

**Sygn. akt I C 374/17**

## WYROK

### W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

**Dnia 16 grudnia 2019 roku**

Sąd Rejonowy dla Łodzi-Widzewa w Łodzi, I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodnicząca: Sędzia S.R. Kinga Grzegorzczuk

Protokolant: staż. Paulina Jandula

po rozpoznaniu w dniu 16 grudnia 2019 roku w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. K. w Ł.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia – (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w Ł.

o zapłatę 29825,86 złotych

1. zasądza od Narodowego Funduszu Zdrowia – (...) Oddziału Wojewódzkiego w Ł. na rzecz Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. K. w Ł. kwoty:

a) 16158,22 (szesnaście tysięcy sto pięćdziesiąt osiem 22/100) złotych z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 28 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty,

b) 13667,64 (trzynaście tysięcy sześćset sześćdziesiąt siedem 64/100) złotych z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 19 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty,

2. zasądza od Narodowego Funduszu Zdrowia – (...) Oddziału Wojewódzkiego w Ł. na rzecz Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. K. w Ł. kwotę 3600 (trzy tysiące sześćset) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu,

3. nakazuje pobrać od Narodowego Funduszu Zdrowia – (...) Oddziału Wojewódzkiego w Ł. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Łodzi-Widzewa w Łodzi kwotę 808 (osiemset osiem) złotych tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych.

Sygn. akt I C 374/17

## UZASADNIENIE

W dniu 6 czerwca 2017 r. Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. K. w Ł. wystąpiło przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w Ł. z pozwem o zapłatę następujących kwot:

a) 16158,22 złotych z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 28 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty, na którą składają się kwoty:

- 15801,92 zł tytułem potrąconej w dniu 28 stycznia 2016 r. należności głównej wynikającej z przeprowadzonego postępowania kontrolnego,

- 356,30 zł tytułem potrąconej w dniu 28 stycznia 2016 r. noty odsetkowej dotyczącej przedmiotowego postępowania kontrolnego,

b) 13667,64 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 19 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty, na którą składają się kwoty:

- 13381,31 zł tytułem błędnie potrąconej kwoty kary umownej,

- 286,33 zł tytułem błędnie potrąconej kwoty odsetek od przedmiotowej kary umownej

oraz o zasądzenie od strony pozwanej na rzecz powoda zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przewidzianych.

W uzasadnieniu pozwu pełnomocnik powoda wyjaśnił, że w 2015 r. strony łączyła umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, która obejmowała m. in. świadczenia z zakresu alergologia dziecięca – hospitalizacja. Pozwany zgodnie z umową zobowiązany był do zapłaty wynagrodzenia z tytułu ich realizacji. W dniach 10 czerwca – 11 lipca 2015 r. strona pozwana przeprowadziła u powoda kontrolę prawidłowości realizacji umowy w zakresie leczenia szpitalne – alergologia dziecięca i hospitalizacja. Kontrolą objęto świadczenia udzielone 126 pacjentom, z czego zakwestionowano 7 przypadków, wobec których zdaniem NFZ istniała możliwość leczenia w warunkach ambulatoryjnych. NFZ negatywnie ocenił sposób kwalifikowania i rozliczania udzielanych świadczeń oraz stwierdzone jednostkowe przypadki omyłkowego nieumieszczenia osób wchodzących w skład personelu medycznego w wykazie personelu. Ponadto negatywnie oceniono niedokonanie aktualizacji dotychczasowych zmian dotyczących dostępności określonych składników sprzętu medycznego. Do protokołu kontroli powód wniósł zastrzeżenia. Po ponownej analizie historii chorób pacjentów NFZ wezwał powodowy Szpital do zwrotu nienależnie otrzymanych środków w kwocie 18348,94 zł w związku z zakwestionowaniem sposobu rozliczenia świadczeń z zakresu alergologia dziecięca – hospitalizacja oraz obciążył powoda karą umowną w wysokości 13381,31 zł. Po wyczerpaniu procedury odwoławczej strona pozwana dokonała w dniu 18 stycznia 2016 r. potrącenia kwoty 13667,64 zł (kara umowna wraz z odsetkami), zaś w dniu 28 stycznia 2016 r. – potrącenia kwoty 16158,22 zł (należność główna wraz z odsetkami).

Odnośnie kary umownej, z ostrożności procesowej, pełnomocnik powoda wniósł ewentualnie o jej miarkowanie na podstawie przepisu art. 484 § 2 k.c. z uwagi na to, że jest ona rażąco wygórowana.

[pozew k.2-18]

Postanowieniem z dnia 16 czerwca 2017 r. Sąd zwolnił powoda od kosztów sądowych w całości.

[postanowienie k.886]

Strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

[odpowiedź na pozew k.890-895 odwr.]

Na rozprawie w dniu 14 października 2019 r. pełnomocnik powoda podniósł, że przy założeniu, że kara umowna została nałożona zasadnie, to powinna ona być obliczona od kwoty 1911616,48 zł, tj. kwoty przeznaczonej na świadczenia w zakresie alergologia dziecięca – hospitalizacja, przy zastosowaniu mnożnika 0,01 %, tj. minimalnego procentu wynikającego z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

[protokół rozprawy k.1084]

Na rozprawie w dniu 16 grudnia 2019 r. pełnomocnik strony pozwanej podniósł, że wysokość kary umownej została miarkowana już na etapie jej nakładania.

[e-protokół rozprawy 00:01:48-00:02:44 CD k.1122]

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 5 stycznia 2012 r. Wojewódzki Szpital (...) w Ł. zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia (...) Oddziałem Wojewódzkim w Ł. umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne. Umowa co roku była aneksowana. Strony w dniu 9 stycznia 2015 r. podpisały aneks do umowy, który nadał umowie sygnaturę 051/110043/03/010/15. Zgodnie z § 1 ust. 2 umowy, świadczeniodawca zobowiązany był wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych, w szczególności w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, ustalonych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa NFZ, wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 ze zm.) oraz ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r., nr 81, poz. 484) i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. nr 140, poz. 1143 ze zm.). Zgodnie z § 2 umowy świadczenia w poszczególnych zakresach świadczeń udzielane miały być przez osoby wymienione w załączniku nr 2 do umowy oraz zgodnie z harmonogramem pracy określonym w załączniku nr 2 do umowy. Ponadto dane o potencjale wykonawczym świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, będące w jego dyspozycji, miały być określone w załączniku nr 2 do umowy. Świadczenia mogły być wykonywane wyłącznie przez osoby zgłoszone w wykazie, w stosownym aneksie do umowy. Wszelkie zmiany musiały być zgłaszane w odpowiednim terminie określonym w umowie. Zgodnie z § 5 umowy, w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Dyrektor Oddziału Funduszu mógł nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną, w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów. Ponadto Fundusz był uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

[dowód: k.332-885 aneksy do umowy z wykazami, umowa k.1059–1063, porozumienie k.1064, aneksy do umowy CD k.1080]

W dniach od 10 czerwca do 10 lipca 2015 r. (...) Oddział Wojewódzki (...) przeprowadził u powoda planową kontrolę prawidłowości realizacji umów zawartych na rok 2015 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: Leczenie szpitalne – alergologia dziecięca – hospitalizacja. Przedmiotem kontroli było m. in. sprawdzenie prawidłowości sposobu rozliczania hospitalizacji, oceny prawidłowości rozliczania świadczeń, zgodności wymaganego sprzętu z załącznikiem do umowy oraz ważności jego przeglądów technicznych, personelu realizującego świadczenia i jego kwalifikacji. Kontrola objęła okres od dnia 1 stycznia 2015 r. do dnia kontroli, tj. 10 lipca 2015 r. Kontrola wykazała, że skład personelu był niezgodny z danymi podawanymi przez świadczeniodawcę. W załączniku nr 2 do umowy wykazani zostali lekarze V. Ś. i K. S., którzy nie zostali wymienieni w przekazanej przez powoda podczas kontroli liście personelu lekarskiego. Ponadto w załączniku nr 2 do umowy nie zostały wykazane przez świadczeniodawcę pielęgniarki J. D., I. K., B. L. i R. M.. Kontrola wykazała również różnice pomiędzy wykazanym podczas kontroli, a zgłoszonym w załączniku nr 2 do umowy, sprzęcie medycznym. Strona pozwana zakwestionowała również ostatecznie 7 przypadków hospitalizacji pacjentów, wskazując, że istniała możliwość leczenia ich w warunkach ambulatoryjnych. Kontrola była przeprowadzona na podstawie dokumentacji medycznej pacjentów.

[dowód: protokół kontroli k.22-26, zeznania świadka W. J. e-protokół rozprawy 00:28:51-00:57:12 CD k.926]

Strona powodowa wniosła zastrzeżenia do protokołu pokontrolnego, w których wyjaśniła przyczynę hospitalizacji pacjentów, co do których zakwestionowano konieczność ich leczenia szpitalnego. Ponadto wskazała, że doktor K. S. nie została umieszczona na liście zatrudnionego personelu lekarskiego przedstawionej kontrolującym w wyniku omyłki osoby sporządzającej wykaz. Wyjaśniono, że pani doktor jest zatrudniona w Oddziale Alergologii i Interny Dziecięcej w wymiarze 0,1 etatu. Na tą okoliczność przedstawiono kserokopię umowy o pracę oraz wypowiedzenie zmieniające i wskazano, że w załączniku nr 2 do umowy dr S. jest wykazana prawidłowo. Co do pielęgniarek B. L. i R. M. wyjaśniono, że w Portalu Świadczeniodawcy zgłoszono ich zatrudnienie w dniu 19 czerwca 2015 r. (nr zgłoszenia (...)). Zakończenie

oceny zgłoszenia przez pozwanego oraz dodanie personelu do umowy miało miejsce w dniu 19 czerwca 2015 r. Ponadto powodowy Szpital wyjaśnił, że w zasobach komórki błędnie wpisano lampę (...) nr ser. (...) rok produkcji 2007 oraz aparat (...) nr ser. (...) rok produkcji 2009 zamiast aparatu EKG A. C. nr ser. 101/12 rok produkcji 2012. W Portalu Świadczeniodawcy dokonano stosownych zmian w zasobach komórki organizacyjnej. Pomyłka w tym zakresie nie miała wpływu na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a wynikała jedynie z błędu w uzupełnieniu wykazu.

[dowód: zastrzeżenia k.27-29 odwr.]

Po wyczerpaniu procedury kontrolnej Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki w Ł. zakwestionował świadczenia w łącznej kwocie 18621,14 zł oraz nałożył na powoda karę umowną w wysokości 13381,31 zł, wystawiając następnie noty odsetkowe.

[dowód: pisma k.30-61, zeznania świadka W. J. e-protokół rozprawy 00:28:51-00:57:12 CD k.926]

Większość z chorych dzieci, których hospitalizacja została zakwestionowana przez NFZ, miało przewlekły kaszel i częste infekcje dróg oddechowych, a jedno z nich dodatkowo skarżyło się na bóle brzucha. Dzieci te zostały skierowane do obserwacji klinicznej, podczas której wykonano badania dodatkowe. Lekarz w trakcie obserwacji oceniał również charakter kaszlu, ponieważ rodzaj kaszlu świadczy o konkretnej chorobie. Obserwacji takiej nie da się przeprowadzić w warunkach ambulatoryjnych. Czasem nie można wykluczyć ani potwierdzić choroby bez obserwacji dziecka w szpitalu. W jednym przypadku dziecko hospitalizowane z uwagi na kaszel miało wadę serca. Obserwacja kliniczna najczęściej trwa trzy dni, ale może się zdarzyć, że zostaje ona przedłużona. Pacjenci są badani podczas obchodu. Jeżeli z całą pewnością można wykluczyć poważną chorobę, to są oni wypisywani już na drugi dzień.

[dowód: dokumentacja medyczna k.83-331 odwr., zeznania świadka I. S. e-protokół rozprawy 00:09:51-00:28:51 CD k. 926]

Świadczenia udzielone pacjentom zostały wykonane przy uwzględnieniu ich stanu zdrowia, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Na świadczenie te składały się nie tylko procedury diagnostyczne, ale również możliwość oceny lekarskiej stanu zdrowia i badania klinicznego dzieci w sytuacji całodobowej obserwacji, a nie tylko wrywkowo, jak ma to miejsce w czasie kilkunastominutowej wizyty ambulatoryjnej. W przypadkach pacjentów, u których nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości w badaniach dodatkowych, a ich stan kliniczny podczas hospitalizacji był oceniany jako dobry, wcześniejszy przebieg chorób warunkował zasadność przyjęcia do szpitala w trybie planowym i ocenę całościową, z jednoczesnym wykonaniem wielu badań i całodobową obserwacją lekarską. W przypadku większości pacjentów brak hospitalizacji w trybie planowym mógłby (szczególnie w obserwacji długofalowej) doprowadzić do pogorszenia stanu ich zdrowia.

[dowód: pisemna opinia biegłej k.981-985, pisemna uzupełniająca opinia biegłej k.1015-1018 odwr.]

W piśmie z dnia 18 stycznia 2016 r., doręczonym powodowi w dniu 18 stycznia 2016 r., pozwany złożył oświadczenie o potrąceniu wierzytelności z tytułu naliczonej kary umownej wraz z odsetkami, natomiast w piśmie z dnia 26 stycznia 2016 r., doręczonym powodowi w dniu 28 stycznia 2016 r. – oświadczenie o potrąceniu kwoty 17800 zł z tytułu należności głównej za zakwestionowane świadczenia wraz z odsetkami.

[dowód: oświadczenia o potrąceniu k.62 i 64, nota odsetkowa k.63, nota księgowa k.65]

Pismem z dnia 24 lutego 2017 r. powód wezwał stronę pozwaną do zapłaty kwoty 17800 zł z tytułu zwrotu potrąconej należności głównej wraz z odsetkami oraz kwoty 13667,64 zł z tytułu potrąconej kary umownej wraz z odsetkami. W odpowiedzi z dnia 9 marca 2017 r. pozwany NFZ (...) Oddział Wojewódzki w Ł. wskazał, że nie widzi podstaw ani prawnych, ani faktycznych do uznania zasadności roszczenia powoda.

[dowód: wezwanie do zapłaty k.68-69, pismo k.73]

Sąd oddalił (e-protokół rozprawy 00:04:05-00:04:43 CD k.1052) wniosek pełnomocnika strony pozwanej o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego alergologa dziecięcego (k.1037). Pełnomocnik pozwanego poza polemiką z opinią biegłej opracowaną w toku niniejszego procesu, nie wykazał, aby zawierała ona istotne braki bądź pomijała wymagane wiadomości specjalne. Wbrew twierdzeniom pełnomocnika NFZ, biegła w sposób wyczerpujący, spójny i logiczny uzasadniła swoje stanowisko, a przede wszystkim wnioski zawarte zarówno w głównej opinii pisemnej, jak i w pisemnej opinii uzupełniającej. Zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego, nie jest uzasadniony wniosek strony o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego, jeżeli w przekonaniu sądu opinia wyznaczonego biegłego jest na tyle kategoryczna i przekonująca, że w sposób wystarczający wyjaśnia zagadnienie wymagające wiadomości specjalnych (orzeczenie z dnia 21.11.1974 r., II CR 638/74, OSPiKA z 1975 r., nr 5, poz. 108). Ponadto – zgodnie z orzecznictwem i doktryną – strona nie może skutecznie wnosić o dopuszczenie dowodu z opinii kolejnego biegłego tej samej specjalności tylko dlatego, że wydana opinia nie jest dla niej korzystna (tak m. in. SN w orzeczeniach z dnia 15.02.1974 r., II CR 817/73, nie publikowane oraz z dnia 18.02.1974 r., II CR 5/74, Biuletyn Sądu Najwyższego z 1974 r., nr 4, poz. 64, Tadeusz Ereciński, Jacek Gudowski oraz Maria Jędrzejewska w Komentarzu do Kodeksu Postępowania Cywilnego, Część Pierwsza, Postępowanie Rozpoznawcze, Tom I, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1997, tezy 7 i 8, str. 438-439).

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Roszczenie Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. K. w Ł. dochodzone w niniejszej sprawie wynika z umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. i kontynuowanej w latach następnych, w tym także w 2015 r.

Zgodnie z tą umową, powód zobowiązany był wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, ustalonych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa NFZ, wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 ze zm.) oraz ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r., nr 81, poz. 484) i w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. nr 140, poz. 1143 ze zm.). Świadczenia miały być udzielane przez osoby wymienione w załączniku nr 2 do umowy oraz zgodnie z harmonogramem pracy określonym w załączniku nr 2 do umowy. Ponadto dane o potencjale wykonawczym świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, będące w jego dyspozycji, miały być określone w załączniku nr 2 do umowy. Wszelkie zmiany musiały być zgłaszane w odpowiednim terminie.

Spór w niniejszej sprawie dotyczył świadczeń udzielonych przez stronę powodową 7 pacjentom, którzy zostali hospitalizowani, co w ocenie NFZ było niewłaściwe, albowiem – według strony pozwanej – pacjenci ci powinni być leczeni w warunkach ambulatoryjnych.

Ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego wynika, że u większości dzieci, których hospitalizacja została zakwestionowana przez NFZ, występowały takie objawy, jak przewlekły kaszel i częste infekcje dróg oddechowych, a jedno z nich dodatkowo skarżyło się na bóle brzucha. Dzieci te zostały skierowane do obserwacji klinicznej, podczas której wykonano badania dodatkowe. Lekarz w trakcie obserwacji oceniał również charakter kaszlu, ponieważ rodzaj kaszlu świadczy o konkretnej chorobie. Obserwacji takiej nie da się przeprowadzić w warunkach ambulatoryjnych. Czasem nie można wykluczyć ani potwierdzić choroby bez obserwacji dziecka w szpitalu. W jednym przypadku dziecko hospitalizowane z uwagi na kaszel miało także wadę serca. Obserwacja kliniczna najczęściej trwa trzy dni, ale może się zdarzyć, że zostaje ona przedłużona. Pacjenci są badani podczas obchodu. Jeżeli z całą pewnością można wykluczyć poważną chorobę, to są oni wypisywani już na drugi dzień.

Biegła sporządzająca opinię w toku niniejszej sprawy wskazała, że na stan kliniczny pacjenta składa się zarówno badanie podmiotowe, jak i przedmiotowe. Stan kliniczny pacjentów został wystarczająco szczegółowo

udokumentowany w dokumentacji medycznej i uzasadniał ich hospitalizację w trybie planowym. Świadczenia udzielone pacjentom przez stronę powodową zostały wykonane przy uwzględnieniu stanu ich zdrowia, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Na świadczenia te składały się nie tylko procedury diagnostyczne, ale również możliwość oceny lekarskiej i badania klinicznego dzieci w sytuacji całodobowej obserwacji, a nie tylko wyrywkowo, jak ma to miejsce w czasie kilkunastominutowej wizyty ambulatoryjnej.

Biegła podkreśliła, że po uwzględnieniu danych z badania podmiotowego (przewlekłość/ nawrotowość chorób i dolegliwości oraz brak długotrwałej poprawy mimo licznych interwencji ambulatoryjnych) jest oczywistym, że nawet przy istniejącej możliwości udzielenia poszczególnych świadczeń w warunkach ambulatoryjnych, ostateczne wnioskowanie co do rozpoznania bądź ogólnego stanu zdrowia, dalszego rokowania i leczenia nie byłoby możliwe bez kompleksowej oceny, której dokonano w warunkach szpitalnych. Oparcie orzeczenia o bezzasadności hospitalizacji w trybie planowym wyłącznie na ocenie stanu pacjenta w chwili przyjęcia do szpitala, w tym głównie na podstawie badania fizykalnego, bez uwzględnienia dotychczasowego wywiadu chorobowego (a więc bez pełnego badania podmiotowego) nie spełnia wymaganego kryterium ogólnej oceny stanu zdrowia pacjenta. Biegła wskazała ponadto, że specyficzną cechą chorób wieku dziecięcego jest znaczna dynamika ich przebiegu, tj. szybko postępująca zmiana aktualnego stanu klinicznego, dlatego niezmiernie ważna jest możliwość przedłużonej obserwacji dziecka w warunkach szpitalnych. W przypadkach pacjentów, u których nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości w badaniach dodatkowych, a ich stan kliniczny podczas hospitalizacji był oceniany jako dobry, to wcześniejszy przebieg chorób warunkował zasadność przyjęcia do szpitala w trybie planowym i ocenę całościową, z jednoczesnym wykonaniem wielu badań i całodobową obserwacją lekarską.

Biegła wskazała, że po hospitalizacji, co prawda postawiono wnioski o braku choroby przewlekłej, co nie zmienia faktu, że wcześniej mimo wielokrotnych interwencji ambulatoryjnych nie udało się uzyskać trwałej poprawy stanu zdrowia tych pacjentów. W przypadku większości pacjentów brak hospitalizacji w trybie planowym mógłby (szczególnie w obserwacji długofalowej) doprowadzić do pogorszenia stanu ich zdrowia.

Z powyższego wynika, że we wszystkich 7 przypadkach zakwestionowanych przez stronę pozwaną istniały przesłanki do hospitalizacji tych dzieci celem postawienia ostatecznej prawidłowej diagnozy, bez narażania ich na pogorszenie zdrowia. Sam fakt, że ostatecznie nie rozpoznano u nich choroby przewlekłej nie przesądza o tym, że ich hospitalizacja nie była zasadna. Tym samym nieprawidłowe były wnioski wyciągnięte przez osoby kontrolujące wykonanie umowy łączącej strony i potrącenie kwoty 15801,92 zł tytułem należności głównej wynikającej z przeprowadzonego postępowania kontrolnego wraz z odsetkami od tej kwoty w wysokości 356,30 zł zgodnie z wystawioną notą odsetkową.

Powód dochodził również zwrotu nałożonej przez NFZ kary umownej w kwocie 13381,31 zł wraz z odsetkami od tej kary w wysokości 286,33 zł, wskazując, że kwoty te zostały błędnie potrącone przez stronę pozwaną, albowiem uchybienia powoda w zakresie nieprawidłowości zgłoszenia osób wykonujących świadczenia i sprzętu medycznego służącego do ich wykonywania w żaden sposób nie miały wpływu na udzielanie zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych. Z ostrożności procesowej pełnomocnik powoda wnosil o miarkowanie nałożonej, a następnie potrąconej, kary umownej, wskazując, że powinna ona być obliczona od kwoty 1911616,48 zł, tj. kwoty przeznaczonej na świadczenia w zakresie alergologia dziecięca – hospitalizacja, przy zastosowaniu mnożnika 0,01 %, tj. minimalnego procentu wynikającego z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z § 5 umowy łączącej strony w kontrolowanym okresie, w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie powoda jako Świadczeniodawcy, Dyrektor Oddziału Funduszu mógł nałożyć na powoda karę umowną, w trybie i na zasadach określonych z Ogólnych warunków umów. Czyli nie była to decyzja obligatoryjna, a jedynie uznaniowa. Ponadto Fundusz był uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

Zgodnie z art. 483 § 1 k.c. strony mogą zastrzec w umowie, że naprawienie szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania niepieniężnego nastąpi przez zapłatę określonej sumy. W razie

niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania kara umowna należy się wierzycielowi w zastrzeżonej na ten wypadek wysokości bez względu na wysokość poniesionej szkody. Żądanie odszkodowania przenoszącego wysokość zastrzeżonej kary nie jest dopuszczalne, chyba że strony inaczej postanowiły. Jeżeli zobowiązanie zostało w znacznej części wykonane, dłużnik może żądać zmniejszenia kary umownej. To samo dotyczy wypadku, gdy kara umowna jest rażąco wygórowana (art. 484 k.c.). Jeżeli przepis szczególny stanowi, że w razie niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania niepieniężnego dłużnik, nawet bez umownego zastrzeżenia, obowiązany jest zapłacić wierzycielowi określoną sumę, stosuje się odpowiednio przepisy o karze umownej (art. 485 k.c.).

Zgodnie z § 30 ust. 1 pkt 3 lit. e) cyt. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej strona pozwana była uprawniona do nałożenia na powoda kary umownej w wysokości do 1 % całej kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego rodzaju świadczeń. Zgodnie zaś z § 29 ust. 2 cyt. rozporządzenia strona pozwana obowiązana była przy ustalaniu wysokości kary umownej uwzględnić kwotę zobowiązania określoną w umowie oraz rodzaj i wagę stwierdzonych nieprawidłowości.

Kontrola NFZ objęła okres od dnia 1 stycznia do dnia 10 lipca 2015 r. i wykazała, że skład personelu był niezgodny z danymi podawanymi przez świadczeniodawcę. W załączniku nr 2 do umowy wykazani zostali lekarze V. Ś. i K. S., którzy nie zostali wymienieni w przekazanej przez powoda podczas kontroli liście personelu lekarskiego. Ponadto w załączniku nr 2 do umowy nie zostały wykazane przez świadczeniodawcę pielęgniarki J. D., I. K., B. L. i R. M.. Kontrola wykazała również różnice pomiędzy wykazanym podczas kontroli a zgłoszonym w załączniku nr 2 do umowy sprzęcie medycznym.

W zastrzeżeniach do protokołu pokontrolnego strona powodowa wskazała, że doktor K. S. nie została umieszczona na liście zatrudnionego personelu lekarskiego przedstawionym kontrolującym w wyniku omyłki osoby sporządzającej wykaz. Wyjaśniono, że pani doktor jest zatrudniona w Oddziale Alergologii i Interny Dziecięcej w wymiarze 0,1 etatu. Na tą okoliczność przedstawiono kserokopię umowy o pracę oraz wypowiedzenie zmieniające i wskazano, że w załączniku nr 2 do umowy dr S. jest wykazana prawidłowo. Co do pielęgniarek B. L. i R. M. wyjaśniono, że w Portalu Świadczeniodawcy zgłoszono ich zatrudnienie w dniu 19 czerwca 2015 r. (nr zgłoszenia (...)). Zakończenie oceny zgłoszenia przez pozwanego oraz dodanie personelu do umowy miało miejsce tego samego dnia, tj. 19 czerwca 2015 r. Ponadto powodowy Szpital wyjaśnił, że w zasobach komórki błędnie wpisano lampę (...) nr ser. (...) rok produkcji 2007 oraz aparat (...) nr ser. (...) rok produkcji 2009 zamiast aparatu EKG A. C. nr ser. 101/12 rok produkcji 2012. W Portalu Świadczeniodawcy dokonano stosownych zmian w zasobach komórki organizacyjnej.

Mając na uwadze zakres wykonywanych przez powoda świadczeń zdrowotnych w ramach umowy łączącej strony oraz wartość samego kontraktu, należy wskazać, że wyżej wymienione pomyłki w wykazaniu personelu i sprzętu medycznego były znikome. Ponadto zostały one zgłoszone w Portalu Świadczeniodawcy. Co jednak najbardziej istotne, nie miały one żadnego wpływu na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez powoda.

Ze wskazanych wyżej przyczyn, w ocenie Sądu nałożenie przez pozwanego na powoda kary umownej w wysokości 13381,31 zł w okolicznościach rozpoznawanej sprawy nie było zasadne.

Gdyby nawet przyjąć odmienny pogląd, tj. że kara ta została nałożona na powoda słusznie, to została ona rażąco wygórowana. Została bowiem obliczona od wartości całego kontraktu, a nie tylko od kwoty przeznaczonej na świadczenia w zakresie alergologia dziecięca – hospitalizacja, a ponadto przy zastosowaniu mnożnika 0,5 % przy możliwości nałożenia kary umownej od 0,01 do 1 % kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego rodzaju świadczeń.

Sąd miał na uwadze również fakt, że nałożenie kary umownej ma charakter fakultatywny a nie obligatoryjny. Jedynie zatem od woli strony pozwanej zależy nie tylko sam fakt skorzystania z możliwości nałożenia kary umownej, ale i ustalenie jej wysokości, która musi uwzględniać kwotę zobowiązania określoną w umowie oraz rodzaj i wagę stwierdzonych nieprawidłowości.

Z uwagi na to, że uchybienia po stronie powoda stwierdzone podczas kontroli powstały na skutek niezawinionej pomyłki pracownicy wypełniającej dokumentację, ale przede wszystkim - nie miały żadnego negatywnego wpływu na udzielanie przez powodowy Szpital świadczeń zdrowotnych, a ponadto – zważywszy na całą treść umowy łączącej strony i określone w niej obowiązki stron – uchybienia te były znikome, Sąd uznał, że fakultatywna kara umowna nałożona na stronę powodową przez pozwany NFZ, jest nie tyle zbyt wygórowana, ale w okolicznościach rozpoznawanej sprawy przede wszystkim jest bezpodstawna i niezasadna.

Mając powyższe na uwadze, Sąd uwzględnił powództwo w całości.

O odsetkach Sąd orzekł na podstawie art. 481 k.c.

O kosztach w pkt 2 wyroku Sąd orzekł na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. statuującego zasadę odpowiedzialności stron za wynik procesu. Strona pozwana przegrała sprawę w całości, a zatem zobowiązana jest do zapłaty na rzecz powoda kwoty 3600 zł tytułem zwrotu kosztów procesu, na które składają się koszty zastępstwa procesowego.

Z uwagi na to, że w toku procesu z funduszy Skarbu Państwa została tymczasowo wydatkowana łącznie kwota 808 zł (opłata od pozwu z uwagi na zwolnienie powoda od kosztów sądowych w całości), Sąd w pkt 3 wyroku na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (tj. Dz. U. z 2019 r., poz. 785) nakazał pobrać od strony pozwanej na rzecz Skarbu Państwa tą kwotę tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych.