzenia. Brak jest także naruszenia zasady równego traktowania. Jak wynika bowiem z zeznań wiarygodnych świadków Szpital(...)nie był jedyną placówką, która została poddana kontroli, a została do niej wytypowana razem z innymi z uwagi na największą liczbę błędów w weryfikacji świadczeń za 2008 r. Drobne nieścisłości w danych zawartych w protokole, na które powołuje się strona powodowa zostały już przy tym dogłębnie wyjaśnione w toku procedury odwoławczej, a Sąd nie znalazł podstaw do kwestionowania wniosków wypływających ze stanowiska NFZ w tym zakresie. Stwierdzając nieprawidłowości w rozliczeniach pozwany wskazał, że zostały one wykonane niezgodnie z zarządzeniami Prezesa NFZ nr (...), (...) oraz (...), które w ocenie powoda nie mogą mieć zastosowania w realiach niniejszej sprawy, gdyż brak jest w obowiązujących przepisach upoważnienie dla Prezesa NFZ do ustalenia zasad udzielania świadczeń. Powyższy zarzut należy ocenić jako nietrafiony. Jak podkreśla się w orzecznictwie zarządzenia Prezesa NFZ wydawane w oparciu o przepis kompetencyjny zawierają postanowienia, które muszą być wprowadzane przez strony do umowy wprost lub pośrednio- przez odwołanie się do nich. Postanowienia takie mieszczą się w zakresie swobody umów i kształtują treść stosunku zobowiązaniowego. Jeżeli powyższe postanowienia nie zostały przeniesione do umowy wprost i w całości, a tylko wskazane, należy je traktować jako wzorzec kwalifikowany, wyznaczający treść umowy, ale zewnętrzny wobec stron (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 marca 2012 r., sygn. III CSK 217/11). W realiach niniejszej sprawy strony w umowie i późniejszych aneksach wskazywały, że przy wykonywaniu świadczeń powód będzie zobowiązany wykonywać umowę zgodnie z materiałami informacyjnymi stanowiącymi załącznik do określonych zarządzeń Prezesa NFZ, tj nr (...) zmienionego następnie kolejnymi rozporządzeniami, a następnie od 1 lipca 2008 r. zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...). Postanowienia przedmiotowych zarządzeń zostały zatem inkorporowane za zgodą stron do wiążącej ich umowy i stanowiły jej treść, a zatem w przypadku naruszenia ich postanowień powód dopuszczał się nienależytego wykonania umowy. Powyższe zarządzenia wbrew twierdzeniom powoda zostały wydane w oparciu o przepis kompetencyjny. Zgodnie bowiem z art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej do zakresu działania Prezesa NFZ należy nadzór nad realizacją zadań oddziałów wojewódzkich Funduszu, ustalanie jednolitych sposobów realizacji ustawowych zadań realizowanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu. Ponadto, określa on przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujące w szczególności obszar terytorialny, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, z uwzględnieniem taryfy świadczeń w przypadku jej ustalenia w danym zakresie. Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyżej cytowanym wyroku: materia zarządzeń jest uregulowanie postępowania w sprawie zawarcia i realizacji umów oraz warunków wymaganych od świadczeniodawców, stworzenie jednolitego wzoru umowy o udzielanie świadczeń, odstąpienie od którego wymagały pisemnej zgody Prezesa Funduszu ponadto sprecyzowanie zakresu świadczeń ciążących na stronach w wypadku zawarcia umowy. Nie ulega zatem wątpliwości, że przedmiotowe zarządzenia posiadają delegację ustawową w zakresie materii w niej uregulowanej. Najistotniejsze z punktu widzenia przedmiotu niniejszej sprawy są zapisy dotyczące rozliczeń świadczeń, które w trakcie okresu rozliczeniowego za 2008 r. pomimo zmiany zarządzeń Prezesa NFZ każdorazowo były tożsame. Przewidywały one m.in., że: w przypadku udzielenia więcej niż jednego świadczenia w czasie pobytu świadczeniobiorcy w szpitalu do rozliczenia należy wykazywać tylko jedno świadczenie, świadczenia wykazywane do rozliczenia, nie podlegają łączeniu, z zastrzeżeniem wyjątków, dzień przyjęcia do leczenia oraz dzień jego zakończenia wykazywany jest do rozliczenia jako jeden osobodzień z wyjątkiem świadczeń, do których kwalifikuje się na podstawie oceny w skali TISS - 28 lub TISS - 28 dla dzieci oraz świadczeń udzielanych w trybie jednodniowym, przez osobodzień w OAiT rozumie

się każdy 24-godzinny okres liczony od godziny przyjęcia, również rozpoczęty okres leczenia do momentu zgonu lub przeniesienia do innego oddziału, oraz, że jeżeli okres pomiędzy świadczeniami udzielonymi świadczeniobiorcy przez świadczeniodawcę, podczas odrębnych pobytów w szpitalu, z powodu tej samej jednostki chorobowej nie przekracza 14 dni, świadczenia te wykazywane są jako jedno świadczenie, z wyjątkiem świadczeń związanych z zastosowaniem chemioterapii, teleradioterapii, brachyterapii, terapii izotopowej i substancji czynnej, ujętej w Katalogu substancji czynnych stosowanych w programach terapeutycznych (lekowych), a także leczenia objawowego. W uzasadnionych medycznie przypadkach, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, na umotywowany wniosek świadczeniodawcy, może wyrazić zgodę na rozliczanie określonych świadczeń, związanych z ponowną hospitalizacją w okresie krótszym niż 14 dni. W realiach niniejszej sprawy doszło do naruszenia powyższych postanowień, co skutkowało naruszeniem samej umowy. Przedmiotowe nieprawidłowości zostały stwierdzone w protokole kontroli oraz potwierdzają je zeznania wiarygodnych świadków. Strona powodowa nie wykazała także aby sposób dokonywanych przez nią rozliczeń był zgodny z powyższymi regulacjami, a jej linia obrony ograniczała się do kwestionowania związania jej tymi przepisami. Konsekwencją w/w naruszeń było naliczenie przez NFZ nienależnie pobranej przez szpital kwoty, o której zwrot pozwany następnie wystąpił, zgodnie z § 28 OWU. Mając na uwadze powyższe należy wskazać, że spełnione przez powódkę świadczenie nie może być zakwalifikowane jako nienależne, gdyż posiadało ono podstawę prawną.

Zarzut nieskuteczności potrącenia ocenił Sąd I instancji jako niezasadny. W chwili dokonywania poszczególnych potrąceń roszczenie pozwanego istniało i było wymagalne. Jak wynika z § 28 OWU zwrot nienależnie pobranej kwoty powinien być dokonany w ciągu 14 dni od otrzymania wezwania, co strona pozwana uczyniła w wystąpieniu pokontrolnym. Z tego też względu roszczenie pozwanego stało się wymagalne, a zatem zgodnie z art. 498 k.c. istniała możliwość jego potrącenia z wierzytelnościami przysługującymi szpitalowi przeciwko NFZ, których istnienie nie było kwestionowane. Zgodnie z powyższą regulacją, gdy dwie osoby są jednocześnie względem siebie dłużnikami i wierzycielami, każda z nich może potrącić swoją wierzytelność z wierzytelności drugiej strony, jeżeli przedmiotem obu wierzytelności są pieniądze lub rzeczy tej samej jakości oznaczone tylko co do gatunku, a obie wierzytelności są wymagalne i mogą być dochodzone przed sądem lub przed innym organem państwowym. W doktrynie i orzecznictwie zgodnie przy tym przyjmuje się, że możliwość potrącenia istnieje już w momencie, gdy wierzytelność potrącającego jest wymagalna, nawet w sytuacji, gdy roszczenie drugiej strony nie jest jeszcze wymagalne. W konsekwencji, strona pozwana dokonała skutecznego potrącenia poprzez złożenie stosownego oświadczenia woli, które dotarło do powoda. Nie ulega także wątpliwości, że NFZ uprawiony był do naliczania odsetek, gdyż w momencie upływu 14 dni od otrzymania wezwania do zapłaty szpital popadł w opóźnienie ze spełnieniem swojego świadczenia, a zatem zgodnie z art. 481 k.c. za ten okres pozwany mógł naliczać odsetki za opóźnienie.

Mając na uwadze powyższe Sąd I instancji orzekł jak w pkt I wyroku.

O kosztach procesu Sąd I instancji orzekł w pkt II, zgodnie z wyrażoną w art. 98 k.p.c. zasadą odpowiedzialności za wynik sprawy. Powód, jako strona przegrywająca, został zatem zobowiązany do zwrotu na rzecz pozwanego poniesionych przez niego kosztów procesu, które ograniczone były w tym wypadku do wynagrodzenia pełnomocnika z wyboru w kwocie 7.217 zł, w tym opłata skarbową od pełnomocnictwa, określonego w § 6 pkt 7 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.

Wyrok ten zaskarżyła apelacją strona powodowa, zaskarżając go w całości i zarzucając:

- naruszenie przepisów prawa materialnego, a to art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 a także art. 146 pkt 1 i pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, poprzez błędną interpretację skutkującą błędną oceną jakoby wskazane przepisy zawierały delegację ustawową do wydawania przez Prezesa NFZ zarządzeń o treści ustalonej w szczególności w zarządzeniu (...), zarządzeniu nr (...) a także zarządzeniu nr (...) w zakresie zmiany zasad świadczeń w okresie obowiązywania (to jest już po zawarciu) umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne z dnia 31 stycznia 2007 r.

- naruszenie przepisów prawa materialnego, a to art. 58 § 1, § 2, § 3, art. 353[1] k.c. a także przepisów art. 132 i następnych ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych, poprzez ich pominięcie, a w szczególności w zakresie oceny prawnej aneksów do umowy, a to aneksu nr (...) z dnia 23 lipca 2007 r., aneksu nr (...) z dnia 30 listopada 2007 r., aneksu nr (...) z dnia 18 kwietnia 2008 r. a wreszcie aneksu nr (...) z dnia 18 kwietnia 2008 r. do umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne z dnia 31 stycznia 2007 r. w zakresie w jakim w świetle wskazanych przepisów winny być uznane za nieważne.

W oparciu o powyższe zarzuty wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez zasądzenie od strony pozwanej na rzecz strony powodowej kwoty 2696511,93 zł z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia doręczenia pozwu do dnia zapłaty oraz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz o zasądzenie kosztów postępowania przed Sądem II instancji, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Na uzasadnienie apelacji podała, że przepisy art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 a także art. 146 pkt 1 i pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych nie zawierają delegacji ustawowej do wydawania przez Prezesa NFZ zarządzeń. Żaden z ustawowych przepisów nie upoważnia Prezesa NFZ do ustalania zasad udzielania świadczeń, co przesądziło w powołanym orzecznictwie Sądu Najwyższego.

Zarzuciła nadto strona powodowa, że Sąd I instancji zaniechał oceny wprowadzonych na podstawie zakwestionowanych zarządzeń zasad rozliczania świadczeń według wskazanych w orzecznictwie kryteriów, a w szczególności z perspektywy art. 58 § 1, § 2, § 3, art. 353[1] k.c. a także przepisów art. 132 i następnych ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych. W stosunkach umownych opartych na ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych jedyną gwarancją interesów wnioskodawcy stanowią uregulowania ustawowe. Zatem treść aktów wykonawczych Prezesa, traktowanych jako wzorce umowne, względnie czynności prawnej i faktyczne podejmowane przez Oddziały, powinny mieć oparcie w przepisach ustawowych.

Wskazała, że reguła „błąd hospitalizacji 14 dni” obecnie zawarta w zasadzie kompleksowości udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej zdefiniowanej w art. 5 ust. 7a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych, została wprowadzona dopiero od dnia 1 stycznia 2014 r. i w roku 2008 r. takiej regulacji jeszcze nie było. Zakwestionowane przez stronę pozwaną hospitalizacje dotyczyły kontynuacji leczenia pacjentów wypisanych z Oddziałów Kardiologicznych i przeniesionych do dalszego leczenia na Kardiochirurgiczne, a także pacjentów z Oddziałów Pulmonologicznych przeniesionych na Oddział Torakochirurgiczny.

Zarzuciła, że w chwili ustalania warunków umowy i jej podpisania nie obowiązywały kwestionowane zasady rozliczeń i przystępując do negocjacji umowy Szpital skalkulował swoje wynagrodzenie i sformułował odezwę uwzględniając warunki zapłaty ustalone przez NFZ w dniu zawarcia umowy.

Pacjenci przyjmowani w pierwszej kolejności na oddziały kardiologiczne oraz pulmonologiczne, u których w przebiegu zdiagnozowanych w trakcie hospitalizacji schorzeń stwierdzono przesłanki dalszego pilnego leczenia chirurgicznego, byli „przenoszeni” bezpośrednio na takie oddziały Szpitala (odpowiednio – kardiochirurgiczne i torakochirurgiczne). Wszystkie przypadki były uzasadnione medycznie i zapewniały optymalne warunki leczenia. Okoliczność prowadzenia wszystkich procedur zgodnie ze sztuką medyczną została przyznana przez stronę pozwaną. Alternatywą zastosowanej metody leczenia byłoby rozdzielanie hospitalizacji i skazanie pacjentów na oczekiwanie na leczenie chirurgiczne z narażeniem bezpieczeństwa ich zdrowia w związku z opóźnioną operacją chirurgiczną, względnie z narażeniem pacjenta na konieczność dłuższej hospitalizacji uwzględniając konieczność przygotowania pacjenta na oddziale chirurgicznym. W wypadku wysłania pacjenta „do domu” na co najmniej 14 dni oczekiwania każda z hospitalizacji zostałaby rozliczona w pełnej wysokości. Tak samo, gdyby hospitalizacje zostały przeprowadzone w dwóch różnych szpitalach.

Wprowadzone w zakwestionowanych zarządzenia Prezesa NFZ reguły pozbawiły szpital istotnej części wynagrodzenia za wykonane zgodnie ze sztuką i współczesnym poziomem wiedzy procedury medyczne. W konkretnych warunkach

sprawy zmiana reguł gry w trakcie wykonywania umowy stanowiła nadużycie przez NFZ jego pozycji jako ustawowo umocowanego monopolisty, który za pomocą nadużycia instrumentów, w które wyposażył go ustawodawca, doprowadził do sytuacji, w której sam decyduje czy zapłaci czy nie zapłaci wynagrodzenie za wykonane świadczenia.

Za sprzeczne z zasadami współzycia społecznego należy uznać występujące w sprawie rażące zachwianie ekwiwalentności świadczeń polegające na zastosowaniu mechanizmu rozliczeniowego, w wyniku którego w zamian za wykonanie dwóch lub więcej pełnowartościowych procedur medycznych pozwanych miały płacić wynagrodzenia jedynie za jedną z nich lub wyłącznie za jej część.

Powyższe przesądza o uznaniu aneksów do umowy, a to nr (...), (...), (...), i (...) za nieważne w zakresie w jakim wprowadziły do umowy stron treść zarządzeń nr (...), nr (...) a także nr (...), nr (...) i nr (...).

W odpowiedzi na apelację strona pozwana wniosła o jej oddalenie i o zasądzenie na rzecz pozwanego kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

W uzasadnieniu zarzuciła, że reguły rozliczeniowe określone błędem „przyjęcie wypis w ten sam dzień” względnie „nieprawidłowe dzielenie hospitalizacji” oraz określone błędem „14 dni” względnie „błąd 14 dni” obowiązywały na etapie zawierania umowy z dnia 31 stycznia 2007 r. (§ (...)pkt (...)oraz § (...) ust. (...) i (...) załącznika do zarządzenia nr (...) Prezesa NFZ) i powtórzono je i rozwijano w późniejszych zarządzeniach. W umowie z dnia 31 stycznia 2007 r. strona powodowa zobowiązała się stosować zarządzenie nr (...). Reguły te były zatem znane stronie powodowej i strona ta w umowie i aneksach zobowiązała się jej stosować.

Zarzuciła, że ogólną zasadą budowy systemu cen jednostkowych jest to, by odpowiadały rozpoznanej chorobie i wdrożonym procedurom, a nie liczbie pobytów w szpitalu, bądź liczbie oddziałów szpitalnych, na których pacjent przebywa.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja jest bezzasadna.

Sąd Apelacyjny podziela niekwestionowane w apelacji ustalenia faktyczne i przyjmuje je za własne, co czyni zbędnym powtarzanie ich.

Bezzasadne są zarzuty naruszenia w zaskarżonym wyroku art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 a także art. 146 pkt 1 i pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, poprzez błędną interpretację skutkującą błędną oceną jakoby wskazane przepisy zawierały delegację ustawową do wydawania przez Prezesa NFZ zarządzeń o treści ustalonej w szczególności w zarządzeniu (...), zarządzeniu nr (...) a także zarządzeniu nr (...) w zakresie zmiany zasad świadczeń w okresie obowiązywania (to jest już po zawarciu) umowy nr (...)o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne z dnia 31 stycznia 2007 r. Należy wskazać, że moc wiążąca powyższych zarządzeń w ramach stosunku umownego wiążącego strony nie wynika z istnienia lub braku kompetencji Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do wydania tych zarządzeń jako aktów normatywnych, ale z faktu, że strony, odwołując się w treści zawartej umowy i kolejno zawieranych do niej aneksów powołały się na uregulowania zawarte w tych zarządzeniach. Uregulowania zawarte w w/w zarządzeniach wywołują skutki prawne jako ustalony przez stronę pozwaną wzorzec umowny, zaś z uwagi na fakt, iż stosowanie takich wzorców jest w relacjach pomiędzy stroną pozwaną a placówkami opieki zdrowotnej zwyczajowo przyjęte, a strona powodowa nie twierdzi, aby napotykała na jakiegokolwiek trudności w zapoznaniu się z tymi wzorcami, ich moc wiążąca w ramach stosunku umownego pomiędzy stronami wynika z art. 384 § 2 k.c. Zarzut naruszenia powołanych w apelacji przepisów jest zatem całkowicie nietrafny, gdyż nawet gdyby przepisy ten faktycznie nie zawierały upoważnienia dla Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do wydania kwestionowanych zarządzeń, to i tak uregulowania w nich zawarte wiążą stronę pozwaną jako wzorce umowne.

Nie można przy tym podzielić zaprezentowanego w apelacji poglądu, jakoby w stosunkach umownych opartych na ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych jedyną gwarancją interesów wnioskodawcy stanowić miały uregulowania ustawowe, a w konsekwencji treść aktów wykonawczych Prezesa, traktowanych jako wzorce umowne, względnie czynności prawnej i faktyczne podejmowane przez Oddziały, powinny mieć oparcie w przepisach ustawowych. Skoro ustawodawca wyraźnie dopuścił uregulowanie wzajemnych praw i obowiązków Narodowego Funduszu Zdrowia i placówek opieki zdrowotnej w drodze umowy, to przyjąć należy, że treść tych umów, w granicach zakreślonych w art. 58 k.c. i 353[1] k.c. może być kształtowana przez strony umowy, w tym również przy zastosowaniu wzorców umownych. Uregulowania zawarte w art. 384 k.c. stanowią natomiast dostateczną podstawę do ustalenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia wzorców umownych i do ich ustalenia i stosowania Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia nie potrzebuje innej, szczególnej podstawy ustawowej.

Nietrafny jest również zarzut naruszenia art. 58 § 1, § 2, § 3, art. 353[1] k.c. a także przepisów art. 132 i następnych ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych, poprzez ich pominięcie, a w szczególności w zakresie oceny prawnej aneksów do umowy, a to aneksu nr (...) z dnia 23 lipca 2007 r., aneksu nr (...) z dnia 30 listopada 2007 r., aneksu nr (...) z dnia 18 kwietnia 2008 r. a wreszcie aneksu nr (...) z dnia 18 kwietnia 2008 r. do umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne z dnia 31 stycznia 2007 r. w zakresie w jakim w świetle wskazanych przepisów winny być uznane za nieważne. Strona pozwana nie wskazała żadnych imperatywnych uregulowań ustawowych, z którymi postanowienia zawarte w zawartych w zarządzeniach Prezesa NFZ wzorcach umownych byłyby sprzeczne. Brak jest zatem podstaw do uznania umów w zakresie postanowień zawartych w tych wzorcach za nieważne na podstawie art. 58 § 1 k.c. jako sprzeczne z ustawą albo mające na celu jej obejście.

Powoływane przez stronę powodową okoliczności nie uzasadniają nadto oceny aby występowało w sprawie rażące zachwianie ekwiwalentności świadczeń polegające na zastosowaniu mechanizmu rozliczeniowego, w wyniku którego w zamian za wykonanie dwóch lub więcej pełnowartościowych procedur medycznych pozwanych miałyby płacić wynagrodzenia jedynie za jedną z nich lub wyłącznie za jej część. O naruszeniu zasad współzycia społecznego można by w tym kontekście mówić dopiero wtedy, gdyby z uwagi na kwestionowane przez stronę powodową postanowienia umowne, umowa zawarta przez strony przynosiłaby stronie powodowej stratę i pomimo jej prawidłowego wykonywania nie pozwalała na pokrycie kosztów ponoszonych przez stronę powodową w celu wykonania zakontraktowanych świadczeń. Takich twierdzeń strona powodowa nie powołała, a ocena czy taki stan rzeczy zachodzi wymagałaby analizy wszystkich świadczeń zastrzeżonych kwestionowaną umową. Wyrywkowe kwestionowanie szczegółowych rozwiązań, tj. uregulowań błędu przyjęcie i wypis w ten sam dzień, niepoprawnego dzielenia hospitalizacji i błędu 14 dni nie pozwala na ocenę, czy rozwiązania te są zgodne z zasadami współzycia społecznego czy nie. Okoliczność, że reguła „błąd hospitalizacji 14 dni” obecnie zawarta w zasadzie kompleksowości udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej zdefiniowanej w art. 5 ust. 7a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych, została wprowadzona dopiero od dnia 1 stycznia 2014 r., zaś w roku 2008 r. takiej regulacji jeszcze nie było, nie stanowi o niedopuszczalności włączenia przed 1 stycznia 2014 r. do treści umów zawartych pomiędzy stroną powodową a stroną pozwaną uregulowań umownych przewidujących analogiczną regułę. Natomiast uregulowania analogiczne do kwestionowanych przez stronę powodową zawarte były już w § (...) i (...) zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 19 września 2006 r. nr (...) (k. 1042, k. 1044). Nie jest zatem zasadny zarzut, że w chwili ustalania warunków umowy i jej podpisania nie obowiązywały kwestionowane zasady rozliczeń, a Szpital, przystępując do negocjacji umowy, mógł zasadnie kalkulować swoje wynagrodzenie i formułować odezwę nie uwzględniając kwestionowanych zasad rozliczeń. Analogiczne zasady obowiązywały bowiem już w 2006 r. a zatem przed zawarciem umowy z dnia 31 stycznia 2007 r. nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Nie można zatem podzielić stanowiska, że wprowadzone w zakwestionowanych zarządzeniach Prezesa NFZ reguły pozbawiły szpital istotnej części wynagrodzenia za wykonane zgodnie ze sztuką i współczesnym poziomem wiedzy procedury medyczne. Strona pozwana, jako podmiot profesjonalnie zajmujący się udzielaniem świadczeń medycznych, winna była bowiem obowiązującą już w 2006 r. reguły uwzględnić przy kalkulowaniu oferty zawarcia umowy na 2007 r. i na lata następne. Nie da się zatem zasadnie mówić w realiach niniejszej sprawy o zmianie reguł gry w trakcie

wykonywania umowy stanowiła. Stan taki podważa natomiast lansowaną w apelacji tezę o nadużywaniu przez NFZ jego pozycji jako ustawowo umocowanego monopolisty.

Reasumując powyższe brak jest zatem podstaw do uwzględnienia podniesionego w apelacji zarzutu nieważności aneksów nr (...)z dnia 23 lipca 2007 r., nr (...) z dnia 30 listopada 2007 r., nr (...) z dnia 18 kwietnia 2008 r. aneksu nr(...)z dnia 18 kwietnia 2008 r. z powołaniem się na art. 58 § 2 k.c.

Mając powyższe na uwadze apelacja podlegała oddaleniu jako bezzasadna, o czym orzeczono w pkt I sentencji na podstawie art. 385 k.p.c.

Na zasądzone w pkt II sentencji na zasadzie art. 98 § 1 kp.c. koszty postępowania apelacyjnego złożyło się wynagrodzenie pełnomocnika strony pozwanej ustalone zgodnie z § 2 pkt 8 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 (75% z 15000 zł = 11250 zł) rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 265).

SSA Józef Wąsik SSA Sławomir Jamróg SSO (del.) Wojciech Żukowski