

Sygn. akt II Ca 1121/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 czerwca 2014 roku

Sąd Okręgowy w Szczecinie II Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie:

| | |
|-----------------|---|
| Przewodniczący: | SSO Robert Bury |
| Sędziowie: | SSO Zbigniew Ciechanowicz (spr.) SSR del. Agnieszka Trytek - Błaszak |
| Protokolant: | Lidia Saga-Kolasa |

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 26 czerwca 2014 roku w S.

sprawy z powództwa Narodowego Funduszu Zdrowia w W. - (...) Oddział Wojewódzki w S.

przeciwko M. Ż.

o zapłatę

na skutek apelacji wniesionej przez pozwaną od wyroku Sądu Rejonowego Szczecin - Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie z dnia 18 marca 2013 r., sygn. akt I C 894/11

1. **oddala apelację;**

2. **zasądza od pozwanej M. Ż. na rzecz powoda Narodowego Funduszu Zdrowia w W. – (...) Oddział Wojewódzki w S. kwotę 1.200 (jednego tysiąca dwustu) złotych tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.**

Uzasadnienie wyroku z dnia 26 czerwca 2014 r.:

Narodowy Fundusz Zdrowia w W., (...) Oddział Wojewódzki w S. wniósł o zasądzenie od pozwanej M. Ż. kwoty 20.202,84 zł tytułem kary umownej opisanej § 6 ust. 1 umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, co było związane z nienależytym wykonywaniem umówionych świadczeń.

Pozwana M. Ż. wniosła o oddalenie żądania objętego treścią pozwu oraz o zasądzenie od powoda kosztów procesu według norm przepisanych i zwrot kosztów dojazdu na rozprawę.

Wyrokiem z dnia 18 marca 2013 r. Sąd Rejonowy Szczecin-Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie zasądził od pozwanej M. Ż. na rzecz powoda Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego w S. kwotę 18.607,68 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 24 grudnia 2010 r. do dnia zapłaty (punkt 1), a w pozostałym zakresie powództwo oddalił (punkt 2). Ponadto zasądził od pozwanej na rzecz powoda kwotę 3.153,76 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania (punkt 3).

Powyższe orzeczenie Sąd Rejonowy oparł na następujących ustaleniach faktycznych i rozważaniach prawnych:

W dniu 16 marca 2010 roku w S. doszło do podpisania pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia – (...) Oddziałem Wojewódzkim w S., a M. Z. prowadzącą (...) Usługi (...), umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Przedmiotem umowy było kompleksowe, całodobowe organizowanie i udzielanie przez pozwaną świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych lub domowych, w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Szczegółowy zakres obowiązków został określony w załączniku numer 1 do umowy. Z tytułu realizacji przez pozwaną umowy w okresie od dnia 01.03.2010 do dnia 31.12.2010 roku powód zobowiązał się do zapłaty maksymalnie kwoty 673.428,00 zł. Zgodnie z § 6 ust. 1 zawartej między stronami umowy: w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, Oddział Funduszu może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, które zgodnie z ust. 4.: nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.

W dniu 25 października 2010 roku doszło do renegotjacji umowy zawartej między stronami, w wyniku których doszło do zmniejszenia kontraktu o 53.172,00 zł.

Na podstawie zlecenia kontroli doraźnej z dnia 23.08.2010 roku, powód w dniach od 25.08.2010 roku do 17.09.2010 roku dokonał kontroli, po uprzednim zawiadomieniu pozwanej o jej terminie i zakresie, w siedzibie (...). Przedmiotem kontroli była realizacja zapisów umowy nr (...), w tym w szczególności organizacja udzielania świadczeń i ich dostępność oraz sposób realizacji i dokumentowania świadczeń medycznych przez pozwaną. W wyniku przeprowadzonej kontroli sporządzony został Protokół Kontroli oznaczony numerem (...) -I-091-53-jg/10.

Z protokołu tego wynikało, iż pozwana nie przekazała do kontroli dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikację dwóch pielęgniarek M. G. i D. B. (1), które świadczyły usługi na rzecz pacjentów ubezpieczonych, zaś trzynaście innych pielęgniarek, mimo iż zostały wykazane w załącznikach numer 2 do umowy, nie udzielało świadczeń w kontrolowanym okresie, a pozwana również w ich przypadku nie okazała dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje zawodowe. Do kontroli dokumentacji medycznej, powód losowo wybrał 26 pacjentów. Pozwana przekazała do kontroli jednak jedynie dokumentację dotyczącą 20 pacjentów, tłumacząc, iż brakujące dokumenty (dotyczące pacjentów o nr PESEL: (...), (...), (...), (...), (...), (...)) znajdują się w posiadaniu pielęgniarek będących na urloпах wypoczynkowych. W wyniku analizy przekazanej dokumentacji, zespół kontrolujący stwierdził nieprawidłowości, polegające na: nieudokumentowaniu wykonania 234 procedur, w przypadku pięciu pacjentów braku części kart czynności pielęgniarskich, w przypadku pięciu pacjentów stwierdzenie nakładania się pobytów szpitalnych lub pobytów w oddziale rehabilitacji w warunkach stacjonarnych z osobodniami w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej, w przypadku dwóch pacjentów – wykonanie świadczeń po dacie zgonu, w przypadku pięciu pacjentów stwierdzono brak kart oceny świadczeniobiorcy (skala B.) dotyczących 11 okresów rozliczeniowych, w przypadku pięciu pacjentów data wykonania pierwszej oceny świadczeniobiorcy jest późniejsza niż data objęcia opieką, brak daty wystawienia w pięciu przypadkach skierowania do objęcia opieką pacjentów, w przypadku czterech pacjentów data wystawienia skierowania do objęcia opieką jest późniejsza niż data objęcia opieką, w 11 kartach czynności pielęgniarskich stwierdzono brak obserwacji pielęgniarskich, w 17 przypadkach stwierdzono mniej świadczeń niż sprawozdano do Funduszu, w przypadku sprawozdania procedur w dokumentacji medycznej nie odnotowywano wartości poszczególnych parametrów, w przypadku czterech pacjentów stwierdzono rozbieżności w datach wizyt pielęgniarskich, a także w kartach czynności pielęgniarskich stwierdzono: brak autoryzacji wpisów pielęgniarskich, brak podpisów potwierdzających wizytę pielęgniarki, bądź niewłaściwe podpisy, używanie niewłaściwych pieczętek przez cztery pielęgniarki, w przypadku siedmiu pacjentów wpisywanie w jednej kolumnie różnych dat udzielanych świadczeń. Szczegółowy wykaz wykonanych przez pozwaną świadczeń i stwierdzonych w związku z tym naruszeń opisany został w załączniku do protokołu kontroli, zaś wykazane w nim naruszenia potwierdza załączona dokumentacja medyczna sporządzona przez pozwaną.

M. Ż. złożyła, pismem z dnia 23 września 2010 roku, zastrzeżenia co do ustaleń zawartych w protokole kontroli, uznając jednocześnie niektóre z nich i dokonując w tym zakresie korekt. Wraz z pismem złożyła również część brakującej dokumentacji, wskazując, iż bądź przez przeoczenie, bądź z powodu urlopow pielęgniarek, nie zostały one złożone

podczas kontroli. Pozwana odnosząc się do wykazanych naruszeń opisała szczegółowo swoje stanowisko, zmierzając do wykazania, iż stwierdzone naruszenia nie wynikają z jej winy, a są konsekwencją np.: braku możliwości uzyskania podpisu w momencie wykonywania świadczeń na rzecz pacjenta, zgłaszaniem się pacjentów na rehabilitację po wizycie pielęgniarki, jeszcze tego samego dnia, błędne określanie przez NFZ okresów rozliczeniowych, niedopatrzenia lekarzy prowadzących, przekroczeniem limitów przyjmowanych pacjentów.

Powód 11 października 2010 roku przesłał pozwanej wystąpienie pokontrolne, w którym negatywnie ze skutkiem finansowym ocenił działania pozwanej w kontrolowanym zakresie. W piśmie tym pozwany po raz kolejny szczegółowo opisał stwierdzone naruszenia, podając przy tym podstawę prawną i odnosząc się do wyjaśnień pozwanej oraz wzywając pozwaną do zwrotu nienależnie wypłaconych środków. Jednocześnie w związku z nieprawidłowościami w realizacji umowy naliczył karę umowną w wysokości 20.202,84 zł, odpowiadającej wartości 3% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy.

W odpowiedzi na wystąpienie pokontrolne pozwana zgłosiła do niego, pismem z dnia 22 października 2010 roku, zastrzeżenia w zakresie obciążenia jej karą umowną. Pozwana zarzuciła organowi decyzyjnemu błędną interpretację wiążącej strony umowy, a także Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Pozwana wskazała, iż stwierdzone naruszenia nie są tożsame z całkowicie niewłaściwym lub błędnym postępowaniem świadczeniodawcy w ramach sprawowanej opieki, które to warunkują obciążenie karą umowną. Pozwana wysnuła twierdzenie, iż pomimo stwierdzonych nieprawidłowości w dokonywanych czynnościach przez świadczeniodawcę, czynności te miały miejsce, a więc cel na jaki zawarta została umowa de facto został osiągnięty. Z ostrożności procesowej pozwana wskazała również, iż organ kontrolny błędnie ustalił kwotę, od jakiej nastąpiło naliczenie kary umownej, a brana pod uwagę przy jej wyliczeniu powinna być kwota faktycznie przez pozwaną uzyskana, a nie kwota hipotetyczna.

Odpowiadając na pismo pozwanej, powód w piśmie z dnia 19 listopada 2010 roku w całości podtrzymał dotychczasowe stanowisko dotyczące zastosowania względem pozwanej sankcji finansowej w postaci kary umownej, zobowiązując ją do zapłaty kwoty 20.202,84 zł w terminie 14 dni.

W związku z faktem, iż pozwana nie uregulowała, nałożonej na nią, kary umownej, powód dwukrotnie 14 lutego i 15 marca 2011 roku przesłał jej wezwania do zapłaty.

W ocenie Sądu Rejonowego powództwo Narodowego Funduszu Zdrowia w W., (...) Oddziału Wojewódzkiego w S. przeciwko M. Ż. o zapłatę, zasługiwało na częściowe uwzględnienie, w zakresie kwoty 18.607,68 zł. Sąd mając na uwadze art. 483 § 1 k.c. wskazał, iż podstawą nałożenia na pozwaną kar umownych w przedmiotowej sprawie jest treść § 6 umowy nr (...) zawartej między stronami (w tym w szczególności ust. 4) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 08.81.484). Przy tym Sąd miał na względzie § 29 i 30 rozporządzenia. Sąd I instancji wskazał, iż stan faktyczny w niniejszej sprawie ustalił na podstawie korespondujących ze sobą dowodów w postaci dokumentacji medycznej, dowodów z dokumentów w postaci umów zawartych przez strony wraz z załącznikami, protokołu kontroli wraz z załącznikiem, wystąpienia pokontrolnego, korespondencji między stronami, wezwań do zapłaty, których autentyczność i wiarygodność nie były kwestionowane przez żadną ze stron, a także zeznań świadków J. G., B. K. (1), G. S. i B. O. a także pozwanej. Zeznaniami świadków J. G. i B. K. (1) Sąd Rejonowy dał wiarę gdyż były spójne, znajdują potwierdzenie w złożonych dokumentach i wzajemnie się uzupełniają. Z kolei zeznania świadków G. S. i B. O. zdaniem Sądu I instancji nie miały znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. Jeżeli zaś chodzi o zeznania pozwanej to Sąd dał im wiarę w części, w której znajdują potwierdzenie w złożonej przez powoda dokumentacji oraz w treści zeznań świadków J. G. i B. K. (1). Natomiast w części dotyczącej złożenia przez pozwaną wymaganej przez powoda dokumentacji w ocenie Sądu jej zeznania nie zasługują na wiarę gdyż nie poparto ich żadnymi dowodami i uznał je zatem jedynie za twierdzenia strony. Sąd wskazał, iż przesłanką powstania po stronie pozwanej obowiązku zapłaty kary umownej było niewykonanie bądź nienależyte wykonanie umowy, z przyczyn leżących po jej stronie. Sąd stwierdził, że w przedmiotowej sprawie powód udowodnił fakt, naruszenia przez pozwaną § 30 ust. 1 pkt. 2 lit. b i c oraz pkt. 3 lit. a, b i c rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków

umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdyż powód wykazał iż doszło do: udzielania świadczeń przez osoby nieuprawnione i nieposiadające uprawnień i kwalifikacji do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej; przedstawiania przez pozwaną danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie, których dokonywane były płatności; niewłaściwego gromadzenia informacji i prowadzenia dokumentacji; nieumieszczenia wymaganych prawem tablic i informacji dla pacjentów w siedzibie (...) prowadzonego przez pozwaną. Mając na uwadze dowiedzione, a wskazane powyżej, naruszenia Sąd uznał, iż w pełni zasadnie, przy ustalaniu wysokości kary umownej, zastosowanie znalazł § 30 ust. 3 pkt. 1 przedmiotowego rozporządzenia, w związku, z którym wysokość kary umownej została ustalona w wysokości 3% kwoty zobowiązania. Sąd wskazał, iż w zaistniałym stanie rzeczy podstawowe znaczenie dla ustalenia ostatecznej wysokości kary umownej należnej powodowi miało ustalenie rzeczywistej kwoty zobowiązania. Powód domagał się zapłaty kary umownej w wysokości 20.202,84 zł, tj. kwoty odpowiadającej wartości 3% od kwoty 673.428,00 zł wskazanej w treści § 4 ust. 1 umowy. Sąd zaznaczył, iż istotne jednak w przedmiotowej sprawie jest to, iż 25 października 2010 roku doszło do renegotjacji umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej między powodem, a pozwaną w wyniku, których doszło do zmniejszenia kontraktu o 53.172,00 zł, więc ostatecznie zobowiązanie powoda względem pozwanej wyniosło nie 673.428,00 zł, a 620.256,00 zł. Zdaniem Sądu kara umowna należna powodowi powinna, więc być liczona od ostatecznej kwoty jego zobowiązania, a więc kwoty 620.256,00 zł. Sąd wskazał, iż w celu obliczenia należnej powodowi wartości należało kwotę 620.256,00 zł pomnożyć przez ustaloną stawkę należnej kary umownej - 3% i w wyniku powyższego działania otrzymano kwotę 18.607,68 zł, jaką pozwana zobowiązana jest zapłacić powodowi tytułem kary umownej za stwierdzone naruszenia w realizacji łączącej strony umowy. Sąd stwierdził, iż w przedmiotowej sprawie pozwana nie udowodniła braku swojej winy. W ocenie Sądu okoliczności podniesione przez M. Ż., dotyczące problemów ze zdobyciem podpisów oraz inne wskazane już w treści uzasadnienia, nie mogą być podstawą do naruszania przepisów określających obowiązki, jakie musi spełnić świadczeniodawca w związku z zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia umową. Zdaniem Sądu podnoszone przez pozwaną w trakcie postępowania liczne zarzuty względem powoda również nie zasługiwały na uwzględnienie. W związku ze stwierdzonymi naruszeniami Sąd stwierdził, iż nie można przyjąć twierdzeń pozwanej, iż umowa została wykonana zgodnie z umową, stąd nie zasadne jest także domaganie się przez pozwaną od powoda, odstąpienia od obciążania karą umowną, ze względu na fakt, iż pozostałe wykonane przez pozwaną świadczenia zostały wykonane zgodnie z umową. Pozwana zobowiązana była bowiem do wykonania wszystkich zleconych świadczeń zgodnie z zawartą z powodem umową i zgodnie z przepisami ogólnymi określającymi jej obowiązki. Zdaniem Sądu podnoszona przez pozwaną kwestia wcześniejszego już potrącenia przez powoda kary umownej, również nie znalazła potwierdzenia. Sąd zaznaczył, że rzeczywiście powód dokonywał potrąceń z należnych pozwanej od powódki kwot, jednak wynikały one z nieprawidłowości stwierdzonych w związku z wykonywaniem przez pozwaną innych umów zawartych z powodem. Sąd wskazał też, iż z przepisu art. 64 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wynika uprawnienie powoda do przeprowadzenia kontroli, które powód wykorzystał i w wyniku, którego stwierdził u pozwanej nieprawidłowości będące podstawą obciążenia jej karą umowną. Sąd stwierdził też, iż naliczenie kary umownej zostało przez powoda dokonane prawidłowo, na podstawie wiążącej strony umowy o świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, co uregulowane jest również w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Sąd wskazał, iż strona pozwana podpisując umowę miała świadomość, iż za stwierdzone naruszenia może zostać nałożona na nią kara umowna. Sąd stwierdził, iż powódka uzasadniając swoje zarzuty powołuje się na uregulowania i dokumentacje nie dotyczące kwestii związanych ze świadczeniami pielęgnacyjnymi i opiekuńczymi w ramach opieki długoterminowej, związanej z obowiązującą w tym zakresie umową między stronami. Chodzi tu o kwestie dotyczące kwalifikacji pielęgniarek, należnych pozwanej kwot i dokonanych przez powoda potrąceń. Również zarzut naruszenia Konstytucji RP w zakresie naruszenia przepisów dotyczących dostępu do bezpłatnej opieki medycznej Sąd ocenił jako całkowicie bezzasadny, w przypadku, gdy właśnie powód jest instytucją powołaną do finansowania świadczeń medycznych wykonywanych na rzecz obywateli, zgodnie z zasadą bezpłatnego dostępu do opieki medycznej. Reasumując, Sąd I instancji wskazał, iż w niniejszej sprawie fakt nałożenia na pozwaną kary umownej wynika jedynie z niewłaściwego sporządzania przez nią dokumentacji medycznej, a także wykazywania przez nią świadczeń w rzeczywistości niewykonanych. W związku ze stwierdzonymi naruszeniami i w zgodzie z prawnymi uregulowaniami i umową łączącą strony powód zastosował karę umowną.

Skoro zostały wykazane liczne naruszenia, za które przewidziane jest obciążenie świadczeniodawcy karą umowną, Sąd przyjął, iż zastosowana została ona przez powoda właściwie.

Odnosząc się zaś do wniosku strony pozwanej o miarkowanie kary umownej Sąd Rejonowy uznał, iż nie zasługuje ona na uwzględnienie. Sąd mając na uwadze art. 484 § 2 k.c. wskazał, iż w niniejszej sprawie trudno zastosować ten przepis ze względu na fakt, iż nałożona na pozwaną kara umowna nie wynika z niewykonania zobowiązania w jakimkolwiek zakresie, a z faktu, iż zobowiązanie to było wykonane w sposób niewłaściwy. W ocenie Sądu nie sposób także uznać roszczenia wynikającego z kary umownej za rażąco wygórowane, gdyż kwota, której tytułem kary umownej domaga się powód, w odniesieniu do kwot jakie pozwana uzyskiwała z NFZ z tytułu wielu zawartych z nim kontraktów, nie jest na tyle wysoka, aby usprawiedliwiać zastosowanie miarkowania kary umownej. Z tych też powodów Sąd nie znalazł podstaw dla zastosowania zmniejszenia przysługującej powodowi kary umownej. Wobec powyższego Sąd I instancji zasądził od pozwanej na rzecz powoda kwotę 18.607,68 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 24 grudnia 2010 roku do dnia zapłaty. Sąd zaznaczył, iż roszczenie o odsetki znajduje swoje uzasadnienie w treści art. 481 § 1 k.c. i wskazał, że jak wynika z treści wystosowanych względem pozwanej wezwań do zapłaty, data płatności należnej kwoty upłynęła dnia 23 grudnia 2010 roku i w pełni uzasadnione jest, więc zasądzenie odsetek od dnia następnego, tj. 24 grudnia 2010 r. W pozostałym zaś zakresie Sąd oddalił powództwo. O kosztach procesu Sąd orzekł w pkt 3 wyroku na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c., art. 100 k.p.c. wskazując, iż w rozpoznawanej sprawie pozwana przegrała proces w 92%, co uzasadniało obciążenie jej taką częścią kosztów procesu. Na koszty te składała się uiszczona przez powoda opłata od pozwu w kwocie 1011 zł, koszty zastępstwa procesowego w kwocie 2.400 zł, ustalone w oparciu o § 6 pkt 5 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. z 2002r., Nr 163, poz. 1349 ze zm.) oraz opłata skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł.

Apelację od powyższego wyroku wniosła strona pozwana, zaskarżając go w całości. Strona skarżąca orzeczeniu temu zarzuciła naruszenie następujących norm prawa:

1) art. 483 § 1 k.c., w zw. z art. 484 § 1 i § 2 k.c., w zw. z art. 471 k.c., w zw. z art. 30 § 1 pkt 1 i pkt 2 Ogólnych Warunków Umów o Udzielanie Świadczeń (...) stanowiącymi załącznik 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), dyrektor wojewódzkiego oddziału NFZ jest uprawniony do nałożenia na podmiot leczniczy kary umownej w wysokości: -do 2% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy za każde stwierdzone naruszenie w przypadku: obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udaremniania kontroli; pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy; nieuzasadnionej odmowy udzielenia świadczeniobiorcy świadczeń, niewykonania przez świadczeniodawcę w terminie zaleceń pokontrolnych; -do 2% kwoty zobowiązania określonej w umowie dla każdego zakresu świadczeń, za każde stwierdzone naruszenie, w przypadku: nieudzielania świadczeń w czasie i miejscu ustalonym w umowie, udzielania świadczeń przez osoby nieuprawnione lub nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz dokonał płatności nienależnych środków finansowych; -do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń w przypadku: gromadzenia informacji lub prowadzenia dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej, w sposób rażąco naruszający przepisy prawa, albowiem powód zastosował niesłusznie kumulację sumaryczną 2% + 1% kary umownej, która jest nieznana ustawie, a Sąd I instancji przyjął to wyliczenie za prawidłowe nie uwzględniając wniosku pełnomocnika strony pozwanej co do miarkowania jej wysokości przy wyrokowaniu;

2) art. 6 ust. 1 rozporządzenia Min. Zdrowia z dnia 6 maja 2008r., w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z dnia 13 maja 2008 r.), który mówi, iż: „Świadczenia udzielane są osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, zgodnie z załącznikiem do umowy,” gdyż z przepisu tego wynika, że nie muszą wykonywać świadczeń wyłącznie dyplomowane pielęgniarki, mogą

to wykonywać pielęgniarki np. po kursie kwalifikacyjnym w zakresie pielęgniarstwa rodzinnego, co też niewątpliwie miało miejsce w zakładzie pozwanej, gdzie wszystkie pielęgniarki, które w protokole pokontrolnym pozwanego zostały zakwestionowane. Takie stanowisko jest zgodne z zapisem w art. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. „o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych” Dz.U.2008.164.1027 j.t. do kwalifikacji pielęgniarek, którego Sąd nie wziął w ogóle pod rozwagę, tylko potwierdził niesłusznie to co twierdził powód w trakcie procesu. Tak więc z tego powodu nie można zarzucić pozwanej winy kontraktowej, albowiem wykonała ona zobowiązanie zgodnie z jego treścią i w sposób odpowiadający ustawie jak również utrwalonych zwyczajów między stronami sporu i dlatego Sąd I Instancji miał możliwość miarkowania wysokości kary umownej dochodzonej przez stronę powodową;

3) art. 233 § 1 i § 2 k.p.c., bowiem to Sąd I instancji powinien rozważyć na podstawie zebranego materiału dowodowego jako całość, czy te pracownice nie miały odpowiednio wystarczających kwalifikacji do wykonywania swoich czynności zawodowych w zakładzie pozwanej. Jak wynika z dołączonych przez pozwaną dowodów do odpowiedzi na pozew strona powodowa w 2009 r. sama na piśmie zezwoliła na zatrudnienie tych pielęgniarek z imienia i nazwiska. Natomiast obecnie za to żąda zapłaty kary umownej, która nota bene w tym przypadku nie może być wyższa niż 2 % od sumy kontraktowej;

4) art. 64 ust. 3 ustawy, z dnia 27 sierpnia 2004 r. „o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych” Dz.U.2008.164.1027 j.t., ponieważ kontrolę w zakładzie pozwanej w 2010r. przeprowadziły wyznaczone pracownice powoda przez dyrektora (...) Oddział w S., które de facto nie posiadały stosownych uprawnień wyznaczonych przez ustawę, mianowicie nie posiadały uprawnień medycznych w tym zakresie do przeprowadzenia kontroli i wyciągnięcia wniosków pokontrolnych sankcjonowanych karą umowną. Jak zeznały pracownice pozwanego, które były świadkami strony powodowej, jedna z nich jest z wykształcenia socjologiem, natomiast druga ma wykształcenie ekonomiczne o kierunku księgowym. Zdaniem apelującej mało wiarygodny jest wynik kontroli przeprowadzony przez nieupoważnionych pracowników strony powodowej, bowiem jak one same zeznały do protokołu przesłuchiwane w charakterze świadków powoda nie miały one wiedzy na temat zakresu i znaczenia skali B., którą stosuje się do każdego przyjętego pacjenta na podstawie wywiadu uprawnionego lekarza. Takich nieścisłości jest poza tym dużo więcej, które wynikają z zastrzeżeń złożonych przez pozwaną do wyniku przeprowadzonej kontroli i które tak naprawdę powód nigdy nie rozpatrzył, po prostu ich tylko nie uznał;

5) art. 233 § 1 i § 2 k.p.c. polegający na naruszeniu zasady swobodnej oceny dowodów, a polegający na tym, że Sąd I instancji dał wiarę zeznaniom świadków powoda, natomiast już zeznaniom świadków G. S. i B. O., którzy zeznali do protokołu sądowego w niniejszej sprawie, że były takie przypadki gdzie wcześniej zgłoszono wykonane świadczenia na pacjencie, za które powód zapłacił całą należność, po czym gdy strona pozwana stwierdziła błędy w PESEL-ach pacjentów świadczeniodawcy;

6) naruszenie że strona powodowa dochodzi w całości zasądzenia kary umownej na jej rzecz pomimo, że dokonała sama pozwana potrąceń z przysługujących pozwanej od powódki wierzytelności za wykonane usługi w kwocie 7168 zł;

7) skarżąca zarzuciła też, iż Sąd I instancji nie wziął pod uwagę, iż za błędny PESEL pacjenta wystawiony do zapłaty, strona pozwana uiszcza powodowi kwotę około 1.700 zł o czym zeznała powódka do protokołu sądowego.

Wskazując na powyższe skarżąca wniosła o: zmianę zaskarżonego wyroku Sądu I instancji poprzez jego uchylenie w kwestii zasądzenia od pozwanej kary umownej w wysokości 18.607,68 zł i obciążenie kosztami postępowania strony powodowej; ewentualnie o miarkowanie wysokości kary umownej przez Sąd Okręgowy w Szczecinie, a nałożonej na pozwaną treścią zaskarżonego wyroku z dnia 18 marca 2013 r., albowiem zasądzona na pozwaną wysokość kary umownej nie odzwierciedla wysokości szkody ewentualnej jaką miałby ponieść powód w przypadku np. niezawieszenia przy łóżku pacjenta tabliczki informacyjnej, czy też nieudolnego zagubienia przez powódkę części dokumentów wziętych do kontroli i których powód nie oddał pozwanej po dokonanej kontroli. Jak również kara umowna zasądzona w kwocie 18.607,68 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 24 grudnia 2010r. do dnia zapłaty jest naliczona w wysokości kumulatywnej rażąco wygórowanej.

W odpowiedzi na apelację strona powodowa wniosła o jej oddalenie oraz o zasądzenie na jej rzecz kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu odwoławczym.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja pozwanej nie była zasadna.

Mając na względzie, iż apelująca kwestionowała dokonaną przez Sąd Rejonowy ocenę materiału dowodowego Sąd Odwoławczy wskazuje, iż ustanowiona w art. 233 § 1 k.p.c. zasada swobodnej oceny dowodów ogranicza możliwość skutecznego podważenia tej oceny do sytuacji, gdy nastąpiło uchybienie podstawowym regułom służącym ocenie wiarygodności i mocy poszczególnych dowodów, tj. regułom logicznego myślenia, zasadzie doświadczenia życiowego i właściwego kojarzenia faktów. Jednakże w ocenie Sądu Okręgowego apelująca nie podważyła oceny dowodów dokonanej przez Sąd I instancji. Wymaga przy tym odnotowania, że jeśli chodzi o zeznania G. S. i B. O. to skarżąca nie podważyła stanowiska Sądu Rejonowego, iż zeznania te nie miały znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. Twierdzenia tych świadków w oparciu o które pozwana wywodzi swoje stanowisko nie podważają ustalenia Sądu I instancji, iż zobowiązanie wynikające z umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej zostało przez nią nienależycie wykonane.

W rozpatrywanej sprawie strony wymienionej umowy w § 6 przewidziały możliwość zastosowania kary umownej, w przypadku nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, która zostanie nałożona w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów. Z § 30 ust. 1 załącznika (ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. (Dz.U. z 2008 r. Nr 81, poz. 484) w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wynika zaś wysokość kar umownych gdy umowa została wykonana niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy. Sąd I instancji słusznie przyjął, iż powódka wykazała, że pozwana nienależycie wykonała wymienioną umowę, z przyczyn leżących po jej stronie. Świadczy o tym przeprowadzona kontrola, utrwalona Protokole Kontroli oznaczonej numerem (...) -I-091-53-jg/10. Skarżąca nie zdołała podważyć zarówno posiadanych przez J. G. i B. K. (2) uprawnień do przeprowadzenia kontroli, jak też jej wyników. Skarżąca pomijała przy tym okoliczności świadczące o tym, iż wykonała zawartą z powodem umowę niezgodnie z jej postanowieniami. Tymczasem przedmiotowe okoliczności kwalifikowały się do tych wyartykułowanych w § 30 ust. 1 pkt 2 i 3 załącznika wymienionego rozporządzenia. Należy przy tym podkreślić, iż podczas kontroli stwierdzono, że pozwana w zakresie świadczonej opieki długoterminowej domowej przedstawiła dane niezgodne ze stanem faktycznym (np. pozwana nie udokumentowała wykonania 234 procedur pielęgniarских oraz stwierdzono przypadki, gdy opieka miała być świadczona także po dacie zgonu pacjentów, czy też podczas ich pobytu w szpitalu lub na oddziale rehabilitacji), na podstawie których powód dokonał płatności nienależnych środków finansowych. Ponadto podczas kontroli pozwana nie przekazała ostatecznie dokumentów potwierdzających wymagane kwalifikacje pielęgniarki M. G., która świadczyła usługi na rzecz pacjentów ubezpieczonych, a posiadała jedynie kwalifikacje pielęgniarki operacyjnej (k. 370), nie zaś wymagane z zakresu pielęgniarstwa środowiskowego, które z kolei posiadała D. B. (2) (k. 372). Powyższe okoliczności kwalifikują się do przewidzianych w podpunkcie b i c § 30 ust. 1 pkt 2 załącznika wymienionego rozporządzenia, z którego to unormowania wynika też, że wysokość kar umownych wynosi do 2 % kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń, za każde stwierdzone naruszenie. Zatem już za każde z obu stwierdzonych w podpunktach b i c naruszeń kara umowna może wynosić do 2 % kwoty zobowiązania określonej w umowie. Ponadto w przypadku przyjętych przez Sąd Rejonowy naruszeń o których mowa w § 30 ust. 1 pkt 3 załącznika rozporządzenia kara umowna może wynieść do 1 % kwoty zobowiązania określonej w umowie.

Natomiast zagadnienie ograniczenia kumulacji ustalonych na wyżej wymienionych podstawach prawnych kar umownych reguluje § 30 ust. 3 załącznika wymienionego rozporządzenia i stanowi, że kary umowne, nałożone przez Fundusz, podlegają kumulacji, przy czym: 1) łączna kwota kar umownych nałożonych w toku jednego postępowania kontrolnego nie może przekraczać 3 % kwoty zobowiązania wynikającego z umowy; 2) łączna kwota kar umownych nałożonych w okresie obowiązywania umowy nie może przekraczać 4 % kwoty zobowiązania Funduszu wynikającego z umowy wobec świadczeniodawcy. Przenosząc te unormowanie na grunt rozpatrywanej sprawy Sąd orzekający

stwierdza, iż w związku z przeprowadzonym przez powódkę postępowaniem kontrolnym łączna kwota nałożonych kar umownych nie mogła przekraczać 3 % kwoty zobowiązania wynikającego z umowy. W konsekwencji w oparciu o okoliczności świadczące o wykonaniu umowy niezgodnie z jej postanowieniami, a przewidziane w § 30 ust. 1 pkt 2 i 3 załącznika wymienionego rozporządzenia, powódka oczywiście mogła domagać się łącznej kwoty kar umownych w wysokości 3 % kwoty zobowiązania wynikającego z umowy. Wymaga przy tym zaznaczenia, iż kwota zobowiązania wynikająca z umowy nr (...) po uwzględnieniu jej aneksowania w dniu 25 października 2010 r. i w związku z czym zmniejszeniu o 53.172 zł pierwotnej kwoty zobowiązania w wysokości 673.428 zł, została prawidłowo przez Sąd Rejonowy przyjęta w wysokości 620.256 zł, co oznacza że kumulacja kar umownych na poziomie 3 % tego zobowiązania została również przez ten Sąd ustalona w kwocie 18.607,68 zł.

Kolejno Sąd Okręgowy stwierdza, iż skarżąca nie wykazała, aby dochodzoną w niniejszym postępowaniu pozwem należność powódką już potrąciła w stosunku do jakiegokolwiek przysługującej pozwanej należności. Twierdzenia apelującej są w tym zakresie całkowicie gołosłowne, gdyż odwołuje się ona do kwestii potrącenia należności powódki wynikającej z zupełnie innego tytułu na co wskazuje wprost treść składanych przez pozwaną dokumentów. Potrącenia, które błędnie opisała pozwana jako kary umowne, aczkolwiek co do zasady nie mogły wpłynąć na słuszność powództwa o zasądzenie kary umownej w uwzględnionym przez Sąd I instancji rozmiarze, to były związane z innymi łączącymi strony umowami dotyczącymi podstawowej opieki zdrowotnej o nr 16-00- (...) - **09/10**-01-08- (...), np. potrącenia co do kwot 7 168 zł i 74 933 zł dotyczyły wystąpienia pokontrolnego z dnia 17 sierpnia 2010 r. (k. 412 i 436). Również w sposób nieuprawniony pozwana nazywa karą umowną kwotę 53.172,00 zł, o którą strony skorygowały umowę z dnia 16 marca 2010 r. protokołem renegeacji z dnia 25 października 2010 r.

Odnosząc się do zarzutów pozwanej dotyczących zwrotu powodowi środków pobranych za usługi świadczone np. na rzecz pacjentów przebywających w szpitalach, czy zmarłych zwrócić uwagę należy, iż roszczenie o zapłatę kary umownej jest roszczeniem niezależnym od żądania przez Narodowy Fundusz Zdrowia zwrotu nienależnych środków finansowych. Jak stanowi bowiem przepis § 28 przywołanych wyżej Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku stwierdzenia przez oddział wojewódzki (...) przekazania świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych, kwota przekazanych środków podlega zwrotowi w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania do ich zwrotu. Powyższe oznacza, iż działanie świadczeniodawcy może stanowić w określonych okolicznościach jednocześnie podstawę do sformułowania wezwania do zwrotu nienależnych środków finansowych oraz podstawę do nałożenia kary umownej z tytułu np. przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których NFZ dokonał płatności nienależnych środków finansowych (zob. Artur Paszkowski w pracy „Kara umowna w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” SIP Lex).

Przechodząc z kolei do zagadnienia miarkowania kary umownej Sąd Okręgowy mając na względzie unormowanie z art. 484 § 2 k.c. podziela stanowisko Sądu I instancji, iż nie ma podstaw do uznania kwoty 18.607,68 zł tytułem kar umownych za rażąco wygórowaną. Kwota ta stanowi bowiem jedynie 3 % kwoty zobowiązania wynikającego z jednej z zawartych przez strony, a będącej przedmiotem niniejszego postępowania, tj. w wysokości 620.256 zł. Ponadto nie sposób przy tym nie dostrzec, iż możliwość kumulacji kar umownych w związku z zawartą przez strony umową została istotnie ograniczona na podstawie § 30 ust. 3 załącznika (ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. (Dz.U. z 2008 r. Nr 81, poz. 484). W tym stanie rzeczy nie było uzasadnionym obniżenie przez Sąd należności strony powodowej z tytułu kary umownej. Podkreślić należy to, iż nie wszystkie ze wskazanych i wykazanych przez powoda uchybień w świadczeniu przez pozwaną usług pielęgnacyjnych miały bezpośrednie przełożenie na relacje finansowe między stronami i nie mogły z definicji stanowić podstawy do wezwania do zwrotu nienależnie otrzymanych środków finansowych. Istotna część uchybień np. zatrudnianie pielęgniarek nie mających właściwych uprawnień zawodowych, nieudokumentowanie wykonania 234 procedur pielęgniarstwa, brak części kart czynności pielęgniarstwa, brak kart oceny świadczeniobiorcy (wg skali B.), brak obserwacji pielęgniarstwa, rozbieżności w datach wizyt pielęgniarstwa, brak autoryzacji wpisów pielęgniarstwa w kartach opieki pielęgniarstwa, brak podpisów potwierdzających wizytę pielęgniarki, bądź niewłaściwe podpisy, używanie niewłaściwych pieczętek przez cztery pielęgniarki, w przypadku siedmiu pacjentów wpisywanie w jednej kolumnie różnych dat udzielanych świadczeń - to uchybienia wskazujące na nienależyte wykonanie umowy, chociażby

przejawiające się brakiem możliwości ustalenia rzeczywistego przebiegu świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych opłacanych ze środków publicznych.

Uwagę zwraca to, iż kontrola stanowiąca postawę powództwo w niniejszej sprawie dotyczyła jedynie dokumentacji 26 pacjentów pozwanej.

Zatem nie podzielaając stanowiska apelującej w ocenie Sądu Okręgowego nie było podstaw do wzruszenia zaskarżonego wyroku.

Marginalnie, dodać należy, iż Sąd odwoławczy nie dostrzegł konieczności odraczania rozprawy apelacyjnej z powodu choroby pozwanej skoro była ona reprezentowana przez pełnomocnika, który sprawuje stały zarząd jej interesami.

W świetle powyższych rozważań Sąd Okręgowy na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację, o czym orzekł w punkcie 1. sentencji wyroku.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono w punkcie 2 wyroku na podstawie art. 108 § 1 k.p.c. w zw. z art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c. Z art. 108 § 1 k.p.c. wynika, że sąd rozstrzyga o kosztach w każdym orzeczeniu kończącym sprawę w instancji. Zgodnie z art. 98 § 1 k.p.c. strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu). Cytowane unormowanie wyraża podstawową zasadę rozstrzygnięcia o kosztach postępowania - odpowiedzialności za jego wynik. Mając powyższe unormowanie na względzie Sąd Okręgowy wskazuje, iż w rozpatrywanej sprawie apelacja strony pozwanej jest w całości niezasadna, a więc to ona jest w rozumieniu art. 98 § 1 k.p.c. stroną przegrywającą sprawę w postępowaniu apelacyjnym. Zatem wobec złożonego przez stronę powodową żądania zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym, to pozwana winna zwrócić jej przedmiotowe koszty. Na koszty te złożyło się wyłącznie wynagrodzenie reprezentującego stronę powodową radcy prawnego w wysokości 1.200 zł, które przy uwzględnieniu wartości przedmiotu zaskarżenia, zostało ustalone na podstawie § 2 ust. 1 i 2, § 6 pkt 5 oraz § 12 ust. 1 pkt 1 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. z 2002 r. Nr 163, poz. 1349 ze zm.) w stawce minimalnej.

SSR del. Agnieszka Trytek-Błaszak SSO Robert Bury SSO Zbigniew Ciechanowicz