

Sygn. akt I ACa 229/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 października 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSA Bożena Wiklak

Sędziowie: SA Anna Beniak (spr.)

SO (del.) Jarosław Pejta

Protokolant: stażysta Paulina Działońska

po rozpoznaniu w dniu 12 października 2017 r. w Łodzi na rozprawie

sprawy z powództwa **Wyższej Szkoły (...) z siedzibą w Ł.**

przeciwko **Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w Ł.**

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 30 grudnia 2016 r. sygn. akt I C 177/12

1. **oddala apelację;**
2. **nie obciąża powoda kosztami zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.**

Sygn. akt I ACa 229/17

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem końcowym z dnia 30 grudnia 2016 roku wydanym w sprawie z powództwa Wyższej Szkoły (...) w Ł. przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia – (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w Ł. o zapłatę kwoty 2.799.836,16 złotych w zakresie roszczenia o zapłatę kwoty 346.137 złotych, Sąd Okręgowy w Łodzi:

1. zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 38.736 złotych z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 21 września 2011 roku do dnia zapłaty;
2. oddalił powództwo w pozostałej części;
3. orzekł o kosztach postępowania.

W uzasadnieniu powyższego wyroku Sąd pierwszej instancji podkreślił, że w sprawie wydawany jest wyrok końcowy, ponieważ w pozostałej części roszczenie było już rozstrzygnięte trzema prawomocnymi wyrokami częściowymi oraz w jednej części ugodą, które dotyczyły nadwykonań, mających miejsce w szpitalu w G..

Sąd Okręgowy podniósł, że obecnie przedmiotem rozpoznania pozostało jedynie żądanie zapłaty kwoty 346.137 złotych, którą pozwany potrącił powódce z tytułu, jego zdaniem błędnego zakwalifikowania przez nią świadczeń zdrowotnych wykonanych w ramach zawartych umów i to błędne zakwalifikowanie odnosiło się do zasad określonych w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Numer (...) z dnia 23 listopada 2009 roku w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne. W tym zakresie nie chodzi jednak o nadwykonania, ale o świadczenia wykonane w ramach limitów wynikających z zawartych umów.

Następnie Sąd pierwszej instancji odniósł się do poszczególnych zakwestionowanych przez pozwanego i potrąconych świadczeń. Sąd wskazał, że co do oddziału chorób wewnętrznych zakwestionowanych zostało siedem świadczeń.

Pierwszym pacjentem był E. P., który zakwalifikowany został przez powódkę do grupy JPG kod A33 - zaburzenia równowagi, za którą to procedurę przyznawanych jest 33 punkty, czyli po 51 złotych za punkt, to jest 1.683 złotych. Natomiast według pozwanego z dokumentacji medycznej tego pacjenta wynika, że stosowano leczenie dotyczące nadciśnienia, a zatem winien zostać zakwalifikowany do grupy JGP 88 - nadciśnienie tętnicze powyżej 17-go roku życia, za co powód winien otrzymać nie 33, tylko 28 punktów i w związku z tym wynagrodzenie nie 1.683 złotych, tylko 1.428 złotych. Z tego tytułu została więc potrącona różnica, czyli 255 złotych. Sąd Okręgowy podniósł, że zgodnie z przeprowadzonymi w sprawie opiniami biegłego z zakresu chorób wewnętrznych A. F., pacjent E. P. spełnia kryteria nadciśnienia tętniczego, a zawroty głowy były następstwem wysokiego ciśnienia. Po zastosowaniu leków hipotensyjnych, czyli obniżających ciśnienie, te zawroty i wymioty ustąpiły. Sąd pierwszej instancji podzielił powyższą opinię i stwierdził, że pacjent winien być zakwalifikowany z tytułu nadciśnienia, tym bardziej, że był starszy pacjent, urodzony w (...) roku, a u osób starszych często dochodzi do kurczenia się naczyń mózgowych, które właśnie są przyczyną zawrotów głowy i wymiotów. W konsekwencji Sąd Okręgowy uznał, że potrącenie w zakresie kwoty 255 złotych było zasadne, a roszczenie pozwu w tej części nie zasługiwało na uwzględnienie.

Drugie sporne świadczenie dotyczyło T. M.. Powódka zakwalifikowała pacjentkę do grupy JGP kod E77 - inne choroby układu krążenia powyżej 17-go roku życia za 53 punkty, czyli za kwotę 2.703 złotych. Natomiast według pozwanego NFZ pacjentka miała objawy i stosowano leczenie wskazujące na konieczność zakwalifikowania do grupy JGP E61 - zaburzenia rytmu serca powyżej 69-go roku życia i w związku z tym powinno być za to przyznane 36 punktów, czyli 1.836 złotych. Potrącona różnica to 867 złotych. Zgodnie z powołaną opinią biegłego z zakresu chorób wewnętrznych, kwalifikacja, której dokonał powód należy uznać za prawidłową, czyli potrącenie co do kwoty 867 złotych było nieusprawiedliwione, a w związku z tym w tej części powództwo jest zasadne.

Kolejny pacjent, pod pozycją numer 3, to J. S. (1) urodzony w (...) roku został przez powódkę zakwalifikowany do grupy JGP D28 - choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej wycenione na 76 punktów, co w złotych oznacza kwotę 3.876 złotych. Według pozwanego winna to być grupa JGP D37 - inne choroby układu oddechowego wycenione na 36 punktów, a więc na 1.836 złotych i z tego tytułu została potrącona różnica w wysokości 2.040 złotych. Sąd pierwszej instancji podniósł, że choć z opinii biegłego z zakresu chorób wewnętrznych nie wynika w sposób jednoznaczny, że to kwalifikacja szpitala jest prawidłowa, to schorzeniem dominującym jest guz płuca lewego i dlatego ostatecznie za prawidłową uznał kwalifikację powódki, a potrącenie pozwanego co do kwoty 2.040 złotych za niezasadne.

Czwarta osoba z tej grupy, to jest J. C.. W tym przypadku kwalifikacja powoda, to było JGP S03 - choroby układu krwiotwórczego i odpornościowego powyżej 1-go dnia, wycenione na 49 punktów, czyli 2.499 złotych. Pozwany tę kwalifikację zakwestionował, wskazując, że tu powinna być grupa JGP S06 - zaburzenia krzepliwości i inne choroby krwi i śledziony powyżej 1-go dnia, wycenione na 11 punktów, czyli 561 złotych i w związku z różnicą obu tych kwalifikacji dokonano potrącenia kwoty 1.938 złotych. Sąd Okręgowy podniósł, że opinia biegłego wykazała, że to potrącenie było niezasadne, ponieważ dokumentacja medyczna pacjenta potwierdza to rozpoznanie, które zostało przedstawione do rozliczenia przez powoda. W związku z tym również,

co do tej kwoty 1.938 złotych roszczenie pozwu Sąd I instancji uznał za zasadne.

Pod pozycją w wykazie to pacjentka B. P. (1). Według powódki należało zakwalifikować ją do grupy JPG D28 - choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej za 76 punktów, czyli za kwotę 3.876 złotych. Według pozwanego winna to być kwalifikacja do grupy JGP SO6 - zaburzenia krzepliwości i inne choroby krwi i śledziony powyżej 1-go dnia, czyli za 11 punktów, a więc po przeliczeniu według kontraktowej ceny punktu 561 złotych. Została potrącona różnica w wysokości 3.315 złotych. Sąd I instancji podniósł, że opinia biegłego potwierdziła w tym przypadku kwalifikację szpitala, w związku z tym to potrącenie okazało się błędne, a w tej części powództwo uzasadnione.

Pacjentka z pozycji 6 wykazu, czyli A. P. została zakwalifikowana przez powódkę do grupy JPG A46 - przemijające niedokrwienie mózgu, wycenione za 36 punktów, czyli za 1.887 złotych. Według pozwanego jej kwalifikacja powinna być do grupy JGP E88 - nadciśnienie tętnicze powyżej 17-go roku życia za 28 punktów, czyli za 1.428 złotych. Z tego tytułu została potrącona różnica 459 złotych. Także i w tym przypadku, Sąd Okręgowy wskazał, że opinia biegłego potwierdziła kwalifikację strony powodowej, czyli w tym zakresie potrącenie należało uznać za niezasadne, a powództwo za zasadne.

Pod ostatnią pozycją była B. P. (2), zakwalifikowana do grupy JPG E77 - inne choroby układu krążenia powyżej 17-go roku życia, wycenione na 53 punkty, czyli na 2.703 złote. Według pozwanego pacjentka miała objawy i stosowano leczenie wskazujące na konieczność zakwalifikowania jej do grupy JGP K26 - zaburzenia wodno-elektrolitowe, za które należy się 28 punktów, czyli 1.428 złotych, co skutkowało potrąceniem różnicy 1.275 złotych. W tym przypadku według biegłego, w oparciu o przedstawioną dokumentację medyczną nie da się jednoznacznie ocenić, która z tych jednostek chorobowych jest dominująca, dlatego Sąd Okręgowy uznał, że potrącenie kwoty 1.275 złotych nie było zasadne, a powództwo w tym zakresie jest uwzględnione.

Podsumowując tę grupę pacjentów, Sąd Okręgowy podkreślił, że potrącenie okazało się zasadne tylko w zakresie kwoty 255 złotych, a co do pozostałych potrącenie było niezasadne, czyli co do kwoty 9.894 złotych.

Następnie Sąd pierwszej instancji wskazał na kolejną grupę świadczeń, która była przedmiotem potrąceń, a były to 76 świadczenia udzielone na Oddziale Ginekologii i Położnictwa.

W stosunku do dwóch pierwszych pacjentów z tego wykazu, czyli A. B. i K. D. (1), zarzut był taki, że kolejna hospitalizacja miała miejsce w okresie krótszym, niż 14 dni od poprzedniej hospitalizacji, czyli rozliczenie tej hospitalizacji oddzielnie jest niezgodne z paragrafem 23 punkt 10 zarządzenia, które na wstępie było powoływane.

Zgodnie bowiem z tym rozporządzeniem przy wykazywaniu świadczeń do rozliczenia, świadczeniodawca zobowiązany jest do przestrzegania zasady, że jeżeli okres pomiędzy świadczeniami udzielonymi świadczeniobiorcy przez świadczeniodawcę podczas odrębnych pobytów w szpitalu, z powodu określonego przez rozpoznanie lub procedurę występującą w charakterystyce danej grupy z katalogu grup stanowiących załącznik numer 1A do zarządzenia, albo odpowiednio z katalogu świadczeń odrębnych stanowiącego załącznik numer 1B do zarządzenia, nie przekracza 14-tu dni lub z zasad postępowania medycznego wynika, że problem zdrowotny może być rozwiązany jednocześnie, świadczenia te wykazywane są do rozliczenia jako jednoświadczenie z zastrzeżeniem punktu 11, że rozliczenie świadczeń w sposób określony w punkcie 10 nie dotyczy hospitalizacji wyłącznie w celu realizacji świadczeń z zakresów: teleradioterapii, brachyterapii, terapii izotopowej oraz związanego z tym leczenia objawowego.

Pozwany wskazywał, że w przypadku tych dwóch pacjentek hospitalizacja była w okresie krótszym, niż 14 dni od poprzedniej, natomiast została wykazana do rozliczenia tak, jak poprzednia w grupie JGP NO5 - patologia ciąży i porodu - diagnostyka, leczenie 2 dni, zatem nie jest to grupa świadczeń wynikająca z punktu 11 powołanego wyżej zarządzenia. Dodatkowo pozwany podnosił,

że nie został złożony umotywowany wniosek o inny sposób rozliczenia do dyrektora oddziału NFZ, a istnieje obowiązek złożenia takiego wniosku, żeby świadczenie mogło być dodatkowo rozliczone, co wynika z paragrafu 23 punkt 11 zarządzenia, więc niezasadne było policzenie tej hospitalizacji oddzielnie i w związku z tym, ponieważ za każdą z tych hospitalizacji była przyznana kwota 1.581 złotych, to dwukrotność tej kwoty w łącznej sumie 3.162 zostało potrącone.

Sąd Okręgowy wskazał, że jeżeli chodzi o wszystkie świadczenia z Oddziału Ginekologii i Położnictwa to w sprawie przeprowadzona została opinia biegłego M. W., która była zarówno pisemnie, jak i ustnie uzupełniana. Zgodnie z tą opinią biegłego oba ten przypadki były nagłe, wymagały hospitalizacji i nie mogły być rozwiązane jednocześnie. W związku z tym tak jak powołał biegły w swojej opinii stanowisko NFZ z punktu widzenia medycznego nie jest uzasadnione.

Jednak i tutaj Sąd pierwszej instancji przyjął w tym zakresie stanowisko strony pozwanej, że powtórne hospitalizacje, aby mogły być rozliczone oddzielnie muszą spełniać oprócz wymogów medycznych, na które tutaj powołał się biegły, biegły dodatkowo wymogi formalne co do zgłoszenia przez powódkę pozwanemu umotywowanego wniosku, że powinny być rozliczone odrębnie, a takie wnioski nie zostały zgłoszone. W ocenie Sądu Okręgowego niezłożenie tych wniosków uzasadnia uznanie zasadności zarzutu potrącenia. W związku z tym co do kwoty 3.162, pomimo opinii biegłego, która kwalifikuje z punktu widzenia medycznego te hospitalizacje za zasadne, Sąd pierwszej instancji doszedł do przekonania, że tutaj potrącenie było dokonane w sposób prawidłowy. Kwestia ta już wcześniej była rozpoznawana przy okazji rozpoznawania roszczeń, które były sprawozdawane jako nadwykonania i w wyroku częściowym z dnia 29 grudnia 2014 roku w ten sam sposób Sąd rozstrzygnął.

Kolejne 19 przypadków z tej grupy świadczeń udzielonych na Oddziale Ginekologii i Położnictwa to są świadczenia określone w wykazie numerami 7, 8, 22, 24, 25, 28, 43, 45, 49, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 60, 66, 67 i 70. Powód rozliczył według grupy JPG oznaczonej jako K16, czyli choroby przysadki lub

M27 leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej, natomiast według pozwanego jeżeli celem przyjęcia do szpitala było tylko wykonanie powyższego badania, a nie pogłębienie diagnostyki czy leczenia, to świadczenia te powinny zostać rozliczone jako procedura hospitalizacja z przyczyn nie ujętych gdzie indziej, czyli kod procedury 5.52.01. (...) i wartość punktowa tej procedury to jest 10 punktów, a wartość kwotowa 510 złotych. Zdaniem biegłego we wszystkich przypadkach występowała hiperprolaktynemia czynnościowa, ale nie upoważniała ona do rozpoznania choroby przysadki.

W związku z tym kwalifikacja dokonana przez powódkę była nieprawidłowa i w związku z tym to potrącenie, którego dokonał pozwany należało uznać za zasadne, a roszczenie pozwu w tym przedmiocie za niezasadne.

Kolejnych 8 przypadków to były świadczenia o numerach 12, 19, 44, 58, 63, 71, 72 i 76. Te świadczenia powódka wykazała jako świadczenia do leczenia w okresie powyżej 2 dni czyli grupa N 05 5.51.01. (...) patologia ciąży i porodu, diagnostyka, leczenie powyżej dwóch dni. Natomiast pozwany uważał, że zgodnie z dokumentacją medyczną nieliczne badania, które były wykonane tym, tych pacjentkom powinny być wykonane w 2 dni i w związku z tym powinna być wykazana grupa, która mówi nie o leczeniu powyżej dwóch dni tylko o leczeniu poniżej trzech dni, czyli patologia ciąży, diagnostyka, obserwacja poniżej 3 dni to jest grupa N 04 5.51.01. (...). W związku z tym ta procedura winna być wyceniona według pozwanego na 9 punktów, czyli na 459 złoty, natomiast ta wycena, której dokonywała powódka ta procedura to było

31 punktów, czyli 1.581 złotych, a różnica co do każdego z tych przypadków to jest 1.122 złote i takiego potrącenia dokonał pozwany.

Biegły ginekolog dokonał sprawdzenia dokumentacji medycznej każdej z tych ośmiu pacjentek i jedynie u trzech z tych pacjentek, tj. u M. O. (1) (pozycja wykazu 44), u A. M. (1) (pod numerem wykazu 71)

i u K. K. (1) (pod numerem wykazu 72) uznał, że hospitalizacja powyżej, hospitalizacja trzydniowa, czyli powyżej dwóch dni była uzasadniona.

W związku z tym w tym zakresie właściwej kwalifikacji świadczeń dokonała powódka, natomiast pozwany błędnie dokonał potrącenia. Potrącenie zgodnie z tym wykazem w przypadku dwóch pacjentek (M. O. i K. K.) to była kwota po 1.122 złote natomiast w przypadku M. A. to było 969 złotych. Co do pozostałych pięciu pacjentek z tej grupy rzeczywiście zasadnie pozwany podnosił, że tam wystarczająca była dwudniowa hospitalizacja i w związku z tym tam potrącenie co do każdej pacjentki w wysokości 1.122 złote było uprawnione, czyli łącznie na kwotę 5.610 złotych. Wobec powyższego Sąd Okręgowy uznał, że żądanie pozwu jest zasadne tylko co do trzech pacjentek, tj. M. O., A. M. i K. K. i to są kwoty dwa razy po 1.122 złotych i raz 969 złotych, co daje łącznie 3.213 złotych.

Ostatnie 47 świadczeń z grupy świadczeń, które były przedmiotem potrącenia na Oddziale Ginekologii i Położnictwa to są świadczenia niewymienione w punkcie 2 ac i tam zgodnie z zapisem paragrafu 11 ustęp 5 Zarządzenia prezesa NFZ udzielanie świadczeniobiorcy świadczeń w ramach hospitalizacji, hospitalizacji planowej i leczenia jednego dnia może być realizowane jeżeli cel leczenia w danym przypadku nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne, czyli chodziło o to, że pozwany zakwestionował tutaj fakt, że w ogóle hospitalizacja w przypadku tych pacjentek była uzasadniona.

Odwołując się w tym zakresie do opinii biegłego do spraw ginekologii Sąd Okręgowy wskazał, że jedynie w ośmiu przypadkach hospitalizacja została uznana za zasadną, tj. co do:

- A. K. (1), pozycja numer 3 wykazu - w stosunku do niej potrącenie niezasadne to było 561 złoty, pani S. Z. pozycja 9 wykazu potrącenie 1.581 złoty;
- A. M. (3), pozycja numer 10 wykazu, potrącenie wynosiło 1.581;
- K. D. (2), pozycja numer 14 wykazu (w wykazie jest błąd w nazwisku ,bo jest podane nazwisko B.), potrącenie 1.581 złotych;
- J. W., pod pozycją 16, potrącenie 1.581;
- A. G., pod pozycją 17, co do której wystąpił błąd w tabeli co do nazwiska bo tam wpisano nazwisko (...). potrącenie 1.581 złotych;
- A. S. pod pozycją numer 30, potrącenie 1.581 złotych;
- B. Z. (1) pod pozycją 32, potrącenie 1.581 złotych.

Sąd Okręgowy podniósł, że we wszystkich tych ośmiu wypadkach hospitalizacja była zasadna a potrącenie niezasadne i tutaj to potrącenie

w przypadku siedmiu pacjentek to była kwota 1.581 złoty, natomiast co do A. K. (1) było mniejsze potrącenie i wynosiło 561 złotych, co łącznie dało kwotę 11.628 złoty. Razem z tymi przypadkami z ginekologii, które Sąd Okręgowy uznał za uzasadnione hospitalizacje powyżej 2 dni, to jest łącznie kwota 14.841 złoty i ta kwota jest uwzględniona jeżeli chodzi o powództwo w zakresie, w zakresie Oddziału Ginekologii i Położnictwa.

Ostatnia grupa świadczeń to były świadczenia udzielone na Oddziale Chorób Wewnętrznych, które są ujęte w wykazie chirurgia ogólna hospitalizacja. Spośród tej grupy świadczeń według pozwanego aż 71 świadczeń to są numery wykazu od 82 do 152 w ogóle nie wymagało leczenia chirurgicznego co skutkowało potrąceniem całości przyznanych za nie kwot. Przeprowadzona w sprawie opinia biegłego chirurga M. G. potwierdziła kwalifikację dokonaną przez pozwanego za wyjątkiem kilku pacjentów.

Pierwszym z nich był pacjent oznaczony w wykazie numerem 86 to jest P. K. co do którego był rozległy naciek zapalny i był wycinany guzek w warunkach specjalnych. Kolejnym pacjentem był A. W. spod pozycji wykazu 96 - tu był również wycinany guzek małżowiny usznej. W obu wypadkach według biegłego winna być zastosowana procedura o numerze 5.51.01. (...) za 12 punktów, czyli ponieważ za punkt było

51 złotych, to jest wartość 612 złotych w stosunku do każdego z tych pacjentów.

Co do tych dwóch pacjentów powódka każdorazowo dokonała błędnej kwalifikacji jako procedura 03.4500.030.02 za kwotę 2.040 złotych, więc potrącenie Sąd Okręgowy uznał tu za zasadne, ale tylko do kwoty 1.428 złotych w stosunku do każdego z tych dwóch pacjentów. Natomiast niezasadne do kwoty 612 złotych. I z tego tytułu powództwo zostało uznane za uzasadnione do kwoty 612 złotych co do każdego z tych dwóch pacjentów, czyli łącznie do kwoty 1.224 złotych.

Nadto Sąd pierwszej instancji uznał za błędną kwalifikację dokonaną przez obie strony, a dotyczącą pacjentki o numerze w wykazie 99 to jest J. I., u której podjęte było leczenie z powodu żylaków odbytu i wyrosli okolic odbytu, które winne być zakwalifikowane jako średnie zabiegi odbytu za 25 punktów, czyli za 1.275 złotych. Co do tej pacjentki powódka przyjęła procedurę wyższą za 41 punktów, czyli 2.091 złotych, więc potrącenie należało uznać zasadne, ale jedynie do kwoty 816 złotych. Natomiast kwota 1.275 złotych została tutaj niezasadnie potrącona i w takim zakresie Sąd Okręgowy uznał roszczenie pozwu.

Kolejnych trzech pacjentów, co do których Sąd Okręgowy uznał, że kwalifikacja powódki była prawidłowa, to:

- Z. G. (1), pozycja wykazu 137, który był leczony z powodu ostrego zapalenia trzustki, procedura za 58 punktów, czyli 2.958 złotych;
- S. J., pozycja wykazu 147, leczony z powodu tłuszczakowatości prawej kończyny górnej, procedura wycięcia za 27 punktów, czyli 1.370 złotych;
- B. P. (3), pozycja w wykazie numer 148, u której wycięto guza szyi to procedura za 5 punktów, czyli za 255 złotych.

Wobec tej trójki pacjentów Sąd pierwszej instancji uznał, że potrącenie było w całości niezasadne, tj. co do kwoty 2.958 złotych plus 1.377 złotych plus 250 złotych, łącznie 4.617 złotych i w takim zakresie roszczenie pozwu zostało uwzględnione.

Ostatnia grupa pacjentów to są pacjenci oznaczeni w wykazie numerami od 1 do 81 i wszyscy byli leczeni operacyjnie w związku z chorobami odbytu. Przy tego rodzaju leczeniach zgodnie z powołanym zarządzeniem prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 listopada 2009 możliwe są kwalifikacje do trzech grup. To jest grupa F93 średnie zabiegi odbytu, które mają wartość punktową 25 punktów, co w przeliczeniu na złotówki, to jest 1.275 złotych. Po drugie grupa F94 małe zabiegi odbytu i odbytnicy, wartość punktowa hospitalizacji 10 punktów, czyli 510 złotych i trzecia kwalifikacja F96 choroby odbytu, wartość punktowa hospitalizacji 41 punktów, czyli 2.091 zł.

Powód zakwalifikował wszystkich tych pacjentów według najdroższej z tych procedur, czyli F96 za 2.091 złotych, co zdaniem pozwanego nie było uzasadnione. Sąd Okręgowy wskazał, że okoliczność, że nie było wskazań do zakwalifikowania tych wszystkich pacjentów do tej najdroższej grupy F96 za 41 punktów potwierdziła również przeprowadzona w sprawie opinia biegłego chirurga profesora G.. Sąd ten podniósł jednak, że pozwany dokonując potrąceń nie zawsze prawidłowo wskazywał, czy kwalifikował świadczenia udzielone tym pacjentom do dwóch z pozostałych grup, czyli albo do średnich zabiegów odbytu, albo do małych zabiegów odbytu.

W ocenie Sądu pierwszej instancji co do 14 pacjentów pozwany niezasadnie zakwalifikował udzielone im zabiegi, jako małe za 10 punktów, zamiast średnie za 25 punktów, a więc dokonał potrącenia kwot po 1.581 złotych, co stanowiło różnicę punktów w stosunku do przyjętej przez powoda procedury za 41 punktów, czyli to potrącenie dotyczyło 31 punktów, podczas gdy powinno dotyczyć jedynie kwot 816 złotych, ponieważ różnica punktów winna tu wynosić jedynie 16, jeżeli przyjmiemy, że prawidłowa była procedura za 25 punktów, a powód kwalifikował je za 41 punktów. Sąd Okręgowy wskazał, że niewłaściwa kwalifikacja do małych, zamiast do średnich zabiegów odbytu dotyczy łącznie 14 pacjentów, tj.: numer 2 K. K. (3), numer 24 T. N., numer 41 K. S., numer 42 K. R., numer 48 Z. G. (2), numer

52 L. B., numer 54 J. S. (2), numer 58 M. S., numer 59 B. Z. (2), numer 65 M. T., numer 69 B. W., numer 76 E. N. , numer 77 G. M. i numer 78 M. C.. Natomiast, co do 6 pacjentów pozwany popełnił błąd poprzez niezasadne zakwalifikowanie udzielonych im zabiegów, jako średnich za 25 punktów, zamiast jako małych za 10 punktów, a więc tutaj dokonał odwrotnie potrącenia kwot po 816 złotych, zamiast po 1.581 złotych. Powyższe dotyczy pacjentów numer 8 R. J., numer 11 M. K., numer 14 M. F., numer 37 J. L., numer 74 A. K. (2) i numer 81 T. G..

Sąd Okręgowy wskazał, że co do pacjentów o numerach 8, 14, 37, 74 i 81 pozwany dokonał dodatkowego potrącenia kwot po 765 złotych, jako różnica pomiędzy potrąceniem, którego dokonał wcześniej, a należnym po 1.581 złotych. Nie zostało natomiast takie potrącenie dokonane, co do pacjentki o numerze 11 M. K. prawdopodobnie, dlatego, że biegły wskazał w tabeli, którą zamieścił w swojej opinii, że w tym wypadku prawidłowego rozliczenia dokonał NFZ. Sąd pierwszej instancji wskazał, że z porównania punktów, które przyznał biegły i przyznał NFZ to wynika, że jest to błąd literowy biegłego i tutaj ta kwalifikacja NFZ była prawidłowa. Sąd Okręgowy podniósł, że w zakresie tej jednej pacjentki M. K. pozwany nie dokonał potrącenia kwoty 756 złotych. Sąd ten uznał, że takie niedopatrzanie obciąża pozwanego i co do tej pacjentki nie uwzględnił tego dodatkowego potrącenia. Podsumowując Sąd pierwszej instancji podniósł, że 14 pacjentów było nieprawidłowo zakwalifikowanych na korzyść powoda, a 6 nieprawidłowo na niekorzyść pozwanego, z czego, co do 5 pacjentów było dokonane potrącenie, więc różnica na niekorzyść powoda dotyczy 9 pacjentów, ponieważ 16 pacjentów minus 5 pacjentów. W związku z tym potrącenie, co do tych dziewięciu pacjentów było zbyt duże o 765 złotych tak, ponieważ strona pozwana dokonała potrącenia w kwocie 1.581, a powinno być po 816 jedynie potrącone. W związku z tym, powództwo jest zasadne co do kwoty 9 razy 765, czyli do kwoty 6.885.

Łącznie należność dla powoda za świadczenia udzielone na oddziale chorób wewnętrznych już sumując te wszystkie poszczególne punkty to jest: 1.224 złotych plus 1.275 złotych plus 4.617 złotych plus 6.885 złotych, łącznie 14.001 złotych. Kwota ta różni się od tego, co wskazywały strony w swoich wyliczeniach. Sąd Okręgowy podniósł, że nie dokonał szczegółowego sprawdzenia, ale wydaje się, że ta różnica wynika z tego, że strony nie badały opinii biegłego pod kątem, czy liczba punktów przyznana przez biegłego zgadza się z liczbą punktów wskazaną w tym wykazie, który był podstawą wszelkich badań, a li tylko opierały się na wnioskach biegłego, czy dane świadczenie było zakwalifikowane prawidłowo przez powoda, czy przez pozwanego.

Sąd pierwszej instancji zauważył, że były błędy w tabeli biegłego i te błędy dotyczą pacjenta o numerze 41 K. S., gdzie biegły podał, że kwalifikacja powoda była prawidłowa, natomiast powód wskazał, dla tego pacjenta procedurę za 41 punktów, natomiast biegły przyznał tutaj procedurę za 25 punktów, czyli tam w tabeli było wskazane, że to powód zakwalifikował prawidłowo według tej nomenklatury, którą przyjął biegły powinien tam wskazać, że biegły zakwalifikował prawidłowo. Natomiast w drugą stronę, co do pozwanego taki błąd dotyczy już wspomnianej wcześniej pacjentki M. K. (poz.11) według biegłego należąca za to świadczenie procedura jest za 10 punktów, natomiast wg NFZ za 25 punktów. To samo dotyczy A. K. (2) (poz. 74), gdzie według biegłego winna być uwzględniona procedura za 10 punktów, a wg NFZ 25 punktów i E. N. (poz. 76) według biegłego procedura za 25 punktów, a według NFZ procedura za 10 punktów. We wszystkich tych trzech przypadkach biegły wskazał, że rozliczenie NFZ jest prawidłowe, to się nie pokrywa z tą przyznaną ilością punktów.

Reasumując Sąd Okręgowy uznał powództwo za zasadne do kwot, choroby wewnętrzne hospitalizacja 9.894 złote, ginekologia i położnictwo hospitalizacja 14.841 złotych oraz chirurgia ogólna hospitalizacja 14.000 złotych 1. Łącznie 38.736 złotych.

Oceniając materiał dowodowy Sąd Okręgowy przede wszystkim opierał się na dokumentacji medycznej pacjentów, na wykazach, które zostały przedstawione z wskazaniem, jaka była kwalifikacja powoda, jaka była kwalifikacja pozwanego i jaka kwota została potrącona oraz na opinii biegłych, którzy oceniali, która ze stron miała rację, co do prawidłowej kwalifikacji procedury. Opinie, trzech biegłych, wszystkich trzech specjalności Sąd uznał za spójne i logiczne i uznał, że, pomimo, że one były kwestionowane przez strony to, to zakwestionowania nie były skuteczne.

Na zastrzeżenia biegli odpowiadali w pisemnych opiniach uzupełniających oraz dodatkowo składali wyczerpujące wyjaśnienia na rozprawie 14 grudnia 2016 roku i w ocenie Sądu pierwszej instancji wszystkie te zgłaszane zastrzeżenia zostały wyczerpująco wyjaśnione, a wszystkie nieścisłości uzupełnione i dalsze zastrzeżenia stron stanowią jedynie polemikę z opinią biegłych i powtarzają wcześniejsze argumenty, do których biegli się już odnieśli.

Sąd Okręgowy zauważył, że opinie stron, co do kwalifikacji świadczeń zgodnie z tym, co zostało faktycznie zrobione mają charakter subiektywny i wynikają z określonego zajmowanego w sprawie stanowiska. Sąd nie posiadając odpowiedniej wiedzy medycznej, żeby zweryfikować te kwalifikacje, których strony dokonały, posiłkował się opiniami biegłych, które żadnych wątpliwości nie budzą i w całości zostały uwzględnione. Sąd oddalił wnioski dowodowe o powołanie kolejnych biegłych i świadków uznając, że służą one jedynie przedłużeniu postępowania, w tym sytuacji, gdy kwalifikacja medyczna udzielonych przez powoda świadczeń została już dostatecznie wyjaśniona, a zgłaszane dodatkowe kwestie techniczne w ocenie Sądu mają znaczenie jedynie drugorzędne, w szczególności chodzi o tutaj ten wątek, że system sprawozdawczy przyjął świadczenia z adnotacją zweryfikowaną poprawnie.

Sąd Okręgowy uznał, że ta weryfikacja poprawna przez system nie oznacza akceptacji merytorycznej, ale tylko przyjęcie komunikatu informatycznego, który nie jest równoznaczny z uznaniem należności i mógł podlegać późniejszej kontroli, to się właśnie stało, stąd zostały te świadczenia w części zakwestionowane i dokonano potrącenia, a prawidłowość potrącenia była poddana weryfikacji przez Sąd poprzez właśnie opinii biegłych o specjalności medycznej. Zdaniem Sądu pierwszej instancji nie było potrzeby, żeby dodatkowo biegłych jeszcze specjalistów do rozliczenia świadczeń medycznych powoływać, ponieważ po prawidłowym zakwalifikowaniu danej jednostki była tylko kwestia przeliczenia punktów, a to już nie wymagało wiadomości specjalnej, a jedynie tylko pewnej wiedzy matematycznej.

Ostatecznie będące przedmiotem sporu potrącenie okazało się niezasadne w zakresie kwoty 38.736 złotych i w związku z tym w tej części roszczenie powoda podlega zasądzeniu, ponieważ ostatnia część roszczenia, która była objęta tym postępowaniem, dlatego niniejsze orzeczenie jest wyrokiem końcowym. Orzekając o odsetkach, Sąd Okręgowy uznał, że co do kwoty 38.736 złotych pozwany pozostaje w opóźnieniu w zapłacie od dnia 21 września 2011 roku i co jest zgodne z żądaniem zasądzenia odsetek za opóźnienie.

Sąd pierwszej instancji nie obciążył powoda kosztami procesu na podstawie art. 102 k.p.c., mając na uwadze jego kondycję finansową oraz okoliczność, że proces był skomplikowany.

W złożonej apelacji powód zaskarżył wyrok w zakresie punktu 1 - w części, tj. w zakresie rozstrzygnięcia o odsetkach, iż powodowi należą się ustawowe odsetki za opóźnienie od dnia 21 września 2011 r. do dnia zapłaty oraz w całości w zakresie punktu 2 wyroku.

Zaskarżonemu wyrokowi powód zarzucił mające wpływ na wynik sprawy:

1. ***naruszenie przepis ó w post ę powania, tj.:***

a)art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dowolną, a nie swobodną ocenę zebranego w sprawie materiału dowodowego oraz zaniechanie całościowej oceny dowodów i ich wnikliwego zbadania, a co za tym idzie oparcie wyroku jedynie na wadliwych opiniach biegłych, co w konsekwencji spowodowało oddalenie powództwa w części, podczas gdy wszechstronne rozważenie całego zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego winno doprowadzić Sąd do wniosku, że powódka udowodniła dochodzone roszczenie w całości,

polegającą na:

- przyznaniu mocy dowodowej opiniom biegłych A. F., M. W., M. G., podczas gdy brak uzasadnienia wniosków zawartych w tych opiniach uniemożliwiał ich merytoryczną weryfikację, co czyniło te opinie niejasnymi i niespójnymi;
- przyznaniu mocy dowodowej w/w opiniom biegłych, mimo że wnioski z nich wynikające były nielogiczne szczególnie dlatego, że wysnute zostały z pominięciem medycznej analizy decyzji lekarzy, które podejmowane były w momencie

przyjmowania pacjentów do Szpitala, na podstawie zgłaszanych przez pacjentów dolegliwości i objawów, które decydowały o dalszej diagnostyce i leczeniu pacjentów, jak również dlatego, że opinie te nie uwzględniały specyfiki i charakteru pracy lekarza, zasad którymi winien się kierować i kwestii należytej staranności, którą lekarz winien się charakteryzować;

a w szczególności na:

- uznaniu za wiarygodną opinii biegłego A. F. w zakresie w jakim biegły uznał, iż pacjent E. P. spełniał przesłanki medyczne nadciśnienia tętniczego podczas gdy w toku procesu wykazane zostało dowodami z dokumentów, iż u pacjenta dominującymi dolegliwościami były te związane z zaburzeniami równowagi, co w konsekwencji wskazywało na prawidłową kwalifikację świadczenia dokonaną przez powoda;

- uznaniu za wiarygodną opinii biegłego M. W. zakresie uznania, iż:

- > w stosunku do pacjentek A. B. oraz K. D. (3) prawidłowym było potrącenie przez NFZ kwoty 3 162 zł wobec niezłożenia wniosku celem zgody narozliczenie hospitalizacji hospitalizacji, podczas gdy z medycznego punktu widzenia w pełni zasadne były ponowne hospitalizacje pacjentek;

- > w stosunku do pacjentek wskazanych w opinii biegłego M. W. pod numerami 7, 8, 22, 24, 25, 28, 43, 45, 49, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 60, 66, 67, 70 doszło do błędnej kwalifikacji świadczeń w grupie JGP K16 (choroby przysadki) lub M27 (leczenie zachowawcze jajników, jajowodów i miednicy mniejszej) i zasadnego potrącenia przez pozwanego, podczas gdy zgromadzony materiał dowodowy wskazuje, iż u pacjentek występowały choroby przysadki i nastąpiła prawidłowa kwalifikacja świadczeń zdrowotnych dokonana przez powoda;

- > w stosunku do pacjentek wskazanych w opinii biegłego M. W. pod numerami 12,19, 58, 63, 76 doszło do nieprawidłowego zakwalifikowania do grupy JGP N05 (patologia ciąży i porodu - diagnostyka, leczenie >2), zamiast do grypy JGP N04 (patologia ciąży - diagnostyka, obserwacja <3), podczas gdy zgromadzony materiał dowodowy wskazuje, iż uzasadniona była hospitalizacja pacjentek powyżej dwóch dni i w konsekwencji doszło do prawidłowej kwalifikacji świadczeń przez powoda;

- > w stosunku do pacjentek wskazanych w opinii biegłego M. W. pod numerami 4, 5, 11, 13, 15, 18,20,21,23,26,27,29, 31,32,33, 34,35,36,37,38,39, 40, 41, 42, 46, 48, 50, 51, 59, 61, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 73, 74, 75, świadczenia mogły zostać udzielone w ramach leczenia ambulatoryjnego, podczas gdy ze zgromadzonego materiału dowodowego, w szczególności z dokumentacji medycznej pacjentek wynika, iż uzasadnionym było, by każde ze świadczeń zostało udzielone w ramach hospitalizacji;

- uznanie za wiarygodną opinii biegłego M. G. w zakresie uznania, iż:

- > w stosunku do pacjentów oznaczonych w opinii biegłego pod numerami 1-81 niezasadna była kwalifikacja przez powoda do grupy JGP F96, podczas gdy stan zdrowia pacjentów umożliwiał zakwalifikowanie ich do tej właśnie grupy;

- > w stosunku do pacjentów oznaczonych w opinii biegłego pod numerami 82-152, z wyjątkiem pacjentów o numerach 86, 96, 99,105,137,147,148 nie było wymagane leczenie chirurgiczne, podczas gdy stan zdrowia pacjentów w chwili przyjęcia uzasadniał przyjęcie na Oddział Chirurgiczny, a w konsekwencji doszło do prawidłowego rozliczenia tychże pacjentów;

- > w stosunku do pacjentów oznaczonych w opinii biegłego pod nr 86, 96, 99 doszło do nieprawidłowej kwalifikacji do grupy JGP i zasadnego potrącenia przez NFZ, podczas gdy zgromadzony materiał dowodowy w postaci dokumentacji medycznej i wykazów świadczeń wskazuje na prawidłową kwalifikację pacjenta i prawidłowe rozliczenie;

- pominięcie przy ocenie materiału dowodowego okoliczności wynikających z załączonych do akt postępowania dokumentów prywatnych w postaci wykazów, które zawierały istotne dla rozstrzygnięcia informacje, tj. uzasadnienie medyczne i wskazanie potrzeby udzielenia przez powoda zakwestionowanych przez NFZ świadczeń;

- pominięcie przy ocenie materiału dowodowego okoliczności wynikających z załączonej do akt sprawy dokumentacji medycznej pacjentów objętych powództwem, która zawierała informacje dotyczące momentu udzielania świadczeń, tj. zgłaszanych dolegliwości, objawów, wykonywanej diagnostyki, uzasadniających przyjęcie pacjentów do Szpitala, a co za tym idzie zasadność decyzji podejmowanych przez lekarzy Szpitala i adekwatną kwalifikację udzielonych świadczeń pod względem sprawozdawczo - rozliczeniowym;

- pominięcie przy ocenie materiału dowodowego okoliczności wynikających z załączonych do akt postępowania innych środków dowodowych w postaci wydruków z systemu sprawozdawczo -rozliczeniowego obowiązującego pomiędzy stronami, które potwierdzały pozytywną weryfikację sprawozdawanych przez powoda świadczeń, w konsekwencji czego doszło do uznania świadczeń przez pozwanego pod względem prawidłowości ich udzielenia pacjentom, a następnie roliczenia;

b)art. 217 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. i w zw. z art. 278 k.p.c. poprzez ich niezastosowanie skutkujące:

- oddaleniem wniosku o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego z zakresu rozliczania świadczeń w ramach kontraktu NFZ mimo, iż zebrany w sprawie materiał dowodowy nie pozwalał na ustalenie okoliczności dotyczących prawidłowości sprawozdawania i rozliczania świadczeń udzielonych przez powoda;

- oddaleniem wniosku o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z opinii biegłych z zakresu ginekologii i położnictwa oraz endokrynologii mimo, iż zebrany materiał dowodowy pozostawał niepełny i nie pozwalał na ustalenie poprawności kwalifikacji świadczeń udzielonym pacjentkom cierpiącym na niepłodność, w tym na hyperprolaktynemię;

- oddaleniem wniosku o dopuszczenie dowodu z innego biegłego z zakresu chirurgii ogólnej, mimo iż opinia wydana przez biegłego była niejasna, a ponadto nie uwzględniała wniosków co do stanu zdrowia pacjentów płynących z dokumentacji medycznej;

c)art. 328 § 3 k.p.c. poprzez jego niezastosowanie i nie wskazanie w uzasadnieniu wyroku pełnej podstawy faktycznej rozstrzygnięcia, a mianowicie: przyczyn, dla których Sąd odmówił wiarygodności dowodom wskazanym przez pozwanego, w szczególności w postaci wykazów świadczeń, dokumentacji medycznej pacjentów, wydruków z systemu sprawozdawczo -rozliczeniowego obowiązującego pomiędzy stronami;

2. naruszenie przepis ó w prawa materialnego, tj.:

a) **art. 410 § 2 k.c. w zw. z art. 155 ust. 1** ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych w zw. z § 28 Ogólnych Warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie opieki zdrowotnej, dalej OWU) poprzez błędną wykładnię pojęcia - świadczenie nienależne, a co za tym idzie podlegające zwrotowi, która to wykładnia nie uwzględniała tego, iż powód nie był zobowiązany do zwrotu na rzecz NFZ kwot wynikających z udzielonych pacjentom świadczeń, bowiem świadczenia te zostały im udzielone w sposób zgodny z umową i adekwatny do stanu ich zdrowia;

b) **art. 498 § 1 Kodeksu cywilnego w zw. z art. 155 ust. 1** ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych poprzez jego niewłaściwe zastosowanie skutkujące przyjęciem, iż w niniejszej sprawie zaistniał stan potraçalności pomiędzy wierzytelnością powoda o zapłatę od NFZ z tytułu wykonywanej umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych - z wierzytelnością NFZ względem powoda o zapłatę środków uznanych za przekazane nienależnie, w sytuacji gdy po stronie NFZ nie doszło do powstania wierzytelności względem powoda wobec prawidłowego wykonania przez powoda zawartej umowy o udzielanie świadczeń;

c) **art. 60 k.c.w zw. z art. 155 ust. 1** ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych poprzez jego niezastosowanie skutkujące przyjęciem, iż czynność akceptacji

sprawozdanych do systemu, a następnie rozliczonych przez NFZ świadczeń udzielonych przez powoda nie może uzasadniać skutku w postaci ujawnienia woli NFZ w postaci elektronicznej, tj. złożenia oświadczenia woli w przedmiocie uznania roszczenia przez pozwanego;

d)art. 481 § 2 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie, tj. zasądzenie ustawowych odsetek za opóźnienie od dnia 21 września 2011 r. do dnia zapłaty, w sytuacji, gdy ten rodzaj odsetek obowiązuje w obrocie prawnym od dnia 1 stycznia 2016 r

Wobec powyższego powód wniósł o:

rozpoznanie przez tut. Sąd w trybie art. 380 k.p.c. postanowień wydanych przez Sąd I instancji o oddaleniu wniosków powoda o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodów z opinii biegłych z zakresu rozliczania świadczeń w ramach kontraktu z NFZ, endokrynologii, ginekologii i położnictwa i chirurgii ogólnej oraz dopuszczenie i przeprowadzenie przez Sąd II-instancji dowodu z opinii w/w biegłych na okoliczności wskazywane w toku procesu przed Sądem I instancji (pisma powoda z dnia 2 grudnia 2016 r., 14 września 2016 r., 21 lipca 2016 r.).

W konsekwencji powód domagał się:

1. zmiany wyroku w zaskarżonej części i uwzględnienia powództwa w całości, w tym zmiany w zakresie rozstrzygnięcia o odsetkach od zasądzonych należności;
2. zasądzenia od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania przed Sądem II - instancji, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm prawem przepisanych;

ewentualnie o:

3. uchylecia wyroku w zaskarżonej części i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania,
4. zasądzenia od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania przed Sądem II - instancji, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm prawem przepisanych.

W odpowiedzi na apelację, pozwany wniósł o jej oddalenie oraz zasądzenie na jego rzecz od powoda kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja nie była zasadna i podlegała oddaleniu.

Sąd Apelacyjny podzielił w całości ustalenia faktyczne i rozważania prawne Sądu Okręgowego dokonane w niniejszej sprawie. W ocenie Sądu drugiej instancji, podnoszone przez apelującego zarzuty naruszenia prawa procesowego i materialnego nie były trafne.

W pierwszym rzędzie należało ustosunkować się do zarzutu obrazy art. 233 § 1 k.p.c., ponieważ jedynie prawidłowo ustalony stan faktyczny umożliwia właściwe zastosowanie przepisów prawa materialnego i w konsekwencji ocenę zarzutów ich naruszenia.

W orzecznictwie wskazuje się, że dla skuteczności zarzutu naruszenia powyższego przepisu konieczne jest wskazanie przyczyn dyskwalifikujących postępowanie sądu. W szczególności strona skarżąca powinna wskazać, jakie kryteria oceny naruszył sąd przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 20 grudnia 2006 r., sygn. akt VI ACa 567/06, LEX nr 558390).

Skarżący może tylko wskazywać, 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 (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 czerwca 2004 r., sygn. akt II CK 369/03, LEX nr 174131). Uwzględnienie przez Sąd w ocenie materiału dowodowego powszechnych i obiektywnych zasad doświadczenia życiowego nie usprawiedliwia zarzutu przekroczenia granic swobodnej oceny dowodów na tej tylko podstawie, że indywidualne i subiektywne doświadczenia strony są od tych zasad odmienne (por. wyrok Sądu Najwyższego z 5 sierpnia 1999 r., sygn. akt II UKN 76/99, opubl. w OSNP 2000 nr 19 poz. 732).

Strona powodowa powinna zatem wykazać w wywiedzionej apelacji, że Sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego, gdyż tylko takie uchybienie może być przeciwstawione uprawnieniu Sądu do dokonywania swobodnej oceny dowodów. Nie jest bowiem wystarczające przekonanie strony o innej niż przyjął Sąd wadze (doniosłości) poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie niż ocena sądu (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 12 października 2012 r., sygn. akt I ACa 209/12, LEX nr 1223145).

Apelujący podniósł, że Sąd pierwszej instancji dokonał błędnej oceny zgromadzonych w sprawie dowodów i poczynił ustalenia faktyczne w sposób sprzeczny z treścią materiału dowodowego, poprzez oparcie wyroku jedynie na wadliwych w jego ocenie opiniach biegłych, co w konsekwencji spowodowało oddalenie powództwa w części.

Z tą oceną strony skarżącej nie można się zgodzić. W niniejszej sprawie dla poczynienia ustaleń faktycznych konieczne było uzyskanie wiedzy specjalnej. Sąd Okręgowy dopuścił dowody z pisemnych opinii biegłych sądowych: z zakresu interny; ginekologii i położnictwa oraz z zakresu chirurgii ogólnej na okoliczności szczegółowo sformułowane w tezie dowodowej (k 1265 – 1270). Pisemne opinie wydali: w zakresie chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej i torakochirurgii M. G., w zakresie ginekologii i położnictwa M. W., a w zakresie chorób wewnętrznych i (...) (k 1273-1279 odwr.; 1330 – (...); (...) – 1360).

Przedmiotowe opinie zostały zakwestionowane przez obie strony, wobec czego Sąd zlecił biegłym wydanie pisemnych opinii uzupełniających, w których ustosunkowali się do stawianych zarzutów. Następnie biegli zostali wezwani na rozprawę podczas której wydali ustne uzupełniające (k 1427-1431). Sąd Okręgowy w uzasadnieniu wyroku podał, że czyniąc ustalenia faktyczne opierał się na dokumentacji medycznej pacjentów, na wykazach, które zostały przedstawione ze wskazaniem, jaka była kwalifikacja powoda, a jaka była kwalifikacja pozwanego i jaka kwota została potrącona oraz na opinii biegłych, którzy oceniali, która ze stron miała rację, co do prawidłowej kwalifikacji procedury.

Sąd pierwszej instancji dokonał oceny wydanych opinii i uznał je za spójne, logiczne i przekonujące. Słusznie też wywodził, że stronom nie udało się ich skutecznie podważyć. Biegli ustosunkowali się do zastrzeżeń stron w pisemnych opiniach uzupełniających oraz dodatkowo składali wyczerpujące wyjaśnienia na rozprawie 14 grudnia 2016 roku. Wszystkie zgłaszane zastrzeżenia zostały wyczerpująco wyjaśnione, a wszystkie nieścisłości uzupełnione. Dalsze zastrzeżenia do opinii jak trafnie wskazywał Sąd Okręgowy stanowiły jedynie nieuzasadnioną polemikę z wnioskami opinii, a subiektywne przekonanie strony co do trafności dokonanej uprzednio kwalifikacji świadczeń nie mogło prowadzić do skutecznego podważenia opinii biegłych, co do tej kwalifikacji.

Biegli wskazywali jakie przyczyny i okoliczności decydowały o przyjętej przez nich kwalifikacji poszczególnych spornych świadczeń, a ich argumentacja słusznie została uznana za przekonującą. Dodać tu trzeba, że Sąd Okręgowy w sposób dostateczny wyjaśnił przyczyny, dla których uznał sporządzone opinie biegłych sądowych trzech specjalności za niebudzące wątpliwości. Tym samym wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii innych biegłych z poszczególnych specjalności słusznie został oddalony.

Podnieść w tym miejscu należy, że dowód z opinii biegłego jest dopuszczalny jedynie w razie konieczności posiadania wiadomości specjalnych (art. 278 § 1 k.p.c.). Dowód z opinii biegłego, podobnie jak każdy inny środek dowodowy musi być wiarygodny, rzeczowy, poprawny merytorycznie, wyczerpujący, logicznie uzasadniony, a przez to przekonujący przede wszystkim dla Sądu, jako bezstronnego arbitra, a nie dla którejkolwiek ze stron. Jednocześnie Sąd powinien

zapewnić stronom możliwość wyjaśnienia ewentualnych wątpliwości co do treści i wniosków przeprowadzonych - dopuszczonych dowodów. Dlatego granicę obowiązku prowadzenia przez Sąd postępowania dowodowego wyznacza, podlegająca kontroli instancyjnej, ocena czy dostatecznie wyjaśniono sporne okoliczności sprawy, a w tym zakresie Sąd Apelacyjny nie miał żadnych wątpliwości.

Ocena dowodu z opinii biegłego jest dokonywana według kryterium wiarygodności w tym znaczeniu, że nie można nie dać wiary biegłemu odwołując się do wewnętrznego przekonania sędziego czy zasad doświadczenia życiowego. Opinia biegłego podlega ocenie według art. 233 § 1 k.p.c., ale odróżniają ją nadto szczególne dla tego dowodu kryteria oceny, które stanowią poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania wyrażonego w niej stanowiska oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2000 r., sygn. akt I CKN 1170/98, opubl. OSNC 2001, nr 4, poz. 64).

Zdaniem Sądu II instancji strona apelująca nie zdołała wykazać, w pisemnej apelacji aby którakolwiek z kwestionowanych opinii zawierała jakiegokolwiek błędy metodologiczne bądź uchybienia, które pozwoliłyby podważyć jej spójność bądź rzetelność. Samo stwierdzenie strony o dokonaniu błędnej bądź niewłaściwej lub niekorzystnej z jej punktu widzenia oceny dowodów, nie mogło prowadzić do skutecznego zakwestionowania wniosków Sądu pierwszej instancji. W konsekwencji zarzut naruszenia art. 233 k.p.c. nie zasługiwał na uwzględnienie. Nie było zatem żadnych podstaw do dopuszczenia i przeprowadzenia kolejnych dowodów w postępowaniu apelacyjnym, o co na podstawie art. 380 k.p.c. wniosowała strona powodowa w złożonym środku odwoławczym.

Odnosząc się do podniesionych podczas rozprawy apelacyjnej zarzutów dotyczących podstaw do wyłączenia biegłego z zakresu chirurgii M. G. uznać należało je za spóźnione, jako że mogły być podniesione w toku postępowania przed Sądem I instancji. Sprecyzował je kolejny pełnomocnik strony powodowej dopiero przed Sądem Apelacyjnym, a chodziło o uwagi biegłego zawarte w pisemnej opinii uzupełniającej, odnoszące się personalnie do poprzedniego profesjonalnego pełnomocnika powoda (k- 1368-1370). Jakkolwiek powyższe uwagi z pewnością nie powinny w opinii się znaleźć, to jednak nie można pomijać tego, że zarówno powód, jak i jego ówczesny profesjonalny pełnomocnik zapoznali się z opinią uzupełniającą dr G. i złożyli obszerne pismo z merytorycznymi zarzutami do opinii, w którym nie wskazywali na istnienie podstaw do wyłączenia biegłego (k- 1412-1421). Tego rodzaju wniosek nie był zgłaszany również podczas rozprawy, na której biegły ustnie uzupełniał opinię. W konsekwencji twierdzenie nowego pełnomocnika strony powodowej o braku bezstronności biegłego G. zdaniem Sądu Apelacyjnego należy wiązać z niezadowoleniem strony z treści opinii przyjętej przez Sąd do ustaleń faktycznych, a nie z istnieniem rzeczywistych powodów do wyłączenia biegłego na podstawie art. 49 k.p.c.

Konkludując argumentacja przedstawiona przez apelującego stanowi w ocenie Sądu drugiej instancji li tylko wyraz polemiki z trafnymi wnioskami, wywiedzionymi przez Sąd pierwszej instancji. W złożonym środku odwoławczym nie zostały wskazane tego rodzaju okoliczności, które mogłyby stanowić taki przejaw nielogiczności czy dowolności w ocenie dowodów, że naruszałyby art. 233 k.p.c. i w konsekwencji skutkowały błędnymi ustaleniami stanu faktycznego. Strona skarżąca dla uzasadnienia swoich twierdzeń zaprezentowała jedynie własną, korzystną ze swojego punktu widzenia, ocenę dowodów, co nie może stanowić wystarczającej i przekonującej podstawy dla uznania skuteczności zarzutu naruszenia zasady swobodnej oceny dowodów.

Odnosząc się do kwestii oddalenia wniosków dowodowych z opinii kolejnych biegłych lekarzy i z zakresu rozliczania świadczeń NFZ w kontekście zarzutu apelacji wskazującego na naruszenie prawa procesowego w postaci art. 217 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. i w zw. z art. 278 k.p.c., uznać go należy za chybiony.

Stosownie do treści art. 227 k.p.c. przedmiotem dowodu są fakty istotne dla rozstrzygnięcia, z kolei art. art. 217 § 2 k.p.c. stanowi, że Sąd pomija spóźnione twierdzenia i dowody, chyba że strona uprawdopodobni, że nie zgłosiła ich we właściwym czasie bez swojej winy lub że uwzględnienie spóźnionych twierdzeń i dowodów nie spowoduje zwłoki w rozpoznaniu sprawy albo że występują inne wyjątkowe okoliczności.

Trzeba w tym miejscu podnieść, że art. 217 § 1 k.p.c., który dotyczy postępowania stron, określając ich uprawnienia i obowiązki w postępowaniu dowodowym oraz nakładając na nie, między innymi obowiązek przytaczania okoliczności faktycznych i dowodów w określonym czasie i pod określonymi rygorami procesowymi, nie odnosi się do Sądu i nie określa jego uprawnień ani obowiązków, w konsekwencji nie może być więc przez Sąd naruszony. Sąd pomija spóźnione twierdzenia i dowody, chyba że strona uprawdopodobni, że nie zgłosiła ich w pozwie, odpowiedzi na pozew lub dalszym piśmie przygotowawczym bez swojej winy lub że uwzględnienie spóźnionych twierdzeń i dowodów nie spowoduje zwłoki w rozpoznaniu sprawy albo że występują inne wyjątkowe okoliczności (art. 207 § 6 k.p.c.). Sąd pomija twierdzenia i dowody, jeżeli są powoływane jedynie dla zwłoki lub okoliczności sporne zostały już dostatecznie wyjaśnione.

Sąd może żądać na mocy art. 286 k.p.c. opinii innych biegłych jedynie w razie potrzeby. Potrzeba taka nie może być natomiast wyłącznie wynikiem niezadowolenia strony z niekorzystnego dla niej wydzwięku konkluzji opinii, lecz winna być następstwem umotywowanej krytyki dotychczasowych opinii.

W realiach niniejszej sprawy na wskazane przez stronę powodową okoliczności, o czym była mowa powyżej, wypowiedzieli się w swoich opiniach biegli sądowi w sposób przekonujący, ustosunkowując się również w opiniach uzupełniających do stawianych ich opiniom zasadniczym zarzutów i zastrzeżeń. Nie sposób zatem uznać, aby powołane zagadnienia nie zostały w sposób dostateczny wyjaśnione.

Trzeba mieć przy tym na uwadze, że w orzecznictwie Sądu Najwyższego ugruntowany jest pogląd, że potrzeba powołania innego biegłego powinna wynikać z okoliczności sprawy, a nie z samego niezadowolenia strony z dotychczas złożonej opinii. Gdyby bowiem przyjąć odmienne stanowisko, prowadziłyby to do sytuacji, że należałoby przeprowadzić dowód ze wszystkich możliwych opinii biegłych, aby upewnić się, czy niektórzy z nich nie byli tego samego zdania, co strona (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 sierpnia 1999 r., sygn. akt I PKN 20/99, opubl. OSNP 2000/22/807).

Jak zostało wyżej podkreślone, dowód z opinii biegłych sądowych tak jak każdy inny dowód podlega ocenie Sądu. Trzeba jednakże podkreślić, że Sąd może oceniać opinię biegłego pod względem fachowości, rzetelności czy logiczności. Może pomijać oczywiste omyłki. Nie może jednak nie podzielać merytorycznych poglądów biegłych, czy zamiast nich wprowadzać własne spostrzeżenia. Nie sposób natomiast odmówić cech fachowości czy rzetelności opiniom, które sporządzone zostały przez specjalistów z zakresu nauk medycznych, których kwalifikacji oraz stopnia przygotowania teoretycznego i praktycznego powodowi nie udało się zakwestionować.

W konsekwencji zarzut strony powodowej zmierzający w istocie do wykazania, że oddalenie jej wniosków dowodowych uniemożliwiło jej w istocie udowodnienie dochodzonego przez nią roszczenia, nie zasługiwał na uwzględnienie. W szczególności, że Sąd pierwszej instancji przeprowadził skrupulatnie szczegółowe postępowanie dowodowe, w sprawie biegli sądowi wszystkich trzech specjalności wypowiedzieli się kilkakrotnie, zaś w aktach sprawy znajduje się obszerna dokumentacja medyczna.

Tym samym zgodzić należało się z Sądem Okręgowym, że dalsze wnioski dowodowe o powołanie kolejnych biegłych i świadków służyły jedynie przedłużeniu postępowania, w tym sytuacji, gdy kwalifikacja medyczna udzielonych przez powoda świadków została już dostatecznie wyjaśniona. Podobnie nie zachodziła potrzeba dopuszczenia dodatkowo dowodu z opinii biegłych specjalistów do rozliczenia świadczeń medycznych, ponieważ po prawidłowym zakwalifikowaniu danej jednostki, była to li tylko kwestia przeliczenia punktów, co jak słusznie stwierdził Sąd Okręgowy nie wymagało wiadomości specjalnych. Z powyższych względów także i Sąd Apelacyjny nie znalazł podstaw do dopuszczenia dowodu z opinii innych biegłych.

Podobnie za chybiony należało uznać zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. k.p.c. – błędnie podany w apelacji jako art. 328 § 3 k.p.c. W judykaturze podkreśla się, że z natury rzeczy sposób sporządzenia uzasadnienia

orzeczenia nie ma wpływu na wynik sprawy, ponieważ uzasadnienie wyraża jedynie motywy wcześniej podjętego rozstrzygnięcia. Z tego względu zarzut naruszenia przepisu art. 328 § 2 k.p.c. może być usprawiedliwiony tylko w tych wyjątkowych okolicznościach, w których treść uzasadnienia orzeczenia sądu całkowicie uniemożliwia dokonanie oceny toku wyводу, który doprowadził do wydania orzeczenia lub w przypadku zastosowania prawa materialnego do niedostatecznie jasno ustalonego stanu faktycznego (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 2 marca 2011 r., sygn. akt II PK 202/10, LEX nr 817516, z dnia 7 stycznia 2010 r., sygn. akt II UK 148/09, LEX nr 577847).

Tymczasem uzasadnienie zaskarżonego wyroku zawiera elementy wymagane przepisem art. 328 § 2 k.p.c. Sąd I instancji przedstawił podstawę faktyczną orzeczenia, zaprezentował ocenę przeprowadzonych dowodów. Choć Sąd pierwszej instancji nie wskazał na przepisy stanowiące podstawę prawną rozstrzygnięcia, to sporządzone uzasadnienie pozwala odtworzyć motywy, którymi kierował się Sąd przy rozstrzygnięciu sporu i pozwala na dokonanie kontroli instancyjnej orzeczenia, albowiem w treści uzasadniania jest mowa o potrąceniu i nienależnym świadczeniu. Dlatego Sąd Apelacyjny nie podzielił stawianego przez skarżącą zarzutu naruszenia przepisu art. 328 § 2 k.p.c.

Przy prawidłowo określonej podstawie faktycznej rozstrzygnięcia, za niezasadne należało uznać zarzuty naruszenia przepisów prawa materialnego.

Nie ulega wątpliwości, że sposób rozliczeń między Narodowym Funduszem Zdrowia a podmiotem wykonującym usługi medyczne powinna określać umowa zawarta ze świadczeniodawcą, kształtowana w oparciu o zasady przewidziane ustawą, w tym dotyczące rozliczeń finansowych, a w zakresie nieobjętym jej uregulowaniem, w oparciu o zasady kodeksu cywilnego. Taka umowa została zawarta, a należności będące aktualnie przedmiotem sporu są wynikiem jej realizowania i przekazania świadczeniodawcy środków, które zdaniem NFZ okazały się nienależne.

Paragraf 28 Ogólnych Warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie opieki zdrowotnej) stanowi, że w przypadku stwierdzenia przez Fundusz przekazania świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych, kwota przekazanych środków podlega zwrotowi w terminie 14 dni od dnia otrzymania przez świadczeniodawcę 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 obowiązany do dokonania zlecenia przelewu w dniu dokonania płatności przez Fundusz.

Jak wskazuje się w nauce prawa przez wykonanie świadczenia w rozumieniu art. 410 k.c. należy rozumieć każde celowe świadome przysporzenie na rzecz majątku innej osoby, które z punktu widzenia odbiorcy można przyporządkować jakiemuś zobowiązaniu, chociażby w ogóle lub jeszcze nieistniejącemu albo nieważnemu. Przesłanką jest nienależne świadczenie, czyli takie, w którym brak lub wadliwe jest zobowiązanie leżące u jego podstaw (causa efficiens). Istotą kondykcji indebiti jest spełnienie świadczenia przez osobę, która w ogóle nie była zobowiązana lub nie była zobowiązana względem osoby, której świadczyła, przy czym nie ma znaczenia przyczyna nieistnienia zobowiązania.

O tym jakie znaczenie ma przepis paragraf 28 Ogólnych Warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wypowiedział się Sąd Najwyższy w wyroku z 25 lutego 15 IV CSK 343/14 (LEX nr 1663417). Sąd ten uznał, że powyższy przepis wprost ustanawia roszczenie dla Narodowego Funduszu Zdrowia, co do przekazanych środków, jeżeli zostały wykorzystane na świadczenia zdrowotne wykonane w sposób naruszający umowę. Unormowanie to, kwalifikuje kwoty przekazane, jako nienależne i podlegające zwrotowi, a czynności naruszające stosunek prawny nawiązany pomiędzy stronami, jako "wykonanie umowy niezgodnie z jej postanowieniami". Jeśli do tego dodać, że rzeczywiście nie powinno się konstruować roszczeń w reżimie bezpodstawnego wzbogacenia wewnątrz umownych stosunków zobowiązaniowych, to możliwym do przyjęcia kierunkiem wykładni omawianego unormowania jest, że stanowi ono samodzielne źródło zobowiązania.

Powyższa wykładnia prowadzi do przyjęcia, że w wypadku dokonania przez NFZ nadpłaty, będącej wynikiem przedstawienia przez świadczeniodawcę wadliwej informacji, kwota zawyżonego świadczenia (różnica) stanowi świadczenie nienależne podlegające zwrotowi.

W konsekwencji zarzut strony skarżącej naruszenia art. 410 § 2 k.c. w związku z art. 155 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych

i w związku z § 28 Ogólnych Warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie opieki zdrowotnej), należało zdaniem Sądu Apelacyjnego uznać za chybiony.

Skoro powód otrzymał od pozwanego świadczenia nienależne, powstał po jego stronie obowiązek jego zwrotu, a w konsekwencji pozwany mógł dokonać potrącenia tychże kwot. Wbrew zatem odmiennemu przekonaniu skarżącego Sąd Okręgowy trafnie uznał, że w niniejszej sprawie zaistniał stan potrącalności pomiędzy wierzytelnością powoda o zapłatę od NFZ z tytułu wykonywanej umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych - z wierzytelnością NFZ względem powoda o zapłatę środków uznanych za przekazane nienależnie.

Zgodnie bowiem z art. 498 k.c. gdy dwie osoby są jednocześnie względem siebie dłużnikami i wierzycielami, każda z nich może potrącić swoją wierzytelność z wierzytelnością drugiej strony, jeżeli przedmiotem obu wierzytelności są pieniądze lub rzeczy oznaczone co do gatunku, a obie wierzytelności są wymagalne i mogą być dochodzone przed sądem lub przed innym organem państwowym. Wskutek potrącenia obie wierzytelności potrącają się do wysokości wierzytelności niższej. Warunki te zostały spełnione.

W stanie faktycznym niniejszej sprawy Sąd Okręgowy zasadnie przyjął,

że zaistniał tzw. stan potrącalności, albowiem nie tylko, że istniała po stronie pozwanego wierzytelność z tytułu nadpłaconego wynagrodzenia, ale również ziściły się pozytywne przesłanki potrącenia, przy braku przesłanek negatywnych. Tym samym zaktualizowało się uprawnienie wierzyciela do dokonania potrącenia przez jednostronne oświadczenie woli złożone drugiej stronie, oraz doszło do potrącenia - skutkującego umorzeniem nawzajem obu wierzytelności do wysokości wierzytelności niższej.

Nie mógł odnieść oczekiwanego skutku także zarzut naruszenia art. 481 § 2 k.c. Wprawdzie pojęcie odsetek za opóźnienie funkcjonuje w obrocie prawnym dopiero od dnia 1 stycznia 2016 roku. Niemniej jednak również przed 2016 rokiem przewidziane przez prawo odsetki w istocie były odsetkami za opóźnienie. W konsekwencji Sąd Apelacyjny uznał, że nie można czynić Sądowi pierwszej instancji zarzutów jedynie z tej przyczyny, że użył on tego sformułowania w sentencji wyroku, skoro odsetki dotyczą świadczenia pieniężnego od dnia 21 września 2011 roku do dnia zapłaty, a wyrok został wydany 30 grudnia 2016 r.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację. O kosztach postępowania orzeczono na podstawie art. 102 k.p.c. uwzględniając sytuację finansową powoda oraz to, że całościowa ocena postępowania wskazuje na wygraną powoda w dużej części.