

Sygn. akt I C 23/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 kwietnia 2015 roku

Sąd Okręgowy w Lublinie I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący SSR del. do SO Agnieszka Wojnarowicz-Posłuszna

Protokolant sekr.sąd. Ewa Wolniak

po rozpoznaniu w dniu 27 marca 2015 roku w Lublinie

na rozprawie

sprawy z powództwa Wojewódzkiego Szpitala (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w L.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia z siedzibą w W.

o zapłatę

I. zasądza od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W. na rzecz powoda Wojewódzkiego Szpitala (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w L. kwotę 221.189,97 zł (dwieście dwadzieścia jeden tysięcy sto osiemdziesiąt dziewięć złotych dziewięćdziesiąt siedem groszy) z ustawowymi odsetkami począwszy od dnia 27 maja 2014 roku do dnia zapłaty;

II. oddala powództwo w pozostałym zakresie;

III. zasądza od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W. na rzecz powoda Wojewódzkiego Szpitala (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w L. kwotę 5990 zł (pięć tysięcy dziewięćset dziewięćdziesiąt złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu;

IV. nakazuje ściągnąć od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W. na rzecz Skarbu Państwa kwotę 11.061 zł (jedenaście tysięcy sześćdziesiąt jeden złotych) tytułem części opłaty od pozwu, od uiszczenia której powód był zwolniony;

V. przejmuje na rachunek Skarbu Państwa kwotę 2265 zł tytułem pozostałej części opłaty od pozwu, od uiszczenia której powód był zwolniony.

I C 23/14

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 3 stycznia 2014 roku Wojewódzki Szpital (...) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w L. domagał się zapłaty od Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W. kwoty 266.515,07 zł wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi począwszy od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty. Nadto, powód domagał się zasądzenia na swoją rzecz zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm prawem przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu wskazano, że strony łączyła umowa z dnia 2 stycznia 2004 roku o nr (...) (...) (...), której przedmiotem było udzielanie świadczeń zdrowotnych o łącznej wartości 45.074.040 zł. Jej postanowienia zmieniano kilkakrotnie. W okresie od 25 października do 22 listopada 2010 roku na podstawie art. 64 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027) w powodowym szpitalu Narodowy Fundusz Zdrowia (Oddział Wojewódzki z L.) przeprowadził postępowanie kontrolne nr (...) / (...); jego celem była ocena realizacji przedmiotowej umowy w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2004 roku pod kątem legalności, celowości oraz rzetelności. Z powodu stwierdzonych nieprawidłowości postępowanie zakończyło się obciążeniem powoda karą umowną w wysokości 425.100,40 zł, w oparciu o § 32 ust. 1 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych”, stanowiących załącznik nr 1 do Uchwały nr (...) Zarządu Narodowego Funduszu Zdrowia. W zastrzeżeniach do wystąpienia pokontrolnego powód zakwestionował wysokość nałożonej kary z uwagi na jej maksymalny charakter oraz okoliczność, iż stwierdzone przez kontrolujących nieprawidłowości w niewielkim stopniu rzutowały na wykonanie umowy. Wskazano, iż kara nie powinna przekraczać 200.000 zł. Podkreślano, iż powód złożył korekty sprawozdań, co było równoznaczne z wykonaniem zaleceń pokontrolnych, powoływano się także na sytuację finansową jednostki. Pozwany nie uwzględnił argumentacji powoda i ostatecznie w dniu 14 marca 2011 roku została wystawiona nota księgową na łączną kwotę 1.055.620,40 zł obejmującą zarówno należność główną, jak też wskazaną karę umowną; notę doręczono w dniu 17 marca, natomiast w dniu 4 kwietnia 2011 roku powód otrzymał zaświadczenie o dokonaniu potrącenia.

W uzasadnieniu pozwu podkreślano także, że powód wykonał swoje zobowiązania umowne w części przekraczającej 95% zrealizowanych świadczeń, a interes wierzyciela został w znaczącej mierze zaspokojony; powołano się także na stanowisko Sądu Najwyższego aprobujące miarkowanie kary umownej z uwagi na znaczne wykonanie zobowiązania; podkreślono jej rażąco wygórowany wymiar, gdyż NFZ nałożył ją w wysokości 1% kwoty zobowiązań z danego zakresu świadczeń niezależnie od ilości zakwestionowanych świadczeń w obrębie poszczególnych zakresów. Przedstawiono także alternatywny sposób wyliczenia wysokości kary umownej w poszczególnych zakresach, w których wykazano błędy. Według obliczeń przedstawionych przez powoda kara powinna wynieść maksymalnie 158.585,33 zł (pozew k. 2-13).

W odpowiedzi na pozew Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w W. domagał się oddalenia powództwa i zasądzenia na swoją rzecz zwrotu kosztów procesu według norm prawem przepisanych.

W uzasadnieniu wskazano, że podczas kontroli wykonania łączącej strony umowy w 14 spośród 16 oddziałów szpitala stwierdzono nieprawidłowości, co stanowiło 52% skontrolowanych świadczeń, a ich wartość wyniosła 1.907.310 zł, co stanowi z kolei 26% skontrolowanej całości; jako podstawę naliczenia kary przyjęto wartość umowy dla tychże 14 oddziałów; podkreślono, że w piśmie z dnia 7 lutego 2011 roku powód uznał roszczenie i wniósł o odroczenie terminu płatności kary (odpowiedź na pozew k. 214-215).

W kolejnych pismach strona powodowa powołała się na 12 innych postępowań kontrolnych, w których nałożone kary były znacząco niższe, niż nałożona na powodowy szpital (k. 230-233); podnoszono, iż pojęcie uznania roszczenia nie zostało zdefiniowane w przepisach oraz że nie stanowi ono samoistnego tytułu prawnego zobowiązania; a także, iż fakt uznania nie stoi na przeszkodzie domagania się zmniejszenia wysokości nałożonej kary (k. 273-283). Pozwany podkreślał fakt uznania roszczenia i skalę nieprawidłowości stwierdzonych podczas kontroli w powodowym szpitalu (k. 240-241).

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

Wojewódzki Szpital (...) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w L. prowadzi działalność, której przedmiotem jest świadczenie usług medycznych w ramach umów zawieranych z pozwanym Narodowym Funduszem Zdrowia z siedzibą w W. (fakt bezsporny, KRS k. 164-166).

W dniu 2 stycznia 2004 roku powód zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia – (...) Oddziałem Wojewódzkim w L. umowę nr (...). Jej przedmiotem było kompleksowe i całodobowe organizowanie i wykonywanie przez

świadczeniodawcę świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne; w zakresach szczegółowo określonych w załączniku nr 1 do umowy. Świadczeniodawca zobowiązany był do wykonywania umowy zgodnie z zasadami i warunkami, określonymi w „Szczegółowych materiałach informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia – leczenie szpitalne” (materiały informacyjne). Umowa obejmowała okres od dnia 1 stycznia 2004 do dnia 31 grudnia 2004 roku (umowa wraz z załącznikami k. 14-26). Kwotę zobowiązania Funduszu na rzecz świadczeniodawcy określono w § 4 na 39.200.000 zł.

Postanowienia umowy modyfikowano łącznie 11 aneksami, ich przedmiotem były szczegółowe warunki dotyczące zakresu, ilości i ceny poszczególnych świadczeń (aneksy i ich załączniki k. 28-89); z tym że aneksem nr (...) z dnia 30 grudnia 2004 roku zmodyfikowano kwotę zobowiązania pozwanego z tytułu realizacji umowy i określono ją na 45.074.040 zł (aneks z załącznikami k. 83-89).

W okresie od 25 października do 22 listopada 2010 roku na podstawie art. 64 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2008 roku, nr 164, poz. 1027) (...) oddział Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadził w powodowym szpitalu kontrolę. Jej zakresem objęto realizację umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, pod względem legalności, celowości i rzetelności (wystąpienie pokontrolne k. 90-94). Kontrolujący weryfikowali zgodność działań świadczeniodawcy z powszechnie obowiązującymi przepisami, jak też z przepisami o charakterze wewnętrznym, umowami i indywidualnymi decyzjami. Badając pod względem celowości kontrolujący koncentrowali się na zgodności działań kontrolowanego z określonymi dlań celami, optymalizacją zastosowanych metod i środków. Analizując rzetelność zwracali uwagę na należytą staranność przy wypełnianiu obowiązków, dokumentowaniu rzeczywistych działań we właściwej formie i terminie (wystąpienie pokontrolne k. 90).

W ramach czynności kontrolnych poddano ocenie (...) wybranych pozycji sprawozdawczych o łącznej wartości 7.433.880 zł. W (...) przypadkach nie stwierdzono uchybień; natomiast w (...) pozycjach sprawozdawczych stwierdzono nieprawidłowości. – (...) sytuacjach wyknięto fakt wykazania więcej niż jednego świadczenia podczas jednego pobytu pacjenta pod tym samym numerem księgi głównej; w(...) przypadkach – pod różnymi numerami księgi głównej; w(...) przypadkach stwierdzono wykonanie większej ilości świadczeń niż faktycznie zrealizowane, co było niezgodne z § 7 pkt 1 ust. 1 zawartej umowy. W kolejnych 123 przypadkach kontrolujący stwierdzili, że wykazano do rozliczenia świadczenia z naruszeniem § 7 pkt 1 ust. 9 umowy; w 277 sytuacjach uznano, iż opis w dokumentacji medycznej „nie spełnia opisu procedury”; w (...)przypadkach oceniono, iż świadczenie zostało wykazane podwójnie; zaś w (...) iż „brak jest dokumentacji medycznej” (j/w). Kontrolujący stwierdzili ostatecznie, iż wartość sprawozdanych świadczeń została zawyżona o kwotę 1.907.310 zł i w zalecenia pokontrolnych nakazali dokonanie korekty przesłanych sprawozdań na taką właśnie kwotę (wystąpienie pokontrolne k. 90-94, specyfikacja skutków finansowych k. 112-160). Wezwali także do dokonania wpłaty kwoty 630.520 zł jako wyniku kontroli finansowej. Powołując się na § 32 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych” NFZ nałożył na kontrolowaną jednostkę karę umowną w wysokości 425.100, 40 zł i wezwał do jej uiszczenia w terminie 14 dni od otrzymania pisma (wystąpienie pokontrolne k. 93).

Jednocześnie w wystąpieniu pokontrolnym kontrolujący stwierdzając uchybienia w zakresie legalności i rzetelności, ocenił pozytywnie realizację przez świadczeniodawcę całej umowy pod względem celowości; (wystąpienie pokontrolne k. 93).

§ 32 ust.1 Ogólnych Warunków Umów o Udzielanie Świadczeń Zdrowotnych, stanowiących załącznik nr 1 do Uchwały nr (...) Zarządu Narodowego Funduszu Zdrowia stanowi, iż w razie stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, Oddział Funduszu jest uprawniony by nałożyć nań karę umowną w wysokości do 1% kwoty zobowiązania z danego zakresu świadczeń (k. 95-104).

W piśmie z dnia 10 stycznia 2011 roku Wojewódzki Szpital (...) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w L. wnosił zastrzeżenia do wysokości nałożonej kary umownej podnosząc, iż została ona wymierzona w

jej maksymalnym możliwym wymiarze. Wskazano także, iż NFZ nie uwzględnił sytuacji finansowej szpitala, a także faktu nierozliczenia nadwykonania za lata 2004, 2008 i 2009. Wskazano, że w ocenie kontrolowanego wymiar kary nie powinien przekroczyć 200.000 zł (pismo k. 105).

W kolejnym piśmie z dnia 17 stycznia 2011 roku szpital wnosił o odroczenie terminu płatności nałożonej kary; jednocześnie jednak stwierdził, iż: „w sprawie kary umownej w kwocie 425.100,40 zł zostało wystosowane pismo w dniu 10 stycznia 2011 roku (...). Aktualnie oczekujemy na rozpatrzenie i uwzględnienie wymienionego pisma” (pismo k. 106).

W piśmie z dnia 19 stycznia 2011 roku Dyrektor (...) Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie uznał zastrzeżeń powoda do wystąpienia pokontrolnego i wezwał go do zapłaty kwoty 425.100,40 zł w terminie 14 dni od otrzymania pisma (pismo k. 107-108).

W piśmie z dnia 7 lutego 2011 roku szpital wyjaśniając okoliczności związane z wykonaniem zaleceń pokontrolnych wnosił o odroczenie terminu płatności kwoty wynikającej z korekty faktur oraz z nałożonej kary umownej (pismo k. 109). Pismo to było jednym z kilku dotyczących nałożonej kary umownej; intencją reprezentującego szpital dyrektora nie było uznanie długu w wysokości określonej przez NFZ; - konsekwentnie podejmował on działania zmierzające do zmniejszenia nałożonej na szpital kary umownej z uwagi na jej rażąco wygórowany wymiar; przekraczający kwotę 200.000 zł, który szpital oceniał, jako akceptowalny (zeznania świadka R. Ś. k. 304).

Notą księgową z dnia 14 marca 2011 roku nr (...) Narodowy Fundusz Zdrowia obciążył powoda karą umowną w wysokości 425.100, 40 zł oraz kwotą 630.520 zł stanowiącą równowartość zakwestionowanych (zawyżonych) świadczeń (pismo k. 109, nota k. 110). W dniu 4 kwietnia 2011 roku złożył powodowi oświadczenie o potrąceniu wierzytelności objętych wskazaną notą (oświadczenie k. 111).

Podczas kontroli poszczególnych zakresów świadczeń pozwany stwierdził, iż przy wartości umowy z zakresu zrealizowanego przez Oddział (...) w wysokości 4.262.580 zł, ilość zakwestionowanych świadczeń wyniosła (...) i stanowi 3,22% wartości umowy z tego zakresu; przy wartości umowy z zakresu zrealizowanego przez Oddział (...) w wysokości 4.720.800 zł, ilość zakwestionowanych świadczeń wyniosła (...)i stanowi 6,18% wartości umowy z tego zakresu; przy wartości umowy z zakresu zrealizowanego przez Oddział (...) w wysokości 1.460.000 zł, ilość zakwestionowanych świadczeń wyniosła (...) i stanowi 1,50% wartości umowy z tego zakresu; przy wartości umowy z zakresu zrealizowanego przez Oddział (...) w wysokości 2.195.000 zł, ilość zakwestionowanych świadczeń wyniosła (...) i stanowi 3,65% wartości umowy z tego zakresu; przy wartości umowy z zakresu zrealizowanego przez Oddział (...) w wysokości 1.950.000 zł, ilość zakwestionowanych świadczeń wyniosła (...) i stanowi 6,54% wartości umowy z tego zakresu; przy wartości umowy z zakresu zrealizowanego przez Oddział (...) w wysokości 5.705.300 zł, ilość zakwestionowanych świadczeń wyniosła (...)i stanowi 1,81% wartości umowy z tego zakresu; przy wartości umowy z zakresu zrealizowanego przez Oddział(...) w wysokości 3.045.000 zł, ilość zakwestionowanych świadczeń wyniosła (...) i stanowi 3,81% wartości umowy z tego zakresu; przy wartości umowy z zakresu zrealizowanego przez Oddział (...) w wysokości 4.036.080 zł, ilość zakwestionowanych świadczeń wyniosła (...) i stanowi 5,74% wartości umowy z tego zakresu; przy wartości umowy z zakresu zrealizowanego przez Oddział (...)w wysokości 1.150.000 zł, ilość zakwestionowanych świadczeń wyniosła (...) i stanowi 10,72% wartości umowy z tego zakresu; przy wartości umowy z zakresu zrealizowanego przez Oddział (...) w wysokości 5.022.870 zł, ilość zakwestionowanych świadczeń wyniosła (...) i stanowi 1,57% wartości umowy z tego zakresu; przy wartości umowy z zakresu zrealizowanego przez Oddział (...) w wysokości 1.850.000 zł, ilość zakwestionowanych świadczeń wyniosła (...) i stanowi 12,03% wartości umowy z tego zakresu; przy wartości umowy z zakresu zrealizowanego przez Oddział (...) w wysokości 2.650.000 zł, ilość zakwestionowanych świadczeń wyniosła (...) i stanowi 2,39% wartości umowy z tego zakresu; przy wartości umowy z zakresu zrealizowanego przez Oddział (...) w wysokości 1.250.000 zł, ilość zakwestionowanych świadczeń wyniosła (...) i stanowi 2,73% wartości umowy z tego zakresu; przy wartości umowy z zakresu zrealizowanego przez Oddział (...)w wysokości 3.212.410 zł, ilość zakwestionowanych świadczeń wyniosła (...) i stanowi 4,49% wartości umowy z tego zakresu (zestawienie k. 11).

Powód opracował algorytm odwołujący się do zakresów o najwyższej i najniższej wartości zakwestionowanych świadczeń, wartości umowy z danego zakresu, procentowego udziału wartości zakwestionowanych świadczeń w stosunku do wartości umowy i określił wysokość kary umownej w każdym kolejnym z zakresów odpowiednio na: 0,27%, 0,51%, 0,13%, 0,30%, 0,54%, 0,15%, 0,32%, 0,48%, 0,89%, 0,13%, 1,00%, 0,20%, 0,23% i 0,73% (zestawienie k. 9, wyliczenia k. 274-279).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o powołane dowody z dokumentów oraz zeznania świadka. Wartość dowodowa przedłożonych sądowi pism, wystąpienia pokontrolnego, umowy o świadczenie usług, jej załączników i aneksów, a także zestawień dotyczących wykonanych świadczeń nie była kwestionowana przez żadną ze stron. – Odmienna ocena dotyczyła jedynie znaczenia pisma z dnia 7 lutego 2011 roku i w tym zakresie Sąd uznał za celowe skorzystać z uprawnień wynikających z treści art. 232 zd. 2 k.p.c. i dopuścił z urzędu dowód z zeznań autora tegoż pisma, celem ustalenia jego intencji. Sąd ocenił zeznania świadka R. Ś. (k. 304) jako wewnętrznie spójne, korespondujące z treścią złożonych do akt pism z 10 i 17 stycznia 2011 roku. Świadek w przekonujący sposób zrelacjonował sytuację szpitala w styczniu i lutym 2011 roku, intencje, z jakimi formułował pisma w tym okresie. Analizując zeznania te w kontekście doświadczenia życiowego i zasad logicznego rozumowania Sąd ocenił za zasadne przyznanie im przymiotu wiarygodności.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo winno zostać częściowo uwzględnione.

Okolicznościami faktycznymi leżącymi w niniejszej sprawie poza sporem był fakt, iż strony procesu łączyła umowa o kompleksowe i całodobowe organizowanie i wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego; świadczeniodawca zobowiązany był do jej wykonywania zgodnie z zaakceptowanymi zasadami i warunkami. Bezspornym był również fakt przeprowadzenia przez pozwanego kontroli sposobu wykonania tejże umowy oraz jej ustaleń w zakresie stwierdzonych nieprawidłowości. Powód nie kwestionował także wynikającego z § 32 ust.1 Ogólnych Warunków Umów o Udzielanie Świadczeń Zdrowotnych (stanowiących załącznik nr 1 do Uchwały nr 267/2003 Zarządu Narodowego Funduszu Zdrowia) uprawnienia pozwanego do nałożenia nań kary umownej.

Strony pozostawały natomiast w sporze, co do okoliczności, czy pismo dyrektora szpitala z dnia 7 lutego 2011 roku stanowiło uznanie długu oraz co do zasadności wysokości nałożonej kary.

Uznanie roszczenia nie jest instytucją zdefiniowaną, czy choćby sprecyzowaną w przepisach. Kodeks cywilny reguluje jedynie skutek tej czynności w postaci przerwania biegu przedawnienia (art. 123 § 1 pkt 2 k.c.). W judykaturze przyjmuje się, iż może ono przybrać formę uznania właściwego lub niewłaściwego. Pierwsze z nich to nieuregulowana odrębnie umowa ustalająca zasady i zakres istnienia stosunku prawnego; druga - to przyznanie przez dłużnika wobec wierzyciela faktu istnienia długu. W toku procesu nie przedłożono umowy, której postanowienia pozwalałyby na stanowcze stwierdzenie, iż nastąpiło właściwe uznanie długu.

Uznanie niewłaściwe będąc przyznaniem obowiązku świadczenia wynikającego z innego źródła stanowi oświadczenie wiedzy, a nie woli; jest deklaratywnym stwierdzeniem istnienia obowiązku i braku zamiaru uchylania się od jego spełnienia. – Dla jego skuteczności nie jest wymagana żadna forma. Sąd Najwyższy podkreśla, iż w zupełności wystarczającym jest takie zachowanie dłużnika, które wyraża jego przeświadczenie o istnieniu zobowiązania (SN z 22 czerwca 2004 r., IV CK 444/03; analogicznie SN w wyroku z dnia 25 marca 2010 r., I CSK 457/2009). Celem takiego oświadczenia jest przekonanie wierzyciela o zamiarze wykonania przez dłużnika zobowiązania, w związku z czym wierzyciel nie musi się obawiać upływu okresu przedawnienia (por. SA w S. z 11 czerwca 2014 r., I ACa 249/14).

Jednocześnie w orzecznictwie prezentowany jest pogląd, że znaczenie procesowe uznania długu jest takie, iż wierzyciel przedstawiający dowód uznania długu przez dłużnika nie musi wykazywać w inny sposób istnienia swej wiarygodności, natomiast dłużnika obciąża obowiązek wykazania, że uznana wiarygodność w rzeczywistości nie istnieje, lub istnieje, lecz w innym, niż uznany, wymiarze. Jako dopuszczalny uznaje się także wręcz konkludentny charakter tej czynności,

a w konsekwencji podkreśla brak konieczności sprecyzowania wysokości uznawanego długu (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 14 grudnia 2012 r., I ACa 1205/12).

Analizując powyższe poglądy Sąd doszedł do przekonania, że treść pisma z dnia 7 lutego 2011 roku nie może być oceniana w oderwaniu od innych okoliczności faktycznych ustalonych w toku procesu. - Winna być analizowana zarówno w kontekście pozostałych dokonywanych przez powoda w tamtym okresie czynności, w szczególności sformułowanych w dniu 10 i 17 stycznia 2011 roku pism, jak też z uwzględnieniem intencji osoby składającej to oświadczenie. – Analizując treść oświadczenia złożonego w piśmie z dnia 7 lutego 2011 roku, w szczególności w kontekście powołanej korespondencji, a także wobec treści oświadczenia pełnomocnika strony pozwanej złożonego na rozprawie w dniu 10 lutego 2015 roku, Sąd doszedł do przekonania, że brak jest podstaw do stwierdzenia, że intencją dyrektora szpitala było uznanie długu z tytułu nałożonej kary umownej w wysokości określonej przez kontrolującego. - Sąd ocenił natomiast, że intencją kontrolowanego było stwierdzenie, że szpital jest zobowiązany do zapłacenia kary umownej, co do zasady. Pozwala to na przypisanie oświadczeniu z dnia 7 lutego 2011 roku znaczenia uznania niewłaściwego w zakresie samego faktu zasadności nałożenia kary, ale już nie, w zakresie jej wysokości. – Treść przywołanego pisma nie pozbawia powoda, w ocenie Sądu, uprawnienia do żądania obniżenia wysokości nałożonej kary, w szczególności w oparciu o twierdzenie, iż jest ona rażąco wygórowana, czy też z powodu wykonania zobowiązania w znacznej części.

Na marginesie wskazać należy, że Sąd Okręgowy stoi na stanowisku, iż nawet gdyby ocenić treść pisma, jako niewłaściwe uznanie długu w wysokości 425.100,40 zł, to również i takie oświadczenie wiedzy nie pozbawiałoby powoda uprawnienia do dochodzenia obniżenia kary umownej z uwagi na jej rażąco wygórowany wymiar.

§ 32 ust.1 Ogólnych Warunków Umów o Udzielanie Świadczeń Zdrowotnych, stanowi, iż w razie stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, Oddział Funduszu jest uprawniony, by nałożyć nań karę umowną w wysokości **do 1%** kwoty zobowiązania z danego zakresu świadczeń.

Mocą art.483 § 1 k.c. można zastrzec w umowie, że naprawienie szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania niepieniężnego nastąpi przez zapłatę określonej sumy (kara umowna). W razie niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania kara umowna należy się wierzycielowi w zastrzeżonej na ten wypadek wysokości bez względu na wysokość poniesionej szkody.

Jak wskazano powyżej pomiędzy stronami nie było sporu, co do zaistnienia przesłanek nałożenia na powoda kary umownej.

Nie było także sporne, że Narodowy Fundusz Zdrowia nałożył karę w maksymalnym, dopuszczalnym przepisami wymiarze 1% kwoty zobowiązania z danego zakresu świadczeń.

Art. 484 § 1 k.c. stanowi z kolei, iż w razie niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania kara umowna należna jest wierzycielowi w zastrzeżonej na ten wypadek wysokości bez względu na wysokość poniesionej szkody. § 2 tegoż przepisu statuuje jednakże instytucję miarkowania jej wymiaru, gdy zobowiązanie zostało w znacznej części wykonane oraz gdy jest ona rażąco wygórowana.

Kwota zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia na rzecz świadczeniodawcy z tytułu umowy łączącej strony w 2004 roku została określona na kwotę 45.074.040 zł. Wartość zakwestionowanych świadczeń to 1.907.310 zł, co stanowi mniej niż 5%. Należało, zatem stwierdzić, iż powód wykonał swoje zobowiązanie w sposób należyty w zakresie przekraczającym 95% zrealizowanych świadczeń. Dodatkowo podczas kontroli pozwany stwierdził, iż ocenia pozytywnie realizację przez świadczeniodawcę całej umowy pod względem celowości, a nie można tracić z pola widzenia przedmiotu tej umowy, jakim jest udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w postaci leczenia szpitalnego.

Z tych też względów, mając na uwadze przedmiot umowy, zakres jej wykonania oraz brak zastrzeżeń pod względem celowości, Sąd stwierdził, iż zobowiązania szpitala wynikające z umowy nr (...) zostały w znacznej części wykonane, a

tym samym działania Wojewódzkiego Szpitala (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w L. spowodowały zaspokojenie w istotnym zakresie interesu wierzyciela – Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W.. W ocenie Sądu jest to równoznaczne z oceną, że powód wykazał spełnienie pierwszej z alternatywnie określonych przesłanek miarkowania kary.

Kara umowna może być rażąco wygórowana, bądź w chwili jej zastrzegania, bądź też w następstwie występujących później okoliczności. Ustalenie, iż kara jest rażąco wygórowana uzasadnia takie jej obniżenie, by zlikwidować dysproporcję pomiędzy znikomą szkodą wierzyciela, a wysokością należnej kary. Katalog kryteriów pozwalających na zmniejszenie kary umownej nie jest zamknięty; art. 484 § 2 k.c. należy do prawa sędziowskiego, a jednocześnie ma charakter przepisu prawa bezwzględnie obowiązującego, którego obowiązywania strony nie mogą wyłączyć.

Analizując okoliczności niniejszej sprawy Sąd zważył, że pozwany jest uprawniony do kontroli sposobu wykonywania umowy, a także do nakładania kar umownych. Jednocześnie jednak nie można tracić z pola widzenia sposobu sformułowania § 32, gdzie posłużono się zwrotem: „w wysokości do 1%”, co samo w sobie zwiera obowiązek dla nakładającego karę, by dokonał wnikliwej oceny każdego konkretnego przypadku, przeanalizował skalę i wagę uchybień, a następnie dostosował do nich wymiar nałożonej kary. W ocenie Sądu ta górna, dopuszczalna granica kary umownej została zastrzeżona dla szczególnie negatywnych przypadków niewykonania lub nienależytego wykonania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W ocenie Sądu pozwany nie dowiódł, by taka sytuacja miała miejsce w przypadku powoda. – Natomiast powód wykazał znaczny zakres niewadliwego wykonania swych zobowiązań, a także daleko idącą współpracę przy usuwaniu stwierdzonych uchybień. Sąd porównał także wartość całej łączącej strony umowy i wartość zakwestionowanych świadczeń, ale także wartości umowy z każdego kontrolowanego zakresu oraz procentowy wymiar i wysokość nałożonej kary dla każdego z zakresu skontrolowanych świadczeń; Sąd miał także na uwadze fakt, iż uchybienia dotyczą w przeważającej mierze sposobu ewidencjonowania wykonywanych świadczeń, a nie samego sposobu ich realizacji. Z tych wszystkich względów Sąd ocenił nałożenie na powoda kary w wymiarze 1% wartości zobowiązań z danego zakresu świadczeń za rażąco wygórowane.

Sąd nie podzielił jednak przedstawionego przez powoda sposobu miarkowania kary umownej. – Zaproponowany mechanizm wyliczeń był w ocenie Sądu nieprzejrzysty; stanowił oderwany od realiów niniejszego postępowania wzór arytmetyczny odwołujący się do zbyt dużej ilości niewiadomych i posługujący się konstrukcją procentu od procentu.

Sąd Okręgowy posłużył się natomiast mechanizmem wyliczeń uwzględniającym proporcje pomiędzy wartością zakwestionowanych świadczeń, a wartością umowy z danego zakresu. – W zakresach, gdzie procentowy wymiar wartości zakwestionowanych świadczeń wyniósł od 1 do 2% kara została ustalona na poziomie 0,2% wartości umowy z danego zakresu; gdzie procentowa wartość mieściła się w granicach od 3 do 4%, karę ustalono zaokrąglając do górnej granicy i obliczono ją na poziomie 0,4% itd. Natomiast w przypadku, gdy procentowy wymiar wysokości zakwestionowanych świadczeń przekroczył 10%, wartość kary określono w wymiarze 1% wartości umowy z danego zakresu.

Zważywszy zatem, iż w przypadku Oddziału (...) zakwestionowano 3,22% wartości umowy z tego zakresu, wymiar kary został zmiarkowany do 17.050,32 zł (4.262.580 zł x 0,4%); w przypadku Oddziału (...), gdzie zakwestionowano 6,18% wartości umowy z tego zakresu, karę zmiarkowano do 33.045,60 zł (4.720.800 zł x 0,7%); w przypadku Oddziału (...) wymiar kary zmiarkowano do 2.920 zł (1.460.000 zł x 0,2%); w przypadku Oddziału (...) do 8.780 zł (2.195.000 zł x 0,4%); w przypadku Oddziału (...) do kwoty 13.650 zł (1.950.000 zł x 0,7%); w przypadku Oddziału (...) do kwoty 11.410,60 zł (5.705.300 zł x 0,2%); w przypadku Oddziału (...) zmiarkowano do kwoty 12.180 zł (3.045.000 zł x 0,4%); w przypadku Oddziału (...) Ogólnej zmiarkowano karę do wysokości 24.216,48 zł (4.036.080 zł x 0,6%); w przypadku Oddziału (...) kara wyniosła w dalszym ciągu 11.500 zł (1.150.000 zł x 1%); w przypadku Oddziału (...) (...) karę zmiarkowano do 10.045,74 zł (5.022.870 zł x 0,2%); w przypadku Oddziału (...) kara pozostała bez zmiany i wyniosła 18.500 zł (1.850.000 zł x 1%); w przypadku Oddziału (...) karę zmiarkowano do 7.950 zł (2.650.000 zł x 0,3%); w przypadku Oddziału (...) zmiarkowano do 3.750 zł (1.250.000 zł x 0,3%); i wreszcie w przypadku Oddziału (...) (...) zmiarkowano ją do wysokości 28.911,69 zł (3.212.410 zł x 0,9%). Wskazane kwoty cząstkowe stanowią sumę w wysokości 203.910,43 zł, co stanowi wymiar zmiarkowanej kary umownej nałożonej w związku z nienależytym

wykonaniem umowy nr (...) przez Wojewódzki Szpital (...) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w L..

Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w W. dokonał potrącenia z tytułu nałożonej kary umownej w wysokości 425.100,40 zł. Zważywszy jednak powyższe wyliczenia należało uznać, że pozwany był uprawniony do dokonania potrącenia jedynie w wysokości 203.910,43 zł (art. 498 k.c.). Z tych też względów należało uwzględnić żądanie powoda, co do zasądzenia na jego rzecz od pozwanego różnicy pomiędzy kwotą faktycznie potrąconą (425.100,40 zł), a kwotą, do potrącenia której NFZ był uprawniony (203.910,43 zł); co uzasadniało zasądzenie na rzecz powoda kwoty 221.189,97 zł. Uznając za nieuprawniony sposób miarkowania kary przedstawiony przez powoda Sąd oddalił żądanie pozwu ponad tą kwotę (punkt II wyroku).

Sąd orzekł o odsetkach na mocy art. 481 k.c. oraz 455 k.c. – Sąd uznał, iż w przypadku zobowiązań bezterminowych ich wymagalność aktualizuje się w dacie wezwania dłużnika do zapłaty. Powód dochodził odsetek od daty wniesienia pozwu do dnia zapłaty. W ocenie Sądu pozew w niniejszej sprawie stanowi jednak wezwanie do zapłaty, został on doręczony pozwanemu w dniu 26 maja 2014 roku (k. 208), a zatem pozwany pozostawał w opóźnieniu ze spełnieniem świadczenia dopiero od dnia 27 maja 2014 roku. – Od tej też daty Sąd zasądził odsetki, oddalając tym samym żądanie odsetek za okres od 3 stycznia 2014 roku do 26 maja 2014 roku.

Sąd oparł rozstrzygnięcie w przedmiocie kosztów procesu o art. 100 zd. 1 k.p.c., zgodnie z którym w razie częściowego tylko uwzględnienia żądań koszty będą wzajemnie zniesione lub stosunkowo rozdzielone. Powód wygrał proces w 83 % i w tej części przysługiwał mu zwrot kosztów od pozwanego.

W niniejszej sprawie na koszty te składały się koszty zastępstwa procesowego w kwocie 7200 zł, określone na mocy § 6 pkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz.U. 2013 nr 0 poz. 490), a także opłata skarbową od pełnomocnictwa w wysokości 17 zł (7217 x 83%=5990 zł). Jako że powód był zwolniony w całości od ponoszenia opłaty od pozwu Sąd przejął na rachunek Skarbu Państwa jej część odpowiadającą 17% jej wysokości; natomiast w pozostałym zakresie nakazał jej ściąganie od przegrywającego proces w 83% pozwanego. Wymiar opłaty obliczono stosownie do art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. z 2014 r., poz. 1025 z późn. zm.).

Mając na uwadze powyższe, w oparciu o wskazane przepisy Sąd Okręgowy orzekł jak w sentencji.