

Sygn. akt II Ca 923/20

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 września 2020 r.

Sąd Okręgowy w Kielcach II Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie:

**Przewodniczący: Sędzia SO Mariusz Broda**

po rozpoznaniu w dniu 16 września 2020 r. w Kielcach

na posiedzeniu niejawnym

sprawy z powództwa Narodowego Funduszu Z. - (...) Oddziału Wojewódzkiego w K.

przeciwko G. Ś.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego G. Ś.

od wyroku Sądu Rejonowego w Kielcach

z dnia 18 maja 2020 r. sygn. I C 2147/19

**1. zmienia zaskarżony wyrok w punktach I (pierwszym) i II (drugim) w całości i oddala powództwo;**

**2. zasądza od Narodowego Funduszu Zdrowia – (...) Oddziału Wojewódzkiego w K. na rzecz G. Ś. kwotę 220 (dwieście dwadzieścia) złotych, tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.**

## ZARZĄDZENIE

(...)

(...)

**Sygn. akt II Ca 923/20**

## UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 18.05.2020r. Sąd Rejonowy w Kielcach zasądził od pozwanego G. Ś. na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia – (...) Oddziału Wojewódzkiego w K. kwotę 400 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od kwoty 200 zł od dnia 10.03.2018r. oraz od kwoty 200 zł od dnia 29.03.2019r. – do dnia zapłaty; zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 137 zł tytułem kosztów procesu.

Podstawy faktyczne i prawne takiego rozstrzygnięcia Sąd pierwszej instancji przedstawił w pisemnym uzasadnieniu (k.112-119)

Wyrok w całości zaskarżył pozwany. W wywiedzonej apelacji zarzucił sprzeczność istotnych ustaleń Sądu z treścią zgromadzonego materiału dowodowego w zakresie ustalenia, że pozwany nie dopełnił obowiązku zweryfikowania prawa do świadczeń refundowanych dla pacjentek, w sytuacji, gdy pozwany zgodnie z łączącą go z powodem umową

miał jedynie obowiązek ustalenia istnienia takiego prawa – co uczynił, a zatem brak było przesłanki do obciążenia go karami umownymi po 200 zł za każdą receptę.

Powód w odpowiedzi na apelację wniósł o jej oddalenie i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

### **Sąd Okręgowy zważył, co następuje:**

W pierwszej kolejności wyjaśnić należy, że biorąc pod uwagę datę wniesienia apelacji, Sąd Okręgowy rozpoznał sprawę na posiedzeniu niejawnym, albowiem strony nie domagały się przeprowadzenia rozprawy, a ta nie była konieczna (art. 374 kpc; art. 9 ust. 2, art. 9 ust. 4 – a contrario – ustawy z dnia 4.07.2019r. – z o zmianie ustawy kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych ustaw – Dz.U.2019.1469).

Apelacja okazała się zasadna.

Treść uzasadnienia zaskarżonego wyroku prowadzi do wniosku, że Sąd Rejonowy nie rozpoznał istoty sprawy, skoro to, co z niego wynika, nie pozwala udzielić pozytywnej odpowiedzi na pytanie, o to, czy Sąd pierwszej instancji odniósł się do tego, co było przedmiotem żądania pozwu. To ostatnie obejmowało żądanie zapłaty kwoty 400 zł – tytułem nałożonych dwóch kar umownych (każda po 200 zł), co istotne – jak ujmuje to uzasadnienie pozwu – „za dwie recepty wystawione pacjentkom, wobec których pozwany nie dopełnił obowiązku sprawdzenia w systemie (...) (...) ich uprawnień do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych i w konsekwencji wystawił im niezasadne recepty refundowane, czym naraził powoda na wydatkowanie środków finansowych bez uzasadnienia prawnego” (k.3). Powód odwołał się także do art. 50 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zarzucając, że pozwany naruszył ten przepis, nie odbierając oświadczeń od pacjentek o przysługującym im prawie do świadczeń opieki zdrowotnej. To zdaniem powoda oznaczało niewywiązanie się przez pozwanego z obowiązku określonego w § 5 ust. 3 umowy, który został „skorelowany z powinnością świadczeniobiorcy wynikającą z art. 50 ust. 6 w/w ustawy”, czego konsekwencją było nałożenie kary umownej na podstawie § 9 ust. 1 pkt. 1 umowy (k.5). Tak ujęte granice przedmiotowe żądania, jednoznacznie prowadzą do wniosku, że powód łączył go tylko i wyłącznie z zaniechaniem sprawdzenia przez pozwanego uprawnień świadczeniobiorców w systemie (...). Wobec tego na Sądzie rozpoznającym tą sprawę – także w pierwszej instancji – przede wszystkim spoczywała powinność zrekonstruowania treści łączącego strony zobowiązania, którego źródłem pozostawała umowa, do której odwoływał się powód, w następnej kolejności - udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy treść tego stosunku obligacyjnego obejmowała obowiązek pozwanego w zakresie sprawdzenia uprawnień świadczeniobiorcy w systemie (...), czy istniały od tego odstępstwa, a jeżeli tak, to w jakich sytuacjach, wreszcie w jakich przypadkach umowa przewidywała nałożenie kar umownych na pozwanego. Dopiero tak ustalona – w sposób prawidłowy i kompletny – treść umowy mogła stanowić właściwą płaszczyznę odniesienia dla oceny, po pierwsze tego, czy i w jakim ewentualnie zakresie pozwany nie wykonał lub nienależycie wykonał umowę, po drugie, czy konsekwencją tego, jest uprawnienie powoda na nałożenia na pozwanego kar umownych. Oczywiście proces ten musiał zostać poprzedzony ustaleniem tych zachowań pozwanego, które miałyby relewantny charakter, po pierwsze z punktu widzenia treści łączącego strony stosunku zobowiązaniowego, a po drugie w kontekście przywołanych już wyżej przedmiotowych granic żądania pozwu.

Sąd Rejonowy temu wszystkiemu nie sprostał, skoro całość motywów zaskarżonego wyroku sprowadza się jedynie do stwierdzenia, że z kierowanych do pozwanego wezwań do zapłaty wynikało, iż podstawą ich wystawienia było stwierdzenie, po uprzednim przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego, iż pozwany nie dopełnił ciążącego na nim obowiązku zweryfikowania prawa do świadczeń refundowanych dla tych osób. W konsekwencji tego, zdaniem Sądu pierwszej instancji powód był uprawniony do naliczenia kary umownej, a na pozwanym spoczywał obowiązek udowodnienia, że kara ta została ustalona w sposób nieprawidłowy, dodając, że nie przedstawił on żadnych dowodów, z których „tego rodzaju okoliczność” mogłaby wynikać”.

Sąd Rejonowy błędnie odczytał ciężar dowodu, bo ten – co oczywiste – zgodnie z art. 6 kc, nakładał na powoda (a nie na pozwanego) obowiązek wykazania, prawdziwości tych okoliczności faktycznych, z których wywodził korzystne dla siebie skutki prawne. Innymi słowy to powód winien był wykazać te okoliczności, które miałyby uzasadniać nałożenie kar umownych. Tym czasem rozumowanie Sądu Rejonowego, sprowadza się do niejako automatycznego przyjęcia,

że skoro w powód przyjął, iż pozwany nie dopełnił obowiązku „zweryfikowania prawa do świadczeń”, to miał prawo nałożyć karę umowną, a pozwany winien wykazać, że takiej podstawy nie było. Jest to konstatacja wadliwa, stanowiąca - raz jeszcze podkreślić należy – efekt nieprawidłowego odczytania ciężaru dowodu.

Przystępując do uzupełnienia (już w postępowaniu apelacyjnym) poczynionych przez Sąd pierwszej instancji ustaleń, co do treści – niespornie – łączącej strony umowy, w kierunku wyżej już wskazanym, należało w sposób właściwy zrekonstruować te jej postanowienia, które ilustrowały zakres, poziom oraz kryteria ustalania przez pozwanego prawa świadczeniobiorcy do świadczeń refundowanych ze środków publicznych. Innymi słowy, chodzi o udzielenie odpowiedzi na pytanie, jak daleko miały sięgać czynności pozwanego i na czym polegać, by ustalić prawo potencjalnego pacjenta do udzielenia mu świadczenia. Niesporne pomiędzy stronami postanowienie umowy, opisane w jej § 5 ust. 3 (k.15v.) nakładało na pozwanego obowiązek ustalenia prawa świadczeniobiorcy do udzielanych mu świadczeń. Umowa ta wprost nie regulowała podstaw ustalania przez pozwanego prawa świadczeniobiorcy do udzielanego świadczenia. W § 13 odwoływała się ona m.in. do przepisów ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach zdrowotnych (...), wywołując tym samym – stosownie do art. 56 kc – także skutki wynikające z tychże przepisów. Jednak te ostatnie nie zawierały norm prawnych wprost kreujących treść obowiązku ustalania przez lekarza prawa świadczeniobiorcy do udzielania świadczenia. Wskazany akt prawny (oczywiście w brzmieniu obowiązującym w dacie udzielania przez pozwanego świadczenia) zawierał jedynie opis tego, co świadczeniobiorca ubiegający się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej jest obowiązany przedstawić, czyli w jaki sposób powinien prawo do takiego świadczenia (refundowanego) wykazać. Ten brak uregulowania w umowie, tego w jaki sposób pozwany ma wykonywać obowiązek ustalenia prawa świadczeniobiorcy do świadczenia, zdaje się dostrzegać także powód, skoro w uzasadnieniu pozwu, odwołuje się do art. 50 ust. 6 ustawy o świadczeniach (...), stwierdzając, że jest on „skorelowany” z obowiązkiem spoczywającym na pozwanym. Otóż stosując zasadę wykładni umowy – opisaną w art. 65 § 2 kc, można ostatecznie wyprowadzić wnioski, co do tego, że po pierwsze celem łączącej strony umowy, było zapewnienie by świadczenia refundowane były udzielane osobom do tego uprawnionym, a zatem na pozwanym spoczywał obowiązek ustalania prawa do tych świadczeń, w oparciu o te podstawy, którymi może i powinien w świetle przepisów w/w ustawy o świadczeniach (...) dysponować sam potencjalny świadczeniobiorca. Niewątpliwie taki też był zgodny zamiar stron umowy. Tak ujęte podstawy stanowiły jednocześnie o sposobie i zakresie ustalania przez lekarza (a więc i pozwanego) prawa świadczeniobiorcy do udzielonego mu świadczenia. Określał je przepis art. 50 w/w ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Stosownie do jego ust. 6, w przypadku niepotwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób określony w ust. 1 lub 3 świadczeniobiorca po okazaniu dokumentu, o którym mowa w ust. 2 pkt. 1, może przedstawić inny dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, a jeżeli takiego dokumentu nie posiada, złożyć pisemne oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.

Pozwany nie kwestionował tego, że nie doszło do ustalenia prawa do świadczeń przypadku obu świadczenioborców – na podstawie (...), a więc w jeden ze sposobów, o jakim mowa w art. 50 ust. 6. Nie mogło to jeszcze prowadzić do wniosku, że tak identyfikowany obowiązek pozwanego – wynikający z umowy, nie został przez niego wykonany, skoro istniały podstawy, by przyjąć, że został on zrealizowany w inny dopuszczalny umową sposób.

W przypadku A. O., stanowiło o tym odebranie oświadczenia pisemnego o przysługującym prawie do świadczeń. Oczywiście, co do zasady winno było być ono odebrane przed udzieleniem świadczenia. Z zaoferowanego przez pozwanego materiału dowodowego niespornie wynika, że takie oświadczenie odebrał on dopiero w toku czynności kontrolnych prowadzonych przez pracowników powoda (k.22,20). Zostało ono opatrzone datą 3.11.2014r. i w ten sposób niejako retrospektywnie potwierdzało stan istniejący w tej dacie. Innymi słowy, przyjąć należało, że odnosi się do daty, w której zostało udzielone w/w pacjentce świadczenie zdrowotne. Bez wpływu na dotychczasowe wnioski, pozostaje rozważanie, co do tego, czy i jakie znaczenie miało złożenie oświadczenia na druku obowiązującym dopiero w roku 2015. Z treści przepisów w/w ustawy o świadczeniach zdrowotnych, tj. z art. 50 ust. 7 i 8 wynikały wprawdzie podstawowe wymogi co do treści tego oświadczenia, skoro ust. 10 zawierał delegację dla właściwego Ministra do określenia rozporządzeniem wzoru owego oświadczenia, o jakim mowa w ust. 6. Jednak związku z tym zauważyć należy, że pozwany nie był związany treścią wydanego na tej podstawie aktu wykonawczego, bo łącząca, go z NFZ umowa nie odwoływała się do przepisów tego ostatniego. Już z tej przyczyny, złożenie przez

świadzeniobiorcę oświadczenia na druku – zgodnie z aktem wykonawczym wówczas obowiązującym, nie stanowiło dla pozwanego wyłącznej podstawy ustalenia prawa do świadczenia, a tym samym i o wypełnieniu tego rodzaju obowiązku wynikającego z umowy stron. Mało tego, treść łączącej strony stosunku zobowiązaniowego, źródłem którego była w/w już umowa, nie nakładała na pozwanego obowiązku ustalania prawa do świadczenia na podstawie oświadczenia złożonego jedynie w formie pisemnej. Będąc integralną częścią umowy w/w już przepisy art. 50 ust. 7 i 8 kreowały jedynie obowiązek dochowania formy pisemnej po stronie świadczeniobiorcy. Adresatem tej normy nie był udzielający świadczenia. Ani umowa, ani ustawa nie obligowały samego pozwanego, do tego, by ustalał prawo do świadczenia tylko na podstawie oświadczenia w jego formie pisemnej. Przepis § 5 ust. 3 umowy, nakładał na nie niego jedynie obowiązek dokumentowania takiego ustalenia. Przy czym nie można poprzestać tylko i wyłącznie na samej wykładni literalnej tego przepisu. Kolejny raz trzeba przypomnieć o regule wynikającej z art. 65 § 2 kc, a zatem badać, jaki był zgodny zamiar stron i cel umowy. W tym przypadku ponad wszelką wątpliwość chodziło o to, by świadczenie zostało udzielone osobie posiadającej do tego uprawnienie, a ustalenie tego ostatecznego było przez lekarza udokumentowane. Ponadto jak zostało już wyjaśnione, czynność prawna w postaci łączącej strony umowy, wywoływała skutki prawne wynikające z ustawy o świadczeniach (...), ale tylko w takim znaczeniu i zakresie, w jakim ta ostaną opisywała podstawy legitymowania się przez świadczeniobiorcę uprawnieniem do udzielenia mu świadczenia refundowanego, a możliwe do wykorzystania także przez pozwanego przy realizacji obowiązku opisanego w § 5 ust. 3 umowy. Istotne było zatem to, by oświadczenie – w rozumieniu art. 50 ust. 6 in fine ustawy o świadczeniach (...) zostało odebrane w sposób umożliwiający jego weryfikację. Ten wymóg w tym przypadku został spełniony. Brak podstaw do przypisywania pozwanemu realizowania obowiązku w sposób nadmiernie sformalizowany, w sytuacji, kiedy zapis § 5 ust. 3 nie daje ku temu przesłanek. Skoro powód zdecydował o poprzestaniu na takim poziomie regulacji umownej wskazanego obowiązku pozwanego, to opisane wyżej zachowanie pozwanego, tj. wykazanie odebrania oświadczenia wpisuje się w wykonanie tak zidentyfikowanego obowiązku umownego, eliminując tym samym uprawnienie powoda do obciążenia pozwanego karą umowną. Jest tak tym bardziej dlatego, że i cel umowy - w postaci zapewnienia udzielania świadczeń osobom do tego uprawnionym został spełniony. Powód nie kwestionował bowiem ostatecznie twierdzeń pozwanego, że A. O. była osobą uprawnioną do udzielenia świadczenia refundowanego. Takie spojrzenie na zagadnienie należytego/nienależytego wykonania zobowiązania wynikającego ze stosunku obligacyjnego – także w kontekście tego jak została ukształtowana jego treść, pozostaje również wyrazem potrzeby zrównoważonego postrzegania praw i obowiązków obu jego stron – na drodze poszukiwania odpowiedzi na pytanie o podstawy udzielenia żądanej ochrony prawnej. Oczekiwany przez powoda poziom sformalizowania sposobu wykonania przez pozwanego obowiązku wynikającego z umowy, nie może być wyższy od samego poziomu uszczegółowienia opisu tego obowiązku w treści umowy.

W przypadku drugiej z pacjentek (A. Moroszek), na którą wskazywał powód, pozwany także wykonał spoczywający na nim, a wynikający z umowy, obowiązek ustalenia prawa do świadczenia. Pozwany twierdził, że była to osoba posiadająca ubezpieczenie na terenie innego kraju Unii Europejskiej, a udzielenie jej świadczenia podyktowane było nagłym charakterem przypadku. Powód nie kwestionował faktu ubezpieczenia w/w osoby w innym kraju UE, a wobec tego była to okoliczność niesporna. Zarzucał natomiast, że pozwany nie wykazał, że był to przypadek o charakterze „nagłym”. Od razu wyjaśnić należy, że w świetle regulacji, które zostaną poniżej powołane, „nagłość” przypadku mogła mieć jedynie takie znaczenie dla odpowiedzi na pytanie o prawo do udzielenia świadczenia, o ile istniały wskazania do udzielenia świadczenia, a więc nie mogło być ono przesunięte w czasie. Powód nie zarzucał tego, by takiego wskazania nie było, co już eliminowało potrzebę podejmowania jakiegóż szczególnej inicjatywy dowodowej w tym kierunku ze strony samego pozwanego. Oczywiście dowodem, który mógłby weryfikować tego rodzaju zagadnienie mogłaby być opinia biegłego. Biorąc pod uwagę to, że do niniejszego postępowania apelacyjnego ma już zastosowanie także przepis art. 505<sup>7</sup> kpc w brzmieniu obowiązującym od dnia 7.11.2019r., to pierwsze dowód z opinii biegłego tym zakresie nie byłby wskazany (art. 505<sup>7</sup> § 2 kpc), a po drugie stosownie do art. 505<sup>7</sup> § 1 kpc, Sąd Okręgowy był uprawniony do tego, by z całokształtu okoliczności wyprowadzić wniosek, że istniały obiektywne wskazania medyczne do udzielenia przez pozwanego w/w osobie świadczenia w postaci zaordynowania wypisanego na receptę leku. Wniosek przeciwny, byłby pozbawiony jakichkolwiek racjonalnych podstaw, bo musiałby oznaczać „dowolność” w zapisywaniu przez pozwanego leków pacjentom, a więc bez obiektywnie uzasadnionej potrzeby, czego nie da się pogodzić z regulami

poprawnego rozumowania, zważywszy na istotę i sens udzielania tego rodzaju świadczeń, jak te analizowane w niniejszym postępowaniu.

Stosownie do początkowego zapisu łączącej strony umowy, przez świadczeniobiorcę, jej strony rozumiały także osobę uprawnioną do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji w rozumieniu ustawy w dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W szczególności chodzi o przypadki osób mających miejsce zamieszkania w innym niż Rzeczpospolita Polska kraju UE, a przebywających czasowo w RP i potrzebujących udzielenia świadczenia zdrowotnego (art. 52 ustawy o świadczeniach).

Unia Europejska funkcjonuje na podstawie Traktatu o Unii Europejskiej oraz Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. Artykuł 48 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej wprowadza jedną z naczelnych zasad w zintegrowanej Europie – swobodę przepływu osób, usług i kapitału. Nastęstwem tej swobody są przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego obowiązujące w państwach członkowskich UE i EFTA. Każde państwo członkowskie posiada własny system ubezpieczenia zdrowotnego i samo decyduje, kto i na jakich zasadach podlega ubezpieczeniu, jakie należą się mu świadczenia i jakie składki są na to ubezpieczenie odprowadzane. Koordynacja polega na wprowadzeniu i stosowaniu wspólnych dla wszystkich państw członkowskich zasad i reguł, które określają, na jakich warunkach można otrzymać opiekę zdrowotną i w jakim zakresie ta opieka przysługuje ubezpieczonemu. Zasady te zawierają się w podstawowych aktach prawnych, którymi są: rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.Ur. UE L 284, s. 1) oraz decyzja nr (...) (...)z 12.06.2009 r. dotycząca (...), decyzja nr (...) (...)z 12.06.2009 r. dotycząca specyfikacji technicznej Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego i decyzja nr (...) Komisji Administracyjnej ds. Zabezpieczenia (...) określająca świadczenia objęte zakresem art. 19 ust. 1 i art. 27 ust. 1 rozporządzenia nr(...) oraz art. 25 lit. A pkt 3 rozporządzenia nr (...)

Stosownie do zapisów Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009, jednym z podstawowych założeń koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego jest możliwość korzystania ze świadczeń w miejscu zamieszkania. Dotyczy to również świadczeń z tytułu choroby, przy czym komentowany przepis obejmuje ich szczególną kategorię – świadczenia rzeczowe. Ubezpieczony lub członkowie jego rodziny, jeśli mają miejsce zamieszkania w innym państwie członkowskim, mogą domagać się realizacji świadczeń rzeczowych od instytucji miejsca zamieszkania tylko z tego tytułu, że nabyli do nich uprawnienia w państwie właściwym. Osoby takie należy zatem traktować tak, jakby były objęte ubezpieczeniem na terytorium państwa miejsca zamieszkania. Zgodnie z art. 19 ust. 1 tego Rozporządzenia (mającego zastosowanie w niniejszej sprawie) ubezpieczony i członkowie jego rodziny przebywający w innym państwie członkowskim niż państwo właściwe są uprawnieni do świadczeń rzeczowych, które z powodów medycznych stają się niezbędne w czasie ich pobytu, z uwzględnieniem charakteru tych świadczeń oraz przewidywanego czasu pobytu. Przesłankami domagania się świadczenia na tej podstawie jest: 1) posiadanie statusu ubezpieczonego bądź członka jego rodziny, 2) przebywanie w innym państwie niż państwo właściwe, 3) niezbędność świadczenia z powodów medycznych.

Wszystkie trzy z wymienionych wyżej warunków w przypadku A. M. zostały spełnione. Jak zostało już wyjaśnione niespornym było posiadanie przez tą osobę statusu ubezpieczonej w innym kraju członkowskim UE. Niesporny był fakt czasowego przebywania tej osoby na terenie RP. Wreszcie udzielone przez pozwanego świadczenie miało charakter niezbędny – z punktu widzenia obiektywnej potrzeby oraz wskazań wiedzy medycznej, albowiem tych okoliczności pozwany nie kwestionował. Zarzut dotyczył jedynie „nagłości” przypadku, a to nie to samo, co „niezbędność świadczenia” w rozumieniu już wyjaśnionym. Zakres świadczeń rzeczowych obejmuje bowiem również świadczenia udzielane w związku z chorobą przewlekłą lub już istniejącą oraz w związku z ciążą i narodzinami dziecka, pod warunkiem jednak, że otrzymanie tych świadczeń nie jest celem pobytu w innym państwie członkowskim (por. pkt 1 i 2 decyzji nr (...)). Nie jest również wykluczone pobieranie świadczenia, które stało się konieczne podczas pobytu w innym państwie członkowskim w związku z już istniejącą chorobą oraz realizowanymi już z tego tytułu świadczeniami (por. wyrok z dnia 25 lutego 2003 r., C-326/00, I.). Raz jeszcze podkreślić należy, że udzielenie świadczenia podczas pobytu w innym państwie członkowskim musi być niezbędne ze względów medycznych.

Zatem i w tym przypadku pozwany wykonał umowę zgodnie z jej treścią, co oznacza brak podstaw do nałożenia na niego kary umownej.

W konsekwencji powyższego trafny pozostawał zarzut apelacji, o ile zmierzał do wykazania wadliwości konstatacji Sądu Rejonowego, co do tego, że pozwany nienależycie wykonał łączącą go z powodem umowę. Materiał procesowy tak wyprowadzonego przez Sąd Rejonowy wniosku nie potwierdzał. Także prawnomaterialna ocena poczynionych na jego podstawie ustaleń – dokonana przez Sąd pierwszej instancji pozostawała wadliwa. To wszystko znalazło potwierdzenie w efektach prawidłowego rozpoznania istoty sprawy, które nastąpiło dopiero w postępowaniu apelacyjnym.

W tym stanie rzeczy, Sąd Okręgowy na podstawie art. 386 § 1 kpc orzekł jak w pkt. 1 sentencji.

Rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego znajduje uzasadnienie w art. 98 § 1 kpc oraz uwzględnia § 2 pkt. 1, § 10 ust. 1 pkt. 1 Rozp. Min. Spr. z dnia 22.10.2015r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U.2016, poz. 1668, z p. zm.).

SSO Mariusz Broda

(...)

(...)