

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 maja 2014 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – Wydział I Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Wojciech Kościołek
Sędziowie:	SSA Anna Kowacz-Braun SSA Hanna Nowicka de Poraj (spr.)
Protokolant:	sekr.sądowy Katarzyna Rogowska

po rozpoznaniu w dniu 9 maja 2014 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa Konwentu (...)w K. - Szpitala (...) św. J. G. (1) w K.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia, (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w K.

o zapłatę

na skutek apelacji strony powodowej

od wyroku Sądu Okręgowego w Krakowie

z dnia 10 grudnia 2013 r. sygn. akt I C 436/09

1. **oddala apelację;**

2. **zasądza od strony powodowej na rzecz strony pozwanej kwotę 2 700 zł (dwa tysiące siedemset złotych) tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.**

I ACa 511/14

UZASADNIENIE

Powód – Konwent (...)w K. – Szpital (...) św. J. G. (1) w K. domagał się zasądzenia od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego w K. kwoty 179.324,00 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu.

W uzasadnieniu powód podał, że w latach 2005-2007, na podstawie umów zawartych z pozwanym, wykonywał pacjentom badania angiografii subtrakcyjnej dożylniej, w warunkach ambulatoryjnych. Świadczenia były sprawozdawane do NFZ co miesiąc, przez cały rok 2005 i kolejne miesiące, aż do 2007 r., zgodnie z umową, jako badania ambulatoryjne. We wrześniu 2007 r. strona pozwana zakwestionowała sposób wykonywania usług

i ich rozliczenia i zażądała zwrotu kwoty 172.800 zł. Według pozwanego zabiegi przeprowadzane nieprawidłowo, to jest niezgodnie z postanowieniami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. nr 194, poz. 1625), z którego wynika, że powinno się je prowadzić metodą S., tj. dotętniczo a nie dożylnie. Jednakże badanie angiografii sutrakcyjnej dotętnicznej może być wykonywane wyłącznie w warunkach szpitalnych, a nie ambulatoryjnych, jak wskazywała treść zawartych umów. Już w trakcie obowiązywania w/w rozporządzenia, pozwany podpisał na rok 2006 i 2007 takiej samej treści umowy, to jest na ambulatoryjne wykonywanie badań angiograficznych, czyli poprzez dożylnie podanie środka kontrastowego. Dopiero od dnia 1 kwietnia 2007 r. NFZ zmienił nazwę badania z angiografii sutrakcyjnej na angiografię sutrakcyjną dotętniczną. Wówczas powód zaprzestał wykonywania badań angiograficznych poprzez dożylnie podanie środka kontrastującego, a wynagrodzenie, zapłacone przez NFZ za badania wykonane w kwietniu, maju i czerwcu, zwrócił pozwanemu, dokonując odpowiedniej korekty faktur. Powód odmówił zwrotu pozostałej kwoty, jednakże pozwany w marcu 2009 r. potrącił ją, wraz z naliczonymi odsetkami (łącznie 179 324 zł) z bieżących należności. Za rok 2007 potrąceniem objęto również należności za 18 badań wykonanych w lipcu 2007 r, w łącznej kwocie 6.480,00 zł, za które Szpital nie wystawił w ogóle faktury i nie otrzymał od NFZ wynagrodzenia za przeprowadzone badania pacjentów.

Powód wskazywał ponadto, że przyjęty punktowy system rozliczania kosztów świadczeń medycznych nie pozwalałby, w ramach przyznanej puli punktów i związanej z tym wysokości środków zagwarantowanych umową, na wykonanie tej samej ilości badań, które zostały rozliczone w spornym okresie, jeżeli wykonane byłyby one metodą dotętniczną, bowiem badanie przeprowadzone tą metodą jest znacznie droższe.

W ocenie powoda przepisy wykonawcze, wprowadzone przez Ministra Zdrowia do ustawy Prawo atomowe, w części w jakiej dotyczą określenia konkretnej metody badania, tj. technika S., są nieważne oraz naruszają przepisy unijne – Dyrektywę Rady nr 97/43/EUROATOM z dnia 30.06.1997 r. w sprawie ochrony zdrowia osób fizycznych przed niebezpieczeństwem wynikającym z promieniowania jonizującego związanego z badaniami medycznymi. Ponadto, zgodnie zaś z przepisami Prawa atomowego to lekarz powinien podjąć decyzję o metodzie najbardziej dla pacjenta korzystnej, a nie Minister Zdrowia.

Ponadto zdaniem powoda został on wprowadzony w błąd przez pozwanego, sądząc, iż podpisuje z nim umowy na badanie angiograficzne z podaniem dożylnie środka kontrastowego, a nie badanie wykonywane w ramach procedur szpitalnych. Ponieważ Prawo atomowe i przepisy unijne zezwalają na wykonanie tego badania z podaniem dożylnie środka kontrastującego, Szpital działał w dobrej wierze, w zaufaniu do instytucji profesjonalnej, dobrze dbającej o interesy pacjentów, dla których umowa ze szpitalem została podpisana. Wszystkie badania zostały przeprowadzone prawidłowo, żaden pacjent nie poniósł z tego tytułu uszczerbku. Powodowy Szpital wskazał, że z tych przyczyn żądanie zwrotu przedmiotowego świadczenia pozostawało w sprzeczności z art. 409, 410 i 411 pkt 2 k.c., a także z art. 72 §2 k.c. ze względu na winę pozwanego w kontraktowaniu. NFZ negocjując z powodem umowę na świadczenia ambulatoryjne, w rzeczywistości nie zamierzał zawrzeć takiej umowy, lecz umowę dotyczącą świadczeń szpitalnych.

Powód wskazał, że na kwotę roszczenia składa się: potrącone wynagrodzenie za wykonane przez powoda badania w latach 2005-2007, począwszy od dnia 21 października 2005 r., tj. dnia wejścia w życie powołanego Rozporządzenia, potrącone odsetki zwłoki w wysokości 3.816 zł obliczone za okres od 24 października 2008 do 31 grudnia 2008 r i potrącone odsetki w wysokości 2.708 zł obliczone za okres do 13 lutego 2009 r.

Podał, że w braku innej podstawy prawnej jego roszczenie stanowi roszczenie odszkodowawcze. Z winy pozwanego, który dopuścił się w trakcie negocjacji naruszenia dobrych obyczajów (art. 72 § 2 k.c.) powód poniósł szkodę.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie na jego rzecz od strony powodowej kosztów postępowania.

Pozwany zarzucił, że zawarte przez strony umowy, obowiązujące wówczas przepisy prawa i inne akty regulujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie określały, aby badanie angiograficzne mogło być wykonywane ambulatoryjnie, jedynie poprzez dożylnie podanie środka kontrastowego. Pozwany nigdy nie zawierał z powodem

umowy, z której wynikałoby, że wykonywanie badań angiografii ma odbywać się tą metodą, ponadto powołane rozporządzenie Ministra Zdrowia jednoznacznie określiło jako jedyną dopuszczalną metodę tego badania technikę S. poprzez nakłucie tętnicy, gdy tymczasem powód wykonywała w/w zabiegi poprzez nakłucie dożylnie. Skoro zatem powód nie wykonywał zabiegów metodą dopuszczalną, to nie należy się mu wynagrodzenie.

W toku postępowania pozwany podniósł zarzut braku legitymacji czynnej po stronie powoda, w związku z przeniesieniem przez niego w grudniu 2009 r. własności przedsiębiorstwa – Szpitala wraz ze wszystkimi jego prawami na mocy umowy ze spółką (...) Sp. z o.o. w K. oraz zarzut powagi rzeczy ugodzonej wskazując, że pozwany w dniu 13 października 2010 r. zawarł z powodem porozumienie, a następnie w dniu 29 grudnia 2010 r. ugodę sądową, na mocy których Szpital (...) J. G. (2) w K., w zamian za wynagrodzenie otrzymane od pozwanego, zrzekł się wszelkich roszczeń z tytułu wynagrodzenia za wszystkie świadczenia opieki zdrowotnej udzielone do dnia 31 grudnia 2009 r., a więc również wynagrodzenia za świadczenia objęte niniejszym pozwem.

Wyrokiem z dnia 10 grudnia 2013 roku, sygn. akt IC 435/09, Sąd Okręgowy w Krakowie oddalił powództwo i zasądził od powoda na rzecz pozwanego kwotę 7217 zł, tytułem kosztów procesu.

Rozstrzygnięcie powyższe zostało poprzedzone następującymi **ustaleniami faktycznymi**.

W latach 2005 – 2007 strony były związane umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej: umową nr (...) o udzielanie świadczeń zdrowotnych – ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w brzmieniu ustalonym aneksem nr (...) na 2005 r., aneksem nr (...) na 2006 r. oraz umową nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne współfinansowane. Umowy te obejmowały swym zakresem, między innymi, udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, polegających na przeprowadzaniu badań angiograficznych, w tym badań angiografii subtrakcyjnej. Umowy nie określały wprost, że powołane badanie angiograficzne winno być wykonywane ambulatoryjnie poprzez dożylnie podanie środka kontrastowego.

W § 11 umowy nr (...) o udzielanie świadczeń zdrowotnych – ambulatoryjna opieka specjalistyczna (w brzmieniu ustalonym aneksem nr (...)) zawarte były zapisy, zgodnie z którymi do udzielania świadczeń przez powoda, w zakresie nieuregulowanym i niesprzecznym z umową, zastosowanie miały postanowienia „Warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej”, stanowiących załącznik nr (...) do umowy. Przedmiotowe „Warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej” ((...)) stanowiły załącznik nr (...) do Zarządzenia Nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 października 2004 r. Według § 8 ust. 1 (...) świadczeniodawca zobowiązany był do udzielenia świadczeń świadczeniobiorcom, z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, respektując prawa pacjenta oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej. Zapis §18 ust. 1 (...) nakładał na świadczeniodawcę odpowiedzialność za ordynowanie leków, wyrobów medycznych, środków pomocniczych leczonym przez niego osobom, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz z uwzględnieniem zasady nie przekraczania granic koniecznej potrzeby. § 22 (...) nakazywał zwrot przekazywanych środków, w terminie 14 dni od wezwania, w przypadku stwierdzenia przez Oddział Funduszu, iż środki te przekazane zostały świadczeniodawcy nienależnie. Brak zwrotu tych środków w w/w terminie upoważniał Oddział Funduszu do dokonania potrącenia nienależnie przekazanych środków wraz z odsetkami ustawowymi z kolejnej należności przysługującej świadczeniodawcy. Podobne postanowienia zawierały „Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” (OWU), które zastąpiły (...), stanowiące załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 197 poz. 1643).

W okresie obowiązywania wyżej wymienionych umów weszło w życie, z dniem 21 października 2005 r, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 r w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz.U. Nr 194, poz. 1625). Rozporządzenie przewidywało w § 11 ust. 5, że podczas diagnostycznych badań za pomocą angiografu pracującego w technice cyfrowej angiografii subtrakcyjnej ((...)) należy – między innymi – badanie wykonać techniką S. poprzez przezskórne nakłucie tętnicy (pkt. 4).

W latach 2005 – 2007 powód udzielał pacjentom świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie zabiegów angiografii, polegających na podawaniu pacjentom środka kontrastowego dożylnie, a jednocześnie, w sprawozdaniach składanych pozwanemu, określał te świadczenia ogólnie, jako badania angiografii subtrakcyjnej. W konsekwencji otrzymywał od pozwanego środki finansowe w wysokości odpowiadającej wynagrodzeniu przysługującemu na podstawie umowy za realizację badań tego rodzaju. Pozwany wezwał powoda do zwrotu przekazanych kwot w łącznej wysokości 172.800 zł, zarzucając mu, że zabiegi te wykonywał niezgodnie z postanowieniami w/w rozporządzenia Ministra Zdrowia. Nadto pozwany wezwał powoda do dokonania korekt faktur wraz z raportem statystycznym za okres od 21 października 2005 r. do 26 lipca 2007 r. Ponieważ powód nie zastosował się do wezwania, w marcu 2009 r. pozwany potrącił w/w kwotę wraz z naliczonymi odsetkami z wynagrodzeniem za bieżące świadczenia opieki zdrowotnej.

Angiografia subtrakcyjna umożliwia obrazowanie naczyń po dożylnym lub dotętnicznym podaniu środka kontrastowego. Termin ten obejmuje również badania naczyniowe polegające na dożylnym podaniu środka kontrastowego. Badanie po dożylnym podaniu środka kontrastowego, w porównaniu do badania wykonanego po dotętnicznym podaniu kontrastu, cechuje się: dłuższym czasem ekspozycji, skutkującym większą dawką szkodliwego dla zdrowia promieniowania jonizującego otrzymanego przez pacjenta, niższą jakością, a co za tym idzie niższą czułością w rozpoznawaniu chorób układu naczyniowego. Rezultatem wykonania zabiegu poprzez nakłucie dotętniczne jest konieczność pozostawiania pacjenta na obserwacji w warunkach szpitalnych. Pozwala ono na bardziej dokładną ocenę zmian naczyniowych, jak też na równoczesne wykonanie zabiegów śródnaczyniowych. W razie wykonania nakłucia dożylnego pacjent może wrócić do domu w dniu badania. Nakłucie metodą dotętniczną wywołuje większe niebezpieczeństwo powikłań.

W katalogu świadczeń medycznych stosowanych przez NFZ w spornym okresie nie wyszczególniono jaka jest wartość badania dotętnicznego, a jaka dożylnego; było to ogólnie określone jako badanie angiograficzne. Badanie to finansowane było na zasadzie współfinansowania w części ze środków przeznaczonych na kierującego do badania, a w części przez NFZ. Kierując pacjentów na badania angiograficzne do ambulatorium lekarze powoda wpisywali na skierowaniu, że ma to być badanie wykonane dożylnie. W ambulatorium powodowego Szpitala nie ma bowiem możliwości hospitalizowania pacjentów. Była to praktyka korzystniejsza finansowo dla powoda, gdyż można było w ten sposób przebadać wielu pacjentów bez konieczności ich hospitalizacji. Zdarzało się jednak lekarzom zlecać przeprowadzenie angiografii dotętniczo ale tylko w przypadku pacjentów leżących w szpitalu; dotyczyło to kilku procent przypadków.

W dniu 13 października 2010 r. pozwany zawarł z powodem porozumienie a następnie w dniu 29 grudnia 2010 r. ugodę sądową przed Sądem Rejonowym dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie w sprawie I Co 2797/10/S. Na mocy powyższego porozumienia i ugody sądowej Szpital (...). J. G. (1) w K. uzyskał od pozwanego dodatkowe wynagrodzenie za udzielone świadczenia medyczne, w zamian za co Szpital ten oświadczył m.in. (w §2 ust. 9 porozumienia i ust. 9 ugody), że określone w porozumieniu i ugodzie kwoty stanowią całkowite wynagrodzenie z tytułu wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej w okresie do dnia 31 grudnia 2009 r., zaś ich zapłata wyczerpuje wszelkie roszczenia Szpitala względem NFZ związane z realizacją jakichkolwiek świadczeń, udzielonych we wskazanym okresie. W/ w porozumienie i ugoda obejmowały jednakże rezygnację przez powoda z roszczeń, co do wierzytelności Szpitala wynikających z udzielonych świadczeń zdrowotnych wyłącznie za rok 2009.

Powyższe ustalenia faktyczne doprowadziły Sąd Okręgowy do wniosku, że powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie.

Nie budzi, w ocenie Sądu Okręgowego, że sposób postępowania strony powodowej przy wykonywaniu zakontraktowanych świadczeń w spornym okresie, polegających na wykonywaniu angiografii subtrakcyjnej, był niezgodny z przyjętą w tym zakresie procedurą. Zgodnie z wymogami, wynikającymi z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia z dnia 25 sierpnia 2005 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz.U. Nr 194, poz. 1625), powód obowiązany był wykonywać badanie angiografii techniką S., tj. dotętniczo, w warunkach szpitalnych. Faktycznie badanie to wykonywano dożylnie w ambulatorium, co stanowiło uchybienie w/w przepisom. Sąd Okręgowy podzielił pogląd

pozwanego, że przedmiotowe świadczenia wykonywane były niezgodnie z treścią umów łączących strony w konsekwencji brak podstaw do ich finansowania ze środków NFZ. Wbrew twierdzeniom powoda z zapisów umów łączących strony w żaden sposób nie wynika, aby dotyczyły one badań angiograficznych z podaniem dożylnie środka kontrastowego. Żaden z zapisów zawartych przez strony umów nie zawierał takiej regulacji, nie wskazuje na to także punktowa metoda dokonywania rozliczeń z tego tytułu. Przedmiotem umów było, między innymi, wykonywanie badań angiografii subtrakcyjnej, które to badania powinny być realizowane należycie – tj. zgodnie z zapisami umów oraz z uwzględnieniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa. Skoro powód nie wykonał umowy należycie winien był, stosownie do zapisów umowy, liczyć się z obowiązkiem zwrotu przekazanych z tego tytułu przez stronę pozwaną środków i ich potrąceniem z należności przypadających za późniejsze okresy.

Oznacza to, że roszczenie powoda nie zasługuje na uwzględnienie. Obowiązek zwrotu środków przekazanych na poczet wynagrodzenia za udzielone świadczenia i możliwość ich potrącenia wynika wprost z zapisów umowy, tym samym art. 409 i art. 411 pkt 2 k.c. nie mają tu zastosowania. Sąd podkreślił jednak, że chybione są zarzuty powoda związane z brakiem obowiązku zwrotu przedmiotowych świadczeń pozwanemu. W okolicznościach niniejszej sprawy nie budzi wątpliwości, iż powód winien był liczyć się z obowiązkiem zwrotu spornych należności.

Zdaniem Sądu Okręgowego powód nie wykazała, aby pozwany dokonał potrącenia w szerszym zakresie, niż powinien. Twierdzenia powoda nie są poparte żadnymi dowodami, pozwalającymi na stwierdzenie tej okoliczności i wyliczenie wysokości należności z tego tytułu.

Bezzasadny względem pozwanego był zarzut powoda podważający treść § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz.U. Nr 194, poz. 1625). Ewentualne roszczenie powoda w tym zakresie winno być bowiem adresowane do Skarbu Państwa, reprezentowanego przez właściwe *statio fisci*.

Bez znaczenia dla rozstrzygnięcia pozostawała okoliczność zbycia składników przedsiębiorstwa powoda. Stosownie do art. 192 pkt 3 k.p.c. z chwilą doręczenia pozwu zbycie w toku sprawy rzeczy lub prawa, objętych sporem, nie ma wpływu na dalszy bieg sprawy.

Sąd nie podzielił również zarzutu, iż doszło do zawarcia pomiędzy stronami ugody w przedmiocie spornych należności, a to z tej przyczyny, że z zeznań świadków: R. D., M. K. (1) i K. M. jednoznacznie wynika, iż w porozumieniu z dnia 13 października 2010 r. i ugodzie z dnia 29.12.2010 r. wołą stron nie były objęte świadczenia za okres szerszy niż za 2009 r.

Jako podstawę rozstrzygnięcia o kosztach procesu Sąd Okręgowy wskazał przepis art. 98 §1 i 3 k.p.c.

Wyrok Sądu Okręgowego **zaskarżył apelacją w całości powód**, zarzucając:

I/ naruszenie prawa materialnego przez jego błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie, a to:

1/ art. 471 k.c. przez przyjęcie, że udzielane przez powoda na podstawie łączącej strony umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych – ambulatoryjna opieka specjalistyczna, świadczenia, polegające na wykonaniu angiografii subtrakcyjnej, wykonane były przez powoda nienależycie, tj. niezgodnie z treścią łączących strony umów;

2/ art. 353¹ k.c. przez przyjęcie, że treść umów zawartych przez strony – w sytuacji gdy pozwany jest profesjonalistą odpowiedzialnym za zlecenie udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób bezpieczny dla ubezpieczonego pacjenta – pozostaje bez znaczenia dla określenia rodzaju świadczenia zdrowotnego, które powód na podstawie tej umowy miał wykonywać, co oznacza, że powinien wykonywać świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne a nie, zgodnie z zawartą umową, świadczenia ambulatoryjne;

3/ naruszenie art. 499 k.c. przez uznanie, że miało miejsce potrącenie środków zapłaconych za wykonanie umowy Nr (...) na udzielanie świadczeń zdrowotnych – ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne współfinansowane, w brzmieniu ustalonym aneksem nr (...) na rok 2005 i nr (...) na rok

2006 i umowy Nr (...) na 2007 rok, z należnościami przypadającymi za późniejsze okresy – pomimo, że pozwany nigdy nie złożył oświadczenia o potrąceniu;

4/ naruszenie art. 65 §§ 1 i 2 k.c. przez przyjęcie, że zamiarem pozwanego było zlecenie, a zamiarem powoda przyjęcie zlecenia na udzielenie angiografii subtrakcyjnej – jako świadczenia szpitalnego, pomimo, że strony zawarły umowę na udzielenie świadczeń ambulatoryjnych, a nie szpitalnych, w wyniku konkursu przeprowadzonego na udzielenie świadczeń ambulatoryjnych, a nie szpitalnych (konkursy na udzielanie świadczeń szpitalnych przeprowadzane są w innym trybie, na podstawie innych przepisów), pomimo, że wynagrodzenie określone w umowie ustalone było w wysokości odpowiedniej dla świadczeń ambulatoryjnych (wynagrodzenie za świadczenia szpitalne kalkulowane jest w zupełnie inny sposób i w konsekwencji jest znacznie wyższe od wynagrodzenia za świadczenia ambulatoryjne) a także pomimo, że umowa określała wykonywanie tego świadczenia w warunkach ambulatoryjnych, a nie szpitalnych;

5/ naruszenie art. 411 pkt 1 i 2 k.c. przez przyjęcie, że pozwany mógł żądać od powoda zwrotu świadczenia mimo, że od dnia zawarcia umowy na udzielanie świadczeń ambulatoryjnych (co w niniejszym postępowaniu pozwany potwierdził) był świadomy tego, że badania angiografii subtrakcyjnej, której wykonanie na podstawie tej umowy zlecił powodowi, nie mogły być wykonywane w warunkach ambulatoryjnych tylko w szpitalu;

6/ naruszenie art. 92 Konstytucji RP przez potwierdzenie mocy obowiązującej § 11 ust. 5 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 r w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz.U. nr 194, poz. 1625) wykonywania badań za pomocą angiografu pracującego w technice cyfrowej angiografii subtrakcyjnej (...) techniką S. poprzez skórne nakłucie tętnicy pomimo, że brak był podstawy prawnej do wskazania w akcie wykonawczym konkretnej metody badania tj. techniki S.;

7/ naruszenie art. 15 ust. 2 pkt 5 i pkt 8 w zw. Z art. 136 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. z 2008 r, nr 164, poz. 1027) w wersji obowiązującej do dnia 29 września 2007 r, poprzez dopuszczenie możliwości „mieszania” świadczeń opieki zdrowotnej, ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych (art. 15 ust. 2 pkt 5) i leczenia szpitalnego (art. 15 ust. 2 pkt 8) pomimo, że zgodnie z w/w art. 136 pkt 1 umowa zawarta z pozwanym określała tylko jeden rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powód był zobowiązany wykonywać, tj. ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne;

8/ naruszenie § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 197, poz. 1643) w wersji obowiązującej do dnia 1 stycznia 2007 roku przez uznanie, że brew temu przepisowi, stanowiącemu, że przedmiotem umów zawieranych przez NFZ ze świadczeniodawcami mają być wymienione w tym przepisie świadczenia ambulatoryjne a w innej umowie świadczenia szpitalne, pozwany mógł zawrzeć umowę na udzielanie świadczeń w rodzaju „ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne”, w których świadczenia winny być wykonywane w szpitalu jako świadczenia w rodzaju „leczenie szpitalne”;

II/ Naruszenie prawa procesowego, tj:

9/ przez błąd w ustaleniach faktycznych, polegający na przyjęciu, że zawierając umowę na udzielenie świadczeń zdrowotnych w rodzaju „ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne” pozwany zobowiązał stronę powodową do wykonania badania angiograficznego techniką S. opisaną w obowiązującym wówczas rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 r w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz.U. nr 194, poz. 1625), które to badanie mogło być wykonane tylko w warunkach szpitalnych;

10/ art. 388 §2 k.p.c. przez brak wymaganego przez ten przepis uzasadnienia tj. niepodanie w uzasadnieniu jakie przepisy, których naruszenie Sąd Okręgowy powodowi, jako bezwzględnie obowiązujące, są faktycznie bezwzględnie obowiązujące i z czego wynika ich charakter;

11/ naruszenie art. 6 k.c. w związku z art. 498 § 1 k.c. przez przyjęcie, że powód nie wykazał, by pozwany dokonał potrącenia należności w szerszym zakresie niż powinien pomimo, że powód złożył oświadczenie, że nie wystawiał faktury za wykonanie świadczeń angiografii subtrakcyjnej za miesiąc lipiec 2007 r, a pozwany nie wykazał, że taką fakturę otrzymał.

Wskazując na powyższe zarzuty powód domagał się zmiany zaskarżonego wyroku przez uwzględnienie powództwa w całości, ewentualnie o jego uchylenie i przekazania sprawy Sądowi Okręgowemu do ponownego rozpoznania.

SĄD APELACYJNY ZWAŻYŁ CO NASTĘPUJE.

Apelacja powoda jest bezzasadna; jego powództwo nie mogło zostać uwzględnione, choć z innych przyczyn, niż te, które wskazał w uzasadnieniu swojego orzeczenia Sad Okręgowy. Ustalenia Sądu I instancji są w większości prawidłowe, ich częściowe uzupełnienie i zmiana, zostaną przedstawione w dalszej części uzasadnienia.

Istotą niniejszego procesu było dokonanie oceny skuteczności potrącenia wierzytelności pozwanego w kwocie 179 324 zł, ze wzajemną wierzytelnością powoda o wypłatę wynagrodzenia za bieżące świadczenia opieki zdrowotnej. Zgodnie z twierdzeniami pozwu (k. 8 akt), do takiego potrącenia miało dojść w marcu 2009 r, tym samym niezrozumiałe jest stanowisko przedstawione w punkcie I.3 apelacji, gdzie powód przeczy, jakoby w ogóle doszło do złożenia oświadczenia o potrąceniu. W istocie w aktach sprawy brak jest dokumentu zawierającego przedmiotowe oświadczenie, jednakże fakt jego złożenia i wysokość kwoty przedstawionej do potrącenia nie były między stronami sporne w toku postępowania przed Sądem I instancji.

Powód kwestionuje istnienie wierzytelności przedstawionej do potrącenia. Gdyby podzielić ocenę powoda i przyjąć, że pozwanemu nie przysługiwało roszczenie o zapłatę (zwrot) kwoty 179 324 zł, oświadczenie o potrąceniu, złożone przez pozwanego w marcu 2009 roku, należałoby uznać za bezskuteczne. W konsekwencji należałoby przyjąć, że nie nastąpił skutek w postaci umorzenia się wierzytelności powoda o zapłatę bieżącego (wymagalnego a niewypłaconego na marzec 2009 roku) wynagrodzenia za wykonane świadczenia medyczne. Takie właśnie roszczenie – to jest roszczenie o zapłatę zaległego wynagrodzenia – aktualizuje się po stronie powoda, jeśli uznać, że nie doszło do skutecznego potrącenia wierzytelności pozwanego, z uwagi na jej nieistnienie, z istniejącą, wymagalną i zaskarżalną wierzytelnością powoda. Nie chodzi jednak – jak błędnie podano w pozwie (k.9-10 akt) – o wynagrodzenie za świadczenia angiografii subtrakcyjnej dożylniej, wykonane przez powoda w okresie od 2005 roku do kwietnia 2007 roku. Wynagrodzenie za ten okres zostało przecież powodowi wypłacone. Chodzi o wynagrodzenie za niewiadomy okres, z wierzytelnością o wypłatę którego pozwany potrącił sporną między stronami wierzytelność o zwrot kwoty 179 324 zł. Takiego roszczenia powód nie dochodzi w niniejszym procesie.

Z twierdzeń pozwu wynika natomiast, powód domaga się zasądzenia od pozwanego kwoty co prawda równoważnej „potrąconemu” wynagrodzeniu, jednakże tytułem odszkodowania. Odszkodowanie to obejmować ma szkodę rzeczywistą, którą wyrządzić miał powodowi pozwany, ze względu na winę w kontraktowaniu, w rozumieniu art. 72 § 2 k.c. W ocenie powoda pozwany dopuścił się względem niego culpa in contrahendo, bowiem negocjując umowę o świadczenia ambulatoryjne w rzeczywistości nie zamierzał zawrzeć takiej umowy, lecz umowę na świadczenia szpitalne – ponieważ wiedział o przesłance nieważności tej pierwszej umowy, wynikającej z § 11 ust. 4 rozporządzenia. Powód – stosownie do przywołanego wyżej art. 72 § 2 k.c., do którego się odwołuje – domaga się odszkodowania w wysokości niezyskanego, z winy pozwanego wynagrodzenia i odsetek ustawowych, odnosząc je jednak do tego wynagrodzenia za lata 2005-2007, które zostało już wypłacone.

Tego rodzaju roszczenie po stronie powoda należy wykluczyć a limine. Stanowisko powoda jest wewnętrznie sprzeczne. Jeśli bowiem przyjąć, że oświadczenie o potrąceniu nie odniosło skutku – a takie twierdzenie stanowi podstawę powództwa – to brak jest szkody, która wymagałaby rekompensaty. Powodowi służy bowiem wymagalne roszczenie o wypłatę wynagrodzenia umownego, którego pozwany nie wypłacił, bezpodstawnie powołując się na potrącenie. Takiego roszczenia powód również nie dochodzi – musiałby wszak skonkretyzować swoje twierdzenia w tym przedmiocie i wskazać za jaki okres nie wypłacono mu wynagrodzenia umownego i na jakiej podstawie

było ono należne. W tych okolicznościach, bez odebrania od powoda dodatkowych oświadczeń – jego powództwo odszkodowawcze winno być oddalone już na pierwszej rozprawie, w oparciu o same tylko twierdzenia pozwu. Pomijając brak szkody (wobec istniejącej wymagalnej wierzytelności o wypłatę wynagrodzenia) zastosowanie art. 72 § 2 k.c. należy w niniejszej sprawie wykluczyć również z innych przyczyn. Odszkodowanie na tej podstawie należy się w granicach ujemnego interesu umownego – obejmuje szkodę, jaką druga strona poniosła przez to, że liczyła na zawarcie umowy. Mówiąc inaczej jest to odszkodowanie za to, że z winy kontrahenta – negocjującego zawarcie umowy, z naruszeniem dobrych obyczajów – do zawarcia umowy nie doszło. Tymczasem strony zawarły umowę, a kwota, której powód mógłby ewentualnie dochodzić, stanowi niezapłacone w oparciu o tę umowę wynagrodzenie. Ponadto należy stanowczo podkreślić, że twierdzenie jakoby pozwany nieuczciwie prowadził negocjacje z powodem, negocjując umowę na świadczenia ambulatoryjne, gdy w istocie zamierzał zawrzeć umowę na świadczenia szpitalne – jest nieracjonalne i nie znajduje usprawiedliwienia w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym. Obie strony są profesjonalistami. Negocjując kolejne kontrakty winny wiedzieć o ograniczeniach, jakie zostały nałożone na świadczenia angiografii subtrakcyjnej w § 11 pkt. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia z dnia 25 sierpnia 2005 r, w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz.U. Nr 194, poz. 1625). Strony nie podpisały aneksu uwzględniającego powyższe ograniczenie do umowy za rok 2005, nie uwzględniły tych ograniczeń aż do kwietnia 2007 r, w kolejno podpisywanych kontraktach. Przyczyną takiego stanu rzeczy może być albo brak wiedzy o istnieniu tego unormowania, świadczący o niedbalstwie obu stron, albo też świadome pominięcie ograniczenia z § 11 rozporządzenia w treści kolejnych umów. W takiej sytuacji problematyczna może być jedynie ważność tak skonstruowanego zapisu umowy, twierdzenie o podstępym działaniu pozwanego jest nielogiczne, a przede wszystkim niewykazane dowodowo.

Jak wynika z dotychczasowych rozważań przyczyną oddalenia powództwa jest nieistnienie po stronie powoda takich roszczeń, jakie wynikają z treści pozwu. Sąd Okręgowy problem powyższy pominął w swoich rozważaniach.

Niezależnie od tego Sąd Apelacyjny, odmiennie niż Sąd I instancji, przyjmuje, iż nawet gdyby powód prawidłowo dochodził swoich roszczeń – to jest domagał się zapłaty tego wynagrodzenia za udzielone świadczenia, którego pozwany mu nie wypłacił, z uwagi na dokonane potrącenie – powództwo i tak musiałoby zostać oddalone, a to z uwagi na zrzeczenie się tychże roszczeń przez powoda, w ramach porozumienia z dnia 17 października 2010 roku i ugody sądowej z dnia 29 grudnia 2010 roku. Jak wynika z treści w/w dokumentów (identycznych jak chodzi o istotne postanowienia) ugodę zawarto w celu zapewnienia powodowi dodatkowych środków za wykonanie świadczeń, w zakresie „leczenie szpitalne”, ponad limit ustalony umową, w okresie od 1 stycznia 2009 roku do 31 grudnia 2009 roku. NFZ zobowiązał się zapłacić powodowi z tego tytułu kwotę 103 479 zł. Należy uzupełnić ustalenia faktyczne Sądu Okręgowego o dokładną treść § 9 ugody (§ 2 ust. 9 porozumienia), który stanowił: „Kwoty zapłacone zgodnie z postanowieniami ustępów poprzedzających stanowią będą całkowite wynagrodzenie z tytułu realizacji wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej w okresie do 31 grudnia 2009 roku, zaś ich zapłata wyczerpie wszelkie roszczenia świadczeniodawcy względem Narodowego Funduszu Zdrowia związane z realizacją jakichkolwiek świadczeń, udzielonych we wskazanym wyżej okresie w każdych okolicznościach, w tym także w warunkach określonych w przepisie art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej.”. Kategoryczna treść tego postanowienia nie budzi wątpliwości. Powód zrzekł się wszelkich roszczeń za okres do dnia 31 grudnia 2009 r. Termin początkowy nie został w żaden sposób określony, stąd ustalenie przez Sąd, że ugodą tą objęto wyłącznie roszczenia za rok 2009, nie znajduje usprawiedliwienia w literalnej treści tego zapisu. Sąd Okręgowy nie zauważył, że gdyby wolą stron było objęcie zrzeczeniem się jedynie roszczeń za rok 2009, zverbalizowałyby swoją wolę w sposób nie budzący wątpliwości, tak jak miało to miejsce w ugodach, dotyczących świadczeń ambulatoryjnych za rok 2005 (k. 49-50), 2006 (k. 67-68) i za rok 2007 (k. 84-85). We wszystkich tych dokumentach znajduje się oświadczenie o zrzeczeniu się roszczeń za okres zamknięty datą początkową i końcową (np. od dnia 1 stycznia 2007 roku do dnia 31 grudnia 2007 roku). Nie wskazanie początkowej daty świadczy o na zrzeczeniu się wszystkich roszczeń za okres zamknięty jedynie datą końcową (tu 31 grudnia 2009 r). Okoliczność ta została podkreślona w podpisany przez powoda porozumieniu, gdzie powód dodatkowo oświadczył, że po podpisaniu ugody zawierającej m.in. treść objętą § 9, powód nie będzie w przyszłości wysuwał przeciwko NFZ jakichkolwiek roszczeń związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej w okresie do dnia 31 grudnia 2009 roku. Treść powyższych dokumentów świadczy w

sposób oczywisty, iż ustalenie Sadu Okręgowego, jakoby porozumieniem i ugoda objęto wyłącznie roszczenia za rok 2009 jest dowolne i prowadzi do naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Sąd Okręgowy oparł się na odosobnionych w tym przedmiocie zeznaniach świadka M. K. (1), mimo, że pozostają one w oczywistej sprzeczności z treścią dokumentu podpisanego przez tego świadka, to jest porozumienia z dnia 13 października 2010 roku (k. 7-10 akt I Co 2797/10), oraz z teściami zeznań pozostałych świadków przesłuchanych na tę okoliczność, to jest R. D. i K. M. (dowód k. 403-404). Nie powinien też budzić żadnych wątpliwości przedmiotowy zakres porozumienia i ugody. Obejmuje on roszczenia dotyczące „wszystkich świadczeń”, to jest udzielonych „w każdych okolicznościach” – a zatem w warunkach szpitalnych, ambulatoryjnych i każdych innych. W tym wypadku, powód nie kwestionował literalnego brzmienia umowy. Zresztą jeśli powód zrzekał się roszczeń wynikających z udzielenia świadczeń określonej kategorii (np. świadczeń ambulatoryjnych), odpowiednie zawężenie przedmiotowe wynikało z samej treści ugody (por. dokumenty k. 49-50, 67-68, 84-85). Powyższy – najszerszy przedmiotowo – zakres wynika również z zeznań świadka M. K. (2), który negocjował warunki ugody podpisywał porozumienie. Zeznał on, że umowa ugoda dotyczyła pewnej kategorii świadczeń (szpitalnych) a zrzeczenie się odnosiło się również do roszczeń z tytułu pozostałej części działalności szpitala.

Jak wynika ze zmodyfikowanych i uzupełnionych ustaleń faktycznych, powodowi nie przysługiwałoby wynagrodzenie za bezpodstawnie (w efekcie nieskutecznego potrącenia) zatrzymane i niewypłacone wynagrodzenie za „bieżące” świadczenia – gdyby były one przedmiotem roszczeń powoda w niniejszym procesie. Jak już wcześniej wskazano powód nie wskazał okresu za jaki nie wypłacono mu wynagrodzenia, wadliwie identyfikując swoje roszczenia, jako żądanie zapłaty za badania angiograficzne w latach 2005, 2006 i 2007, bądź też jako roszczenie odszkodowawcze. Identyfikując swoje roszczenie prawidłowo, to jest adekwatnie do podstawy faktycznej powództwa, powód dochodziłby najpewniej wynagrodzenia za świadczenia wykonane w roku 2009 (potrącenia dokonano w marcu 2009 r). Roszczenia te wygasły jednak, wskutek zrzeczenia się ich przez powoda.

Na rozprawie apelacyjnej pełnomocnik powoda podniósł dodatkowy zarzut, dotyczący ugody z dnia 29 grudnia 2010 r, w sprawie I Co 2797/10/S. Twierdził mianowicie, że powód nie jest związany przedmiotową ugoda, z uwagi na to, że została ona zawarta z NFZ przez inny niż powód podmiot – a to przez (...) spółka z o.o. Szpitala (...) św. J. G. (1) w K.. W istocie podmiot, który podpisał dokument ugody sądowej to spółka, do której w dniu 18 grudnia 2009 roku aportem wniesiono udziały w postaci przedsiębiorstwa powoda (bezsporne). Przedmiotem tej czynności, w braku dowodów przeciwnych, była zatem i wierzytelność o zaległe wynagrodzenie, albowiem czynność prawna mająca za przedmiot przedsiębiorstwo obejmuje wszystko, co wchodzi w skład przedsiębiorstwa – chyba, że co innego wynika z jej treści bądź przepisów szczególnych (art. 55² w zw. z art. art. 55¹ punkt 4 k.c.). Tym samym w dacie zawarcia ugody to spółka (...) była dysponentem przedmiotowej wierzytelności i mogła się jej zrzec. Zrzeczenie się jest skuteczne również względem powoda, który w ten sposób traci prawo podmiotowe dochodzenia przedmiotowej wierzytelności, wynikające zresztą z przyczyn natury procesowej (art. 192 pkt 3 k.p.c.).

Należy jednak pamiętać, że zawarcie przedmiotowej ugody przed Sądem poprzedzone było negocjacjami w których uczestniczył ówczesny przedstawiciel powoda – M. K. (1), które zakończyły się podpisaniem porozumienia z dnia 26 października 2010 r. Porozumienie to podpisał również M. K. (1).

Na koniec, na marginesie jedynie, należy uznać iż przyjęta przez Sąd Okręgowy podstawa oddalenia powództwa nie była prawidłowa. W szczególności oczywistym jest, że powód udzielał świadczeń zgodnie z zawartą umową, tj. w ramach diagnostyki ambulatoryjnej. Ponadto, z twierdzeń powoda wynikało jednoznacznie, że wykonane w latach 2005-2006 zabiegu angiografii subtrakcyjnej metodą dożylna, były adekwatne do stanu zdrowia pacjentów poddanym badaniu, i wystarczające do osiągnięcia efektu diagnostycznego. Wszystkie badania zakończyły się powodzeniem, to jest osiągnęły swój cel diagnostyczny. Okolicznościom tym pozwany nie przeczył, tym samym twierdzenie Sadu I instancji, jakoby powód działał niezgodnie z umową i niezgodnie z prawem, wydaje się arbitralne. Jednakże problem ten – objęty zarzutami apelującego – nie wymaga dalszej analizy, albowiem – jak już wskazano – powództwo podlega oddaleniu z innych przyczyn.

Mając powyższe na względzie Sąd Apelacyjny oddalił apelację powoda, jako bezzasadną, w oparciu o przepis art. 385 k.p.c. Rozstrzygnięcie o kosztach procesu znajduje podstawę w treści art. 98 § 1i3 k.p.c. w zw. z art. 108 k.p.c.