

Sygn. akt *I ACa 582/19*

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 grudnia 2020 r.

Sąd Apelacyjny w (...) I Wydział Cywilny i Własności Intelektualnej

w składzie:

Przewodniczący: Sędzia Małgorzata Mazurkiewicz-Talaga

Sędziowie: Mariola Głowacka /spr./

Maciej Rozpędowski

Protokolant: st. sekr. sąd. Kinga Kwiatkowska

po rozpoznaniu w dniu 16 grudnia 2020 r.

na rozprawie

sprawę z powództwa **Narodowego Funduszu Zdrowia - (...) Oddział Wojewódzki w P.**

przeciwko **M. M. (1)**

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w (...)

z dnia 7 lutego 2019 r. sygn. akt XII C 1482/17

1. oddała apelację;

2. zasądza od powoda na rzecz pozwanego kwotę 4050 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

Mariola Głowacka Małgorzata Mazurkiewicz-Talaga Maciej Rozpędowski

## UZASADNIENIE

Powód Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki w P. wniósł o zasądzenie od pozwanego M. M. (1) na jego rzecz kwoty 154.609,01 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 18 grudnia 2012r. do dnia 31 grudnia 2012r. oraz od dnia 2 grudnia 2014r. do dnia zapłaty w tym 150.713,16 zł tytułem zwrotu nienależnego świadczenia i 3.895,85 zł tytułem kary umownej oraz o zwrot kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych

Pozwany M. M. (1) prowadzący Niepubliczny Zakład (...) z siedzibą w P. w sprzeciwie od nakazu zapłaty w postępowaniu upominawczym wydanego dnia 17 marca 2017r. wniósł o oddalenie powództwa i o zwrot kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Okręgowy w (...) wyrokiem z dnia 7 lutego 2019r. oddalił powództwo oraz nie obciążył powoda kosztami sądowymi, a tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego zasądził od powoda na rzecz pozwanego kwotę 5.417zł.

Sąd pierwszej instancji ustalił, że od 2000r. B. M. - żona pozwanego prowadziła pod firmą (...) działalność polegającą na świadczeniu usług medycznych, zatrudniała lekarzy różnych specjalności i m.in. realizowała kolejne umowy o świadczenie usług medycznych zawarte z NFZ. Od 2006r. działalność takiego samego rodzaju podjął pozwany pod firmą (...). Po przeniesieniu Szpitala im. (...) do budynków na ul. (...) obie firmy działały w części budynku na Osiedlu (...) w P. przy czym (...) podnajął (...) część pomieszczeń. Każda z firm zatrudniała recepcjonistkę. Firmę sprzątającą i księgową zatrudniał (...), natomiast (...) płaciła za usługi księgowej i firmy sprzątającej (...). Każda z firm dysponowała odrębnym rachunkiem bankowym, a (...) odprowadzała w I kwartale 2012r. świadczenia publiczne, składki na rzecz ZUS i opłaty na rzecz innych osób prawnych i fizycznych.

Sąd pierwszej instancji ustalił, że w 2011r. (...) złożyła powodowi ofertę świadczenia usług medycznych w poradniach specjalistycznych chirurgii ogólnej, kardiologicznej, dermatologicznej i wenerologicznej, urologicznej, okulistycznej, ortopedycznej, otolaryngologicznej, a także położniczo - ginekologicznej. W siedzibie Poradni (...) została przeprowadzona kontrola przez Komisję Konkursową. Firma spełniała formalne warunki w zakresie rejestracji i numerów identyfikacyjnych, była też wyposażona w stosowny sprzęt. W końcu 2011r. powód ogłosił wyniki konkursu ofert i poinformował pozwanego, że powinien rozpocząć świadczenie usług od początku 2012r., a umowa zostanie podpisana w późniejszym terminie. Firma pozwanego miała, od tej pory, obowiązek prowadzenia stosownej dokumentacji i zgłaszania z upływem każdego miesiąca do systemu informatycznego powoda odpowiednio zindywidualizowanego wykazu dokonanych świadczeń z wypełnieniem rubryk w tabelach systemu. Identyfikacja dotyczyła m.in. podmiotu udzielającego konkretnej usługi medycznej (świadczenia) jak i osoby, której tej usługi udzielono w tym PESEL i inne dane osobowe. Błędnie lub niekompletnie wypełnione pozycje były odrzucane przez system.

Sąd Okręgowy ustalił, że strony zawarły umowę z dnia 15 lutego 2012r. w której pozwany zobowiązał się do świadczenia usług w wyżej wskazanym zakresie od 1 stycznia 2012r. do 31 grudnia 2016r., a do 29 grudnia 2012r. strony umowy ustaliły limit świadczeń. Dnia 20 lutego 2012r. pozwany złożył powodowi wnioski o zgodę powoda na dokonanie cesji zobowiązań wynikających z w/w umowy na rzecz firmy (...) ze względu na harmonogram pracy w zatrudniającym go szpitalu obowiązujący od 2012r. Wniosek ten nie został rozpoznany.

Sąd pierwszej instancji ustalił, że w sobotę dnia 17 marca 2012r. bez uprzedniego zawiadomienia pracownicy powoda przeprowadziły kontrole w lokalach w/w firm. Zastaly pielęgniarkę dyżurną, ustaliły, że przy wejściu zewnętrznym nie ma tablicy firmy (...) i brak jest oznaczeń tej firmy na drzwiach gabinetów i pomieszczeniach ogólnodostępnych. Dnia 26 marca 2012r. powód sporządził oświadczenie o rozwiązaniu w/w umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia. Pozwany wniósł zażalenie, a następnie kwestionował protokół pokontrolny z dnia 6 listopada 2012r. wskazując, że tablica zewnętrzna została zdjęta z kraty okiennej tymczasowo przez robotników wykonujących prace związane z ociepleniem budynku, a kartoteki prowadzone w całości, lub w części przez lekarzy zatrudnionych przez (...) zostały zabezpieczone przez osoby kontrolujące firmę (...) i są dla pozwanego niedostępne. Z protokołu oględzin 71 historii chorób wybranych spośród historii chorób z poradni dermatologicznej, oględzin przeprowadzonych w związku z kontrolą firmy (...) dnia 19 września 2012r. dokonano przez pracowników powoda, wynika, że część dokumentacji zawierała pieczęcie (...), a część była opatrzona „identyfikatorem innego podmiotu (...)”. Ze względu na działanie obu w/w firm w tym samym budynku i kompleksie pomieszczeń lekarze zatrudnieni przez obie firmy lub jedną z nich korzystali czasami z tych samych gabinetów. Dokumentacja prowadzona była według nazwisk pacjentów, a jeśli pacjent korzystał z porad w obu firmach, to w tej samej dokumentacji przy opisie medycznym konkretnej porady lub usługi lekarz umieszczał swoją pieczęć i pieczęć zatrudniającej go firmy. Ze względu na oczekiwanie małżonków M. na decyzję powoda dotyczącą zgody na w/w cesję lub odmowę takiej zgody w dokumentacji medycznej niektórych pacjentów występowały nieścisłości w tym sensie, że wpisy w tej samej dokumentacji mogły dotyczyć usług świadczonych kolejno przez te firmy, a dokumentacja danego pacjenta była na początku opieczętowana przez jedną z nich.

Sąd pierwszej instancji ustalił, że powód przelewał na rzecz (...) kolejno kwoty:

- 21.453,06 zł i 16.560 zł dnia 28 marca 2012r.,
- 28.648,80 zł dnia 3 kwietnia 2012r.,
- 6.640,56 zł dnia 12 kwietnia 2012r.,
- 11.894 zł dnia 13 kwietnia 2012r.,
- 10.971złdnia 20 kwietnia 2012r.,
- 3.576,96 zł i 5.381,82 zł dnia 10 maja 2012r.,
- 14.490 zł dnia 15 maja 2015r.,
- 31.771 zł dnia 20 lipca 2012r.

co wynika z historii rachunku tej firmy za okres od 1 stycznia 2012r. do 31 marca 2012r., a także potwierdzeń przelewów złożonych przez powoda. Powód za opłacone na rzecz (...) świadczenia medyczne udzielone przez tę firmę w okresie od 1 stycznia 2012r. do 31 marca 2012r. nie zapłacił innej osobie prawnej lub fizycznej. Pozwany nie wzbogacił się bezpodstawnie kosztem powoda, a dochodzone pozwem kwoty zostały wypłacone na podstawie w/w umowy obowiązującej strony w tym okresie - przynajmniej do końca marca 2012r.

W tak ustalonym stanie faktycznym, Sąd pierwszej instancji uznał, że powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie.

Sąd Okręgowy wskazał, że strony rozliczały się przy użyciu systemu komputerowego wprowadzonego, kontrolowanego i modyfikowanego przez Centralę NFZ. Do tego systemu pozwany, po podpisaniu umowy dnia 15 lutego 2012r., zgłaszał wykonane świadczenia i odpowiednio do tych zgłoszeń powód dokonywał płatności. Poszczególne rubryki tabel pozwalają zidentyfikować świadczenie i skontrolować poprawność zgłoszenia.

Sąd pierwszej instancji uznał, że skutki podpisania umowy z załącznikami w półtora miesiąca po rozpoczęciu świadczenia usług nie powinny obciążać pozwanego. Brak tablicy informacyjnej oraz informacja pielęgniarki rozpytanej przez pracownice powoda w wolną od pracy sobotę, że nic nie wie o działaniu firmy (...) nie stanowiły dowodu, że firma ta nie działa. Powód nie złożył sprawozdania osób wizytujących z dnia 17 marca 2012r., ale zarzuty wynikają z uzasadnienia decyzji o wypowiedzeniu umowy z dnia 26 marca 2012r.

Zdaniem Sądu Okręgowego w toku niniejszego postępowania pozwany udowodnił, że (...) działała w okresie objętym żądaniem pozwu czyli w I kwartale 2012r. W tej sytuacji brak jest podstaw do żądania kary umownej, bowiem pozwany pobrał zapłatę za świadczenia rzeczywiście wykonane i wycenione w sposób akceptowany przez powoda w okresie ich wykonania. Nie przekroczył też wyznaczonego limitu świadczeń za I kwartał w porównaniu z limitami za poszczególne miesiące i za cały rok. Niedokładności w dokumentacji wynikały z opóźnionego rozpoznania wniosku o cesję przez pozwanego i przedłożenia umowy o świadczenie usług pozwanemu do podpisu w połowie lutego 2012r.

Sąd Okręgowy za zasadny uznał zarzut naruszenia zasad współzycia społecznego w związku z roszczeniem o zapłatę kary umownej zgłoszony przez pozwanego w sprzeciwie. Zdaniem Sądu przede wszystkim należało jednak wziąć pod uwagę, że okoliczności stanowiące podstawę nałożenia kary umownej zostały, w części, wygenerowane przez powoda. Wynikały z opóźnienia rozpoznania wniosku o cesję. Zdaniem Sądu nałożenie kary umownej było w tej sytuacji sprzeczne z zasadami współzycia społecznego. Ubocznie Sąd pierwszej instancji wskazał, że powód, jako podstawę prawną roszczenia o karę umowną wskazał przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które nie obowiązywały od 1 stycznia 2016r.

Sąd pierwszej instancji wskazał, że świadczenia zdrowotne opłacone przez powoda w/w przelewami nie zostały wykonane przez firmę (...) i firma ta nie otrzymała za nie wynagrodzenia. Ponieważ świadczenia te zostały wykonane w stosunku do pacjentów mających uprawnienia do korzystania z usług medycznych w ramach NFZ i pacjenci ci są zidentyfikowani zgodnie z wymogami powoda, świadczenia te powinny zostać opłacone. Pozwany zgłaszał te świadczenia od czasu, gdy miał dostęp do systemu komputerowego powoda i wyceniał je zgodnie z umową stron i według stawek w tej umowie określonych. Świadczenia te były też dokumentowane w historiach chorób, niekiedy w sposób ułomny np. w historii choroby założonej przez firmę (...) w której w przeszłości dany pacjent rozpoczął leczenie, na którejś z kolejnych stron wpisywano informację o badaniu wykonanym przez lekarza zatrudnionego przez (...) z pieczęcią tej firmy (zdarzały się też sytuacje odwrotne). Sąd uznał, że żądana w pozwie kwota 150.713,16 zł nie jest świadczeniem nienależnym w rozumieniu art. 410 k.c. w związku z art. 405 k.c. Sąd podkreślił, że żadna z okoliczności wskazanych w art. 410 § 2 k.c. nie zachodzi w ustalonym stanie faktycznym, więc brak jest podstawy prawnej do zasądzenia kwoty 150.713, 16 zł.

Powód przegrał sprawę, jednak Sąd Okręgowy wziął pod uwagę jego trudną sytuację finansową znaną też Sądowi z urzędu z innych spraw. Uznał, że sytuacja powoda nie poprawiła się w porównaniu z dniem 17 marca 2017r. i nie obciążył powoda kosztami sądowymi. Koszty zastępstwa procesowego pozwanego ustalono na podstawie § 2 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 22 października 2015r. (Dz. U. z 2015r. poz. 1800 ze zm.) do których Sąd doliczył opłatę skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł.

Apelację od powyższego wyroku wywiódł powód Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki w P. zaskarżając wyrok w całości. Powód zaskarżonemu orzeczeniu zarzucił naruszenie prawa materialnego:

- art. 64 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2018r., poz. 1510 z późn. zm.) w związku z § 28 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2008, Nr 81, poz. 484) przez ich błędną wykładnię, a w konsekwencji ich niezastosowanie i niewłaściwe zastosowanie,

- art. 410 k.c. w zw. z art. 405 k.c. poprzez ich zastosowanie,

- przez niewłaściwe zastosowanie art. 484 § 2 k.c.

w związku z § 29 i § 30 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2008, Nr 81, poz. 484) z uwzględnieniem art. 5 k.c. przez błędną jego wykładnię polegającą na przyjęciu, że nałożenie kary umownej było sprzeczne z zasadami współżycia społecznego oraz wobec tego wadliwe przyjęcie, że okoliczności stanowiące podstawę nałożenia kary umownej zostały w części wygenerowane przez powoda.

Powód zarzucił też istotne naruszenie przepisów postępowania tj. art. 233 § 1 k.p.c. przez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów polegającego na dokonaniu przez Sąd oceny dowodów z naruszeniem zasady wszechstronnego rozważenia zebranego materiału dowodowego w szczególności przez bezpodstawne przyjęcie, bez przeprowadzania dowodu w tym zakresie, że świadczenia zdrowotne opłacone przez powoda nie zostały wykonane przez firmę (...), co stało się przyczyną także istotnego naruszenia art. 328 § 1 k.p.c. poprzez wadliwe uzasadnienie wyroku tj. w szczególności poprzez niewskazanie przyczyn dla których Sąd dowodom przedstawionym przez powoda odmówił wiarygodności i mocy dowodowej.

Powód w oparciu o tak sformułowane zarzuty wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kwoty 154.609,01 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 18 grudnia 2012r. do dnia 31 grudnia 2012r. i od dnia 2 grudnia 2014r. do dnia zapłaty oraz zwrot kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania. Ponadto powód wniósł

o zasądzenie od pozwanego na jego rzecz kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Pozwany M. M. (1) w odpowiedzi na apelację wniósł o oddalenie apelacji powoda w całości jako bezzasadnej oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania w drugiej instancji w tym kosztów zastępstwa adwokackiego według norm przepisanych.

### **Sąd Apelacyjny zważył, co następuje.**

Apelacja powoda nie zasługiwała na uwzględnienie.

Powód w apelacji podniósł zarzuty naruszenia prawa materialnego, jak i zarzuty naruszenia prawa procesowego. Wobec okoliczności, że prawidłowość zastosowania prawa materialnego może być właściwie oceniona jedynie w oparciu o prawidłowe ustalenie stanu faktycznego najpierw nastąpi ocena zarzutów o charakterze procesowym przy czym ewentualne uchybienia w tym zakresie pozostają dla postępowania odwoławczego o tyle istotne, o ile miały one wpływ na wydane rozstrzygnięcie (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 marca 1997r. (...))

Niezrozumiały okazał się przytoczony w apelacji zarzut naruszenia przez Sąd pierwszej instancji art. 328 § 1 k.p.c., który to przepis odnosi się do sposobu oraz terminu wniesienia wniosku o uzasadnienie wyroku.

Z treści uzasadnienia do tego zarzutu domniemywać można, że najprawdopodobniej powodowi chodziło o naruszenia przez Sąd pierwszej instancji art. 328 § 2 k.p.c. Wskazać należy, że naruszenie art. 328 § 2 k.p.c. z reguły nie ma wpływu na treść wyroku, gdyż uzasadnienie sporządzane jest po jego wydaniu (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 lipca 2015r.(...)) W orzecznictwie wskazuje się, że o skutecznym postawieniu zarzutu naruszenia przywołanego przepisu można mówić jedynie wówczas, gdy uzasadnienie wyroku nie zawiera elementów pozwalających na weryfikację stanowiska przyjętego przez Sąd, braki uzasadnienia w zakresie poczynionych ustaleń faktycznych i oceny prawnej są tak znaczne, że okoliczności determinujące wydanie orzeczenia pozostają nieujawnione, bądź są co prawda ujawnione, lecz w sposób uniemożliwiający poddanie ich ocenie instancyjnej. Zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. może odnieść skutek jedynie w tych wyjątkowych sytuacjach w których treść uzasadnienia orzeczenia Sądu pierwszej instancji uniemożliwia całkowicie dokonanie oceny toku wyводу, który doprowadził do wydania zaskarżonego orzeczenia (vide: postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 23 stycznia 2001r.(...), tudzież wyrok Sądu Apelacyjnego w (...) z dnia 30 kwietnia 2015r. IACa 1067/14, LEX nr 1711373). W niniejszej sprawie Sąd Apelacyjny nie dostrzegł, aby sporządzone przez Sąd pierwszej instancji uzasadnienie wyroku obarczone było rażącymi błędami czy też, aby zawierało braki wykluczające przeprowadzenie jego kontroli instancyjnej.

Powód w apelacji zarzucił Sądowi pierwszej instancji naruszenie prawa procesowego tj. art. 233 § 1 k.p.c. Stosownie do art. 233 § 1 k.p.c. sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Zgodnie z utrwalonym w judykaturze poglądem dopiero wykazanie i uzasadnienie, że wnioski wyprowadzone przez sąd z określonego materiału dowodowego nie są logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym pozwala na skuteczne podniesienie zarzutu naruszenia tego przepisu. Wykazanie, że Sąd pierwszej instancji naruszył przepis art. 233 § 1 k.p.c., co mogło mieć istotny wpływ na wynik sprawy, nie może być ograniczone do odmiennej interpretacji dowodów zebranych w sprawie. Sąd Najwyższy w uzasadnieniu do wyroku z dnia 18 czerwca 2004r. w sprawie (...) wskazał, że postawienie zarzutu obraży art. 233 § 1 k.p.c. nie może polegać na zaprezentowaniu ustalonego przez siebie, na podstawie własnej oceny dowodów, stanu faktycznego; skarżący może tylko wykazywać posługując się wyłącznie argumentami jurydycznymi, że sąd rażąco naruszył zasady logicznego rozumowania oraz doświadczenia życiowego i że uchybienie to mogło mieć wpływ na wynik sprawy. Do naruszenia tego przepisu mogłoby dojść tylko wówczas, gdyby apelujący wykazał na uchybienie podstawowym regułom służącym ocenie wiarygodności i mocy poszczególnych dowodów tj. regułom logicznego myślenia, zasadzie doświadczenia życiowego i właściwego kojarzenia faktów (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 grudnia 2005r. (...)) Takich uchybień w postępowaniu Sądu pierwszej instancji powód nie wykazał, a Sąd Apelacyjny nie dopatrzył się ich analizując pisemne uzasadnienie zaskarżonego wyroku.

Powód domagał się zasądzenia od pozwanego kwoty 150.713,16 zł tytułem zwrotu nienależnego świadczenia. Podkreślić należy, że powód pismem z dnia 26 marca 2012r. rozwiązał umowę z pozwanym bez zachowania okresu

wypowiedzenia (vide: k. 46 akt(...)) Sądu Okręgowego w (...) W uzasadnieniu do tego pisma powód wskazał, że w dniu 17 marca 2012r. w trakcie wizytacji Poradni prowadzonej przez pozwanego stwierdzono, że świadczeniodawca tj. M. M. (1) nie podjął realizacji świadczeń, nie rozpoczął od dnia 1 stycznia 2012r. do dnia wizytacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (vide: k. 46-47 w/w akta (...)) Sądu Okręgowego w (...)). Pomimo tego powód po dniu 26 marca 2012r. przekazał na rzecz pozwanego kwotę w łącznej wysokości 150.713,16 zł zwrotu której domaga się w niniejszej sprawie. Powód w apelacji nie kwestionuje ustalenia przez Sąd pierwszej instancji, że przekazał pozwanemu:

- kwotę 21.453,06 zł i 16.560 zł dnia 28 marca 2012r.,
- kwotę 28.648,80 zł dnia 3 kwietnia 2012r.,
- kwotę 6.640,56 zł dnia 12 kwietnia 2012r.,
- kwotę 11.894 zł dnia 13 kwietnia 2012r.,
- kwotę 10.971 zł dnia 20 kwietnia 2012r.,
- kwotę 3.576,96 zł i 5.381,82 zł dnia 10 maja 2012r.,
- kwotę 14.490 zł dnia 15 maja 2015r.,
- kwotę 31.771 zł dnia 20 lipca 2012r.

Wszystkie więc świadczenia w łącznej wysokości 150.713,16 zł zostały przelane przez powoda na rzecz pozwanego w okresie od 28 marca 2012r. do 20 lipca 2012r., a więc już po złożeniu przez powoda oświadczenia o rozwiązaniu umowy z pozwanym bez zachowania okresu wypowiedzenia, co miało miejsce w dniu 26 marca 2012r. Zdaniem Sądu Apelacyjnego powód spełnił więc świadczenie na rzecz pozwanego, chociaż - wedle stanowiska powoda prezentowanego w toku postępowania - nie był do tego świadczenia zobowiązany. Przy czym powód nawet nie twierdzi, że spełnienie świadczenia nastąpiło z zastrzeżeniem zwrotu, albo w celu uniknięcia przymusu lub w wykonaniu nieważnej czynności prawnej. Z mocy więc art. 411 pkt 1 k.c. powód nie może żądać świadczenia jeżeli spełniając je wiedział, że nie był do świadczenia zobowiązany. Z tej więc już tylko przyczyny apelacja powoda nie zasługiwała na uwzględnienie.

W apelacji powód zarzucił naruszenie przez Sąd pierwszej instancji art. 64 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. 2008r. 164.1027). Zarówno na dzień zawarcia przez strony umowy jak i jej rozwiązania przepis ten obejmował 11 ustępów, a ustęp 1 zawierał 5 punktów. W istocie nie jest więc wiadomym czy i który z ustępów art. 64 powód kwestionuje w ramach zarzucanego naruszenia tego przepisu. Być może chodzi o naruszenie art. 64 ustęp 5 teje ustawy, który to przepis stanowi, że świadczeniodawca jest obowiązany do przedkładania podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych żądanej dokumentacji oraz udzielania wszelkich informacji i pomocy niezbędnych w związku z prowadzoną kontrolą. W uzasadnieniu do wystąpienia pokontrolnego z dnia 6 listopada 2012r. podano, że świadczeniodawca (tj. pozwany w niniejszej sprawie) nie przedłożył indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów potwierdzającej udzielenie im świadczeń opieki zdrowotnej, a wykazanych przez świadczeniodawcę w raportach statystycznych do (...) Oddziału Wojewódzkiego w P. Narodowego Funduszu Zdrowia z realizacji umowy, w trakcie przeprowadzania czynności kontrolnych w ramach postępowania kontrolnego nr (...) zespół kontrolujący nie otrzymał żadnej dokumentacji medycznej pacjentów, którym miały zostać udzielone świadczenia przez pozwanego w ramach realizacji umowy, dokumentującej i potwierdzającej ich udzielenie (vide: 17 akt). Nadto stwierdzono, że brak jest podstaw do uznania, iż świadczenia wykazane przez świadczeniodawcę w raportach sprawozdawczych do (...) Oddziału Wojewódzkiego w P. Narodowego Funduszu Zdrowia były wykonane w podmiocie leczniczym (...) przy czym brak lub nieprecyzyjność wpisów stanowi dowód o niezrealizowaniu rozliczonych świadczeń (vide: k. 19 akt).

Sąd Najwyższy w uzasadnieniu do wyroku z dnia 24 listopada 2017r. (...) wskazał, że w sporach o roszczenia cywilnoprawne mające związek z wykonaniem umów o udzielanie świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej

ustawodawca nie przypisał protokołowi pokontrolnemu znaczenia dokumentu, który miałby rozstrzygać o stanie faktycznym sprawy; w konsekwencji strona mogła zgłaszać dowody kwestionujące ustalenia zawarte w protokole lub nimi objęte. Pozwany w toku postępowania pokontrolnego zarzucił, że w oświadczeniach z dnia 13 września 2012r. oraz z 17 września 2012r. informował zespół kontrolny, że żądana dokumentacja została zabezpieczona w ramach kontroli Poradni (...) oraz, iż w Poradni tej znajdowała się cała dokumentacja medyczna prowadzona przez lekarzy z (...) (vide: zażalenie pozwanego z 14 grudnia 2012r. - k. 78 akt). Powód tej okoliczności nie zaprzeczył. Oznacza więc to, że dokumentacja pacjentów Poradni pozwanego była zabezpieczona przez zespół kontrolujący, a więc zespół ten miał możliwość zapoznania się z nią. W takiej sytuacji brak jest podstaw do uznania, że pozwany nie udostępnił powodowi dokumentacji medycznej pacjentów w sytuacji, gdy zespół kontrolny, a więc pracownicy powoda, w dacie kontroli dokumentację tą posiadali. Pozwany na rozprawie przed Sądem pierwszej instancji w dniu 7 czerwca 2018r. wyjaśnił, że posiada dokumentację dotyczącą pacjentów wyszczególnionych według numeru PESEL w tabeli nr 1 znajdującej się na k. 20-55 akt sprawy (vide: protokół sporządzony z przebiegu rozprawy - k. 363 akt). Pozwany na rozprawie przed Sądem Okręgowym w dniu 27 września 2018r. przedstawił 345 dokumentów pacjentów z Poradni Dermatologicznej (vide: protokół rozprawy - k. 379 akt). Przewodnicząca po weryfikacyjnym sprawdzeniu stwierdziła, że dokumentacja jest opatrzona pieczęciami firmy (...), a w części historii chorób znajdują się podpisy pacjentów wyrażających zgodę na przetwarzanie ich danych osobowych. Pełnomocnicy pozwanego zobowiązali się udostępnić w/w dokumentację pełnomocnikowi powoda na jego żądanie i po ustaleniu terminu (vide: protokół sporządzony z przebiegu rozprawy - k. 379 akt). Na rozprawie w dniu 10 stycznia 2019r. pełnomocnik pozwanego oświadczył, że pozwany był gotowy udostępnić powodowi wszelką dokumentację, zgodnie z ustaleniami poczynionymi na rozprawie w dniu 27 września 2018r., jednakże nikt od powoda nie zażądał przedłożenia tej dokumentacji; pełnomocnik powoda potwierdziła, że takiej próby przejrzania dokumentów nie było (vide: protokół sporządzony z przebiegu rozprawy w dniu 10 stycznia 2019r. - k. 382 akt).

Zgodnie z art. 6 k.c. to rzeczą powoda było wykazać, że pozwany nie zrealizował świadczeń objętych umową stron. Powód tego faktu nie wykazał. Powód wnioski o niezrealizowaniu świadczeń przez pozwanego sformułował jedynie w oparciu o ustalenia zespołu kontrolującego przy czym nie zaprzeczył wyjaśnieniom pozwanego, że w dacie przeprowadzenia kontroli dokumentacja medyczna pacjentów Poradni (...) została zabezpieczona przez zespół kontrolujący, a więc znajdowała się ona w posiadaniu powoda. Nadto w toku postępowania przed Sądem pierwszej instancji pozwany zaoferował powodowi udostępnienie dokumentacji pacjentów Poradni (...), jednakże powód nie skorzystał z możliwości zapoznania się z tą dokumentacją. M. M. (4) przyjmująca w 2012r. pacjentów na zlecenie Poradni (...) zeznała, że wystawiała za swoją pracę rachunki na rzecz Poradni (...), pracowała na zlecenie wyłącznie Poradni (...) przyjmując pacjentów 2 razy w tygodniu od 15.00 do 18.00 lub 19.00 w zależności od liczby pacjentów (vide: - k. 310 akt). W apelacji w ogóle nie odniesiono się do zeznań złożonych w charakterze świadka przez M. M. (4). W tej sytuacji uznać należy, że zeznania te w żaden sposób nie zostały podważone. A z zeznań M. M. (4) przecieży wynika, że pacjentom w ramach umowy zawartej między stronami były udzielane w 2012r. świadczenia medyczne w Poradni (...). Przeczy to więc stanowisku powoda, że pozwany takich świadczeń nie realizował.

W konsekwencji mając powyższe na względzie Sąd Apelacyjny podzielił uznanie Sądu pierwszej instancji, że powód nie wykazał, iż pozwany nie zrealizował świadczeń na rzecz pacjentów objętych umową stron.

W uzasadnieniu do wystąpienia pokontrolnego z dnia 6 listopada 2012r. podano, że brak lub nieprecyzyjność wpisów stanowi dowód o niezrealizowaniu rozliczonych świadczeń. Jednocześnie nie wyjaśniono w czym ten brak wpisów się przejawiał i na czym polegało nieprecyzyjność wpisów. Sąd Najwyższy w uzasadnieniu do wyżej powołanego wyroku z dnia 24 listopada 2017r. (...) wskazał, że wadliwe prowadzenie dokumentacji medycznej, uchybienia formalne przy wykonywaniu umowy lub pominięcie wymogów formalnych, tylko wtedy będą skutkować obowiązkiem zwrotu świadczenia jako nienależnego, jeżeli trafiło ono do osoby nieuprawnionej do uzyskania go ze środków publicznych, w ogóle nie zostało wykonane lub bez dopełnienia wymogów formalnych nie ma możliwości zweryfikowania czy cel umowy został osiągnięty; uzasadnienie zwrotu świadczenia błędami formalnymi, które nie miały żadnego wpływu na formalne i materialne uprawnienie pacjenta, jest przerzucaniem obowiązku finansowania leczenia na świadczeniodawcę lub pacjenta. Sąd Najwyższy nadto wskazał, że na gruncie § 28 rozporządzenia z dnia 6 maja

2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku stwierdzenia przez oddział wojewódzki Funduszu przekazania świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych (Dz. U. Nr 81, poz. 484) nie można tak samo traktować świadczeniodawców, którzy uzyskali środki publiczne bez zrealizowania świadczeń, otrzymali zapłatę za świadczenia nieznajdujące się w wykazie świadczeń gwarantowanych, nieobjęte przedmiotem umowy i tych, którzy wykonali świadczenia gwarantowane w ramach umowy na rzecz osób formalnie i materialnie uprawnionych, a nie dochowali jedynie wymogów formalnych. W realiach niniejszej sprawy moglibyśmy mieć do czynienia tylko z sytuacją, że pozwany wykonał świadczenia gwarantowane w ramach umowy na rzecz osób formalnie i materialnie uprawnionych, a nie dochował jedynie wymogów formalnych. W apelacji jednakże nie podano jakich to konkretnie uchybień formalnych przy wykonywaniu umowy miał się dopuścić pozwany. Uznać więc należy, że błędy formalne, o ile w ogóle miały miejsce, nie miały żadnego wpływu na uprawnienia pacjentów do otrzymywania świadczeń w ramach Poradni (...), a co za tym idzie nie mogą skutkować zwrotem spełnionego świadczenia.

W apelacji powód odwołał się do § 29 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2008.81.484) z tym, że nie wskazał o który ustęp tego przepisu chodzi, a § 29 zawiera 7 ustępów. To samo dotyczy § 30 tegoż rozporządzenia, który zawiera 4 ustępy. Nie jest więc wiadomym naruszenie konkretnie którego to przepisu powód zarzucił w apelacji. W uzasadnieniu do wystąpienia pokontrolnego z dnia 6 listopada 2012r. powód podał, że na podstawie § 30 ustęp 1 pkt 2 litera c ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (vide: w/w ogólne warunki umów – k. 42 akt (...)) Sądu Okręgowego w (...) z tytułu przedstawienia przez świadczeniobiorcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym na pozwanego została nałożona kara umowna w wysokości 3.895,85 zł (vide: k. 56 akt). Ponieważ jednak pozwany nie podał danych niezgodnych ze stanem faktycznym, zasadnie Sąd pierwszej instancji oddalił roszczenie w tym zakresie.

Ustalenia dokonane przez Sąd pierwszej instancji, jako znajdujące uzasadnienie w materiale zgromadzonym w aktach sprawy, Sąd Apelacyjny przyjmuje za własne, a wnioski z nich płynące aprobejuje z wyłączeniem tego, że w niniejszej sprawie nie znajdowało zastosowania cyt. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Podkreślić należy, że w przedmiotowej sprawie znajdują zastosowanie przepisy prawne obowiązujące w dacie zdarzeń faktycznych i prawnych tj. zawarcia umowy i jej obowiązywania, a więc także przepisy powołanego wyżej rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Biorąc powyższe pod rozwagę na podstawie art. 385 k.p.c. apelację powoda oddalono.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Apelacyjny orzekł stosownie do art. 98 § 1 i 3 k.p.c. obciążając powoda obowiązkiem zwrotu pozwanemu wynagrodzenia pełnomocnika za reprezentowanie pozwanego przed instancją odwoławczą w kwocie 4.050 zł. Wysokość kosztów zastępstwa procesowego ustalono zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 2 w zw. z § 2 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U. z 2015r. poz. 1800 ze zm.).

Mariola Głowacka Małgorzata Mazurkiewicz-Talaga Maciej Rozpędowski