



Sygn. akt III CSK 296/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 listopada 2017 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Monika Koba (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Paweł Grzegorzczuk

SSN Krzysztof Pietrzykowski

w sprawie z powództwa Polskiego Czerwonego Krzyża w Warszawie
przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w Warszawie [...] o ustalenie,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej
w dniu 24 listopada 2017 r.,
skargi kasacyjnej strony powodowej
od wyroku Sądu Apelacyjnego w [...]
z dnia 8 kwietnia 2016 r.,

**uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę Sądowi
Apelacyjnemu w [...] do ponownego rozpoznania oraz
rozstrzygnięcia o kosztach postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 8 kwietnia 2016 r. Sąd Apelacyjny w [...] oddalił apelację powoda Polskiego Czerwonego Krzyża w Warszawie od wyroku Sądu Okręgowego w [...] oddalającego powództwo skierowane przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w Warszawie (dalej: „NFZ” lub „Fundusz”) o ustalenie, że pozwanemu nie przysługuje roszczenie określone w wystąpieniu pokontrolnym o zapłatę kwoty 492.046,875 zł tytułem nienależnego świadczenia i kary umownej w kwocie 40.637,10 zł.

Rozstrzygnięcie to oparte zostało na podzielonych i uznanych za własne przez Sąd Apelacyjny ustaleniach faktycznych Sądu Okręgowego. Z ustaleń tych wynika, że strony dnia 26 stycznia 2007 r. zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której przedmiotem było organizowanie i udzielanie przez powoda świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Umowa miała być realizowana na warunkach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. Nr 140, poz. 1147 - dalej: „rozporządzenie z dnia 30 sierpnia 2009 r.”), załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 81, poz. 484 - dalej: „o.w.u”) oraz zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 16 listopada 2011 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej (dalej: „zarządzenie Nr 83/2011/DSOZ”) wydanego na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jedn. tekst: Dz.U. z 2017 r., poz. 1938 ze zm. - dalej: „u.ś.o.z.”). Pozwany przeprowadził kontrolę wykonywania umowy za okres od dnia 1 stycznia 2012 r. do dnia 30 czerwca 2013 r. zarzucając w wystąpieniu pokontrolnym: brak wymaganej kwalifikacji szpitalnej lub poradni prowadzącej żywienie dojelitowe do żywienia dojelitowego (108 pacjentów), brak udokumentowania podania kompletnej diety przemysłowej (110 pacjentów) i brak karmienia przez sondę żołądkową (76 pacjentów) - co stanowiło warunek rozliczenia świadczenia ze wskaźnikiem 2,8 lub 1,5. Zażalenie powoda

na nieuwzględnienie jego zastrzeżeń pokontrolnych ani jego wniosek o ponowne rozpoznanie sprawy, nie zostały uwzględnione. W rezultacie pozwany wezwał powoda na podstawie § 28 o.w.u. do zwrotu nienależnie wypłaconej kwoty 974.063, 62 zł oraz do zapłaty kary umownej w kwocie 40.637,10 zł naliczonej z tytułu prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób rażąco naruszający przepisy prawa (§ 30 ust. 1 pkt 3 lit. a o.w.u.) oraz przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których NFZ dokonał wypłaty nienależnych środków finansowych (§ 30 ust. 1 pkt 2 c o.w.u.).

W okresie objętym kontrolą większości pacjentów powoda była podawana dieta kuchenna zmiiksowana, przez zgłębnik żołądkowy, wzbogacona preparatami białkowymi oraz uzupełniona pojeniem. Dojelitowo byli karmieni pacjenci w ciężkich stanach, na podstawie kwalifikacji dokonywanej przez zatrudnionego u powoda lekarza, który na bieżąco monitorował stan pacjentów. Jedynie dwóch pacjentów, posiadało kwalifikację do żywienia dojelitowego dokonywaną w szpitalu lub poradni leczenia dojelitowego. Nadzór nad przebiegiem leczenia dojelitowego sprawowały pielęgniarki. Niekiedy były przypadki, że chory był karmiony dietą przemysłową i występowały u niego biegunki. Wówczas przerywano dietę przemysłową, pochodzącą z jałowego, gotowego preparatu i wdrażano dietę kuchenną miksowaną, uzupełnioną preparatami białkowymi, podawaną specjalną strzykawką. W czasie kontroli ujawniono przypadki, w których była kwalifikacja lekarza zatrudnionego u powoda do żywienia dojelitowego, natomiast nie było udokumentowane by pacjent miał założoną sondę. Stwierdzono, że za wyjątkiem czterech dni u pacjenta, który miał kwalifikację szpitalną do leczenia pozajelitowego, w przypadku pozostałych pacjentów nie było informacji o podaniu kompletnej diety przemysłowej. Ustalono również, że w karcie zleceń lekarskich była zlecona kompletna dieta przemysłowa, natomiast w pozostałej dokumentacji brak było informacji o podaniu takiej diety. Do dokumentacji części pacjentów była dołączona karta żywienia, w której pielęgniarka oddziałowa w każdym dniu odnotowywała rodzaj diety, jaką pacjent otrzymywał (przemysłowa, kuchenna, mieszana). Wykryto przypadki, w których pacjent nie miał zleconej diety przemysłowej, a w dokumentacji pielęgniarskiej odnotowywano, że taką dietę otrzymywał. W okresie pokontrolnym kwalifikacji pacjentów do żywienia dojelitowego

i pozajelitowego dokonuje lekarz z poradni żywienia dojelitowego lub inny lekarz niż zatrudniony u powoda. Powód stosuje także do żywienia takich pacjentów wyłącznie dietę przemysłową (nie uzupełnianą miksowaną dietą kuchenną).

Sąd Apelacyjny dodatkowo ustalił, że w toku przeprowadzonej kontroli pozwany ujawnił nieprawidłowości w dokumentacji medycznej prowadzonej przez powoda. W księdze zabiegów z 2013r. stwierdził braki numerów PESEL pacjentów oraz oznaczenia osoby wykonującej zabieg. W 11 kartach informacyjnych brakowało numerów PESEL pacjentów. W historii choroby stwierdzono: brak numeracji stron (8 pacjentów), nieprawidłową chronologię wpisów (1 pacjent), dokonywanie wpisów w kartach czynności pielęgniarskich w okresie dłuższym niż 12 miesięcy od dnia udzielenia świadczenia (4 pacjentów) ewentualnie w okresie do 6 miesięcy od dnia udzielenia świadczenia (4 pacjentów), brak kart informacyjnych z leczenia (70 pacjentów), brak oznaczenia historii choroby co najmniej imieniem i nazwiskiem (88 pacjentów), brak oznaczenia pielęgniarki dokonującej poszczególnych wpisów w kartach czynności pielęgnacyjnych i informacji o realizacji zleceń lekarskich (wszyscy pacjenci).

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Apelacyjny podzielił stanowisko Sądu Okręgowego, że powód nie zrealizował w pełni zarządzenia Nr 83/2011/DSOZ, które współkształtowało łączący strony stosunek prawny. Wskazał, że w § 10 ust. 6 zarządzenia przyjęto, że pierwsza kwalifikacja świadczeniobiorcy do żywienia dojelitowego czy pozajelitowego odbywa się w szpitalu lub w poradni prowadzącej leczenie żywieniowe, czyli przez wyspecjalizowany podmiot spoza zakładu lecznictwa opiekuńczego.

Uznał, że §10 ust. 5 i 12 zarządzenia nie zwalniał powoda od obowiązku uzyskania kwalifikacji świadczeniobiorcy do leczenia dojelitowego i pozajelitowego. Uprawnienie lekarza zakładu opiekuńczego do decyzji o kontynuowaniu żywienia dojelitowego i pozajelitowego nie może być bowiem identyfikowane z kwalifikacją do takiego żywienia określoną w § 10 ust. 6 zarządzenia. Okoliczność, że standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego nie nakazują uzyskiwania kwalifikacji przez lekarzy szpitala lub poradni, nie oznacza, że strony nie mogły w umowie postawić wyższych wymagań w tym zakresie. Analizowany wymóg kwalifikacji nie pozostawał także w sprzeczności z § 14 ust. 7 i 8 oraz § 16 ust. 1

zarządzenia Nr 83/2011/DSOZ, skoro przepisy te regulują wyłącznie kwestie rozliczeń udzielonych świadczeń, a nie czynności wstępne do ich zastosowania. Za taką wykładnią umowy przemawiał także, w ocenie Sądu Apelacyjnego, cel towarzyszący wprowadzeniu wymogu zewnętrznej kwalifikacji, w postaci ograniczenia nadużyć związanych z wydatkowaniem środków publicznych i skutków niebezpiecznych dla pacjentów poddanych specjalistycznemu żywieniu.

Podkreślił, że uzyskanie takiej kwalifikacji w rozpatrywanym przypadku nie wiązało się z żadnymi zagrożeniami czy niedogodnościami dla pacjentów, skoro zakład opiekuńczo- leczniczy prowadzony przez powoda funkcjonuje w tym samym budynku co Szpital Specjalistyczny w [...], a po kontroli doszło u powoda do niezwłocznej zmiany sposobu dokonywania kwalifikacji pacjentów do żywienia. Nawet gdyby w okresie kontroli w szpitalu tym nie było poradni prowadzącej leczenie żywieniowe, to należy domniemywać, że posiadał on odpowiednich specjalistów.

Sąd Apelacyjny przychylił się także do stanowiska Sądu Okręgowego, że pozwany może żądać zwrotu wypłaconego wynagrodzenia nie tylko wówczas, gdy świadczenie nim objęte rzeczywiście nie zostało wykonane, ale także wtedy, gdy zostało wykonane niezgodnie z warunkami formalnymi określonymi w umowie. Przyjął, że powód miał prawo uzyskać wynagrodzenie w stawkach podwyższonych jedynie w przypadku gdy uzyskał zewnętrzną kwalifikację pacjenta do żywienia dojelitowego lub pozajelitowego, zapewnił wyżywienie pacjentów przy użyciu kompleksowej diety przemysłowej i zapewnieniu standardów jej podawania, co powinno znaleźć odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej. W konsekwencji, nawet ustalenie, że wszyscy pacjenci powinni być zakwalifikowani do żywienia dojelitowego i pozajelitowego, które wiąże się z wyższym współczynnikiem korygującym, nie byłoby wystarczające do uwzględnienia powództwa. Ponadto, dokumentacja wytworzona przez powoda, w przekonaniu Sądu Apelacyjnego, nie pozwala na jednoznaczne ustalenie, czy pacjenci rzeczywiście kwalifikowali się do świadczeń finansowanych przez NFZ, a powód zapewnił stały i kompleksowy nadzór medyczny.

Sąd Apelacyjny nie znalazł również podstaw do zakwestionowania przyjętej przez Sąd Okręgowy wykładni § 10 ust. 7 zarządzenia Nr 83/2011/DSOZ,

zgodnie z którą możliwość stosowania podwyższonych wskaźników korygujących dotyczy wyłącznie pacjentów, w stosunku do których stosowano żywienie dojelitowe i pozajelitowe dietą przemysłową, a nie miksowaną dietą kuchenną lub kuchenno- przemysłową (mieszaną). Argumentował, że dieta przemysłowa bez dodatkowych badań gwarantuje zapewnienie odpowiedniej ilości środków odżywczych. To właśnie ta dieta jest elementem kompleksu świadczeń polegającego na podawaniu substancji odżywczych w inny sposób niż doustnie, z zagwarantowaniem odpowiedniego sposobu karmienia oraz stałego monitoringu stanu pacjenta. Podkreślił, że pozwany nie zakazuje stosowania diety kuchennej miksowanej lub diety mieszanej, które mogą być korzystniejsze z perspektywy dobra pacjenta, jednak nie przewiduje finansowania tego rodzaju żywienia.

Zgodził się także z oceną Sądu Okręgowego, że nie ma podstaw do zakwestionowania naliczonych przez pozwanego kar umownych. Uznał, że możliwość żądania zwrotu wynagrodzenia wypłaconego w zawyżonej wysokości nie wyklucza domagania się jednocześnie kary umownej, która ma zabezpieczać niewykonanie lub nienależyte wykonanie innego świadczenia niepieniężnego. Powód wykazał bowiem do rozliczenia świadczenia, które nie zostały udzielone w sposób uprawniający do zastosowania wyższego wskaźnika korygującego. Taki stan rzeczy należy kwalifikować jako przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których NFZ dokonał płatności nienależnych środków finansowych (§ 30 ust. 1 pkt 2 lit. c o.w.u.). Powód prowadził także dokumentację medyczną w sposób rażąco naruszający rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (jedn. tekst: Dz.U. z 2014 r., poz. 177, ze zm. - dalej: „rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r.”), co uzasadniało obciążenie go karą umowną na podstawie § 30 ust. 1 pkt 3 lit. a o.w.u. Zdaniem Sądu Apelacyjnego do rażących naruszeń należy zaliczyć brak informacji o realizacji zleceń lekarskich, brak wskazania osoby zlecającej lub jej kwalifikacji, dokonywanie w kartach czynności pielęgnacyjnych wpisów w okresie dłuższym niż 6 lub 12 miesięcy od dnia udzielenia świadczenia. Tego rodzaju uchybienia powodują, że dokumentacja nie spełniała swoich celów

i nie mogła stanowić wiarygodnego i kompletnego źródła informacji co do stanu zdrowia pacjenta i udzielonych mu świadczeń

Nie zakwestionował również oceny Sądu Okręgowego, co do braku potrzeby przeprowadzenia dowodu z opinii biegłego. Argumentował, że odpowiedź na pytanie, kto i gdzie powinien dokonać kwalifikacji do żywienia dojelitowego czy pozajelitowego, daje umowa łącząca strony. Natomiast pozyskanie opinii byłoby celowe dla ustalenia, czy stan zdrowia pacjentów w okresie objętym kontrolą uzasadniał zakwalifikowanie do żywienia dojelitowego i czy sposób tego żywienia był odpowiedni do stanu zdrowia pacjentów, jednakże przeprowadzenie dowodu z takiej opinii wymagało pełnej, prawidłowej dokumentacji medycznej, a powód prowadził ją w sposób wadliwy.

Od powyższego rozstrzygnięcia skargę kasacyjną złożył powód zaskarżając wyrok w całości, domagając się jego uchylenia oraz orzeczenia co do istoty sprawy przez uwzględnienie powództwa w całości lub uchylenia wraz z uchyleniem poprzedzającego go wyroku Sądu Okręgowego, zniesienia postępowania i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I Instancji. Zarzucił naruszenie § 14 ust. 7 i 8 zarządzenia nr 83/2001/DSOZ poprzez błędną jego wykładnię i przyjęcie, że zastosowanie współczynników korygujących podwyższających wynagrodzenie uzależnione było od kwalifikacji pacjenta do żywienia dojelitowego w szpitalu lub poradni leczenia żywieniowego, § 10 ust. 6 zarządzenia nr 83/2001/DSOZ w zw. z art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (jedn. tekst. Dz.U. z 2017 r., poz. 125 ze zm. - dalej: „u.z.l.”) w zw. z art. 58 § 1 i 2 k.c. przez błędną ich wykładnię i przyjęcie, że lekarze powoda nie mogli dokonywać kwalifikacji pacjentów do żywienia dojelitowego, § 14 ust. 7 i 8 zarządzenia nr 83/2001/DSOZ w zw. z art. 58 § 2 k.c. przez błędną jego wykładnię i przyjęcie, że zastosowanie współczynników korygujących podwyższających wynagrodzenie uzależnione było od stosowania przy żywieniu dojelitowym wyłącznie kompletnej diety przemysłowej, § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (jedn. tekst: Dz.U. z 2015 r., poz. 1658) oraz § 10 ust. 12 zarządzenia nr 83/2001/DSOZ w zw. z art. 58 § 2 k.c. przez błędną jego

wykładnię i przyjęcie, że obowiązkiem powoda było stosowanie przy żywieniu dojelitowym wyłącznie kompletnej diety przemysłowej, § 16 ust. 1 zarządzenia nr 83/2001/DSOZ przez błędną jego wykładnię i przyjęcie, że Fundusz nie finansuje kosztów wyżywienia i zakwaterowania pacjentów żywionych także przy użyciu diety innej niż wyłącznie kompletna dieta przemysłowa, § 28 ust. 1 o.w.u. w zw. z art. 471 k.c. poprzez błędną ich wykładnię i przyjęcie, że każde naruszenie warunków udzielenia świadczeń zdrowotnych stanowi podstawę do zwrotu przez świadczeniodawcę przekazanych mu przez NFZ środków finansowych oraz poprzez wadliwe zastosowanie tego przepisu i przyjęcie, że w niniejszej sprawie zachodziły przesłanki do nakazania zwrotu powodowi środków finansowych będących przedmiotem sporu, art. 405 k.c. poprzez jego niezastosowanie i ustalenie, że zwrot przez powoda środków finansowych stanowiących przedmiot sporu nie spowoduje po stronie pozwanego bezpodstawnego wzbogacenia, § 30 ust. 1 pkt 2 lit. c i § 30 ust.1 pkt 3 lit a o.w.u. poprzez wadliwe zastosowanie i przyjęcie, że zachodziły podstawy do nałożenia na powoda kar umownych, art. 64 ust. 6 a u.ś.o.z poprzez błędną jego wykładnię i przyjęcie, że niezgłoszenie przez świadczeniodawcę zastrzeżeń do protokołu kontroli uniemożliwia dokonywanie odmiennych ustaleń faktycznych, art. 6 ust. 1 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności (Dz.U. z 1993 r., Nr 61, poz. 284 - dalej: „Konwencja”) oraz art. 45 ust. 1 Konstytucji poprzez naruszenie zasad sprawiedliwego i rzetelnego procesu, art. 278 § 1 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego z zakresu leczenia długoterminowego oraz biegłego z zakresu żywienia pozajelitowego i dojelitowego lub specjalisty w zakresie żywienia, a przez to brak ustalenia czy w świetle zasad aktualnej wiedzy medycznej, a zwłaszcza standardów żywienia dojelitowego i pozajelitowego sposób prowadzenia żywienia pacjentów przez powoda także przy użyciu diety kuchennej miksowanej i kuchennej miksowanej w połączeniu z dietą przemysłową był prawidłowy, a wymóg kwalifikacji do żywienia dojelitowego w szpitalu lub poradni leczenia dojelitowego był zgodny z aktualną wiedzą medyczną, podczas gdy okoliczności te miały istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, a ich ocena wymagała wiadomości specjalnych, a także art. 382 w zw. z art. 227 oraz 278 § 1 k.p.c. poprzez wydanie orzeczenia przy braku przeprowadzenia właściwego

postępowania dowodowego oraz braku zbadania dokumentacji medycznej pacjentów i przyjęcie, że jest ona nieprzydatna dla określenia zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, podczas gdy okoliczności te miały istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, a ich ocena wymagała wiadomości specjalnych.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Sąd Apelacyjny nie wywiązał się z obowiązków nałożonych na Sąd odwoławczy w art. 382 k.p.c., gdyż przy orzekaniu nie uwzględnił w pełni zebranego materiału dowodowego, zaniechał poczynienia ustaleń koniecznych do rozstrzygnięcia i nie rozpoznał wszystkich materialnoprawnych aspektów sprawy. Brak odniesienia się Sądu drugiej instancji do całokształtu zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego usprawiedliwia materialnoprawne zarzuty skargi kasacyjnej. Nie jest bowiem możliwe prawidłowe zastosowanie prawa materialnego bez zgodnego z prawem procesowym ustalenia podstawy faktycznej rozstrzygnięcia (por. m. in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 7 maja 2002 r., I CKN 105/00, nie publ., z dnia 11 kwietnia 2006 r., I PK 164/05, M.P.Pr. 2006/10/541, z 26 lipca 2007r., V CSK 115/07, M.Prawn. 2007/17/930, i z 11 stycznia 2008 r., V CSK 240/07, nie publ.). Sąd Apelacyjny dokonał dodatkowych ustaleń i oceny dotyczącej dokumentacji medycznej nie przeprowadzając z niej dowodu, mimo że dowód taki był przez skarżącego oferowany (k. 13, k. 390-391), a ograniczył się do powielenia ustaleń zawartych w protokole pokontrolnym pozwanego. Taki stan rzeczy uniemożliwia odparcie zarzutu, że bez przeprowadzenia dowodu z dokumentacji medycznej, nie sposób twierdzić, że była ona dotknięta rażącymi uchybieniami, a sposób jej prowadzenia uniemożliwiał weryfikację czy pacjenci byli formalnie i materialnie uprawnieni do świadczeń, do których rozliczenia stosowano podwyższone wskaźniki korygujące i czy zostały one rzeczywiście wykonane.

Zarzut naruszenia art. 278 § 1 k.p.c. uchyla się spod kontroli kasacyjnej. Wniosek o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego skarżący formułował bowiem przez Sądem pierwszej instancji, a skarga kasacyjna służy wyłącznie do zwalczania uchybień proceduralnych sądu drugiej instancji. Ponadto Sąd Okręgowy wniosek oddalił, a skarżący nie zgłosił zastrzeżeń w trybie art. 162 k.p.c. (k. 726 verte). Odmiennej kwestią jest, czy Sąd Apelacyjny bez skorzystania z dowodu z opinii

biegłego będzie w stanie dokonać ustaleń faktycznych pozwalających na prawidłowe zastosowanie prawa materialnego.

Zarzut naruszenia art. 64 ust. 6a u.ś.o.z. jest bezzasadny. Sąd Apelacyjny nie twierdził bowiem, że nie zgłoszenie przez skarżącego zastrzeżeń do protokołu kontroli uniemożliwia dokonywanie odmiennych ustaleń faktycznych. Ponadto z ustaleń faktycznych, którymi Sąd Najwyższy w postępowaniu kasacyjnym jest związany, wynika że skarżący zastrzeżenia w postępowaniu pokontrolnym złożył i nie zostały one uwzględnione. Odrębnym zagadnieniem jest, że Sąd Apelacyjny ustalenia faktyczne poczynił na bazie protokołu pokontrolnego, pomijając inny oferowany przez skarżącego materiał dowodowy. W sporach o roszczenia cywilnoprawne mające związek z wykonaniem umów o udzielanie świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej ustawodawca nie przypisał protokołowi pokontrolnemu znaczenia dokumentu, który miałby rozstrzygać o stanie faktycznym sprawy. W konsekwencji powód mógł zgłaszać dowody kwestionujące ustalenia zawarte w protokole lub nimi nie objęte (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 10 marca 2017 r., III CZP 116/16, nie publ.).

W orzecznictwie Sądu Najwyższego w kwestii wpływu uchybień formalnych na kwalifikację świadczenia jako nienależnego, w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, są prezentowane dwa stanowiska. W pierwszym z nich wskazuje się, że uchybienia formalne zasadniczo stanowią podstawę do zwrotu świadczeń refundacyjnych jako nienależnych (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 14 października 2009 r., V CSK 103/09, nie publ., z dnia 3 lutego 2011 r., I CSK 286/11, nie publ., z dnia 24 listopada 2011 r., I CSK 69/11, OSNC 2012, nr 5, poz. 63, z dnia 6 grudnia 2012 r., IV CSK 159/12, nie publ., z dnia 25 lutego 2015 r., IV CSK 343/14, nie publ., i z dnia 17 listopada 2017 r., III CSK 304/16, nie publ.). W drugim, które podziela Sąd Najwyższy w składzie rozpoznającym skargę, podnosi się, że samo naruszenie warunków formalnych, nie może automatycznie skutkować obowiązkiem zwrotu wynagrodzenia za zrealizowane świadczenie, o ile trafiło ono do osoby uprawnionej formalnie i materialnie do jego uzyskania. W konsekwencji ocena uchybień formalnych w realizacji umowy powinna być podejmowana z uwzględnieniem celu, któremu ten formalizm służy (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 14 listopada

2014 r., I CSK 633/13, nie publ., i z dnia 9 marca 2012 r., I CSK 216/11, OSNC 2012, nr 9, poz. 108).

Stosunek między NFZ, a świadczeniodawcą ma charakter zobowiązania umownego, którego powstanie i wykonanie w sprawach nieuregulowanych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych podlega ocenie z punktu widzenia prawa cywilnego (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 25 marca 2004 r., II CK 207/03, nie publ., z dnia 10 grudnia 2004 r., III CK 134/04, OSP 2005, z. 6, poz. 79, i z dnia 22 maja 2014 r., IV CSK 536/13, nie publ.). Zgodnie z art. 155 u.ś.o.z do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy tej ustawy nie stanowią inaczej. W umowie łączącej strony, zgodnie z art. 65 § 2 k.c., należało zatem, obowiązki kontraktowe powoda wyklądać z uwzględnieniem zamiaru stron i celu umowy oraz tłumaczyć tak, jak tego wymagają zasady współżycia społecznego. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej mają zapewnić, aby pacjent uzyskał przysługujące mu świadczenia zgodnie z zasadami wynikającymi z wiedzy medycznej oraz by trafiały one do osób, które mają do tego prawo. Szczegółowe postanowienia umowy, w tym współkształtujące jej treść zarządzenie nr 83/2001/DSOZ, należało zatem interpretować uwzględniając nadrzędny cel, któremu miały służyć. Także w tych stosunkach umownych dłużnik powinien wykonać zobowiązanie zgodnie z jego treścią i w sposób odpowiadający jego celowi społeczno-gospodarczemu oraz zasadom współżycia społecznego, a jeżeli istnieją w tym zakresie ustalone zwyczaje - także w sposób odpowiadający tym zwyczajom i w taki sam sposób powinien współdziałać przy wykonywaniu zobowiązania wierzyciel (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 maja 2014 r., IV CSK 536/13, nie publ.).

Sposób konstrukcji zarzutów skargi kasacyjnej dotyczących naruszenia postanowień zarządzenia nr 83/2001/DSOZ (1 a, e) uchyla się spod kontroli kasacyjnej, skoro nie zostały one powiązane z zarzutami naruszenia prawa materialnego. W orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjęto, że zarządzenia Prezesa Funduszu w celu związania stron kontraktu, muszą być wprowadzone do umowy wprost lub pośrednio przez odwołanie się do nich. Jeżeli nie zostały przeniesione do umowy wprost lecz przez wskazanie, że „mają zastosowanie”,

należy je uznać za wzorzec kwalifikowany wyznaczający i oddziałujący na treść stosunku prawnego (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 30 marca 2012 r., III CSK 217/11, nie publ., z dnia 29 stycznia 2016 r., II CSK 91/15, nie publ., z dnia 19 maja 2016 r., IV CSK 550/15, OSNC 2017, nr 3, poz. 36, i z dnia 15 listopada 2016 r., III CSK 414/15, nie publ.). W orzecznictwie i literaturze przyjmuje się, że do wykładni wzorca umownego stosuje się przepis art. 65 k.c. (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 listopada 2000 r., I CKN 970/98, OSNC 2001, nr 6, poz. 312). Z tej przyczyny naruszenie wzorca kwalifikowanego, mającego takie znaczenie jak umowa, nie może być powołane - jak to uczynił skarżący - jako samodzielna podstawa kasacyjna naruszenia przepisów prawa materialnego (por. m.in. postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 24 czerwca 1998 r., I CKN 774/97, OSNC 1999, nr 2, poz. 29 i z dnia 9 lutego 1999 r., I CKN 891/98, nie publ.).

Treść umowy ukształtowana przez przyjęcie takiego wzorca nie może jednak naruszać przepisów prawa bezwzględnie obowiązujących lub innych - określonych w art. 353¹ k.c. - granic swobody kontraktowania (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 30 marca 2012 r., III CSK 217/11, z dnia 29 stycznia 2016 r., II CSK 91/15 oraz z dnia 19 maja 2016 r., IV CSK 550/15). Od kontroli kasacyjnej nie uchylają się zatem zarzuty wymienione w punkcie 1 b i 1 d skargi, skoro naruszenie postanowień umowy powiązane zostało z przepisami prawa materialnego.

Postanowienia umowy określające rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz świadczeń wzajemnych są - co do zasady - wiążące dla stron umowy (por. m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 maja 2014 r., IV CSK 536/13, OSNC - ZD 2015, nr C, poz. 41). Jednak ocenę zgodności z prawem i zasadami współżycia społecznego indywidualnych postanowień umowy musi poprzedzić kompleksowe ustalenie i wykładnia jej treści. Wątpliwości co do treści oświadczeń zawartych w dokumencie powinny być tłumaczone na niekorzyść jego autora, czyli w analizowanym przypadku NFZ, który zredagował umowę (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 9 października 2014 r., IV CSK 10/14, nie publ., z dnia 8 stycznia 2010 r., IV CSK 269/09, nie publ., z dnia 5 marca 2010 r., IV CSK 382/09, nie publ., i z dnia 15 września 2010 r., II CK 69/05,

nie publ.).

Zarzut naruszenia §10 ust. 6 zarządzenia nr 83/2001/DSOZ w zw. z art. 2 ust. 1 u.z.l. w zw. z art. 58 § 1 i 2 k.c. jest uzasadniony jedynie w nieznacnej części. Niezależnie od kwalifikacji, jakie posiadali lekarze powoda, pozwany mógł domagać się zewnętrznej kwalifikacji pacjentów do żywienia jelitowego i dojelitowego celem zapewnienia kontroli zewnętrznej nad wdrożeniem żywienia, które wiązało się z finansowaniem ze środków publicznych. Argumentacja skarżącego koncentruje się na kwestionowaniu postanowień łączącej strony umowy, bez dostrzeżenia jej specyficznego charakteru. Nie bez racji jednak skarżący zarzuca, że w konkretnych stanach faktycznych wymaganie takiej kwalifikacji mogło być sprzeczne z dobrem pacjenta z uwagi na jego stan zdrowia. Domaganie się w takich sytuacjach kategorycznie zewnętrznej kwalifikacji może być kwalifikowane jako sprzeczność postanowień umowy z zasadami współżycia społecznego (art. 58 § 2 k.c. w zw. z art. 155 ust. 1 u.ś.o.z). W razie kolizji między formalizmem procesu udzielania świadczeń zdrowotnych związanych z wydatkowaniem środków publicznych, a dobrem pacjenta, prymat należy przyznać dobru pacjenta, które powinno być przesłanką nadrzędną przy realizacji tego typu umów. Sądy obu instancji nie poczyniły jednak w tym zakresie stanowczych ustaleń faktycznych. Powód zaprzeczał, jakoby w okresie objętym kontrolą istniała w tym samym budynku poradnia żywieniowa, powołując dowód z rejestru podmiotów leczniczych Wojewody [...] na okoliczność, że poradnia taka rozpoczęła działalność 18 kwietnia 2014r. (k. 762), jednak Sąd Apelacyjny nie odniósł się do tego wniosku. Natomiast stanowisko Sądu, co do tego, że znajdujący się w tym samym budynku szpital zapewne posiadał specjalistów, z których można było skorzystać, jest oparte na domniemaniach, którym nie towarzyszą konkretne ustalenia faktyczne, które mogłyby stanowić bazę do oceny zarzutów prawa materialnego w postępowaniu kasacyjnym.

Wymienione w § 28 o.w.u. określenie „nienależnych środków finansowych” nie zostało zdefiniowane, ani w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych, ani w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. Należy je zatem rozumieć jako świadczenie nienależne w rozumieniu kodeksu cywilnego, wymagające wystąpienia przesunięcia majątkowego bez

podstawy prawnej (art. 410 § 2 k.c. w zw. z art. 155 ust. 1 u.ś.o.z.). W orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmuje się, że świadczenie, o którym mowa w § 28 o.w.u., należy traktować jako, odpowiadające kondycji indebiti, które nie może być identyfikowane z odszkodowaniem umownym. Uznaje się, że stanowi ono samodzielne źródło zobowiązania, skoro nie powinno się konstruować roszczeń w reżimie bezpodstawnego wzbogacenia wewnątrz stosunków zobowiązaniowych (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 25 lutego 2015 r., IV CSK 343/14 i z dnia 30 marca 2012 r., III CSK 217/11).

Przy ocenie zarzutu dotyczącego naruszenia § 28 ust. 1 o.w.u. kluczowe było ustalenie, czy pacjenci byli uprawnieni do otrzymywania świadczeń, które przedstawił do rozliczenia powód i czy świadczenie finansowane ze środków publicznych otrzymali. Sąd Apelacyjny, przyjął, że do zwrotu świadczenia jako nienależnego wystarczy uchybienie formalne, nawet gdyby nie pozostawało ono w związku przyczynowym ze skorzystaniem ze świadczenia ze środków publicznych przez podmiot nieuprawniony. Stanowisko to nie zasługuje na podzielenie, jako nie uwzględniające celu łączącej strony umowy. Jeżeli świadczenie mimo uchybień formalnych zostało zrealizowane na rzecz osoby uprawnionej do jego uzyskania, to oznacza, że NFZ wykonał w ten sposób obciążający go z mocy prawa obowiązek wobec pacjenta zapewnienia finansowania tego świadczenia ze środków publicznych i nie doszło do uszczuplenia środków publicznych.

Sąd Apelacyjny nie rozważył, czy zakres nienależytego wykonania umowy przez powoda uzasadnia obciążenie go obowiązkiem zwrotu nienależnego świadczenia w wysokości całej wartości zrealizowanych, a następnie zakwestionowanych przez pozwanego świadczeń. Ograniczył się natomiast do stwierdzenia, że powód nie prowadził dokumentacji medycznej zgodnie z wymogami przepisów, do których umowa odsyła, a przy jej wykonywaniu popełnił uchybienia formalne, nie podejmując nawet próby ustalenia i oceny, czy na skutek tych uchybień świadczenia trafiły w całości lub w części do osób nieuprawnionych do otrzymywania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych. Formalizm przy realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest uzasadniony potrzebą kontroli wydatkowania środków publicznych

i przeciwdziałania patologiom, co pozostaje w interesie każdego uczestnika systemu ochrony zdrowia. Dopełnienie formalności ma służyć zminimalizowaniu ryzyka udzielenia świadczenia osobie nieuprawnionej do jego finansowania ze środków publicznych, zapewnienia dostępu do leczenia adekwatnego ze względu na stan zdrowia i zweryfikowania zasadności wydatkowania środków publicznych (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 9 marca 2012 r., I CSK 216/11 i z dnia 2 grudnia 2011 r., III CSK 76/11, nie publ.). Nie może on jednak powodować pomijania zasadniczego celu leczniczego świadczenia zdrowotnego i zapewnieniu jego uzyskania przez osoby uprawnione. W konsekwencji należy stanąć na stanowisku, że wadliwe prowadzenie dokumentacji medycznej, uchybienia formalne przy wykonywaniu umowy lub pominięcie wymogów formalnych, tylko wtedy będą skutkować obowiązkiem zwrotu świadczenia jako nienależnego, jeżeli trafiło ono do osoby nieuprawnionej do uzyskania go ze środków publicznych, w ogóle nie zostało wykonane lub bez dopełnienia wymogów formalnych nie ma możliwości zweryfikowania, czy cel umowy został osiągnięty. Uzasadnianie zwrotu świadczenia błędami formalnymi, które nie miały żadnego wpływu na formalne i materialne uprawnienie pacjenta, jest przerzucaniem obowiązku finansowania leczenia z NFZ na powoda lub pacjenta. Na gruncie § 28 o.w.u. nie można tak samo traktować świadczeniodawców, którzy uzyskali środki publiczne, bez zrealizowania świadczeń, otrzymali zapłatę za świadczenia nieznajdujące się w wykazie świadczeń gwarantowanych, nieobjęte przedmiotem umowy i tych, którzy wykonali świadczenia gwarantowane w ramach umowy na rzecz osób formalnie i materialnie uprawnionych, a nie dochowali jedynie wymogów formalnych. Z przytoczonych względów zarzut naruszenia § 28 o.w.u. należało uznać za uzasadniony.

Podkreślenia jednak wymaga, że jeżeli powód zaniedbał realizacji nałożonych na niego wymogów formalnych (brak właściwej kwalifikacji), to jego obciąża ciężar wykazania, że mimo tych uchybień świadczenie zostało prawidłowo zrealizowane na rzecz osób formalnie i materialnie uprawnionych. Powoda też w takiej sytuacji obarcza ryzyko ewentualnej niemożności wykazania (np. upływ czasu, sposób prowadzenia dokumentacji medycznej), że świadczenie, rzeczywiście było niezbędne i objęte finansowaniem ze środków publicznych,

rozliczanym według podwyższonych wskaźników korygujących. Nie przekonuje argumentacja pozwanego, że brak zachowania warunków formalnych może uniemożliwiać weryfikację, czy świadczenie uzyskał podmiot uprawniony. Jeżeli sytuacja taka wystąpi, skutki tego stanu rzeczy powinien ponieść świadczeniodawca, jako podmiot naruszający warunki umowy.

Niedopełnienie obowiązków odpowiadające „przedstawieniu przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których NFZ dokonał wypłaty nienależnych środków finansowych” (§ 30 ust. 1 pkt 2 c) stanowi niewłaściwe wykonanie zobowiązania uzasadniające przyznanie zryczałtowanego odszkodowania w postaci kary umownej, niezależnie od obowiązku zwrotu nienależnego świadczenia na podstawie § 28 rozporządzenia (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 6 grudnia 2012 r., IV CSK 159/12, nie publ. i z dnia 25 lutego 2015 r., IV CSK 343/14, nie publ.). Wobec braku poczynienia ustaleń pozwalających kwalifikować uzyskane przez powoda świadczenie jako nienależne, zasadny okazał się także zarzut naruszenia § 30 ust. 1 pkt 2 lit. c o.w.u., skoro przesłanką obciążenia skarżącego karą umowną na podstawie tego przepisu jest dokonanie płatności nienależnych środków finansowych. Zarzut naruszenia art. 405 k.c. nie zasługiwał natomiast na uwzględnienie, przepis ten nie znajduje bowiem zastosowania do rozliczeń stron (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 lutego 2015 r., IV CSK 343/14, nie publ.).

Zgodnie z art. 15 ust. 1 pkt 6 u.ś.o.z. świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej należą do świadczeń gwarantowanych. Sądy obu instancji nie odróżniły dostatecznie zagadnienia naruszenia przez powoda wymogów formalnych przy realizacji umowy od materialnego uprawnienia pacjentów do jego uzyskania i jego kontroli. W sprawie nie było kwestionowane, że pacjenci mieli status świadczeniobiorców, natomiast brak stanowczych ustaleń czy ich stan zdrowia uzasadniał wdrożenie żywienia jelitowego i dojelitowego, czy zostało ono zrealizowane i czy koszty tego rodzaju żywienia dietą naturalną lub mieszaną są objęte finansowaniem ze środków publicznych czy też powinny być finansowane przez pacjenta.

Świadczeniobiorca przebywający w zakładzie opiekuńczo - leczniczym lub pielęgnacyjno - opiekuńczym ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania

(art. 18 ust. 1 u.ś.o.z.). Jednak świadczenia udzielane przez lekarza, pielęgniarkę, leczenie dietetyczne, zaopatrzenie w wyroby medyczne jest w zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych zapewniane świadczeniobiorcy nieodpłatnie (rozporządzenie z dnia 30 sierpnia 2009 r.). Skarżący w toku postępowania szeroko argumentował, że żywienie jelitowe i dojelitowe wiąże się z koniecznością wdrożenia szeregu czynności, które objęte są finansowaniem ze środków Funduszu niezależnie od tego, czy żywienie jest zapewniane poprzez dietę przemysłową, naturalną czy mieszaną. Sąd Apelacyjny nie rozważył dostatecznie tego zagadnienia, arbitralnie przyjmując, że żywienie dietą kuchenną i mieszaną nie jest objęte finansowaniem, choć dotyczy świadczeniobiorców, którym nie można podawać diety kuchennej drogą naturalną i wymagają długotrwałego podawania substancji odżywczych w inny sposób niż doustnie (sztuczny dostęp do przewodu pokarmowego lub droga dożylna). W sprawie nie było sporne, że koszt wyżywienia ponosi pacjent. Istotą zagadnienia było jednak to, że stan pacjentów wymagał wdrożenia procedur, które zapewniały wprowadzenie do ich organizmu pożywienia (kompletnej diety przemysłowej, kuchennej lub mieszanej). Sąd Apelacyjny nie wyjaśnił, czy koszt wyżywienia pacjenta żywionego jelitowo i pozajelitowo ponosi pacjent czy NFZ (§ 16 ust. 1 zarządzenia nr 83/2011/DSOZ), a jest to kluczowe dla rozstrzygnięcia, czy pacjenci powinni być rozliczani przy użyciu podwyższonych wskaźników korygujących (§ 10 ust. 7, 10 - 13 i § 14 ust. 7 i 8 zarządzenia nr 83/2011/DSOZ). Nie jest również jasne, czy przy przyjętej przez Sąd Apelacyjny wykładni postanowień zarządzenia nie jest objęte podwyższonym wskaźnikiem korygującym monitorowanie stanu takiego pacjenta, wykonywanie dodatkowych badań, czynności medycznych i pielęgniarskich związanych z odżywianiem przez sztuczny dostęp do przewodu pokarmowego lub podawanie substancji odżywczych drogą dożylną (§ 10 pkt 8 - 11). Nie wyjaśniono również, czy skład mieszaniny odżywczej podawanej pacjentowi uzasadnia, aż tak znaczące różnice w rozliczeniach stron, skoro postanowienia zarządzenia nie różnicują obowiązków świadczeniodawcy w stosunku do pacjenta żywionego jelitowo i pozajelitowo w zależności od składu stosowanej w takim żywieniu diety. Nieprzekonujące jest również stanowisko jakoby „kompletna dieta przemysłowa” miała być

identyfikowana z prowadzeniem żywienia wyłącznie dietą przemysłową, skoro przymiotnik „kompletna” odnosi się do zapewnienia organizmowi wszystkich środków odżywczych, a nie prowadzenia żywienia wyłącznie przy użyciu tego rodzaju mieszaniny substancji odżywczych. Ponadto Sąd Apelacyjny uchylił się od oceny, czy tak rozumiane postanowienie § 10 ust. 7 zarządzenia nr 83/2011/DSOZ jest zgodne z obowiązkiem realizowania świadczeń gwarantowanych zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej (§ 3 ust. 2 rozporządzenia z dnia 30 sierpnia 2009 r.) oraz standardami żywienia pozajelitowego i dojelitowego opracowanymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego (§ 10 ust. 12 zarządzenia nr 83/2011/DSOZ). Nie dokonał również ustaleń, czy wymóg stosowania wyłącznie diety przemysłowej w leczeniu jelitowym i dojelitowym jest zgodny z sztuką medyczną i był adekwatny do stanu zdrowia pacjentów objętych kontrolą. Jeżeli założyć, że pacjent ma prawo do refundacji żywienia jelitowego i dojelitowego bez względu na skład mieszaniny odżywczej wprowadzanej do jego organizmu (sztuczna, naturalna), to narzucanie w zarządzeniu nr 83/2011/DSOZ wymogu stosowania wyłącznie diety przemysłowej, może budzić uzasadnione wątpliwości również z perspektywy zgodności takiego rozwiązania z art. 58 § 2 k.c. W razie kolizji między wymogami § 3 ust. 2 rozporządzenia z dnia 30 sierpnia 2009 r., a postanowieniami zarządzenia nr 83/2011/DSOZ priorytet należy przyznać zrealizowaniu świadczenia gwarantowanego zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej.

Zarzut naruszenia § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (jedn. tekst: Dz.U. z 2015 r., poz. 1658) w zw. z § 10 ust. 7 i 12 zarządzenia nr 83/2011/DSOZ jest bezzasadny. Pozwany przeprowadził kontrolę wykonywania umowy za okres od dnia 1 stycznia 2012 r. do dnia 30 czerwca 2013 r. Do oceny prawidłowości stosowania postanowień zarządzenia nie mogły zatem znaleźć zastosowania przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia, które weszły w życie, już po okresie objętym kontrolą. Zastosowanie natomiast znajdował § 3 ust. 2 rozporządzenia z dnia 30 sierpnia 2009 r. o identycznym brzmieniu.

Zasadny okazał się zarzut naruszenia § 30 ust. 1 pkt 3 a o.w.u.

Sąd Apelacyjny dokonał oceny dokumentacji medycznej powoda na bazie ustaleń pokontrolnych pozwanego, nie dokonując samodzielnych ustaleń w tym przedmiocie. Nie rozważył, czy dokumentacja danego pacjenta oceniana kompleksowo, z uwzględnieniem zamieszczania wymaganych przepisami informacji w różnych miejscach, nie pozwala na ustalenie wszystkich niezbędnych danych z perspektywy weryfikacji prawidłowości realizacji umowy. Dokumentacja medyczna pełni rolę pomocniczą w ustaleniu uprawnienia pacjenta do świadczenia, uzasadnieniu wdrożenia określonej procedury medycznej i zweryfikowaniu jej prawidłowości. Powód może być obciążony karą umowną jedynie za rażące naruszenie przepisów prawa w prowadzeniu dokumentacji medycznej, a nie za każdą usterkę. Jej „rażąca” wadliwość powinna być oceniana z perspektywy celu umowy łączącej strony, czy pozwala na weryfikację formalnego i materialnego uprawnienia pacjenta do świadczenia i prawidłowości wydatkowania środków publicznych. Ponadto ocena w tym zakresie powinna być dokonana po uprzedniej analizie uchybień w kontekście wymogów przewidzianych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (jedn. tekst: Dz.U. z 2014 r., poz. 177, ze zm. - dalej: „rozporządzenie z dnia 21 grudnia 2010 r.”).

Bezzasadny jest zarzut naruszenia art. 6 ust. 1 Konwencji i art. 45 ust. 1 Konstytucji. Wyrażenie odmiennego stanowiska co do tego samego zagadnienia przez Sąd Apelacyjny w [...] w sprawach I ACa 1830/15 i I ACa 1828/15, w tym samym dniu, przez ten sam skład orzekający, jest wyrazem niekonsekwencji tego składu Sądu, a nie naruszenia konwencyjnych i konstytucyjnych praw skarżącego, które są realizowane również w postępowaniu kasacyjnym.

Z przytoczonych względów na podstawie art. 398¹⁵ § 1 k.p.c. oraz 108 § 2 w zw z art. 398²¹ k.p.c. orzeczono jak w sentencji.

kc

jw