

Sygn. akt I ACa 205/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 czerwca 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Białymstoku I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący	:	SSA Janusz Leszek Dubij (spr.)
Sędziowie	:	SA Jadwiga Chojnowska SA Elżbieta Kuczyńska
Protokolant	:	Urszula Westfal

po rozpoznaniu w dniu 7 czerwca w Białymstoku

na rozprawie sprawy z powództwa **Wojewódzkiej (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Ł.**

przeciwko **Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. i Skarbowi Państwa - Wojewodzie (...)**

o zapłatę

na skutek apelacji wniesionej przez powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Białymstoku

z dnia 4 lutego 2013 r. sygn. akt. I C 1302/12

I. zmienia zaskarżony wyrok:

a) **w punkcie I w ten sposób, że zasądza od pozwanego Skarbu Państwa - Wojewody (...) na rzecz powoda Wojewódzkiej (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Ł. kwotę 144.597,53 zł (sto czterdzieści cztery tysiące pięćset dziewięćdziesiąt siedem złotych pięćdziesiąt trzy grosze) z ustawowymi odsetkami od dnia 15 czerwca 2012 r. do dnia zapłaty i oddala powództwo w stosunku do Skarbu Państwa - Wojewody (...) w pozostałym zakresie,**

b) **w punkcie II w ten sposób, że zasądza od pozwanego Skarbu Państwa - Wojewody (...) na rzecz powoda kwotę 2.027 zł tytułem zwrotu kosztów procesu;**

II. oddala apelację powoda w pozostałej części;

III. **zasądza od pozwanego Skarbu Państwa - Wojewody (...) na rzecz powoda Wojewódzkiej (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Ł. kwotę 1512 zł tytułem zwrotu kosztów procesu w instancji odwoławczej.**

UZASADNIENIE

Wojewódzka (...) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Ł. pozwała Narodowy Fundusz Zdrowia w W. o zapłatę 225.157,33 zł z ustawowymi odsetkami od kwot:

- 224.423,17 zł od dnia 15 czerwca 2012 roku do dnia zapłaty,

- 734,16 złotych od dnia 19 maja 2012 roku do dnia zapłaty, oraz zasądzenia od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa na koszt powoda, podnosząc zarzut braku legitymacji biernej z uwagi na to, że ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym i ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych wskazują, iż zadania zespołów ratownictwa medycznego są finansowane z budżetu państwa w części, w której dysponentami są wojewodowie. To wojewoda powierza przeprowadzenie postępowania o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie przez nich zadań dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego (...), który faktycznie występuje w roli pełnomocnika wojewody. W konsekwencji legitymowanym biernie w niniejszej jest Skarb Państwa - Wojewoda (...). Niezależnie od tego, pozwany wskazał, że powództwo jest nieuzasadnione również dlatego, że niespornym jest zaistnienie uchybień opisanych w wystąpieniu pokontrolnym, jak też ich ilość w stosunku do badanego zakresu kontroli, co czyni słusznym obciążenie powoda karami umownymi, zarówno co do zasady, jak i co do wysokości.

Wobec stanowiska pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia w W. (zwanego dalej także jako pozwany ad. 1)) w zakresie braku legitymacji biernej do występowania w niniejszej sprawie, na wniosek pełnomocnika powoda, na mocy art. 194 k.p.c., Sąd wezwał do udziału w sprawie Skarb Państwa – Wojewodę (...).

Reprezentowany przez Prokuratorię Generalną Skarbu Państwa Wojewoda (...) (dalej powoływany także jako pozwany ad. 2)), wniósł o oddalenie powództwa w całości. Podnosił, że zakres odpowiedzialności wojewody jako organu administracji rządowej dotyczącej wykonywania zadań systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, nie obejmuje odpowiedzialności za roszczenia objęte pozwem. Z mocy art. 49 ust. 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, wojewoda powierza przeprowadzenie postępowania o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego, zawieranie, rozliczanie i kontrolę wykonania tych umów dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego (...). Powierzenie to ma charakter obligacyjny i nie dotyczy zadań z zakresu właściwości wojewody. Zdaniem pozwanego ad 2), skoro określone uprawnienia dla dyrektora oddziału NFZ wynikają wprost z ustawy, brak jest podstaw do przyjęcia odpowiedzialności Skarbu P. – Wojewody (...) na podstawie art. 95 i 96 k.c. Pozwany ad. 2) wskazał ponadto, że wprawdzie umowa z 1 kwietnia 2009 roku została zawarta przez Dyrektora (...) Oddziału (...) w imieniu Wojewody (...), jednak jej projekt nie był z nim konsultowany. Niezależnie od powyższego, pozwany ad. 2) popierał merytoryczne stanowisko wyrażone w odpowiedzi na pozew udzielonej przez NFZ, z wyjątkiem zarzutu formalnego dotyczącego braku po stronie pozwanego ad 1) legitymacji procesowej biernej do występowania w niniejszym procesie.

Sąd Okręgowy w Białymstoku wyrokiem z dnia 4 lutego 2013 r. oddalił powództwo i zasądził od powoda na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia w W. i Skarbu Państwa – Wojewody (...) - reprezentowanego przez Prokuratorię Generalną Skarbu Państwa w W. po 7200 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Powyższe rozstrzygnięcie zapadło na podstawie następujących ustaleń faktycznych.

Zespół kontrolny (...) Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w okresie od dnia 03 lutego 2011 r. do dnia 18 lutego 2011 r. przeprowadził w Wojewódzkiej (...) ZOZ w Ł. kontrolę prawidłowości realizacji umowy numer (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ratownictwo medyczne, zawartej między powodem i Wojewodą (...), w imieniu i na rzecz którego działał Dyrektor (...) Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w B..

Wyniki kontroli zostały przedstawione w protokole kontroli z dnia 29 kwietnia 2011 r., podpisanym przez Kontrolowanego w dniu 11 maja 2011 r. wraz z informacją o rozpatrzeniu zastrzeżeń do przedmiotowego protokołu z dnia 10 maja 2011 r. Postępowanie kontrolne nr 10 - (...) (...) - (...) zostało przeprowadzone na podstawie art. 64 ust. 1 w związku z ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Kontrolą został objęty okres od dnia 1 stycznia 2010 r. do dnia 31 grudnia 2010 r. Narodowy Fundusz Zdrowia negatywnie ocenił realizację umowy w kontrolowanym zakresie. Powódka zgłosiła zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego, z których jedynie część została uwzględniona. (...) Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w B. podtrzymał zalecenia przedstawione w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 5 lipca 2010 r.

W związku z przeprowadzonym postępowaniem pokontrolnym ostatecznie zażądano od powoda wpłaty następujących kwot:

1. 377,79 zł tytułem zwrotu środków finansowych nienależnie opłaconych przez OW NFZ w B.

2. 217.180,42 zł tytułem kar umownych w tym:

- 75.025,05 zł w związku z dokonywaniem przez świadczeniodawcę transportów świadczeniobiorców z pominięciem dyspozycji art. 45 ust. 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym

- 133.384,14 zł w związku z brakiem w przypadku części świadczeniobiorców krat medycznych oraz przedstawianiem w raportach statystyczno – medycznych kilku świadczeń jako udzielonych w tym samym dniu temu samemu świadczeniobiorcy mimo stwierdzonego braku dokumentacji medycznej potwierdzającej ich udzielenie (§ 5 ust. 1 umowy w zw. z § 30 ust. 1 pkt 2 lit. c ogólnych warunków umów);

- 4.049,87 zł w związku z realizacją przez specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego transportu sanitarnego (pacjenta ze szpitalnego oddziału ratunkowego Szpitala (...) w W.M. do szpitalnego oddziału ratunkowego (...) Szpitala (...) w B.) dotyczącego 3-letniego dziecka po wypiciu środka toksycznego na myszy będącego w stanie nagłego zagrożenia życia;

- 4.721,36 zł – za stwierdzone w 50 przypadkach przedstawienie w raportach statystycznych błędnych informacji dotyczących osób odpowiedzialnych za udzielenie świadczenia (§ 5 ust. 1 umowy w zw. z § 30 ust. 1 pkt 2 lit. c ogólnych warunków umów)

- 7.976,91 zł – z tytułu odsetek ustawowych naliczonych o powyższych kar umownych za okres jak w nocie odsetkowej nr (...) z dnia 5 czerwca 2012 r. (k. 2258 w niebieskim segregatorze stanowiącym załącznik do akt sprawy).

W związku z niedokonaniem zapłaty przez powoda w/w należności, pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia dokonał potrącenia, kolejno w dniu: 23 maja 2012 r. kwoty 734,16 zł, a następnie w dniu 5 czerwca 2012 r. kwoty 224.423,17 zł – z bieżącej należności przysługującej powodowi. Potrącone środki przekazano Wojewodzie (...).

Sąd Okręgowy wskazał, że powyższy stan faktyczny był bezsporny, a rozstrzygnięcie sprawy koncentrowało się wokół dwóch kwestii: formalnej – któremu pozwanemu przysługuje legitymacja bierna do występowania w niniejszym procesie i materialnej - czy istnieją warunki – przewidziane art. 484 § 2 k.c. do skutecznego żądania przez powódkę zmniejszenia kary umownej.

Zdaniem Sądu zasadnym okazał się zarzut braku legitymacji procesowej biernej w odniesieniu do Narodowego Funduszu Zdrowia jako pozwanego w niniejszej sprawie, przede wszystkim dlatego, że nie był on stroną przedmiotowej umowy. Została ona bowiem zawarta przez powoda i Wojewodę (...), w którego imieniu i na którego rzecz działał Dyrektor (...) Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Zatem ten ostatni miał status jedynie pełnomocnika. Taki podział kompetencji powyższych organów wynika z art. 49 ust. 5 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym w związku z art. 155 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, co potwierdza także powołane przez Sąd I instancji orzecznictwo Sądu Najwyższego. Przechodząc do

drugiej istotnej kwestii natury prawnej – warunków do miarkowania kary umownej, wskazać należy, że art. 484 § 2 k.c. przewiduje taką możliwość w sytuacji, jeżeli zobowiązanie zostało w znacznej części wykonane, jak i wówczas gdy kara umowna jest rażąco wygórowana. Na tę drugą okoliczność wskazywała w niniejszej sprawie powódka.

Sąd Okręgowy stwierdził, powołując się na bogate orzecznictwo Sądu Najwyższego w tym przedmiocie, że art. 484 § 2 k.c. należy do przepisów tzw. prawa sędziowskiego, a sama regulacja nie zawiera jakichkolwiek wyłączeń. Norma może znaleźć zatem zastosowanie w sytuacji, gdy w świetle oceny określonego stanu faktycznego można mówić o tym, że kara umowna w zastrzeżonej wysokości jawić się będzie jako nieadekwatna. Mając to na względzie, Sąd I instancji zważył, że wymierzone powodowi kary umowne nie były wygórowane.

Analizując przesłanki obniżenia kary umownej na tle każdej z kar jednostkowych, Sąd wskazał, co następuje. Odnośnie kary umownej w kwocie 4.049,87 zł za dokonanie tzw. transportu sanitarnego i wyłączenie tym samym zespołu ratownictwa medycznego od dobowej gotowości udzielenia świadczeń, Sąd przyjął, że poprzez realizację tego transportu, powód naruszył § 8 ust. 13 zarządzenia nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w zw. z § 2 ust. 11 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zw. z § 2 ust. 1 pkt. 16 oraz § 2 ust. 1 pkt. 4 zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (z późn. zm.). Bezspornie bowiem w toku postępowania kontrolnego, stwierdzono 1 przypadek transportu sanitarnego, tj. transportu pacjenta ze szpitalnego oddziału ratunkowego Szpitala (...) w W. M. do szpitalnego oddziału ratunkowego Uniwersyteckiego (...) Szpitala (...) w B.. Na (...) w B. przewieziono wówczas dziecko, które przypadkowo napilo się trucizny na myszy. Jednocześnie, brak jest przepisów, które by stanowiły podstawę do wyłączenia zespołu ratownictwa medycznego od dobowej gotowości udzielenia świadczeń. Łączny czas wyłączenia specjalistycznego zespołu ratownictwa wyniósł 147 minut. Stwierdzenie powyższej nieprawidłowości musiało tym samym skutkować nałożeniem na powoda w/w kary umownej - na podstawie 30 ust. 1 pkt 3 lit e) Ogólnych warunków umów w związku z § 8 ust. 13 zarządzenia nr (...) Prezesa NFZ. Wysokość kary, która ostatecznie wyniosła wskazaną wyżej kwotę 4.049,87 zł (pierwotnie jej wymiar opiewał na 20.249,34 zł), co stanowi zaledwie 0,1% wartości umowy określonej dla zakresu świadczenia udzielanego przez specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego w rejonie operacyjnym nr 5, jest wręcz symboliczna. Obniżenie kary przez pozwanego ad. 1) na skutek odwołania powoda, było jak najbardziej uzasadnione, bowiem naruszający wskazane przepisy przewóz dotyczył dziecka, w stanie zagrażającym jego życiu. Okoliczność ta nie uzasadnia jednak zdjęcia z powoda wszelkich konsekwencji, ponieważ nie pozostawał on w tym czasie do dyspozycji pozwanego i wykazał się przy tym nieznaną podstawowych przepisów prawa i podziału kompetencji między zespoły ratownictwa medycznego w różnych rejonach, a które zobowiązane były w tamtej sytuacji do podjęcia natychmiastowych działań. Sąd wskazał, że z istoty kary wynika również, że ma ona pełnić funkcję dyscyplinującą i stanowić pewną dolegliwość za niepodporządkowanie się ustalonym normom prawnym. Realizacja transportu sanitarnego przez zespół ratownictwa medycznego stanowiła bezsporne naruszenie warunków umowy, a w/w kara umowna została nałożona z zachowaniem reguł jej miarkowania.

W toku postępowania kontrolnego stwierdzono także brak należytej rzetelności i staranności ze strony powoda w zakresie przedstawienia raportów statystycznych, w których dane nie były zgodne ze stanem faktycznym. Niezgodność ta polegała na sprawozdaniu przez powoda w 81 przypadkach kilkukrotnych świadczeń udzielonych świadczeniobiorcy w tym samym dniu, pomimo iż dokumentacja medyczna potwierdza tylko jedno świadczenie. Nadto powódka nie przedstawiła 13 kart zleceń wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego związanych z rozpoznaniem zawału serca i udaru mózgu. Powódka oświadczyła, iż świadczenia nie zostały zrealizowane, zaś ich umieszczenie w raporcie statystyczno-medycznym wynikało z wadliwości działania systemu informatycznego. Weryfikując zgodność danych zawartych w raportach statystyczno-medycznych z danymi zawartymi w dokumentacji medycznej, stwierdzono w 50 przypadkach niezgodność w zakresie identyfikacji osób udzielających świadczeń. W związku z powyższym, w ocenie Sądu, negatywna ocena w zakresie zachowania braku należytej staranności i rzetelności ze strony powoda w zakresie sporządzania raportów statystycznych skutkować musiała nałożeniem kary umownej na podstawie § 30 ust. 1 pkt 2 lit. E Ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Odnosząc się do jej wysokości, zważyć należy, iż kwota 133.384,14 zł tytułem kary umownej obrazuje stwierdzenie braku dokumentacji medycznej potwierdzającej udzielenie świadczenia, nie przedstawienie 13 kart zleceń wyjazdów dotyczących świadczeń udzielanych w związku

z zawałem serca i udarem mózgu i 81 kart potwierdzających udzielenie innych świadczeń. Natomiast kwota 4721,36 zł odzwierciedla stwierdzenie w 50 przypadkach niezgodności między dokumentacją medyczną a raportami statystycznymi w zakresie dotyczącym identyfikacji osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej.

Oceniając wysokość w/w kar, Sąd wskazał, że raport statystyczny jest dokumentem niezwykle ważnym, bowiem winien stanowić odzwierciedlenie informacji zawartych w dokumentacji medycznej, a tak w przypadku powódki nie było. Problemy techniczne nie stanowią dla niej żadnego usprawiedliwienia. Mogła bowiem zdecydować się na wybór innego systemu, czy innego rodzaju oprogramowania, które działałyby sprawniej, rzetelniej. Nadto pacjenci uprawnieni są do posiadania takich informacji jak dane lekarza, który się nimi opiekuje i ich leczy. Są to podstawowe prawa każdego pacjenta. W tej sytuacji Narodowy Fundusz Zdrowia staje się niejako rzecznikiem tych podstawowych praw. Winien czuwać nad jakością usług m.in. przez wykwalifikowaną i kompetentną kadrę. Za system informatyczny odpowiadają pracownicy powódki. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości należało podjąć działania zmierzające do zmiany systemu, a nie tolerować dublowanie informacji statystycznych.

Kolejną podstawą do nałożenia kary umownej była negatywna ocena prowadzenia przez powoda dokumentacji medycznej z uwagi na to, że kontrolą karty zleceń wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego nie były prowadzone zgodnie z obowiązującym wówczas wzorem, a dodatkowo w znacznej części okazanej dokumentacji medycznej nie wyszczególniono czynności ratowniczych według tzw. kodów. Powyższe naruszało przedmiot regulacji Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania. W dokumentacji pozwany dostrzegł także inne poważne uchybienia, takie jak m.in.: brak informacji o czasie oraz danych odwołującego zlecenie wyjazdu, brak zgody na udzielenie pomocy medycznej, brak zgody na przewiezienie do zakładu opieki zdrowotnej, niezgodność w zakresie podstawowych parametrów. Powyższe, w ocenie Sądu, uzasadniało nałożenie kary w wysokości 0,5 % wartości zobowiązania ustalonego dla danego zakresu umowy, co w tym zakresie zamykało się kwotą 75 025,05 zł. Sąd podkreślił, że maksymalna granica wysokości kary przewidziana jest na poziomie 1 % kwoty zobowiązania ustalonego dla danego zakresu świadczeń. Zatem wymierzono karę wysoką, co było uzasadnione skalą nieprawidłowości i ich rangą. Jednakże mając na uwagę, iż uchybienie dotyczyło 100% dokumentacji medycznej poddanej kontroli, powódkę mogła spotkać kara dużo surowsza. W ocenie Sądu, z pewnością nie można twierdzić, że kara jest rażąco wygórowana. Tym bardziej, iż powódka najprawdopodobniej w ogóle się nie zorientowała, że prowadzi karty zleceń wyjazdów zespołu ratownictwa medycznego według poprzednio obowiązującego wzoru, a niezgodnie z obowiązującym wzorem, co świadczy o braku znajomości podstawowych procedur, monitorowania podstawowych zmian pojawiających się w nich. Sąd zauważył, że powód nie wyciągnął żadnych konsekwencji służbowych, pracowniczych lub finansowych w stosunku do osób odpowiedzialnych za uchybienia. Pozwalało to Sądowi uznać, że w sposób pobłażliwy i nieodpowiedzialny podchodzi do obowiązków wynikających z łączących go umów i skutków nieprzestrzegania umów i przepisów prawa.

Ostatnia z kwota, jakimi został obciążony powód, to 7976,91 zł tytułem kary umownej jako odsetki za nieterminową zapłatę wszystkich w/w należności; stanowiła ona zatem jedynie matematyczne wyliczenie.

W ocenie Sądu, żadna z wymierzonych kar umownych nie jest nadmiernie wysoka. Powód zawierając umowę zobowiązał się jednocześnie do jej wykonania zgodnie z warunkami udzielenia świadczeń, określonymi w ustawie o świadczeniach, poszczególnych Rozporządzeniach Ministra Zdrowia, ogólnych warunkach umów, warunkami określonymi przez świadczeniodawców, określonymi przez Prezesa NFZ. Z powyższego się nie wywiązał i to w znacznej części. Dlatego nałożone na niego sankcje są jak najbardziej adekwatne do rangi dokonanych uchybień, ich rozmiaru i wagi. Arytmetycznie również nie są wygórowane. Wymierzone są raczej w dolnych granicach przewidzianych w umowie. Odstąpienie od nich byłoby sprzeczne z samym celem kary, z funkcją wychowawczą kary, bowiem spowodowałyby iż mimo stwierdzonych licznych uchybień, powód nie poniósłby adekwatnych konsekwencji. Sąd nadmieniał także, że wysokość szkody nie ma wpływu na wysokość kary umownej.

O kosztach postępowania Sąd orzekł stosownie do treści art. 98 k.p.c.

Apelację od powyższego wyroku wniósł powód, zaskarżając go w części, to jest w zakresie oddalającym powództwo w stosunku do pozwanego Skarbu Państwa - Wojewody (...) i zarzucając mu:

1) naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez uchybienie zaniechanie wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego i pominięcie w toku dokonywanej oceny:

a) umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - ratownictwo medyczne wskazującej, iż przyjętą w ramach łączącej strony umowy formą płatności był ryczałt za dobową gotowość do udzielania świadczeń i powód uzyskiwał z tego tytułu kwotę niezależnie od ilości sprawozdanych świadczeń, a w konsekwencji nieprawidłowości w zakresie sprawozdania świadczeń nie doprowadziły do pobrania przez powoda nienależnych środków finansowych;

b) kart zlecenia wyjazdu pogotowia ratunkowego (nr zlecenia wyjazdu: P 1989, (...), P 392, (...), (...), (...), (...)) wskazujących na prowadzenie przez powoda dokumentacji medycznej w sposób odpowiadający przepisom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2006 Nr 247 poz. 1819 ze zm.);

2) § 30 ust. 1 pkt 2 lit. c 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) [dalej: rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów] **poprzez uznanie, że po stronie pozwanej powstała wierzytelność o zapłatę kary umownej w wysokości 133.384,14 zł i 4.721,36 zł w sytuacji, gdy:**

a) stwierdzone nieprawidłowości w sprawozdaniu świadczeń przez powoda (sprawozdanie świadczeń pomimo braku ich udzielenia w 13 przypadkach, podwójne sprawozdania świadczeń w 81 przypadkach, niezgodność między dokumentacją medyczną a raportami statystycznymi w zakresie dotyczącym identyfikacji osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej) nie doprowadziły do dokonania na rzecz powoda płatności nienależnych środków finansowych, albowiem:

- przyjętą w ramach łączącej strony umowy formą płatności był ryczałt za dobową gotowość do udzielania świadczeń i powód uzyskiwał z tego tytułu kwotę niezależnie od ilości sprawozdanych świadczeń;

- niezgodność między dokumentacją medyczną a raportami statystycznymi w zakresie dotyczącym identyfikacji osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej nie wpływa na wysokość wynagrodzenia należnego powodowi;

b) niezgodności wynikły z przyczyn, za które powodowi nie można przypisać odpowiedzialności, albowiem są wynikiem migracji danych pomiędzy systemami informatycznymi;

3) § 30 ust. 1 pkt 3 lit. e rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów w zw. z art. 2 ust. 1 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zw. z art. 27 ust. 3 i art. 29 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2006 Nr 191 poz. 1410 ze zm.) w zw. z § 3 pkt 6 rozporządzenia z dnia 24 lutego 2009 r. Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu uprawnień i obowiązków lekarza koordynatora ratownictwa medycznego (Dz. U. 2009 Nr 39 poz. 322 ze zm.) poprzez uznanie, że po stronie pozwanej powstała wierzytelność o zapłatę kwoty 4.049,87 zł w związku z realizacją przez powoda transportu sanitarnego w sytuacji, gdy decyzję o przewozie pacjenta karetką systemu podjął legitymowany na podstawie obowiązujących przepisów prawa lekarz koordynator ratownictwa medycznego działający w Wojewódzkim Centrum (...) w (...) Urzędzie Wojewódzkim w B.;

4) **art. 5 k.c.** poprzez nieuwzględnienie, że obrona pozwanego przez wskazanie na dokonanie potrącenia kwoty 4.049,87 zł pozostaje w sprzeczności z zasadami współzycia społecznego, do czego upoważnia wzgląd na możliwe skutki dla życia i zdrowia 3 - letniego dziecka w stanie po wypiciu środka toksycznego na myszy w przypadku odmowy zastosowania się do decyzji lekarza koordynatora ratownictwa medycznego skutkującej brakiem możliwości udzielenia szybkiej pomocy medycznej;

5) § 30 ust. 1 pkt 3 lit. a rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów w zw. z § 40 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2006 Nr 247 poz. 1819 ze zm.) poprzez uznanie, że po stronie pozwanej powstała wierzitelność o zapłatę kwoty 75.025,05 zł w sytuacji, gdy:

a. używane przez powoda karty zleceń wyjazdu pogotowia ratunkowego zawierały informacje wymagane w przepisach prawa, natomiast wskazywane przez Sąd I instancji niezgodności dotyczą elementów, które nie są przewidziane w przepisach prawa, lecz we wzorze karty zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego wprowadzonym do stosowania zarządzeniem nr (...) Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 października 2009 r., które nie stanowi źródła prawa w rozumieniu Konstytucji RP;

b) niezgodność w zakresie formy dokumentacji określonej przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nie może być natomiast poczytana jako prowadzenie dokumentacji w sposób rażąco naruszający przepisy prawa;

6) **§ 29 ust. 2 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów w zw. z art. 484 § 2 k.c.** poprzez nieuwzględnienie, że nałożone na powoda kary umowne nie zostały ustalone z uwzględnieniem rodzaju i wagi stwierdzonych nieprawidłowości, w konsekwencji czego są rażąco wygórowane, albowiem:

a) nałożona kara umowna w kwocie 133.384,14 złotych stanowi 0,5 % wartości zobowiązania w zakresie świadczeń udzielonych przez podstawowe zespoły ratownictwa medycznego w rejonie operacyjnym nr 4, co stanowi 25 % maksymalnej kary możliwej do nałożenia oraz 1 % wartości zobowiązania ustalonego dla danego zakresu w pozostałych przypadkach, co stanowi 50 % maksymalnej kary możliwej do nałożenia, podczas, gdy relacja wysokości kary umownej do okoliczności wskazywanego przez pozwanego naruszenia - a w szczególności przyczyn powstania nieprawidłowości (błędny transfer danych informatycznych), ich skutków (brak wymiaru finansowego), rodzaju i wagi naruszenia (wymiar statystyczny, brak wpływu na prawidłowość udzielania świadczeń zdrowotnych), poinformowanie pozwanego o występujących nieprawidłowościach - upoważniała do dokonania miarkowana do wysokości odpowiadającej 0,01 % wartości zobowiązania ustalonego dla każdego zakresu umowy, tj. 1200,50 zł;

b) na nałożoną na powoda karę umowną w kwocie 4.721,36 złotych złożyły się: 1) kwota 1200 zł w zakresie świadczeń udzielonych przez podstawowe zespoły ratownictwa medycznego w rejonie operacyjnym nr 4, co stanowi 0,04 % kwoty zobowiązania w zakresie; 2) kwota 1200 zł w zakresie świadczeń udzielonych przez specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego w rejonie operacyjnym nr 4, co stanowi 0,02 % kwoty zobowiązania w zakresie; 3) kwota 1200 zł w zakresie świadczeń udzielonych przez podstawowe zespoły ratownictwa medycznego w rejonie operacyjnym nr 5, co stanowi 0,05 % wartości zobowiązania; 4) 1.121,36 zł w zakresie świadczeń udzielanych przez specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego w rejonie operacyjnym nr 5, co stanowi 0,03 % wartości zobowiązania w zakresie, podczas, gdy relacja wysokości kary umownej do okoliczności wskazywanego przez pozwanego naruszenia - a w szczególności przyczyn powstania nieprawidłowości (błędny transfer danych informatycznych), ich skutków (brak wymiaru finansowego), rodzaju i wagi naruszenia (wymiar statystyczny, brak wpływu na prawidłowość udzielania świadczeń zdrowotnych) - upoważniała do dokonania miarkowania do wysokości odpowiadającej 0,01 % wartości zobowiązania ustalonego dla każdego zakresu umowy, tj. 1200,50 zł;

c) nałożona kara umowna w kwocie 4.049,87 zł stanowi 10 % maksymalnej kary możliwej do nałożenia i stanowi ponad 10 - krotność kwoty stanowiącej część ryczałtu dobowego nienależnie opłaconej zdaniem (...) OW NFZ podczas, gdy względ na złożoność przyczyn zaistnienia badanego przypadku i jego jednorazowość (omawiany przypadek stanowi 1,87 % ogółu dokumentacji objętej kontrolą), a także brak konsekwencji dla zdrowia świadczeniobiorców uzasadniał, upoważniał do jej miarkowania do kwoty 404,99 zł, co stanowi 0,01 % wartości umowy określonej dla zakresu: świadczenia udzielane przez specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego w rejonie operacyjnym nr 5;

d) nałożona kara umowna w wysokości 75.025,05 złotych stanowi 0,5 % wartości zobowiązania ustalonego dla każdego zakresu umowy, co stanowi 50 % maksymalnej kary możliwej do nałożenia, podczas, gdy relacja wysokości kary umownej do okoliczności wskazywanego przez pozwanego naruszenia - a w szczególności rodzaju i wagi

naruszenia - upoważniała do jej miarkowania do wysokości odpowiadającej 0,01 % wartości zobowiązania ustalonego dla każdego zakresu umowy, tj. 1200,50 zł;

7) **sprzecznosc istotnych ustaleń z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego**, w tym ustalenie, że kwota 7.976,91 zł stanowiła karę umowną nałożoną na powoda w sytuacji, gdy zebrany w sprawie materiał dowodowy upoważnia do wniosku, że powyższa kwota stanowi sumę odsetek ustawowych naliczonych przez stronę pozwaną.

Powód wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w przez zasądzenie od pozwanego Skarbu Państwa - Wojewody (...) na rzecz powoda Wojewódzkiej (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Ł. kwoty 225.157,33 zł wraz z ustawowymi odsetkami od kwot:

- 224.423,17 zł od dnia 15 czerwca 2012 r. do dnia zapłaty,

- 734,16 zł od dnia 19 maja 2012 r. do dnia zapłaty

oraz zasądzenie od tego pozwanego na rzecz powoda kwoty 7.200 zł tytułem zwrotu kosztów procesu i obciążenie powoda kosztami procesu za I instancję w kwocie 7.200 zł w stosunku do pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia w W.. Dodatkowo powód wniósł o zasądzenie od pozwanego Skarbu Państwa - Wojewody (...) na rzecz powoda Wojewódzkiej (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Ł. kosztów procesu wraz z kosztami zastępstwa procesowego w II instancji wg norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje.

Apelacja była częściowo uzasadniona.

Sąd Apelacyjny, który w granicach zaskarżenia ponownie przeanalizował przedmiotową sprawę i zgromadzony w niej materiał dowodowy, stanął na stanowisku, iż kary umowne w kwocie 133.384,14 zł za brak, w przypadku części świadczeniobiorców, krat medycznych oraz przedstawienie w raportach statystycznych – medycznych kilku świadczeń jako udzielonych w tym samym dniu temu samemu świadczeniobiorcy mimo stwierdzonego braku dokumentacji medycznej potwierdzającej ich udzielenie (§ 5 ust. 1 umowy w zw. z § 30 ust. 1 pkt 2 lit. c ogólnych warunków umów) oraz w kwocie 4.721,36 zł za stwierdzone w 50 przypadkach przedstawienie w raportach statystycznych błędnych informacji dotyczących osób odpowiedzialnych za udzielenie świadczenia (§ 5 ust. 1 umowy w zw. z § 30 ust. 1 pkt 2 lit. c ogólnych warunków umów) zostały nałożone na powoda bezzasadnie. W tym zakresie słuszne są zarzuty skarżącego naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. poprzez błędną ocenę materiału dowodowego i w konsekwencji naruszenie przepisów prawa materialnego § 30 ust. 1 pkt 2 lit. c) rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów.

P. wymaga zatem okoliczność, że mimo, iż powód od początku procesu powoływał się na niezasadność, w świetle obowiązujących przepisów, nałożenia na niego kar umownych, a dopiero z ostrożności wnosił o ich miarkowanie, Sąd rozstrzygając niniejszą sprawę nie pochylił się nad zagadnieniem zaistnienia przesłanek do obciążenia powoda karami umownymi, lecz od razu przeszedł do oceny żądania ich ewentualnego obniżenia.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, istotnym jest zarzut nieuwzględnienia przez Sąd I instancji treści umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej – ratownictwo medyczne w zakresie w jakim wskazuje ona, iż przyjętą w jej ramach przez strony formą płatności jest ryczałt za dobową gotowość do udzielania świadczeń, co potwierdza także treść § 9 ust. 5 Zarządzenia Nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 października 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne. Samo jednak ustalenie, że strony rozliczały się ryczałtowo (mimo że, zgodnie z treścią § 9 ust. 5 Zarządzenia Prezesa NFZ, powód zobowiązany był także przedstawiać rachunek) i, jak twierdzi skarżący, tylko z tej przyczyny nie mogło dojść i nie doszło do wypłaty środków nienależnych, nie przesądzało o zasadności tego stanowiska. Niewątpliwie bowiem statystyki wykonywanych świadczeń mogą mieć wpływ na wypłatę świadczeniodawcy nienależnych środków. Na podstawie wyników za okresy przeszłe odpowiednie służby czy organy ustalają bowiem wysokość nowoobowiązujących limitów, ryczałtów, itd. tak,

aby miały one swoje odzwierciedlenie w rzeczywistych potrzebach jednostki, której będą wypłacane. W konsekwencji zatem zawyżone statystyki mogą skutkować ustaleniem i wypłatą zawyżonych ryczałtów.

Tym niemniej w niniejszej sprawie, mimo bezspornie stwierdzonych nieprawidłowości, do wypłaty nienależnych środków nie doszło. Wynika to, po pierwsze, wprost ze stanowiska pozwanego ad. 1 i całej dokumentacji kontrolnej złożonej do akt sprawy. W rozpoznawanym przypadku bowiem, w przeciwieństwie do przypadku nieprawidłowego przetransportowania przez zespół ratunkowy powoda 3-letniego dziecka, które wypilo środek trujący na myszy, pozwany ad. 1 ani w toku postępowania kontrolnego, ani po jego zakończeniu, nie określił kwoty nieprawidłowo wypłaconych środków i nie zażądał ich zwrotu, mimo, że wiedział w jakim zakresie podane dane statystyczne są błędne (§ 28 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów). Ponadto, w ocenie Sądu, do nienależnej wypłaty środków, czy choćby nieumyślnego wprowadzenia pozwanego ad. 1 przez powoda w błąd, co mogło skutkować nieprawidłowym obliczeniem wysokości ryczałtu na przyszłość, nie doszło również dlatego, że jak wynika z korespondencji stron, pozwany wiedział o zaistniałych błędach w systemie i przekazaniu mu zawyżonych danych statystycznych, o czym poinformował go sam powód (k. 1839 i 1840 w niebieskim segregatorze stanowiącym załącznik do akt sprawy).

Mając na względzie powyższe, w ocenie Sądu, doszło zatem do nieprawidłowego zastosowania § 30 ust. 1 pkt 2 lit. c) rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów, który stanowi, że "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: do 2% kwoty zobowiązania określonej w umowie (...) w przypadku przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz dokonał płatności nienależnych środków finansowych". Warunkiem obciążenia świadczeniodawcy karą umowną za przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym jest zatem dokonanie przez Fundusz na podstawie tychże danych wypłaty nienależnych środków, do czego w niniejszej sprawie nie doszło. Powód niezasadnie został zatem obciążony wskazanymi powyżej karami umownymi w łącznej kwocie 138.105,50 zł (133.384,14 zł + 4.721,36 zł).

Skoro wierzytelność pozwanego ad. 2) (którego w zakresie wykonywania przedmiotowej umowy reprezentował pozwany ad. 1)) względem powoda z tytułu wskazanych kar umownych nie powstała, potrącenie, uregulowane w art. 498 i nast. k.c. dokonane przez pozwanego ad. 1) z wzajemną wierzytelnością powoda, wynikającą z wykonanych świadczeń nie mogło skutecznie nastąpić. Tym samym pozwany ad. 2) zobowiązany jest wypłacić powodowi wskazaną powyżej kwotę, jako przysługująca mu z tytułu części bezpodstawnie nieopłaconej faktury VAT nr (...) z dnia 1 czerwca 2012 r., której zapłaty powód dochodzi.

Sąd Apelacyjny nie podzielił natomiast pozostałych zarzutów apelacji, uznając, iż w świetle bezspornych w tym zakresie ustaleń faktycznych potwierdzających zarówno wykonanie transportu 3 –letniego dziecka, które wypilo truciznę na myszy z jednego szpitala do drugiego oraz prowadzenie kart zleceń wyjazdów zespołów ratownictwa z wykorzystaniem nieaktualnych wzorów, kary umowne zostały nałożone prawidłowo, tak co do zasady, jak i wysokości.

Analizując w pierwszej kolejności kwestię kary umownej za przewóz dziecka znajdującego się w stanie zagrażającym życiu, w kontekście zarzutów naruszenia § 30 ust. 1 pkt 3 lit. e) rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów w zw. z art. 2 ust. 1 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zw. z art. 27 ust. 3 i art. 29 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2006 Nr 191 poz. 1410 ze zm.) w zw. z § 3 pkt 6 rozporządzenia z dnia 24 lutego 2009 r. Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu uprawnień i obowiązków lekarza koordynatora ratownictwa medycznego (Dz. U. 2009 Nr 39 poz. 322 ze zm.), należy wskazać, że żaden z tych przepisów, wbrew stanowisku skarżącego, nie daje lekarzowi koordynatorowi uprawnienia do zadysponowania zespołem ratowniczym pogotowia w sposób zwalniający go z gotowości do świadczenia pomocy medycznej, zgodnie z przedmiotową umową. Jak wynika z art. 27 ust. 3 i art. 29 ust. 2 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, lekarz koordynator posiada kompetencje do dysponowania zespołami ratownictwa medycznego w zakresie medycznych czynności ratunkowych zdefiniowanych w art. 4 pkt 4) tej ustawy, która podejmuje medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych, o czym mowa dalej w pkt 10).

Z kolei transport chorego dziecka, który wykonało łożmyńskie pogotowie ratunkowe winien był się odbyć w sposób wskazany w art. 33 ust. 2 powołanej ustawy, który stanowi, że "W razie konieczności szpital, w którym znajduje się szpitalny oddział ratunkowy (...) zapewnia niezwłoczny transport sanitarny pacjenta urazowego albo osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiednim zakresie". Dziecko, które w omawianym przypadku wymagało pilnej pomocy, przebywało w szpitalnym oddziale ratunkowym Szpitala (...) w W. Mazowieckiem, a zatem, na podstawie zacytowanego powyżej przepisu, szpital ten winien był zorganizować mu transport sanitarny do szpitalnego oddziału ratunkowego Uniwersyteckiego (...) Szpitala (...) w B., gdzie zostało przewiezione przez zespół ratowniczy. Wnioskowanie na podstawie art. 33 ust. 2 potwierdza także treść art. 45 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, która wskazuje – znowu w nawiązaniu do tego, że medyczne czynności ratunkowe w rozumieniu ustawy dotyczą pomocy udzielanej w warunkach pozaszpitalnych, iż pogotowie transportuje osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego "z miejsca zdarzenia bezpośrednio do szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe (...) gdy tak zdecyduje lekarz systemu obecny na miejscu zdarzenia. W przypadku transportu poza rejon operacyjny transport koordynuje lekarz koordynator ratownictwa medycznego." Zastosowanie się zatem przez zespół ratowników powoda do dyspozycji lekarza koordynatora wydanej z przekroczeniem jego kompetencji, skutkowało naruszeniem obowiązującej strony umowy poprzez wyłączenie tego zespołu przez okres wykonywania transportu dziecka, z gotowości do wykonywania świadczeń określonych w tej umowie. Fakt ten stanowił z kolei podstawę do obciążenia powoda karą umowną, zgodnie z § 30 ust. 1 pkt 3 lit. e) rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów.

Odnosnie wysokości kary umownej, jaką ostatecznie został obciążony powód, Sąd Apelacyjny w pełni podziela ocenę prawną na tle art. 484 k.c. dokonaną przez Sąd I instancji, który wskazał, że kwota ta stanowi 0,1% wartości umowy, przy czym maksymalna kara w tej kategorii uchybień została przewidziana na poziomie 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie. Tym samym nie można też twierdzić, że wysokość kary nie uwzględnia treści art. 29 ust. 2 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów, czym narusza ten przepis. W tym miejscu należy także wskazać, że zgodnie z jednolitym orzecnictwem sądowym, art. 5 k.c. nie ma zastosowania do miarkowania kar umownych, którą to kwestię reguluje przepis szczególny tj. art. 484 k.c. W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 22 maja 2002 r., I CKN 1567/99 (OSN 2003, nr 7-8, poz. 109), wyjaśniono, że „zmniejszenie kary umownej na podstawie art. 5 k.c. jest niedopuszczalne co najmniej z dwóch względów. Po pierwsze, instytucję obniżenia kary umownej ustawodawca uregulował w art. 484 § 2 k.c., szczegółowo określając przesłanki obniżenia. Nie można zastępować konkretnej regulacji prawnej przez stosowanie art. 5 k.c., utrwalony bowiem jest pogląd, że przepis art. 5 k.c. nie ma charakteru nadrzędnego w stosunku do pozostałych przepisów prawa cywilnego (por. np. uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 27 czerwca 2001 r., II CKN 604/00, OSNC 2002, Nr 3, poz. 32). Po drugie, wyrok zmniejszający karę umowną kształtuje w tym zakresie prawo podmiotowe wierzyciela. Zastosowanie art. 5 k.c. chroni przed nadużyciem prawa podmiotowego, natomiast nie można na podstawie o art. 5 k.c. kształtować tego prawa. Zastosowanie art. 5 k.c. może jedynie pozbawić prawo podmiotowe ochrony przez pewien czas" (tak również wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 15 stycznia 2013 r., I ACa 655/12, LEX nr 1286575).

W ocenie Sądu Apelacyjnego, nie ulega wątpliwości, że niniejszy przypadek nieprawidłowego wykonywania umowy przez powoda, ma charakter wyjątkowy i zasługuje na szczególnie ostrożną ocenę w kontekście negatywnych konsekwencji grożących powodowi za jego zaistnienie, co uwzględniono powyżej. Nie można jednak zgodzić się ze skarżącym, że w sprawie doszło do naruszenia art. 5 k.c. przez odmowę całkowitego zwolnienia go od obowiązku zapłaty kary umownej w związku z opisaną powyżej sytuacją. Przede wszystkim, jak wskazano powyżej, powód w ramach łączącej strony umowy zobowiązał się do wykonywania określonych w niej świadczeń pod rygorem m.in. obciążenia karami umownymi, które mają charakter nie tylko restrykcyjny, ale i dyscyplinujący. Biorąc pod uwagę wyjątkowość omawianego przypadku, który mimo wszystko stanowił naruszenie postanowień umowy, ostatecznie wymierzona skarżącemu kara umowna nie jest rażąco wygórowana zarówno w stosunku do rangi wykroczenia, maksymalnej dopuszczalnej przepisem prawa kwoty kary oraz w przeciwieństwie do tej, jaka pierwotnie została mu wymierzona w kwocie ponad 20.000 zł.

Należy też wskazać, że dla oceny zasadności wymierzenia kary umownej w omawianym przypadku istotne znaczenia miał też fakt, że powód w ogóle nie podjął próby wykazania, że z jakichś przyczyn transport sanitarny chorego dziecka nie mógł się odbyć i koniecznym wręcz było, mimo że wbrew obowiązującym, wskazanym wyżej przepisom, zadysponowanie przez lekarza koordynatora, zespołem ratowniczym pogotowia (...), co obiektywnie uzasadniałoby działanie powoda i, w przekonaniu Sądu, musiałoby mieć wpływ na określenie wysokości kary umownej. Skoro powód zaniechał dowodzenia tych okoliczności, aktualna pozostaje wyżej wyrażona argumentacja.

Niezasadnym okazał się także zarzut naruszenia § 30 ust. 1 pkt 3 lit. a rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów *w* zw. z § 40 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2006 Nr 247 poz. 1819 ze zm.), ponieważ zgromadzone w sprawie dowody jasno potwierdzają, że powód w kontrolowanym okresie posługiwał się nieaktualnymi drukami kart zleceń wyjazdów, które nie zawierały wszystkich wymaganych obowiązującymi przepisami informacji. J. należy zgodzić się z powodem, że Zarządzenie P. N. nr (...) nie stanowi źródła powszechnie obowiązującego prawa, to niewątpliwie jest ono aktem wiążącym strony w niniejszej sprawie. A wynika to z treści § 1 ust. 1 przedmiotowej umowy z dnia 1 kwietnia 2009 r., gdzie strony zgodnie postanowiły, że "Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne ustalonych za dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 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)". To odwołanie umowne nie pozostawia wątpliwości, że zarządzeniem, które powód zobowiązał się wykonywać jest wydane właśnie na podstawie delegacji ustawowej zawartej w art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Zarządzenie P. N. nr (...) z 28 października 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne, które weszło w życie z dniem podpisania (k. 323 - 326). Taki wniosek płynie także z treści cytowanego przez powoda wybiórczo wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 24 lutego 2011 r., (...) 262/10, LEX nr 1071117, a także z wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego z dnia 16 stycznia 2012 r., (...) SA/Wa (...), LEX nr 1121765.

Przechodząc dalej, nie sposób podzielić stanowiska skarżącego, że mimo iż nieaktualne już druki kart zleceń wyjazdów, stosowane przez powoda, nie zawierały rubryk z nowymi w wymaganymi informacjami, to i tak informacje te były wpisywane w innych, stosownych miejscach, aby uczynić zadość obowiązującym przepisom w/w Zarządzenia. Porównanie aktualnej i poprzednio obowiązującej karty zlecenia wyjazdu prowadzi do wniosku, że informacje takie jak czas i dane odwołującego zlecenie, oświadczenie pacjenta o braku zgody na udzielenie pomocy lekarskiej, informacja o wydaniu karty zgonu nie mają miejsca na sporządzenie o nich adnotacji na karcie i zgodnie z oświadczeniem powoda, mogły być odnotowywane jedynie w uwagach. W ocenie Sądu, takie rozwiązanie rażąco narusza w/w zarządzenie, które powód w drodze umowy zobligował się przestrzegać.

Reasumując, kary umowne na łączną kwotę 79.074,92 zł zostały nałożone na powoda zasadnie, a w dniu 23 maja 2012 r. prawidłowo pozwany ad. 1) działający w imieniu i na rzecz pozwanego ad. 2) skutecznie dokonał ich potrącenia z wymagalną na ten dzień wierzytelnością powoda w kwocie 734,16 zł z tytułu faktury nr (...) (przy czym tu potrąceniu uległa także bezsporna kwota długu powoda z tytułu nienależnie wypłaconego świadczenia za okres braku pozostawiania w gotowości w związku z przestansportowaniem 3-letniego dziecka do (...) w B. w kwocie 3.77,79 zł – k. 2229 w niebieskim segregatorze stanowiącym załącznik do akt sprawy). Kolejne potrącenie, jakie miało miejsce w dniu 11 czerwca 2012 r. było skuteczne co do pozostałej wysokości kar umownych tj. 78.340,76 zł oraz części odsetek ustawowych obliczonych, jedynie od kar w określonej powyżej prawidłowej wysokości.

Szczegółowe wyliczenie okresów za jakie pozwany ad. 1) naliczał odsetki zawiera nota odsetkowa nr (...). Uznając zatem, że powód nie pozostawał w opóźnieniu z zapłatą kwoty 138.105,50 zł, gdyż pozwanemu ad. 2) taka wierzytelność nie przysługiwała, odsetki od tej kwoty za okresy wskazane w w/w nocie odsetkowej podlegały zasądzeniu na rzecz powoda tytułem zwrotu, jako nienależnie pobrane. Jako że równowartość tych odsetek pozwany ad. 1) potrącił z wierzytelnością powoda z tytułu faktur za wykonane usługi, która to faktura płatna była w terminie do dnia 14 czerwca

2012 r., odsetki ustawowe od kwoty stanowiącej równowartość odsetek od 138.105,50 zł należało zasądzić od 15 czerwca 2012 r. Nie mamy tu bowiem do czynienia z zasądzeniem odsetek (taki charakter miało omawiane świadczenie po stronie pozwanego ad. 2) w stosunku do których opowiazuje zakaz anatyzmu określony w art. 482 § 1 k.c., lecz z zasądzeniem świadczenia z tytułu wykonania umowy z dnia 1 kwietnia 2009 r. o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej – ratownictwo medyczne określonego w fakturze nr (...), niezasadnie potrąconego z w/w świadczeniem odsetkowym.

Reasumując, zaskarżone orzeczenie Sądu Okręgowego podlegało zmianie w sposób wskazany w punkcie I lit. a) wyroku, na podstawie art. 368 § 1 k.p.c.

Przyjmując, że w postępowaniu pierwszoinstancyjnym powód wygrał z pozwanym ad. 2) w stosunku 64% do 43%, w takiej proporcji, stosownie do art. 100 k.p.c. przy uwzględnieniu § 6 pkt 6) rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz.U. z 2002 r. Nr 163, poz. 1348) rozłożyły się koszty procesu, o czym Sąd Apelacyjny rozstrzygnął w punkcie I lit. b) wyroku.

W pozostałym zakresie apelacja podlegała oddaleniu, na podstawie art. 385 k.p.c. O kosztach postępowania odwoławczego, rozstrzygnięto na podstawie art. 108 § 1 k.p.c w zw. z art. 100 k.p.c. przy uwzględnieniu § 6 pkt 6) w zw. z § 12 pkt 2 w/w rozporządzenia.