

Sygn. akt. I C 736/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 maja 2015 roku

Sąd Okręgowy w Lublinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący: Sędzia Sądu Rejonowego (del. do SO) Piotr Czerny

Protokolant: Monika Porębska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 15 maja 2015 roku w Lublinie

sprawy z powództwa (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w O.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia z siedzibą w W.

o zapłatę

I. zasądza od Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W. na rzecz powoda (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w O. kwotę 386.660,00 zł (trzysta osiemdziesiąt sześć tysięcy sześćset sześćdziesiąt złotych) z odsetkami ustawowymi od dnia 12 października 2013 r. do dnia zapłaty;

II. oddala powództwo w pozostałej części;

III. zasądza od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W. na rzecz powoda (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w O. kwotę 7.217,00 zł (siedem tysięcy dwieście siedemnaście złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu;

IV. nieuiszczoną opłatą od pozwu obciąża Skarb Państwa.

Sygn. akt I C 736/13

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 26 lipca 2013 roku powód Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w O. (aktualnie (...) Sp. z o.o. z siedzibą w O. – art. 80 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej) domagał się zasądzenia od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia na swoją rzecz kwoty 422.176,60 zł z odsetkami ustawowymi od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty, a także rozstrzygnięcia o kosztach procesu, w tym kosztach zastępstwa procesowego, według norm prawem przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu wyjaśniono między innymi, że w okresie od dnia 22 października do dnia 15 listopada 2012 roku pozwany przeprowadził kontrolę realizacji przez powoda umów wraz z aneksami nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne - w zakresie wybranych świadczeń. Celem kontroli, zgodnie z wystąpieniem pokontrolnym, była ocena prawidłowości realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, pod względem ich zgodności z Umową i "Szczegółowymi materiałami informacyjnymi" oraz zasadność wykazywania świadczeń do zapłaty przez Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ. Kontrolą został objęty okres od dnia 1 stycznia 2007 roku do 30 czerwca 2008 roku.

W wyniku kontroli stwierdzono, że w 2007 roku - w 106 pozycjach i w I półroczu 2008 r. - w 76 pozycjach sprawozdawczych, przedstawionych do rozliczenia świadczeń brak jest wymaganej pozytywnej opinii konsultanta krajowego wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny. Podniesiono, że zgodnie z par. 1 pkt 3 „Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne”, stanowiących załącznik do Zarządzenia nr (...) z dnia 18 września 2006 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z późn. zm., świadczeniodawca powinien wykazywać świadczenia według „1) Katalogu świadczeń szpitalnych, stanowiących załącznik nr 1a”.

Pozwany w Protokole pokontrolnym zajął stanowisko, że łączna wartość sprawozdanych świadczeń została zawyżona o kwotę 585.390,00 zł. Z tej kwoty powód wyliczył, że łączna wartość świadczeń wykonanych w warunkach zarzutu pozwanego braku zgody konsultanta krajowego/wojewódzkiego wynosi 386.660,00 zł.

W zaleceniach pokontrolnych pozwany zobowiązał powoda do sporządzenia i przesłania pozwanemu korekty sprawozdań obejmującej świadczenia zakwestionowane w wyniku kontroli na łączną kwotę 585.390,00 zł, w tym za rok 2007 kwotę 332.850,00 zł i za I półrocze 2008 r. kwotę 252.540,00 zł. Nadto na podstawie par 28 ust. 1 oraz par 29 ust. 1 pkt 1g Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 roku Dz. U. Nr 197, poz. 1643) ze względu na stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości w realizacji umów nr (...) pozwany nałożył na powoda karę umowną w wysokości 53.770,92 zł, z czego na świadczenia objęte niniejszym pozwem przypada kwota 35.516,60 zł.

Istotnie dla wykonania przez powoda 182 świadczeń zdrowotnych, o których mowa wyżej, wymagana była zgoda konsultanta krajowego/wojewódzkiego, co wynikało z treści zamieszczonych w Załączniku nr 1a do szczegółowych materiałów informacyjnych w zakresie odnoszącym się do warunków referencyjnych i tak dla I połowy 2007 roku w brzmieniu „możliwość wykonywania świadczenia potwierdzona pozytywną opinią konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny”. Jednakże nigdy i nigdzie nie zostały doprecyzowane warunki dla pozytywnej opinii konsultanta krajowego/wojewódzkiego co do formy: ustna, pisemna, a jeśli ustna to wyrażona komu, daty wydania, do każdego świadczenia medycznego, którego wykonanie obwarowane było wymogiem pozytywnej opinii konsultanta krajowego/wojewódzkiego, czy też dla oddziału, na którym świadczenia te zostały wykonane.

Ordynatorzy: Oddziału Kardiologiczno - Internistycznego i Oddziału Internistycznego w oparciu o konsultacje z konsultantem wojewódzkim pozostawali w przeświadczeniu posiadania wymaganej pozytywnej opinii konsultanta krajowego/wojewódzkiego dla Oddziału Internistycznego w P. i Oddziału Internistyczno-Kardiologicznego w O. w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych, które zakwestionowała kontrola pozwanego, zarzucając brak pozytywnej opinii konsultanta krajowego/wojewódzkiego.

W trakcie przeprowadzanej przez pozwanego kontroli, powód przedstawił sprawę konsultantowi wojewódzkiemu, tj. zarzut kontroli pozwanego braku pozytywnej opinii konsultanta krajowego/wojewódzkiego. Konsultant Wojewódzki w zakresie chorób wewnętrznych Prof. dr hab. med. W. S. na drodze pisemnej w dniu 2012.22.08 złożył 2 oświadczenia: „że zespół lekarzy pracujący od 01 stycznia 2007r. na Oddziale Internistycznym w P. posiadał odpowiednie kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom z jednostkami chorobowymi, wymagającymi leczenia w jednostkach o podwyższonym poziomie referencyjności: cukrzycą t. 1 i 2, nadczynnością tarczycy, przewlekłą niewydolnością nerek, że zespół pracujący w roku 2007 na Oddziale Internistyczno-Kardiologicznym posiadał odpowiednie kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych chorym z cukrzycą t. 1 i 2, nadczynnością tarczycy, ostrymi zespołami wieńcowymi, przewlekłą niewydolnością nerek.

Do czasu kontroli pozwany nie kwestionował sprawozdawanych przez powoda do rozliczenia świadczeń zdrowotnych, dla wykonania których wymagana była pozytywna opinia konsultanta krajowego/wojewódzkiego i nie żądał, w odniesieniu do tych świadczeń, dowodu w postaci pozytywnej opinii konsultanta krajowego/wojewódzkiego.

Tylko w 2 przypadkach rozpoznanie medyczne w dacie przyjęcia kwalifikowało konieczną do zastosowania procedurę medyczną, dla realizacji której wymagana była pozytywna opinia konsultanta krajowego/wojewódzkiego. W pozostałych przypadkach, po rozpoczęciu leczenia, w wyniku postawionej diagnozy opartej na przeprowadzonych badaniach, gdy pacjent cały czas przebywał w szpitalu, zaistniała potrzeba zastosowania procedury medycznej, dla której wykonania wymagana była zgoda konsultanta krajowego/wojewódzkiego.

Do rozliczenia z pozwanym powód sprawozdał wykonane procedury medyczne według faktycznego wykonania, nie zaś z daty przyjęcia pacjenta na hospitalizację. W większości przypadków, co przyznać należy, procedury te są punktowane wyżej aniżeli procedury do sprawozdania zgodnie z oceną stanu pacjenta z daty przyjęcia na hospitalizację. W odniesieniu do łącznie zakwestionowanych 182 przypadków (106 + 76) różnica stanowi kwotę 147.567,00 zł.

W sytuacji, gdy pozwany zakwestionował świadczenia na kwotę 386.660,00 zł, objętej żądaniem pozwu, powód zwrócił się do pozwanego o możliwość dokonania rozliczenia zakwestionowanych procedur według kwalifikacji z daty przyjęcia pacjenta, tj. o możliwość przeszacowania, co dałoby powodowi kwotę 239.093,00 zł. Pozwany jednak nie wyraził zgody na przeszacowanie świadczeń.

Do 2012 roku zasadą było, że zakwestionowane, ale faktycznie wykonane świadczenia były korygowane i sprawozdawane ponownie, a następnie pozwany za nie płacił. Wobec odmowy rozliczenia zakwestionowanych przez pozwanego świadczeń opieki zdrowotnej według kwalifikacji z daty przyjęcia pacjenta, tj. odmowy przeszacowania świadczeń, powód zwrócił się do pozwanego z wnioskiem o odblokowanie umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju: leczenie szpitalne nr: (...), w celu umożliwienia przesłania raportów statystycznych i rozliczeniowych dotyczących świadczeń wykonanych w ramach w/w umów oraz wygenerowanie szablonów rachunków do limitów środków finansowych określonych w planach rzeczowo-finansowych, gdyż w wyniku rozliczenia zaleceń kontroli powstała pula wolnych środków finansowych w ramach limitów określonych umowami. Pozwany powołując się na Ugodę zawartą przez Strony w dniu 11 lutego 2008 roku oraz porozumienie zawarte w dniu 24 października 2008 roku powołany wniosek powoda załatwił odmownie.

Brak zgody pozwanego na kompensatę finansową świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne za lata 2007 i półrocze 2008 sprowadza taką sytuację, że powód w warunkach faktycznie wykonanych, sprawozdanych lecz nie zapłaconych przez pozwanego wykonania - według stanu sprzed kontroli w roku 2007 i 2008 ponad limit świadczeń opieki zdrowotnej na kwotę 541.240,00 zł, z czego w 2007 r. na kwotę 292.120,00 zł i w I półroczu 2008 r. na kwotę 249.120,00 zł nie wykonał kontraktu - planu rzeczowo-finansowego - w roku 2007 r. na kwotę 269.900,00 zł, a w I półroczu 2008 roku na kwotę 250.338,00 zł, łącznie na kwotę 519.238,00 zł - w dwóch Oddziałach: K.-Internistycznym i Internistycznym.

Reasumując, w warunkach gdy nie była określona forma dla zgody konsultanta krajowego/wojewódzkiego, gdy w Oddziale Internistyczno - Kardiologicznym i w Oddziale Internistycznym zespół lekarzy posiadał odpowiednie kwalifikacje do udzielania pacjentom świadczeń zdrowotnych z jednostkami chorobowymi, zakwestionowanymi przez kontrolę pozwanego, wymagającymi leczenia w jednostkach o podwyższonym poziomie referencyjności, gdy w oparciu o konsultacje z konsultantem wojewódzkim Ordynatorzy pozostawali w przeświadczeniu posiadania wymaganej pozytywnej opinii konsultanta krajowego/wojewódzkiego dla Oddziału Internistycznego w P. i Oddziału Internistyczno-Kardiologicznego w O. w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych, które zakwestionowała kontrola pozwanego, świadczenia zdrowotne zostały faktycznie wykonane, potrącenie należności za te świadczenia, w sytuacji gdy nadto pozwany wykonał ponad limit w 2007 i 2008 r. świadczenia zdrowotne na kwotę 541.240,00 zł, stanowi rażące nadużycie prawa, a przez to rażące naruszenie przepisu art. 5 k.c. (k. 2-6)

W odpowiedzi na pozew pozwany domagał się oddalenia powództwa i zasądzenia od powoda na swoją rzecz kosztów postępowania sądowego, w tym zastępstwa procesowego, wg norm prawem przewidzianych.

W uzasadnieniu pozwany wyjaśnił między innymi, że nie uznaje powództwa tak co do zasady, jak i co do wysokości. Faktem bezspornym jest, że strony związane były umową o udzielanie świadczeń medycznych i że w okresie od 22 października 2012 r. do 15 listopada 2012 r. Fundusz przeprowadził kontrolę u powoda celem oceny realizacji umów

w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie wybranych świadczeń w czasie od 1 stycznia 2007 r. do 30 czerwca 2008 r. Nie budzi również wątpliwości, że w wyniku tej kontroli z różnych przyczyn, m.in. z powodu braku wymaganej przez przepisy opinii konsultanta krajowego/wojewódzkiego, w danej dziedzinie medycyny, zakwestionowano świadczenia na kwotę 585.390,00 zł (332.850,00 zł za rok 2007 i 252.540,00 zł za okres 1.01.2008 r. do 30.06.2008 r.).

Na powoda nałożono też kary umowne w minimalnej wysokości, to jest 36.010,05 zł za rok 2007 i 17.760,87 zł za I połowę 2008 r. Łącznie 53.770,92 zł.

Od początku powód nie zaprzeczał, że doszło do nieprawidłowego wykonania umowy i nie kwestionował wysokości wyliczonych przez Zespół Kontrolny kwot. Przyznał, że są to błędy i starał się jedynie nieudolnie usprawiedliwić, dlaczego doszło do nieprawidłowości. Żadna ze wskazanych przez powoda w piśmie z dnia 14 listopada 2012 r. oraz w piśmie z dnia 20.12.2012 r. przyczyn nienależytego wykonywania umowy nie mogła być uwzględniona m.in. z tej przyczyny, że są one bardzo ogólne, jak i z tego, że powód jako wieloletni świadczeniodawca nie powinien dopuścić do tego typu błędów. Warto też zauważyć, że takie nieprawidłowości występowały już wcześniej u powoda, np. w toku kontroli w okresie od 3 do 21 września 2010 r.

W piśmie z dnia 8.01.2013 r. powód zwrócił się do pozwanego o rozłożenie kwoty 585.390,00 zł na raty. Pismem z dnia 14 stycznia 2013 r. pozwany przychylił się do prośby powoda, dołączając do tego pisma projekt ugody. Pomimo dogodnych, zdaniem pozwanego, warunków rozłożenia ugody, powód po prawie 2 miesiącach zwrócił pozwanemu niepodpisaną ugodę, lakonicznie informując, że nie może jej podpisać.

Z działań podjętych przez powoda po kontroli, jednoznacznie wynika, że miał on świadomość ciężącego na nim zobowiązania w postaci zwrotu wynagrodzenia za nienależyte wykonywanie umowy oraz miał zamiar dobrowolnego spełnienia świadczenia. Spełnienie tych dwóch przesłanek, zgodnie z utrwalonym orzecznictwem oznacza, że dłużnik, w tym przypadku powód uznał całe roszczenie. W tej sytuacji pozwany dokonał potrącenia kwoty 585.390.300,00 zł z bieżących rachunków w dwóch ratach 252.540,30 zł w dn. 25.02.2013 r. i 332.850,00 zł w dn. 26.03.2013 r.

Pozwem z dnia 4 czerwca 2013 r. powód domaga się zapłaty w wysokości 422.177,00 zł tytułem rozliczenia skutków finansowych kontroli za okres od 1 stycznia 2007 r. do 30 czerwca 2008 r. W tym stanie rzeczy pozwany wnosił o oddalenie powództwa z powodu wcześniejszego uznania roszczenia przez powoda.

Jeżeli chodzi o kary umowne, to powód uznał je wprost, prosząc Oddział o potrącenie nałożonej kary w wysokości 53.770,92 zł z bieżących faktur wystawionych za usługi medyczne wykonane w miesiącu styczniu 2013 r. W tym stanie rzeczy pozwany wnosił również o oddalenie powództwa i w tym zakresie z powodu jak wyżej.

Powód nie kwestionował ani kwoty 585.390.300,00 zł, ani kwoty 53.770,92 zł. Wiedział, że wykonywał świadczenia niezgodnie z zawartą umową. Twierdzi, że cały czas był w kontakcie z konsultantem, jednak nie przedstawił kontrolującemu żadnych dokumentów potwierdzających ten fakt. Dołączenie do dokumentów kontroli informacji konsultanta z dnia 8.11.2012 r. dotyczących świadczeń wykonanych w okresie od 1 stycznia 2007 r. do 30 czerwca 2008 r. nie ma żadnego znaczenia w przedmiotowej sprawie, ponieważ zgodnie z zawartą umową o udzielanie świadczeń zdrowotnych opinia konsultanta powinna być udzielana na bieżąco i brak jakiegokolwiek wyjątku od tej normy. (k. 56-58)

W piśmie procesowym z dnia 9 grudnia 2013 r. powód dodatkowo wyjaśnił między innymi, że w roku 2007 i w roku 2008 udzielał świadczeń opieki zdrowotnej w oparciu o umowy o udzielanie świadczeń medycznych łączące powoda z pozwanym (nr (...)). Powód nie tylko wykonał świadczenia medyczne objęte planem rzeczowo-finansowym w roku 2007 i w I półroczu 2008 roku, ale je przekroczył, ponad końcowe rozliczenie - dokonane na mocy Ugody i Porozumienia i wartość świadczeń w warunkach przekroczenia, powszechnie zwanych świadczeniami ponadlimitowymi, wyniosła w 2007 r. 292.120,00 zł, a w I półroczu 2008 r. 249.120,00 zł.

Dnia 11 lutego 2008 r. strony zawarły Ugodę dotyczącą rozliczenia kosztów za świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne- oddziały szpitalne w tym świadczenia objęte umową o udzielanie świadczeń opieki

zdrowotnej nr (...). Na mocy przedmiotowej ugody pozwany zobowiązał się do zapłaty na rzecz powoda dodatkowego wynagrodzenia w wysokości 278.495,00 zł z tytułu realizacji w okresie od dnia 1 stycznia 2007 r. do dnia 31 grudnia 2007 r. świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne - oddziały szpitalne w ilości przekraczającej liczbę jednostek rozliczeniowych zapłaconych w ramach umowy, zaś powód oświadczył, że nie będzie dochodził w przyszłości jakichkolwiek dalszych roszczeń związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju i za okres objęty ugodą.

Nadto strony zgodnie stwierdziły, że postanowienia ugody czynią zadość ich intencjom i oświadczają, że kwota wypłacona na podstawie umowy i ugody stanowi całkowite wynagrodzenie z tytułu realizacji przez świadczeniodawcę wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej w 2007 r., jak również zobowiązań wynikających z art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, zaś jej zapłata wyczerpuje wszelkie roszczenia świadczeniodawcy wobec Oddziału Funduszu związane z realizacją tych świadczeń, udzielonych w każdych okolicznościach, we wskazanym wyżej okresie.

Wobec tej treści postanowień Ugody, strony zostały rozliczone za rok 2007 i to jest bezsporne, pomimo tego że powód nie otrzymał zapłaty w kwocie 292.120,00 zł za świadczenia opieki zdrowotnej wykonane w 2007 r. ponad umowę i ugodę, stąd też kwota 292.120,00 zł nie składa się na wartość roszczenia dochodzonego w niniejszej sprawie.

Dnia 24 października 2008 r. strony zawarły Porozumienie, mocą którego w celu umożliwienia ostatecznego rozliczenia za świadczenia rzeczywiście wykonane strony ustaliły ostateczną wartość świadczeń za okres od dnia 01-01-2008 r. do dnia 30-06-2008 r. W przedmiotowym Porozumieniu strony zgodnie stwierdziły, że postanowienia zawarte w Porozumieniu czynią zadość ich intencjom i oświadczają, że kwota wypłacona na podstawie umowy stanowi całkowite wynagrodzenie z tytułu realizacji przez świadczeniodawcę wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej w okresie 01-01-2008 r. do 30-06-2008 r., zaś jej zapłata wyczerpuje roszczenia świadczeniodawcy wobec Oddziału Funduszu związane z realizacją tych świadczeń, udzielonych w każdych okolicznościach, w tym okresie, a świadczeniodawca oświadczył, że nie będzie dochodził w przyszłości jakichkolwiek dalszych roszczeń związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej w okresie od dnia 01-01-2008 r. do dnia 30-06-2008 r.

W świetle powyższego, za okres od dnia 01-01-2008 r. do dnia 30-06-2008 r. strony są rozliczone. Choć kwota 249.120,00zł, tytułem świadczeń ponadlimitowych za I półrocze 2008 r., nie została przez pozwanego powodowi zapłacona, to nie jest ona objęta żądaniem pozwu w niniejszej sprawie, bo strony są rozliczone za I półrocze 2008 r.

Omówiona Ugoda i Porozumienie nie mają znaczenia dowodowego w sprawie z tych względów, że powód nie dochodzi od pozwanego zapłaty za świadczenia ponadlimitowe, wykonane w okresie od 01-01-2007 r. do 31.12.2007 r. i w okresie od 01-01-2008 r. do 30-06-2008 r. Żądaniem pozwu objęta jest należność za świadczenia opieki zdrowotnej wykonane w okresie od 01-01-2007 r. do 31.12.2007 r. i w okresie od 01-01-2008 r. do 30-06-2008 r., rozliczone z pozwanym - pozwany za nie zapłacił, a następnie zakwestionowane w wyniku kontroli przeprowadzonej przez pozwanego w okresie od 22 października 2012 r. do 15 listopada 2012 r. na podstawie zarzutu braku zgody konsultanta krajowego/wojewódzkiego na wykonanie tych świadczeń.

Skutkiem kontroli przeprowadzonej przez pozwanego w okresie od dnia 22 października 2012 r. do 15 listopada 2012 r. jest nowy stan faktyczny w przedmiocie rozliczenia stron za wykonane przez powoda świadczenia opieki zdrowotnej w okresie od 01.01.2007 r. do 31.12.2007 r. i w okresie od 01.01.2008 r. do 30.06.2008 r., nie objęty regulacją, na którą składa się za rok 2007 Umowa i Ugoda, a za rok 2008 Umowa i Porozumienie.

Zarzut pozwanego zamieszczony w uzasadnieniu odpowiedzi na pozew uznania przez powoda roszczenia pozwanego powstałego w wyniku przeprowadzonej kontroli realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w okresie od 01-01-2007 r. do 31.12.2007 r. i w okresie od 01-01-2008 r. do 30-06-2008 r., objętego wystąpieniem pokontrolnym nie jest trafny.

W wystąpieniu pokontrolnym pozwany zamieszcza stwierdzenie, że w jego ocenie, nieprawidłowości i przedstawia zalecenia pokontrolne. W zaleceniach pokontrolnych z dnia 10 grudnia 2012 roku pozwany zamieścił 5 zaleceń pokontrolnych, w tym:

- sporządzenie i przesłanie do (...) Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w nieprzekraczalnym terminie 14 dni od dnia otrzymania niniejszych zaleceń pokontrolnych korekty sprawozdań (raportów statystycznych) z realizacji umowy nr (...) na kwotę 332.850,00 zł oraz z realizacji umowy nr (...) na kwotę 252.540,00 zł na łączną kwotę 585.390,00 zł;

- wystawienie faktur korygujących - rok 2007 na kwotę 332.850,00 zł; rok 2008 na kwotę 252.540,00 zł; na łączną kwotę 585.390,00 zł;

- wezwał do dokonania wpłaty kwoty 585.390,00 zł w terminie 14 dni od dnia otrzymania zaleceń z informacją, że w razie bezskutecznego upływu oznaczonego terminu uregulowania zobowiązania w określonym terminie na podstawie § 28 ust. 3 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) oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu przysługuje prawo do dokonania potrącenia nienależnie przekazanych środków wraz z odsetkami ustawowymi z należności przysługującej świadczeniodawcy;

- wezwał do dokonania wpłaty nałożonej kary umownej w wysokości 53.770,92 zł, w terminie 14 dni z informacją, że brak wpłaty spowoduje potrącenie kary umownej wraz z ustawowymi odsetkami z bieżącej należności z tytułu realizacji umowy.

Wobec takiego stanu rzeczy powód wystąpił do pozwanego z wnioskiem o rozłożenie kwoty 585.390,00 zł na raty z uwagi na bardzo trudną sytuację finansową oraz o potrącenie kwoty kary z bieżących faktur wystawionych za usługi medyczne w miesiącu styczniu 2013 r.

Z powyższego wynika, że powód wnioskował do pozwanego o sposób zapłaty przypisanej do zwrotu kwoty 585.390,00 zł i kwoty kary 53.770,92 zł po dokonaniu przez pozwanego rozstrzygnięcia w tym przedmiocie co do zasady. W tych warunkach, a więc w sytuacji gdy powód podjął działania w przedmiocie zapłaty przypisanej do zwrotu kwoty i zapłaty kary umownej już po dokonaniu przez pozwanego rozstrzygnięcia w tym przedmiocie, nie sposób podzielić stanowisko pozwanego, zajętego w odpowiedzi na pozew, że mamy do czynienia z uznaniem roszczenia powoda, które to uznanie stworzyło dla pozwanego podstawę do dokonania potrącenia kwoty 585.390,00 zł. Przyczynę wnioskowania o ratalną zapłatę kwoty 585.770,92 zł stanowi fakt sprowadzający się do uprawnień pozwanego do dokonania potrącenia należności z bieżących faktur, co w warunkach bardzo trudnej sytuacji finansowej stanowi zagrożenie dla bieżącej działalności powoda, a w żadnym razie nie stanowi uznania roszczenia pozwanego. Powód nie podzielał i nie podziela nadal stanowiska pozwanego w zakresie objętym roszczeniem pozwu i z tych względów nie zawarł z pozwanym ugody na ratalną zapłatę kwoty 585.390,00zł. Nie bez znaczenia pozostaje fakt, że dopóki trwa korespondencja, to nie ma rozstrzygnięcia ostatecznego i nie dochodzi do potrącenia przez pozwanego kwoty objętej wystąpieniem i uszczuplenia środków na bieżącą działalność powoda. Co do zapłaty kary umownej, chodziło także o to, żeby przesunąć zapłatę w czasie i dokonać w sposób jak najmniej odczuwalny dla finansów powoda.

Powód nie może uchylić się od realizacji zaleceń pokontrolnych, jeśli sam ich nie wykona, to wykona to pozwany, co zresztą zostało zawarte w wystąpieniu pokontrolnym.

Działania podjęte przez powoda w przedmiocie wyjaśnienia ustaleń kontroli pozwanego sprowadzające się do tego, by pozwany podzielił stanowisko powoda nie przyniosły pożądanego rezultatu.

Co do zasady, nie ma samowoli w działaniu pozwanego w przedmiocie wydania i realizacji zaleceń zawartych w wystąpieniu pokontrolnym. Działania pozwanego mają oparcie w przepisie § 28 ust. 1, 2 i 3 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) z tym, że pozwany przekroczył uprawnienia określone powołanym przepisem z tych względów, że

w sprawie nie mamy do czynienia z nienależnie przekazanymi przez Fundusz środkami finansowymi, obejmującymi wynagrodzenie dla powoda za wykonane w okresie od dnia 01.01.2007 r. do dnia 31.12.2007 r. i od dnia 01.01.2008 r. do dnia 30.06.2008 r. świadczenia opieki zdrowotnej, zakwestionowane przez kontrolę pozwanego.

Z kwoty 585.390,00 zł przypisanej do zwrotu na rzecz NFZ (...) Oddział Wojewódzki w L. przez kontrolę pozwanego powód dochodzi w niniejszej sprawie kwoty 386.660,00 zł za wykonane świadczenia opieki zdrowotnej objęte zarzutem kontroli braku zgody konsultanta krajowego/wojewódzkiego, kwoty 35.516,60 zł tytułem zapłaconej kary przypadającej na świadczenia objęte pozwem. (k. 80-81)

W piśmie procesowym z dnia 9 stycznia 2014 r. pozwany podniósł między innymi, że stanowisko pozwanego przedstawione w odpowiedzi na pozew z dnia 4 listopada 2013 r. nie uległo zmianie.

Zdaniem pozwanego, nie wiadomo też do czego zmierzał powód przywołując w swoim piśmie zawarte między stronami porozumienie z dnia 24.10. 2008 r. oraz ugodę z dnia 11.02.2008 r. Oba oświadczenia woli dotyczyły nadlimitów za okres o 1.01.2007 r. do 30.07.2008 r., które jak już napisano nie są przedmiotem niniejszego postępowania. Z ostrożności procesowej pozwany stwierdził, że na podstawie w/w dokumentów powód zrzekł się roszczeń ponadlimitowych za okres 1.01.2007 r. do 30.06.2008 r. Natomiast pozycja Funduszu w oparciu o te dokumenty przedstawia się inaczej, bowiem pozwany nie zrzekł się żadnych roszczeń w stosunku do powoda. Wręcz przeciwnie tak porozumieniu jak i w ugodzie w paragrafie 3 wyraźnie zapisano, że cyt. „niniejsze uzgodnienia nie wyłączają postanowień umowy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia, w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na mocy których Oddziałowi Funduszu przysługują względem świadczeniodawcy roszczenia o zwrot nienależnie przekazanych środków lub o zapłatę kar umownych”.

Ponieważ przedmiotowa sprawa dotyczy właśnie zwrotu nienależnie przekazanych środków i kary umownej, tak ugoda jak i porozumienie stanowią dla Funduszu dodatkową podstawę prawną roszczenia Funduszu o zwrot środków jak i nałożenia kary umownej.

W sprawie bezsporny jest fakt (powód oświadczył to wprost), że w okresie od 1.01.2007 r. do 30.06.2008 r. wykonywał świadczenie na II poziomie referencyjnym, niezgodnie w wymaganiami Funduszu. Chodzi mianowicie o to, że zgodnie ze szczegółowymi materiałami informacyjnymi o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne stanowiącymi załącznik do zarządzenia nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zakres świadczeń i świadczenia określone były w katalogu świadczeń szpitalnych stanowiącym załącznik nr 1a. W załączniku tym jest napisane, że pod pojęciem warunki referencyjne należy rozumieć możliwość wykonywania świadczenia potwierdzoną pozytywną opinią konsultanta w danej dziedzinie medycyny.

Jak widać, podstawowym warunkiem możliwości wykonywania świadczeń w warunkach referencyjnych jest pozytywna opinia konsultanta, a jej brak oznacza, że dany świadczeniodawca nie może wykonywać świadczeń w warunkach referencyjnych i wnosić o ich zapłatę.

W pozwie powód podnosił, że w przepisach nie uregulowano formy opinii pisemna, ustna, telefoniczna. W świetle przepisów prawa cywilnego forma pisemna jest zastrzeżona dla celów dowodowych, a nie zachowanie formy pisemnej powoduje obowiązek udowodnienia zdarzenia innymi środkami dowodowymi. Tymczasem powód nie tylko nie zachował formy pisemnej ani w żaden inny sposób nie udowodnił, że taką opinię posiadał. Dołączone do pozwu oświadczenia konsultanta sporządzone w dniu 8 listopada 2012 r. to jest w trakcie kontroli nie powinny mieć istotnego znaczenia z następujących powodów. Zostały wydane prawie 5 lat po wykonanych świadczeniach, natomiast zgodnie z powołanymi przepisami opinia konsultanta powinna być aktualna w czasie udzielania świadczeń na poziomie referencyjnym. Poza tym nie jest to opinia sensu stricto, nie tylko ze względu na brak w oświadczeniach słowa „opinia”, ale przede wszystkim dlatego, że jest w nich mowa tylko o kwalifikacji personelu medycznego, a nie ma ani słowa o innych warunkach, np. sprzętowych. Najważniejsze jest jednak to, że konsultant napisał jedynie, że wymieniony w oświadczeniach personel posiadał odpowiednie kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych, bez wyraźnego stwierdzenia, że są to kwalifikacje uprawniające do wykonywania świadczeń referencyjnych.

Zatem powód wykonywał swoje obowiązki wynikające z umowy w sposób nieprawidłowy. Stąd po stronie Funduszu powstało roszczenie o zwrot nienależnie przekazanych środków. Roszczenie to Fundusz oparł na przepisach kodeksu cywilnego, poprzez możliwość jego zastosowania, mając na uwadze art. 155 § 1 ustawy z dnia 29.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W grę mogą wchodzić 2 przepisy:

- art. 471 k.c. - dłużnik obowiązany jest do naprawienia szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, nienależyte wykonanie polegało na brak opinii konsultanta szkoda wynosi 386.660,00 zł;
- art. 410 k.c. w zw. z art. 405 k.c. - to jest, że w przedmiotowej sprawie mamy do czynienia ze świadczeniem nienależnym to znaczy zapłacenie za świadczenie bez podstawy prawnej.

Ten ostatni przepis ma też istotne znaczenie, z uwagi na fakt, że powód nie miał zawartych z Funduszem umów na wykonywanie świadczeń w warunkach referencyjnych.

Poza tym pozwany konsekwentnie podtrzymuje zarzut uznania roszczenia przez świadczeniodawcę tak kwoty zakwestionowanych świadczeń, jak i nałożonej kary umownej. Ponieważ powód nie udowodnił w żaden sposób, że w okresie od 1.01.2007 r. do 30.06.2008 r. posiadał pozytywną opinię konsultanta co w świetle obowiązujących przepisów stanowi warunek niezbędny do udzielania świadczeń na poziomie referencyjnym, pozwany wnosił o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie kosztów postępowania, w tym zastępstwa procesowego. (k. 90-92)

W piśmie procesowym z dnia 19 stycznia 2015 r. powód wskazał, że podstawę powództwa stanowi przepis art. 471 k.c. (k. 157)

W piśmie procesowym z dnia 12 lutego 2015 r. pozwany podtrzymał dotychczasowe stanowisko, a nadto podniósł zarzut przedawnienia roszczeń dochodzonych przez powoda. (k. 168)

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 11 lutego 2008 r. pomiędzy SPZOZ w O. (świadczeniodawcą) a NFZ (...) Oddziałem Wojewódzkim zawarta została ugoda w celu ustalenia kwoty całkowitego wynagrodzenia z tytułu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju Leczenie Szpitalne Oddziały Szpitalne w okresie od 1 stycznia 2007 r. do 31 grudnia 2007 r. W ugodzie ustalono, że NFZ zapłaci świadczeniodawcy dodatkowe wynagrodzenie w wysokości 278.495,00 zł z tego tytułu w ilości przekraczającej liczby jednostek rozliczeniowych zapłaconych w ramach umowy. Strony zgodnie stwierdziły, że postanowienia ugody czynią zadość ich intencjom, a wspomniana kwota stanowi całkowite wynagrodzenie z tytułu realizacji przez świadczeniodawcę wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej w 2007 r. (odpis ugody z załącznikiem – k. 74-75).

W dniu 24 października 2008 r. pomiędzy SPZOZ w O. (świadczeniodawcą) a NFZ (...) Oddziałem Wojewódzkim zawarte zostało Porozumienie, w którym strony zgodnie stwierdziły, że kwota wypłacona na podstawie umów stanowi całkowite wynagrodzenie z tytułu realizacji przez świadczeniodawcę wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej w okresie od 1 stycznia 2008 r. do 30 czerwca 2008 r., zaś jej zapłata wyczerpuje wszelkie roszczenia powoda wobec pozwanego i powód nie będzie dochodził w przyszłości jakichkolwiek dalszych roszczeń związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej w okresie od dnia 1 stycznia 2008 r. do 30 czerwca 2008 r. (odpis Porozumienia – k. 77)

Następnie w okresie od 22 października do 15 listopada 2012 r. pozwany przeprowadził kontrolę realizacji przez powoda umów wraz z aneksami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie wybranych świadczeń. W wyniku kontroli stwierdzono, że w 2007 r. w 106 pozycjach i w I półroczu 2008 r. w 76 pozycjach brak było wymaganej pozytywnej opinii konsultanta krajowego wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny. Pozwany w protokole pokontrolnym stwierdził, że łączna wartość sprawozdawczych świadczeń została zawyżona o kwotę 585.390,00 zł (332.850,00 zł za rok 2007 i 252.540,00 zł za okres 1.01.2008 r. do 30.06.2008 r.). Jednocześnie pozwany nałożył na powoda łączną karę umowną w wysokości 53.770,92 zł, stanowiącą sumę kar umownych: umowa nr (...) na kwotę 36.010,05 zł i umowa nr (...) na kwotę 17.760,87 zł. (odpis protokołu - k. 16-21)

W dniu 8 listopada 2012 r. Konsultant Wojewódzki w Zakresie Chorób Wewnętrznych Prof. dr hab. med. W. S. sporządził pisemne oświadczenie, że Oddział (...)Kardiologiczny powoda w 2007 r. Pracował w składzie osobowym obejmującym imiennie wskazanych lekarzy, posiadających odpowiednie kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych z cukrzycą t. 1 i 2, nadczynnością tarczycy, ostrymi zespołami wieńcowymi i przewlekłą niewydolnością nerek. (odpis oświadczenia – k. 29)

W dniu 8 listopada 2012 r. Konsultant Wojewódzki w zakresie chorób wewnętrznych Prof. dr hab. med. W. S. sporządził pisemne oświadczenie, że Oddział Internistyczny powoda w P. w 2007 r. Pracował w składzie osobowym obejmującym imiennie wskazanych lekarzy, posiadających odpowiednie kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych z cukrzycą t. 1 i 2, nadczynnością tarczycy i przewlekłą niewydolnością nerek. (odpis oświadczenia – k. 30)

W okresie od 1 stycznia 2007 r. do 30 czerwca 2008 r. funkcję ordynatora oddziału chorób wewnętrznych w P. pełniła B. T., natomiast funkcję ordynatora oddziału internistyczno-kardiologicznego w O. pełniła B. C.. Wymienione oddziały były wizytowane przez konsultanta wojewódzkiego w zakresie chorób wewnętrznych Prof. dr hab. W. S.. Wizyty konsultanta odbywały się przeciętnie raz w roku, sprowadzały się do kontroli pracy oddziałów, wizyt na salach chorych, analizie dokumentacji medycznej. Jednocześnie ordynatorzy oddziałów, w razie potrzeby, kontaktowali się telefonicznie z konsultantem wojewódzkim. Konsultant wojewódzki posiadał wiedzę, jakie jednostki chorobowe leczone są na wymienionych oddziałach i nie zgłaszał zastrzeżeń. (zeznania świadków B. T., B. C., W. S. – k. 134)

Problem formy wyrażenia pozytywnej opinii przez konsultanta wojewódzkiego co do możliwości wykonywania świadczeń w sposób uzasadniający ich refundację przez NFZ miał charakter sporny i dlatego był przedmiotem dyskusji w środowisku medycznym. Natomiast ordynatorzy oddziałów, których świadczenia zostały zakwestionowane przez pozwanego wyrażali przekonanie, że spełniają omawiany wymóg pozytywnej opinii konsultanta. (zeznania świadka J. S. – k. 179-179v)

W dniu 9 stycznia 2013 r. powód złożył pozwanemu pisemne wnioszek o rozłożenie na raty kwoty 585.390,00 zł wynikającej z zakwestionowania usług medycznych podczas kontroli. (odpis pisma – k. 65)

W odpowiedzi na powyższe pismo pozwany przedstawił powodowi w dniu 23 stycznia 2013 r. propozycję ugody obejmującej rozłożenie wskazanej wyżej kwoty na raty. (odpis pisma z projektem ugody- k. 66-68)

W piśmie z dnia 25 lutego 2013 r. powód złożył do pozwanego wnioszek o potrącenie kary umownej w wysokości 53.770,92 zł z bieżących faktur wystawionych za usługi medyczne w styczniu 2013 r. (odpis pisma – k. 71)

W dniu 27 lutego 2013 r. pozwany dokonując wypłaty na rzecz powoda dokonał potrącenia z rachunku bieżącego kwoty 53.770,92 zł tytułem wspomnianej wyżej kary umownej. (wyciąg – k. 161)

Pozostałą kwotę składającą się na żądanie powoda pozwany również potrącił z bieżących wypłat w dwóch ratach obejmujących kwotę łączną (obejmującą również kwoty nie objęte żądaniem w niniejszym procesie) w wysokości 585.390,30 zł, tj. 252.540,30 zł w dniu 25.02.2013 r. i 332.850,00 zł w dn. 26.03.2013 r. (bezsporne, zgodne oświadczenia stron: k. 57, 160, zeznania świadka E. K. – k. 179v)

W dniu 4 marca 2013 roku pozwany otrzymał od powoda pismo, w którym powód złożył oświadczenie informujące o braku możliwości podpisania zaproponowanej ugody. (odpis pisma – k. 69)

Powód nie składał zażaleń związanych z wynikami kontroli NFZ i nałożonymi sankcjami finansowymi. (zeznania świadka E. K. – k. 180)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie powołanych wyżej dokumentów, które nie były kwestionowane przez strony i nie budziły wątpliwości Sądu. Również zeznania świadków B. T., B. C., W. S., J. S. i E. K. są wiarygodne.

Zeznania te są spontaniczne, wzajemnie zgodne co do istotnych szczegółów, nie były kwestionowane przez strony i dlatego zostały uznane przez Sąd za w pełni wiarygodne.

Natomiast zeznania świadków A. L. i W. C. nie wniosły do sprawy niczego istotnego.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Dochodzona przez powoda kwota 422.176,60 zł obejmuje dwa elementy (k. 81v). Pierwszy z nich stanowi kwota 386.660,00 zł, w zakresie której pozwany zobowiązał powoda do zwrotu w związku z brakiem zgody konsultanta krajowego/wojewódzkiego na wykonanie określonych świadczeń medycznych. Drugi element stanowi natomiast część kary umownej w wysokości 35.516,60 zł (z ogólnej kwoty kary umownej wynoszącej 53.770,92 zł) dotyczącej tych właśnie świadczeń medycznych.

Uzasadnieniem żądania przez powoda od pozwanego zapłaty wskazanych wyżej obu kwot jest kwestionowanie przez niego ustaleń kontrolnych NFZ, iż powód spełniając świadczenia nie posiadał wymaganej zgody konsultanta wojewódzkiego na wykonywanie wybranych świadczeń medycznych. Swoje roszczenia powód wywodzi z unormowania art. 471 k.c. Zgodnie z tym przepisem, dłużnik obowiązany jest do naprawienia szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, chyba że niewykonanie lub nienależyte wykonanie jest następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi.

Zacytowany wyżej przepis obejmuje tzw. odpowiedzialność kontraktową. Powstaje ona, jeżeli spełnione zostaną następujące przesłanki: 1) szkoda wierzyciela w postaci uszczerbku majątkowego; 2) szkoda musi być spowodowana niewykonaniem lub nienależycie wykonanym zobowiązaniem przez dłużnika; 3) związek przyczynowy między faktem nienależytego wykonania lub niewykonania zobowiązania a poniesioną szkodą.

W art. 471 k.c. zawarte jest jednak domniemanie, że niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania nastąpiło wskutek okoliczności, za które dłużnik ponosi odpowiedzialność. Ciężar dowodowy przedstawia się dla wierzyciela korzystniej w porównaniu z odpowiedzialnością za czyny niedozwolone, bowiem nie musi on udowadniać istnienia wszystkich warunków odpowiedzialności odszkodowawczej, nie musi wykazywać znamion winy w zachowaniu dłużnika. Konstrukcja odszkodowawczej odpowiedzialności kontraktowej jest oparta na zasadzie winy domniemanej¹.

W tym kontekście należy więc zwrócić uwagę na regulacje obowiązującego do dnia 30 marca 2008 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej². Przepisy tego rozporządzenia obowiązywały bowiem w chwili zawierania umów, których dotyczy żądanie pozwu. W szczególności w Załączniku do tego rozporządzenia wskazano między innymi, że:

§ 28. 1. Umowa może zawierać zastrzeżenie o możliwości nałożenia przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczeniodawcę kary umownej w razie stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.

2. Wysokość kary umownej ustala się z uwzględnieniem kwoty zobowiązania określonej w umowie oraz rodzaju i wagi stwierdzonych nieprawidłowości.

3. W razie stwierdzenia podczas kontroli naruszeń, które zostały stwierdzone również w kontrolach przeprowadzonych uprzednio w czasie obowiązywania umowy, wysokość kary umownej w przypadku powtarzającego się naruszenia ustala się jako kwotę wyższą od ustalonej uprzednio, z zastrzeżeniem § 29 ust. 2.

4. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia określa każdorazowo, w wezwaniu do zapłaty, wysokość kary umownej oraz termin zapłaty, który nie może być krótszy niż 14 dni od dnia wezwania. W przypadku gdy termin określony w wezwaniu do zapłaty przypadnie wcześniej niż termin dokonania kolejnej płatności przez Narodowy Fundusz Zdrowia, świadczeniodawca jest zobowiązany do dokonania zlecenia przelewu w dniu dokonania płatności przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

5. W razie bezskutecznego upływu oznaczonego terminu, o którym mowa w ust. 4, dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ma prawo potrącania kar umownych, wraz z ustawowymi odsetkami, z przysługujących świadczeniodawcy należności.

6. Złożenie zażalenia na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, o których mowa w ust. 1, wstrzymuje możliwość dokonania potrącenia, o którym mowa w ust. 5, do czasu rozpatrzenia zażalenia przez Prezesa Funduszu.

§ 29. 1. W przypadku zastrzeżenia w umowie kar umownych, w razie niewykonania lub wykonania umowy niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, wysokość kary umownej wynosi:

1) do 2 % kwoty zobowiązania wynikającego z umowy za każde stwierdzone naruszenie, w przypadku:

a) udzielania świadczeń przez osoby nieuprawnione lub nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny,

b) nieudzielania świadczeń w czasie i miejscu ustalonym w umowie,

c) obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy,

d) udaremniania kontroli albo niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych,

e) pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy,

f) nieuzasadnionej odmowy udzielenia świadczeniobiorcy świadczeń,

g) przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Narodowy Fundusz Zdrowia dokonał płatności nienależnych środków finansowych.

Z kolei zgodnie z treścią § 28 ust. 6 wskazanego wyżej Załącznika do cytowanego rozporządzenia oraz art. 160 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³, powód miał możliwość wniesienia do Prezesa NFZ zażalenia na czynność Dyrektora Wojewódzkiego Oddziału NFZ polegającą na wymierzeniu kary umownej.

Kolejnym aktem, na który należy zwrócić uwagę jest Zarządzenie Nr (...) z dnia 18 września 2006 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie przyjęcia "Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne – wydane na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i pkt 25 oraz art. 146 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴.

Z kolei w Załączniku 1a do tego rozporządzenia „Katalog świadczeń szpitalnych” - w przypadku szczegółowo wymienionych procedur medycznych określają warunki referencyjne: „możliwość wykonywania świadczenia potwierdzona pozytywną opinią konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny”.

Mając powyższe na względzie, należy uznać, że powód w okresie wykonywania zakwestionowanych świadczeń, dysponował pozytywną opinią konsultanta krajowego/wojewódzkiego stanowiącą warunek wykonania wybranych procedur medycznych. Wynika to przede wszystkim z treści zeznań przesłuchanego w charakterze świadka W. S., który pełnił wówczas tę funkcję. Istnienie pozytywnej opinii wynikało z wiedzy konsultanta o rodzajach wykonywanych przez powoda świadczeń medycznych, warunków ich wykonywania i uprawnień personelu medycznego do leczenia konkretnych jednostek chorobowych oraz braku jakichkolwiek zastrzeżeń z jego strony. Obowiązujące przepisy oraz umowy pomiędzy stronami nie przewidywały też jakiegokolwiek szczególnej formy, w której konsultant winien był

wyrazić swoją opinię. Dokumenty wystawione w sposób następujący przez konsultanta w roku 2012 stanowią wyłącznie potwierdzenie istnienia tej pozytywnej opinii.

W dalszej kolejności należy zauważyć, że powód złożył pozwanemu określone pisemne oświadczenia. W szczególności w dniu 9 stycznia 2013 r. powód złożył pozwanemu pisemnie wniosek o rozłożenie na raty kwoty 585.390,00 zł wynikającej z zakwestionowania usług medycznych podczas kontroli. (odpis pisma – k. 65). W ocenie Sądu, w tym przypadku można mówić co najwyżej o uznaniu niewłaściwym roszczeń⁵.

Natomiast w piśmie z dnia 25 lutego 2013 r. powód złożył do pozwanego wniosek o potrącenie kary umownej w wysokości 53.770,92 zł z bieżących faktur wystawionych za usługi medyczne w styczniu 2013 r. (odpis pisma – k. 71).

W odpowiedzi na powyższy wniosek w dniu 27 lutego 2013 r. pozwany dokonując wypłaty na rzecz powoda dokonał potrącenia z rachunku bieżącego kwoty 53.770,92 zł tytułem wspomnianej wyżej kary umownej, obejmującej również dochodzoną w sprawie kwotę 35.516,60 zł. (wyciąg – k. 161)

W przypadku drugiego z oświadczeń można więc mówić o uznaniu właściwym i spełnieniu świadczenia zgodnie z nową umową stron. Właściwe uznanie długu stanowi bowiem nieuregulowaną przepisami odrębną umowę ustalającą co do zasady istnienie i zakres stosunku prawnego. Uznanie jest czynnością prawną, umową jednostronnie zobowiązującą, zawartą pomiędzy dłużnikiem a wierzycielem, w której dłużnik potwierdza swe zobowiązanie, zasadniczo mając na celu jego ustalenie. Uznanie jako umowa jest dopuszczalne w ramach swobody umów. Z tego względu do uznania właściwego stosuje się przepisy ogólne o zobowiązaniach. Nie wymagają zatem one szczególnej formy, a oświadczenie wierzyciela o przyjęciu uznania często jest dorozumiane⁶.

W konsekwencji nie można też uznać świadczenia potrąconego z tytułu kary umownej przez pozwanego za świadczenie nienależne w rozumieniu art. 410 § 2 k.c., ani tym bardziej za świadczenie należne z tytułu świadczenia odszkodowawczego na podstawie art. 415 k.c. lub 471 k.c. (na tę ostatnią podstawę powołał się powód, ale na gruncie uzasadnienia faktycznego pozwu żądanie należało ocenić na wszystkich wymienionych podstawach, ponieważ Sąd nie był związany wskazaniem przez powoda konkretnego przepisu prawnego). Dodatkowo na przeszkodzie uwzględnieniu żądania powoda na płaszczyźnie zwrotu świadczenia nienależnego stałyby w tym przypadku przepis art. 411 pkt 1 k.c. W tej też części powództwo podlegało oddaleniu wraz z odnoszącym się do niego żądaniem odsetek.

Natomiast powództwo jest zasadne w zakresie odnoszącym się do kwoty 386.660,00 zł. Podstawą uwzględnienia powództwa nie jest jednak w tym przypadku przepis art. 471 k.c. (wskazany przez powoda). Nie jest nim również art. 405 k.c. w zw. z art. 410 § 1 i 2 k.c., które Sąd wziął pod uwagę z uwagi na treść i zakres podstawy faktycznej powództwa zakreślony przez stronę powodową w pozwie, a następnie doprecyzowaną w kolejnych pismach procesowych. W sprawie nie chodzi bowiem o uzyskanie korzyści majątkowej bez podstawy prawnej, a w szczególności o świadczenie nienależne.

Powództwo jest zasadne w omawianej części z uwagi na fakt, iż potrącenie kwoty 386.660,00 zł nastąpiło z bieżących należności pozwanego wobec powoda wynikających z zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. kontraktów)⁷ i przepisów o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej, a w szczególności art. 132 i n. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸.

Kwoty tej, potrąconej przez pozwanego, jak już wyżej zaznaczono, nie obejmowało też oświadczenie powódki, które można by potraktować za uznanie właściwe. Pozwany nie kwestionował natomiast, że tego rodzaju należności powoda istniały i były wymagalne - okoliczność tę Sąd uznał za przyznaną zgodnie z treścią art. 230 k.p.c.

Na przeszkodzie uwzględnieniu powództwa w omawianym zakresie nie stał też fakt zawarcia przez strony porozumień i ugód przed rozpatrywaną kontrolą NFZ, nawet jeśli dotyczyły one tego samego okresu co wskazany w pozwie (k. 74-77), na co powoływał się pozwany. Treść wspomnianych ugód i porozumień, z uwagi na daty ich zawarcia, nie mogła dotyczyć kontroli z 2012 r. i dokonanych następnie potrąceń. Natomiast projekt ugody z dnia 14 stycznia 2013 r. nie został zaakceptowany i podpisany przez stronę powodową (k. 67).

Z uwagi na daty dokonanych potrąceń (2013 r.) chybiony jest też zarzut przedawnienia podniesiony przez pozwanego. Potrącenia dokonywane były bowiem z bieżących i wymagalnych należności powoda wobec NFZ (nie były to świadczenia tożsame ze świadczeniami należnymi powodowi za lata 2007 i 2008).

Odsetki od wskazanej kwoty głównej podlegającej uwzględnieniu należało, z uwagi na treść art. 455 k.c. w zw. z art. 481 § 1 i 2 k.c., zasądzić od dnia następnego po dniu doręczenia pozwanemu odpisu pozwu (co nastąpiło dnia 11 października 2013 r. – zgodnie z przyznaniem pozwanego – k. 180), tj. od dnia 12 października 2013 r. do dnia zapłaty. W pozostałym zakresie żądanie odsetek od zasądzonej kwoty należało oddalić jako nieuprawnione.

Rozstrzygnięcie o kosztach procesu pomiędzy stronami procesu opiera się na regulach art. 100 zd. 2 k.p.c. w zw. z art. 108 § 1 k.p.c. Powód uległ w zakresie 8% swych żądań głównych, a więc w relatywnie nieznacznej części. Koszty procesu po jego stronie obejmują:

- 17,00 zł tytułem opłaty od pozwu od jednego stosunku pełnomocnictwa (k. 8);

- 7.200,00 zł tytułem opłaty za czynności radcy prawnego ustalonej zgodnie z treścią § 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.

Natomiast rozstrzygnięcie o nieuiszczonej opłacie od pozwu znajduje swoje oparcie w przepisie art. 113 ust. 4 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych¹⁰ i jest uzasadnione charakterem obowiązków publicznych realizowanych przez pozwanego, a których dotyczyło żądanie pozwu.

Mając powyższe na względzie Sąd orzekł jak w sentencji.

1 Zob. szerzej Z. Gawlik, Komentarz do art. 471 k.c., LEX/el.

2 Dz. U. Nr 197, poz. 1643.

3 Tekst jedn. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

4 www.nfz.gov.pl

5 Por. wyrok SN z dnia 23 marca 2004 r., V CK 346/03, LEX nr 183783.

6 Zob. szerzej wyrok SA w Lublinie z dnia 22 maja 2014 r., I ACa 103/14, LEX nr 1466853.

7 Na temat charakteru prawnego tego rodzaju umów zob. szerzej uzasadnienie wyroku SN z dnia 13 maja 2005 r., I CK 691/04, LEX nr 603867.

8 Tekst jedn. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

9 Tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 490.

10 Tekst jedn. Dz. U. z 2010 r. Nr 90, poz. 594 ze zm.