

Sygn. akt XXIV C 1078/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 maja 2016 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie XXIV Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodnicząca SSO Katarzyna Bojańczyk

Protokolant sekretarz sądowy Anna Więckowska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 7 kwietnia 2016 r. w Warszawie

sprawy z powództwa Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W.

przeciwko (...) Sp. z o.o. z siedzibą w W.

o zapłatę

I. zasądza od (...) Sp. z o.o. z siedzibą w W. na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W. kwotę 62.462,55 zł (sześćdziesiąt dwa tysiące czterysta sześćdziesiąt dwa złote 55/100) z ustawowymi odsetkami za okres od dnia 3 listopada 2011 r. do dnia 7 grudnia 2011 r. oraz od dnia 10 grudnia 2013 r. do dnia zapłaty;

II. w pozostałej części powództwo oddala;

III. ustala, że koszty procesu ponosi pozwana w 55% i powód w 45%, pozostawiając ich szczegółowe wyliczenie referendarzowi sądowemu.

Sygn. akt XXIV C 1078/14

UZASADNIENIE

Narodowy Fundusz Zdrowia w W. pozwem wniesionym dnia 23 czerwca 2014 r., sprecyzowanym w piśmie z 8 października 2014 r. (k. 852 – 853) oraz piśmie z dnia 2 lutego 2015 r. (k. 903 – 906) domagał się zasądzenia od (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W. kwoty 114.046,55 zł wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 3 listopada 2011 r. do dnia 7 grudnia 2011 r. i odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 14 sierpnia 2012 r. do dnia zapłaty oraz kosztami procesu, w tym kosztami zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu wskazano, iż strony były związane umową o udzielanie świadczeń w pielęgniarstwie w opiece zdrowotnej. Na podstawie art. 64 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (...) Narodowego Funduszu Zdrowia dokonał kontroli realizacji umów. W wyniku powyższej kontroli stwierdzono szereg nieprawidłowości związanych z realizacją umów, wskazanych szczegółowo w wystąpieniu pokontrolnym. W konsekwencji powód sformułował żądanie zwrotu przez pozwaną na rzecz powoda nienależnie przekazanych środków w kwocie 109.709,50 zł oraz nałożył karę umowną w wysokości 4.337,05 zł. Powód wskazał również, że zastrzeżona przez strony stosunku obligacyjnego kara umowna należy się wierzycielowi, gdy niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania jest następstwem okoliczności, za które dłużnik ponosi odpowiedzialność. Powód wskazał, iż niewątpliwie pozwana jako profesjonalistka powinna znać i przestrzegać obowiązujących przepisów i niewątpliwie to pozwana ponosi odpowiedzialność za nienależyte wykonanie umowy. (...) Sp. z o.o. z siedzibą w W.

wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na jej rzecz pozwanej kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu swojego stanowiska pozwana wskazała, że bezspornym jest fakt, iż w latach 2009 – 2011 pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia w W. a (...) Sp. z o.o. z siedzibą w W. doszło do zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz.1027 ze zm.). Na podstawie art. 64 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (...) NFZ, przeprowadził w okresie od dnia 16 sierpnia 2011 r. do dnia 16 września 2011 r. kontrolę doraźną w (...) sp. z o.o. z siedzibą w W. dotyczącą realizacji umowy z dnia 21 września 2009 r., umowy z dnia 5 lutego 2010 r. oraz umowy z dnia 24 stycznia 2011 r. Przedmiotowa kontrola obejmowała okresy od dnia 1 września 2009 r. do dnia 31 maja 2010 r., od dnia 1 września 2010 r. do dnia 31 grudnia 2010 r., jak również stan bieżący w chwili kontroli. Wyniki kontroli (...) NFZ przedstawił w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 14 października 2011 r. Pozwana wskazała, że nie zgadza się ze stanowiskiem powoda wyrażonym w pozwie, podtrzymując swoje dotychczasowe stanowisko wyrażone w pismach kierowanych do Prezesa NFZ oraz (...) NFZ, w tym zwłaszcza w zażaleniu z dnia 8 grudnia 2011 r., wniosku z dnia 31 sierpnia 2012 r. o ponowne rozpatrzenie zażalenia, jak również pismach z dnia 13 stycznia 2014 r. oraz dnia 12 lutego 2014 r. Pozwana wskazała, iż kwestionuje żądanie powoda zawarte w pozwie w całości, bowiem zgodnie z § 1 ust. 2 umowy z dnia 21 września 2009 r. pozwana była obowiązana wykonywać umowę zgodnie z zasadami określonymi w „warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze” ustalanych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa NFZ, wydanego na podstawie art. 146 pkt 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz zgodnie z ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiącymi 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) (odpowiedź na pozew: k. 861 – 872).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Przedmiotem działalności (...) Sp. z o. o. z siedzibą w (...) jest m. in. praktyka lekarska, działalność paramedyczna, działalność pielęgniarek i położonych, jak również pozostała działalność związana z ochroną zdrowia ludzkiego, gdzie indziej niesklasyfikowana (odpis KRS k. 875 – 878).

W dniu 21 września 2009 r. Narodowy Fundusz Zdrowia – (...) z siedzibą w W. (dalej jako: (...) NFZ) zawarł z (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W. umowę Nr (...) (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze. Zgodnie § 1 ust. 1 przedmiotem niniejszej umowy było kompleksowe i całodobowe organizowanie i udzielanie przez (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W. świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych lub domowych, w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w zakresach określonych w załączniku nr 1 do umowy. W myśl ust. 2 wskazanego paragrafu (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W. zobowiązana była wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze ustalanych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, wydanego na podstawie art. 146 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r., o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 164, poz. 1027 tj.), (dalej jako: „ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej”) oraz Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. (Dz.U. Nr 81, poz. 484). Nadto w § 1 ust. 3 umowy postanowiono, iż (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W. jako świadczeniodawca jest zobowiązana do zapoznania z przepisami, o których mowa w § 12 Ogólnych warunków umów wszystkich osób, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej lub udzielają informacji świadczeniobiorcom o sposobie, trybie oraz zasadach udzielania świadczeń. Zgodnie z § 4 ust. 1 wskazanej umowy kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W. z tytułu realizacji wskazanej umowy w okresie od dnia 1 września 2009 r. do dnia 31 grudnia 2009 r. wynosiła maksymalnie 37.515,00 zł. Natomiast zgodnie z § 6 w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W., Oddział Funduszu mógł nałożyć na wskazany podmiot karę umowną w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.

Na podstawie art. 64 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (...) NFZ przeprowadził w dniach od 16 sierpnia do 16 września 2011 r. kontrolę doraźną (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W. dotyczącą m.in. realizacji umowy nr (...) z dnia 21 września 2009 r.

Kontrolą objęto dokumentację medyczną 20 pacjentów, dla których wykazano 1859 świadczeń (osobodni), co stanowiło 100% świadczeń wykazanych w okresie od dnia 1 września 2009 r. do dnia 31 grudnia 2009 r. (...) NFZ negatywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności ocenił wykazanie do rozliczeń 581 świadczeń o kodzie (...) (osobodzień w pielęgniarstwie długoterminowej) u pacjentów o nr PESEL:

- a) (...) – w dniach: 01-30 września 2009 r. (30 osobodni);
- b) (...) – w dniach: 01-31 października 2009 r. (31 osobodni), 01-30 listopada 2009 r. (30 osobodni), 01-31 grudnia 2009 r. (31 osobodni);
- c) (...) – w dniach: 01-31 października 2009 r. (31 osobodni), 01-30 listopada 2009 r. (30 osobodni), 01- 31 grudnia 2009 r. (31 osobodni);
- d) (...) – w dniach: 01-30 września 2009 r. (30 osobodni), 01-19 października 2009 r. (19 osobodni),
- e) (...) – w dniach: 01-30 września 2009 r. (30 osobodni), 01-31 października 2009 r. (31 osobodni) 01-30 listopada 2009 r. (30 osobodni), 01-31.12.2009 r. (31 osobodni);
- f) (...) – w dniach: 01-31 października 2009 r. (31 osobodni);
- g) (...) – w dniach: 01-30 września 2009 r. (30 osobodni), 01-19 października 2009 r. (19 osobodni);
- h) (...) – w dniach: 16-30 listopada 2009 r. (15 osobodni);
- i) (...) – w dniach: 01-30 września 2009r. (30 osobodni), 01-31 października 2009 r. (31 osobodni);
- j) (...) – w dniach: 15-31 października 2009 r. (17 osobodni), 01-15 listopada 2009 r. (15 osobodni), 24-31.12.2009 r. (8 osobodni),

ponieważ (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W. nie przedstawiła dokumentacji medycznej potwierdzającej realizację ww. świadczeń. Jednocześnie wskazano, iż wartość zakwestionowanych świadczeń u w/w pacjentów i tym samym nienależnie przekazanych środków finansowych z tego tytułu wyniosła łącznie **11.910,50 zł** (wystąpienie pokontrolne: k. 145 – 146).

Pozwana świadczyła usługi opiekuńcze zgodnie ze wskazaną umową u pacjentów o numerach PESEL: (...) – w dniach: 01-30 września 2009 r. (30 osobodni), 01-19 października 2009 r. (19 osobodni); (...) – w dniach: 01-30 września 2009 r. (30 osobodni), 01-31 października 2009 r. (31 osobodni) 01-30 listopada 2009 r. (30 osobodni), 01-31 grudnia 2009 r. (31 osobodni); (...) – w dniach: 01-30 września 2009 r. (30 osobodni), 01-19 października 2009 r. (19 osobodni); (...) – w dniach: 16-30 listopada 2009 r. (15 osobodni), co potwierdzają oświadczenia pacjentów lub ich opiekunów. Wartość ww. świadczeń wyniosła łącznie **4.817,50 zł**.

(...) NFZ negatywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności ocenił wykazanie do rozliczeń 168 świadczeń o kodzie (...) (osobodzień w pielęgniarstwie długoterminowej) u pacjentów o nr PESEL:

- a) (...) w dniach: 01-31 października 2009 r. (31 osobodni), 01-30 listopada 2009 r. (30 osobodni). 01-31 grudnia 2009 r. (31 osobodni), z uwagi na fakt, iż w dokumentacji medycznej wskazanego pacjenta odnotowano wykonanie jedynie 2 wizyt pielęgniarstkich w październiku i listopadzie oraz 4 wizyt w grudniu 2009 r.
- b) (...) w dniach: 01-30 listopada 2009 r. (30 osobodni), 01-31 grudnia 2009 r. (31 osobodni) wyszczególniając, iż w dokumentacji medycznej wskazanego pacjenta brak: skierowania lekarskiego, karty oceny pacjenta opartej

na skali Barthel, która winna być dokonana przez pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarkę opieki długoterminowej, brak obserwacji pielęgniarskich oraz w „Kartach czynności pielęgnacyjnych dla pielęgniarki opieki długoterminowej” w/w pacjenta brak jest jego podpisu lub jego opiekuna każdorazowo potwierdzającego udzielenie świadczenia,

c) (...) w dniach: 04 listopada 2009 r. – 18 listopada 2009 r. (15 osobodni), ponieważ jak wskazano pacjent został objęty pielęgniarską opieką długoterminową w dniu 19 listopada 2009 r.

Jednocześnie w protokole kontroli wskazano, iż wartość zakwestionowanych świadczeń i tym samym nienależnie przekazanych środków finansowych z tego tytułu wyniosła łącznie **3.444,00 zł** (wystąpienie pokontrolne: k. 146 – 147).

(...) NFZ negatywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności ocenił wykazanie do rozliczeń 1110 świadczeń o kodzie (...) (osobodzień w pielęgniarskiej opiece długoterminowej) u pacjentów o nr PESEL:

a) (...) – w dniach 1-30 września 2009 r., (30 osobodni), 1-31 października 2009 r. (31 osobodni), 1-30 listopada 2009 r. (30 osobodni), 01- 31 grudnia 2009 r. (31 osobodni);

b) (...) – w dniach 1-30 września 2009 r., (30 osobodni), 1-31 października 2009 r. (31 osobodni), 1-30 listopada 2009 r. (30 osobodni), 1- 31 grudnia 2009 r. (31 osobodni);

c) (...) – w dniach 1-31 października 2009 r. (31 osobodni), 1-30 listopada 2009 r. (30 osobodni), 01- 31 grudnia 2009 r. (31 osobodni);

d) (...) – w dniach 1-30 września 2009 r., (30 osobodni), 1-31 października 2009 r. (31 osobodni), 1-30 listopada 2009 r. (30 osobodni), 1- 31 grudnia 2009 r. (31 osobodni);

e) (...) – w dniach 1-30 września 2009 r., (30 osobodni), 1 października 2009 r. (1 osobodzień);

f) (...) – w dniach 1-30 września 2009 r., (30 osobodni);

g) (...) – w dniach 1-30 września 2009 r., (30 osobodni);

h) (...) – w dniach 1-30 września 2009 r., (30 osobodni), 1-30 listopada 2009 r. (30 osobodni), 1- 31 grudnia 2009 r. (31 osobodni);

i) (...) – w dniach 1-30 września 2009 r., (30 osobodni);

j) (...) – w dniach 1- 31 grudnia 2009 r. (31 osobodni);

k) (...) – w dniach 1-30 listopada 2009 r. (30 osobodni), 1- 31 grudnia 2009 r. (31 osobodni);

l) (...) – w dniach 1-30 września 2009 r., (30 osobodni), 1-31 października 2009 r. (31 osobodni), 1-30 listopada 2009 r. (30 osobodni), 1- 31 grudnia 2009 r. (31 osobodni);

m) (...) – w dniach 1-30 września 2009 r., (30 osobodni), 1-31 października 2009 r. (31 osobodni), 1-30 listopada 2009 r. (30 osobodni), 1- 31 grudnia 2009 r. (31 osobodni);

n) (...) – w dniach 1-30 września 2009 r., (30 osobodni), 1-31 października 2009 r. (31 osobodni), 1-30 listopada 2009 r. (30 osobodni), 1- 31 grudnia 2009 r. (31 osobodni),

ponieważ w „Kartach czynności pielęgnacyjnych dla pielęgniarki opieki długoterminowej” ww. pacjenci nie potwierdzili wykonania czynności. Jednocześnie wskazano, iż wartość zakwestionowanych świadczeń i tym samym

nienależnie przekazanych środków finansowych z tego tytułu wyniosła łącznie **22.750 zł** (wystąpienie pokontrolne: k. 147 – 149).

Pozwana na podstawie umowy z dnia 21 września 2009 r., w okresie jej obowiązywania świadczyła usługi opiekuńcze u pacjentów o numerach PESEL: (...) – w dniach 1-30 września 2009 r., (30 osobodni), 1-31 października 2009 r. (31 osobodni), 1-30 listopada 2009 r. (30 osobodni), 1-31 grudnia 2009 r. (31 osobodni); (...) – w dniach 1-30 września 2009 r., (30 osobodni), 1-31 października 2009 r. (31 osobodni), 1-30 listopada 2009 r. (30 osobodni), 1-31 grudnia 2009 r. (31 osobodni); (...) – w dniach 1-30 września 2009 r., (30 osobodni), 1 października 2009 r. (1 osobodzień); (...) – w dniach 1-30 września 2009 r., (30 osobodni), 1-30 listopada 2009 r. (30 osobodni), 1-31 grudnia 2009 r. (31 osobodni); (...) – w dniach 1-30 listopada 2009 r. (30 osobodni), 1-31 grudnia 2009 r. (31 osobodni); (...) – w dniach 1-30 września 2009 r., (30 osobodni), 1-31 października 2009 r. (31 osobodni), 1-30 listopada 2009 r. (30 osobodni), 1-31 grudnia 2009 r. (31 osobodni); (...) – w dniach 1-30 września 2009 r., (30 osobodni), 1-31 października 2009 r. (31 osobodni), 1-30 listopada 2009 r. (30 osobodni), 1-31 grudnia 2009 r. (31 osobodni), co potwierdzają oświadczenia pacjentów lub ich opiekunów. Wartość ww. świadczeń wyniosła łącznie **14.616,50 zł**.

(umowa z dnia 21 września 2009 r., Nr (...) (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze k. 19 - 22; protokół kontroli nr (...) z dnia 16 września 2011 r., k. 29 – 143; wystąpienie pokontrolne z dnia 14 października 2011 r., k. 144 – 188; oświadczenie dot. pacjenta nr PESEL (...) k. 973; oświadczenie dot. pacjenta nr PESEL (...) k. 974; oświadczenie dot. pacjenta nr PESEL (...) k. 979; oświadczenie dot. pacjenta nr PESEL (...) k. 981; oświadczenie dot. pacjenta nr PESEL (...) k. 970; oświadczenie dot. pacjenta nr PESEL (...) k. 969; oświadczenie dot. pacjenta nr PESEL (...) k. 971; oświadczenie dot. pacjenta nr PESEL (...) k. 972; oświadczenie dot. pacjenta nr PESEL (...) k. 975; oświadczenie pacjenta dot. nr PESEL (...) k. 978; oświadczenie dot. pacjenta nr PESEL (...) k. 983; oświadczenie dot. pacjenta nr PESEL (...) k. 986; oświadczenie dot. pacjenta nr PESEL (...) k. 968; zeznania świadków I. G., L. K. i A. T.: nagranie rozprawy z dnia 1 grudnia 2015 r., transkrypcja: k. 1665 – 1671; zeznania świadków D. A. i N. M.: nagranie rozprawy z dnia 7 kwietnia 2016 r.).

W dniu 5 lutego 2010 r. NFZ (...) zawarł z (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W. kolejną umowę Nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej # świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Przedmiotem niniejszej umowy podobnie jak w przypadku umowy z dnia 21 września 2009 r., Nr (...) było kompleksowe i całodobowe organizowanie i udzielanie przez (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W. świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych lub domowych, w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w zakresach określonych w załączniku nr 1 do umowy. Paragraf 1 ust. 2 niniejszej umowy otrzymał tożsame brzmienie jak w przypadku umowy z dnia 21 września 2009 r., z tą różnicą, iż w niniejszej umowie zastosowanie znalazło również rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140 poz. 1147 z późn. zm.). Zgodnie z § 4 ust. 1 wskazanej umowy kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W. z tytułu realizacji wskazanej umowy w okresie od dnia 1 stycznia 2010 r. do dnia 30 czerwca 2010 r. wynosiła maksymalnie 67.875 zł, zaś kwota zobowiązania z tytułu realizacji niniejszej umowy za okres od dnia 1 lipca 2010 r., do dnia 21 grudnia 2010 r., wynosiła maksymalnie 69.000 zł. W § 6 postanowiono, iż w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W., Oddział Funduszu może nałożyć na wskazany podmiot karę umowną w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.

W dniach od 16 sierpnia 2011 r. do 16 września 2011 r. (...) NFZ, na podstawie art. 64 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej przeprowadził kontrolę doraźną (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W. dotyczącą m.in. realizacji umowy nr (...) z dnia 5 lutego 2010 r.

Kontrolą objęto dokumentację medyczną 22 pacjentów, dla których wykazano 2563 świadczeń (osobodni), co stanowiło 100% świadczeń wykazanych w okresie od 1 stycznia 2010 r. do dnia 31 maja 2010 r.

(...) NFZ negatywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności ocenił wykazanie do rozliczeń 90 świadczeń o kodzie (...) (osobodzień w pielęgniarstwie długoterminowej) oraz 406 świadczeń o kodzie (...) (osobodzień w

pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami) u pacjentów o nr PESEL:

- a) (...) – w dniach: 01-31 marca 2010 r. (31 osobodni);
- b) (...) – w dniach: 01-31 maja 2010 r. (31 osobodni);
- c) (...) – w dniach: 01-31 maja 2010 r. (31 osobodni);
- d) (...) – w dniach: 01-30 kwietnia 2010 r. (30 osobodni), 01-31 maja 2010 r. (31 osobodni);
- e) (...) – w dniach: 01-31 maja 2010 r. (31 osobodni);
- f) (...) – w dniach: 01-31 stycznia 2010 r. (31 osobodni), 01-28 lutego 2010 r. (28 osobodni), 01-31 marca 2010 r. (31 osobodni), 01-30 kwietnia 2010 r. (30 osobodni);
- g) (...) – w dniach: 25-31 marca 2010 r. (7 osobodni), 01-31 maja 2010 r. (31 osobodni);
- h) (...) – w dniach: 01-31 stycznia 2010 r. (31 osobodni), 01-30 kwietnia 2010 r. (30 osobodni), 01-31 maja 2010 r. (31 osobodni);
- i) (...) – w dniach: 01-31 marca 2010 r. (31 osobodni), 01-30 kwietnia 2010 r. (30 osobodni),

wskazując, iż świadczeniodawca tj. (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W. nie przedstawił dokumentacji medycznej potwierdzającej realizację w/w świadczeń.

Jednocześnie w protokole kontroli wskazano, iż wartość zakwestionowanych świadczeń i tym samym nienależnie przekazanych środków finansowych z tego tytułu wyniosła łącznie **12.400 zł** (wystąpienie pokontrolne: k. 157 – 158).

Pozwana świadczyła usługi opiekuńcze zgodnie ze wskazaną umową u pacjentów o numerach PESEL: (...) – w dniach: 01-31 maja 2010 r. (31 osobodni); (...) – w dniach: 01-30 kwietnia 2010 r. (30 osobodni), 01-31 maja 2010 r. (31 osobodni); (...) – w dniach: 25-31 marca 2010 r. (7 osobodni), 01-31 maja 2010 r. (31 osobodni); (...) – w dniach: 01-31 stycznia 2010 r. (31 osobodni), 01-30 kwietnia 2010 r. (30 osobodni), 01-31 maja 2010 r. (31 osobodni); (...) – w dniach: 01-31 marca 2010 r. (31 osobodni), 01-30 kwietnia 2010 r. (30 osobodni), co potwierdzają oświadczenia pacjentów lub ich opiekunów. Wartość ww. świadczeń wyniosła łącznie **7.075 zł**.

(...) NFZ negatywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności ocenił w zakresie wskazanej umowy również wykazanie do rozliczeń 14 świadczeń o kodzie (...) u pacjentów o nr PESEL:

- a) (...) – w dniach: 01-03 stycznia 2010 r. (3 osobodni);
- b) (...) – w dniach: 01-03 stycznia 2010 r. (3 osobodni);
- c) (...) – w dniach: 02-03 stycznia 2010 r. (2 osobodni);
- d) (...) – w dniach: 01-03 stycznia 2010 r. (3 osobodni),

wskazując, iż ww. pacjenci zostali objęci opieką dopiero w dniu 4 stycznia 2010 r.;

- e) (...) – w dniach 06 marca 2010 r. – 08 marca 2010 r. (3 osobodni),

podkreślając, iż w dokumentacji medycznej brak informacji o objęciu pacjenta opieką w ww. dniach.

Jednocześnie w protokole kontroli wskazano, iż wartość zakwestionowanych świadczeń i tym samym nienależnie przekazanych środków finansowych z tego tytułu wyniosła łącznie **350 zł** (wystąpienie pokontrolne: k. 159 – 160).

Pozwana (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W. świadczyła usługi opiekuńcze zgodnie ze wskazaną umową u pacjentów o numerach PESEL: (...) – w dniach: 01-03 stycznia 2010 r. (3 osobodni) i (...) – w dniach 06 marca 2010 r. – 08 marca 2010 r. (3 osobodni), co potwierdzają oświadczenia dokumentujące realizację umowy u wskazanych pacjentów. Wartość ww. świadczeń wyniosła łącznie **150 zł**.

(...) NFZ negatywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności ocenił wykazanie do rozliczeń 52 świadczeń o kodzie (...) (osobodzień w pielęgniarstwie długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami) u pacjenta o nr PESEL (...) – w dniach: 10-30 kwietnia 2010 r. (21 osobodni), 1-31 maja 2010 r. (31 osobodni), ponieważ w dokumentacji medycznej pacjenta brak było: skierowania do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową oraz lekarskiej i pielęgniarstwie oceny pacjenta opartej na skali Barthel, oceny pacjenta opartej na skali Barthel z dnia objęcia pacjenta opieką oraz z końca miesiąca, obserwacji pielęgniarstwie, jak również brak było w „Kartach czynności pielęgniarstwie dla pielęgniarstwie opieki długoterminowej” ww. pacjentów podpisu pacjenta lub jego opiekuna każdorazowo potwierdzającego udzielenie świadczenia.

Jednocześnie w protokole kontroli wskazano, iż wartość zakwestionowanych świadczeń i tym samym nienależnie przekazanych środków finansowych z tego tytułu wyniosła łącznie **1.300 zł** (wystąpienie pokontrolne: k. 160 – 161).

(...) NFZ negatywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności ocenił wykazanie do rozliczeń 741 świadczeń o kodzie (...) (osobodzień w pielęgniarstwie długoterminowej) oraz 1065 świadczeń o kodzie (...) (osobodzień w pielęgniarstwie długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami) u pacjentów o nr PESEL:

- a) (...) – w dniach: 1-30 kwietnia 2010 r. (30 osobodni), 1-23 maja 2010 r. (23 osobodni);
- b) (...) – w dniach: 1-31 stycznia 2010 r. (31 osobodni), 1-28 lutego 2010 r., (28 osobodni), 1-31 marca 2010 r., (31 osobodni), 1-21 kwietnia 2010 r. (21 osobodni), 24-30 kwietnia 2010 r. (7 osobodni);
- c) (...) – w dniach: 15-28 lutego 2010 r., (14 osobodni), 1-31 kwietnia 2010 r. (31 osobodni), 1-31 maja 2010 r. (31 osobodni);
- d) (...) – w dniach: 1-31 stycznia 2010 r. (31 osobodni), 1-28 lutego 2010 r., (28 osobodni), 1-31 marca 2010 r., (31 osobodni), 1-30 kwietnia 2010 r. (30 osobodni);
- e) (...) – w dniach: 1-31 stycznia 2010 r. (31 osobodni), 1-28 lutego 2010 r., (28 osobodni), 1-31 marca 2010 r., (31 osobodni), 1-30 kwietnia 2010 r. (30 osobodni), 1-31 maja 2010 r. (31 osobodni);
- f) (...) – w dniach: 1-31 stycznia 2010 r. (31 osobodni), 1-28 lutego 2010 r., (28 osobodni), 1-31 marca 2010 r., (31 osobodni);
- g) (...) – w dniach: 4-31 stycznia 2010 r. (28 osobodni), 1-28 lutego 2010 r., (28 osobodni), 1-31 marca 2010 r., (31 osobodni), 1-30 kwietnia 2010 r. (30 osobodni), 1-31 kwietnia 2010 r. (31 osobodni);
- h) (...) – w dniach: 1-9 lutego 2010 r. (9 osobodni), 19-28 lutego 2010 r., (10 osobodni), 1-31 marca 2010 r., (31 osobodni), 1-30 kwietnia 2010 r. (30 osobodni), 1-31 maja 2010 r. (31 osobodni);
- i) (...) – w dniach: 1-31 stycznia 2010 r. (31 osobodni), 1-11 lutego 2010 r., (11 osobodni), 25-28 lutego 2010 r. (4 osobodni) 1-5 marca 2010 r., (5 osobodni);
- j) (...) – w dniach: 4-31 stycznia 2010 r. (28 osobodni), 1-28 lutego 2010 r., (28 osobodni), 1-14 marca 2010 r., (14 osobodni), 8-30 kwietnia 2010 r. (23 osobodni), 1-31 maja 2010 r. (31 osobodni);
- k) (...) – w dniach: 1-31 stycznia 2010 r. (31 osobodni), 1-28 lutego 2010 r., (28 osobodni), 1-31 marca 2010 r., (31 osobodni), 1-30 kwietnia 2010 r. (30 osobodni);

l) (...) w dniach: 1-31 stycznia 2010 r. (31 osobodni), 1-28 lutego 2010 r., (28 osobodni), 1-31 marca 2010 r., (31 osobodni), 1-30 kwietnia 2010 r. (30 osobodni);

m) (...) – w dniach: 4-31 stycznia 2010 r. (28 osobodni), 1-28 lutego 2010 r., (28 osobodni), 1-31 marca 2010 r., (31 osobodni), 1-30 kwietnia 2010 r. (30 osobodni), 1-31 maja 2010 r. (31 osobodni);

n) (...) – w dniach: 1-10 kwietnia 2010 r. (10 osobodni), 24-30 kwietnia 2010 r. (7 osobodni);

o) (...) – w dniach: 4-31 stycznia 2010 r. (28 osobodni), 1-28 lutego 2010 r., (28 osobodni);

p) (...) – w dniach: 1-31 stycznia 2010 r. (31 osobodni), 1-13 lutego 2010 r., (13 osobodni), 20-28 lutego 2010 r., (9 osobodni), 1-4 marca 2010 r. (4 osobodni), 19-25 marca 2010 r. (7 osobodni);

r) (...) – w dniach: 1-31 stycznia 2010 r. (31 osobodni), 1-28 lutego 2010 r., (28 osobodni), 1-31 marca 2010 r., (31 osobodni), 1-30 kwietnia 2010 r. (30 osobodni);

s) (...) – w dniach: 1-30 kwietnia 2010 r. (30 osobodni), 1-31 maja 2010 r. (31 osobodni);

t) (...) – w dniach: 1-28 lutego 2010 r., (28 osobodni), 1-31 marca 2010 r., (31 osobodni),

ponieważ w „Kartach czynności pielęgnacyjnych dla pielęgniarki opieki długoterminowej” ww. pacjentów brak jest podpisu pacjenta lub jego opiekuna każdorazowo potwierdzającego udzielenie świadczenia.

Jednocześnie w protokole kontroli wskazano, iż wartość zakwestionowanych świadczeń i tym samym nienależnie przekazanych środków finansowych z tego tytułu wyniosła łącznie **45.150 zł** (wystąpienie pokontrolne: k. 162 - 164)

Pozwana świadczyła usługi opiekuńcze zgodnie ze wskazaną umową u pacjentów o numerach PESEL: (...) – w dniach: 1-31 stycznia 2010 r. (31 osobodni), 1-28 lutego 2010 r., (28 osobodni), 1-31 marca 2010 r., (31 osobodni), 1-30 kwietnia 2010 r. (30 osobodni); (...) – w dniach: 1-31 stycznia 2010 r. (31 osobodni), 1-28 lutego 2010 r., (28 osobodni), 1-31 marca 2010 r., (31 osobodni); (...) – w dniach: 4-31 stycznia 2010 r. (28 osobodni), 1-28 lutego 2010 r., (28 osobodni), 1-31 marca 2010 r., (31 osobodni), 1-30 kwietnia 2010 r. (30 osobodni), 1-31 kwietnia 2010 r. (31 osobodni); (...) – w dniach: 1-9 lutego 2010 r. (9 osobodni), 19-28 lutego 2010 r., (10 osobodni), 1-31 marca 2010 r., (31 osobodni), 1-30 kwietnia 2010 r. (30 osobodni), 1-31 maja kwietnia 2010 r. (31 osobodni); (...) – w dniach: 1-31 stycznia 2010 r. (31 osobodni), 1-11 lutego 2010 r., (11 osobodni), 25-28 lutego 2010 r. (4 osobodni) 1-5 marca 2010 r., (5 osobodni); (...) w dniach: 1-31 stycznia 2010 r. (31 osobodni), 1-28 lutego 2010 r., (28 osobodni), 1-31 marca 2010 r., (31 osobodni), 1-30 kwietnia 2010 r. (30 osobodni); (...) – w dniach: 1-10 kwietnia 2010 r. (10 osobodni), 24-30 kwietnia 2010 r. (7 osobodni); (...) – w dniach: 1-31 stycznia 2010 r. (31 osobodni), 1-13 lutego 2010 r., (13 osobodni), 20-28 lutego 2010 r., (9 osobodni), 1-4 marca 2010 r. (4 osobodni), 19-25 marca 2010 r. (7 osobodni); (...) – w dniach: 1-28 lutego 2010 r., (28 osobodni), 1-31 marca 2010 r., (31 osobodni), co potwierdzają oświadczenia dokumentujące realizację umowy u wskazanych pacjentów. Wartość ww. świadczeń wyniosła łącznie **19.500 zł**.

(...) NFZ negatywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności ocenił wykazanie do rozliczeń 492 świadczeń o kodzie (...) (osobodzień w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami) u pacjentów o nr PESEL:

a) (...) w dniach: 05-10 października 2010 r. (6 osobodni), 01-30 listopada 2010 r. (30 osobodni). 01-19 grudnia 2010 r. (18 osobodni), 28-31 grudnia 2010 r. (3 osobodni);

b) (...) – w dniach: 01-30 września 2010 r. (30 osobodni), 01-28 października 2010 r. (28 osobodni). 01-30 listopada 2010 r. (30 osobodni), 01-31 grudnia 2010 r. (31 osobodni);

c) (...) – w dniach: 01-30 września 2010 r. (30 osobodni), 01-28 października 2010 r. (28 osobodni). 10-12 listopada 2010 r. (3 osobodni);

d) (...) – w dniach: 01-30 listopada 2010 r. (30 osobodni), 01-31 grudnia 2010 r. (31 osobodni);

e) (...) – w dniach: 01 listopada 2010 r. (1 osobodzień);

f) (...) – w dniach: 01-31 października 2010 r. (31 osobodni), 01-30 listopada 2010 r. (30 osobodni). 01-31 grudnia 2010 r. (31 osobodni);

g) (...) – w dniach: 01-30 września 2010 r. (30 osobodni), 01-31 października 2010 r. (31 osobodni), 01-30 listopada 2010 r. (30 osobodni), 01-31 grudnia 2010 r. (31 osobodni),

ponieważ (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W. nie przedstawiła dokumentacji medycznej potwierdzającej realizację w/w świadczeń.

Jednocześnie w protokole kontroli wskazano, iż wartość zakwestionowanych świadczeń i tym samym nienależnie przekazanych środków finansowych z tego tytułu wyniosła łącznie **12.300 zł** (wystąpienie pokontrolne: k. 174 - 175).

Pozwana świadczyła usługi opiekuńcze zgodnie ze wskazaną umową u pacjentów o numerach PESEL: (...) – w dniach: 01-31 października 2010 r. (31 osobodni), 01-30 listopada 2010 r. (30 osobodni). 01-31 grudnia 2010 r. (31 osobodni); (...) – w dniach: 01-30 września 2010 r. (30 osobodni), 01-31 października 2010 r. (31 osobodni), 01-30 listopada 2010 r. (30 osobodni), 01-31 grudnia 2010 r. (31 osobodni), co potwierdzają oświadczenia dokumentujące realizację umowy u wskazanych pacjentów. Wartość ww. świadczeń wyniosła łącznie **5.375 zł**.

(...) NFZ negatywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności ocenił wykazanie do rozliczeń 4 świadczeń o kodzie (...) (osobodzień w pielęgniarstwie długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami) u pacjentów o nr PESEL:

a) (...) – w dniach 09-10 października 2010 r. (2 osobodni), ponieważ pierwsze czynności pielęgnacyjne po hospitalizacji odnotowano z datą 11.10.2010 r.;

b) (...) – w dniach 5-6 listopada 2010 r. (2 osobodni), ponieważ pierwsze czynności po hospitalizacji odnotowano z datą 07 listopada 2010 r.

Jednocześnie w protokole kontroli wskazano, iż wartość zakwestionowanych świadczeń i tym samym nienależnie przekazanych środków finansowych z tego tytułu wyniosła łącznie **100 zł** (wystąpienie pokontrolne: k. 176).

Pozwana świadczyła usługi opiekuńcze zgodnie ze wskazaną umową u pacjenta o numerze PESEL: (...) – w dniach 5-6 listopada 2010 r. (2 osobodni), co potwierdza oświadczenie dokumentujące realizację umowy u wskazanego pacjenta. Wartość ww. świadczeń wyniosła łącznie **50 zł**.

(umowa z dnia 5 lutego 2010 r. (...) (...) udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej wraz z aneksem nr (...) k. 23 - 28; protokół kontroli nr (...) z dnia 16 września 2011 r., k. 29 – 143; wystąpienie pokontrolne z dnia 14 października 2011 r., k. 144 – 188; oświadczenie dot. pacjenta nr PESEL (...) k. 970; oświadczenie dot. pacjenta nr PESEL (...) k. 976; oświadczenie dot. pacjenta nr PESEL (...) k. 969; oświadczenie pacjenta nr PESEL (...) k. 982; oświadczenie dot. pacjenta nr PESEL (...) k. 978; oświadczenie dot. pacjenta nr PESEL (...) k. 968; oświadczenie dot. pacjenta nr PESEL (...) k. 988; oświadczenie dot. pacjenta nr PESEL (...) k. 987; oświadczenie dot. pacjenta nr PESEL (...) k. 988; oświadczenie dot. pacjenta nr PESEL (...) k. 976; oświadczenie dot. pacjenta nr PESEL (...) k. 978; oświadczenie dot. pacjenta nr PESEL (...) k. 989; oświadczenie dot. pacjenta nr PESEL (...) k. 977; oświadczenie dot. pacjenta nr PESEL (...) k. 981; oświadczenie dot. pacjenta nr PESEL (...) k. 982; oświadczenie dot. pacjenta nr PESEL (...) k. 986; zeznania świadków I. G., L. K. i A. T.: nagranie rozprawy z dnia 1 grudnia 2015 r., transkrypcja: k. 1665 – 1671; zeznania świadków D. A. i N. M.: nagranie rozprawy z dnia 7 kwietnia 2016 r.)

W dniu 24 stycznia 2011 r. NFZ (...) zawarł z (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W. kolejną umowę Nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Przedmiotem niniejszej umowy, podobnie jak w przypadku umowy z dnia 21 września 2009 r. Nr (...) oraz umowy z dnia 5 lutego 2010 r., Nr (...) (...) było kompleksowe i całodobowe organizowanie i udzielanie przez (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W. świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych lub domowych, w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w zakresach określonych w załączniku nr 1 do umowy. Paragraf § 1 ust. 2 niniejszej umowy otrzymał tożsame brzmienie, jak w przypadku umowy z dnia 5 lutego 2010 r. Zgodnie z § 4 ust. 1 wskazanej umowy kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W. z tytułu realizacji wskazanej umowy w okresie od dnia 1 stycznia 2011 r. do dnia 30 czerwca 2011 r. wynosiła maksymalnie 158.375 zł, zaś kwota zobowiązania z tytułu realizacji niniejszej umowy za okres od dnia 1 lipca 2011 r., do dnia 31 grudnia 2011 r., wynosiła maksymalnie 161.000 zł. W § 6 postanowiono, iż w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W., Oddział Funduszu może nałożyć na wskazany podmiot karę umowną w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów (umowa z dnia 24 stycznia 2011 r., Nr (...)) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej k. 14 – 18).

W dniach od 16 sierpnia 2011 r. do 16 września 2011 r. (...) NFZ, na podstawie art. 64 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej przeprowadził kontrolę doraźną (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W. dotyczącą m.in. realizacji umowy nr: Nr (...) z dnia 24 stycznia 2011 r. W wystąpieniu pokontrolnym w zakresie przedmiotowej umowy wskazano m.in. że (...) NFZ negatywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności ocenił wyposażenie neseseerów pielęgniarских; niezgłoszenie Dyrektorowi (...) NFZ zmian w wyposażeniu Zakładu, polegających na wykazaniu w załączniku nr 2 do umowy 8 neseseerów pielęgniarских z wyposażeniem, przy czym w Zakładzie było 5 neseseerów; brak dokumentacji potwierdzającej ukończenie przez B. S. specjalizacji w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, wykazanej w „Harmonogramie – zasoby”; nieudzielanie świadczeń przez pielęgniarki D. A. i A. T., które zostały wykazane w „Harmonogramie – zasoby” stanowiącym załącznik nr 2 do umowy (wystąpienie pokontrolne: k. 183 - 185).

Z uwagi na dostrzeżone uchybienia w realizacji wskazanych umów i tym samym negatywną ocenę ich wykonania (...) NFZ w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 14 października 2011 r., działając na podstawie zapisów § 29 ust. 2 i 4, § 30 ust. 1 pkt 2 lit. b, c, pkt 3 lit. e „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”, będących załącznikiem 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) nałożył na (...) Sp. z o. o. karę umowną w wysokości 1.143,29 zł w odniesieniu do umowy nr (...) z dnia 21 września 2009 r. oraz na podstawie zapisów § 29 ust. 2 i 4, § 30 ust. 1 pkt 3 lit. e „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”, będących załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej karę umowną w wysokości 3.193,76 zł w odniesieniu do umowy nr (...) z dnia 24 stycznia 2011 r. Łączna wysokość kar umownych wyniosła 4 337,05 zł. Jednocześnie (...) NFZ wezwał (...) Sp. z o. o. do zapłaty wskazanej kary umownej w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego (wystąpienie pokontrolne z dnia 14 października 2011 r., k. 144 – 188; wyliczenie kary umownej na podstawie „Taryfikatora kar umownych” przekazanego pismem znak: (...) z dnia 23 października 2008 r., k. 189).

W dniu 23 listopada 2011 r. (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W. wniosła zażalenie na czynności Dyrektora (...) NFZ, zarzucając, iż w piśmie (znak sprawy: (...) z dnia 04.11.2011 r.) oddalił w całości zastrzeżenia złożone do wystąpienia pokontrolnego z 4 listopada 2011 r. (zażalenie z dnia 23 listopada 2011 r., k. 233 – 234).

Pismem z dnia 13 sierpnia 2012 r. Prezes NFZ wskazał, iż nie znajduje podstaw do uwzględnienia zażalenia, bowiem (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W. nie wykazała, aby czynności Dyrektora (...) NFZ były sprzeczne z obowiązującym prawem i przyjętymi zasadami (pismo Prezesa NFZ z dnia 13 sierpnia 2012 r., k. 235 – 239).

W dniu 31 sierpnia 2012 r., (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W. skierowała do Prezesa NFZ wnioski o ponowne rozpatrzenie zażalenia. W przedmiotowym wniosku (...) sp. z o.o. zakwestionowała prawidłowość kontroli, prowadzonej w okresie od dnia 16 sierpnia 2011 r. do dnia 16 września 2011 r., wskazując jednocześnie na częściowe nieprawidłowe naliczenie

kar umownych, wskazanych w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 14 października 2011 r. oraz podważyła prawidłowość uznania za niewykonane świadczeń opieki zdrowotnej (wniosek o ponowne rozpoznanie sprawy z dnia 31 sierpnia 2012 r. wraz z potwierdzeniem nadania k. 887 – 891).

Pismem z dnia 9 grudnia 2013 r., znak (...) Prezes NFZ wskazał, iż nie znajduje podstaw do uwzględnienia wniosku o ponowne rozpatrzenie zażalenia z dnia 8 grudnia 2011 r. podtrzymując jednocześnie dotychczasowe stanowisko (pismo z dnia 9 grudnia 2013 r., znak (...) wraz ze zwrotnym potwierdzeniem odbioru k. 240 – 245).

W dniu 24 listopada 2011 r., (...) NFZ wystawił przeciwko (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W. notę księgową obciążeniową nr (...) tytułem nienależnie przekazanych środków finansowych ustalonych na podstawie postępowania kontrolnego nr (...) w ramach realizacji następujących umów: (...) z dnia 21.09.2009 r. i (...) z dnia 05.02.2010 r. na łączną kwotę 109.709,50 zł. (...) NFZ wystawił również notę księgową obciążeniową nr: (...) tytułem kary umownej nałożonej na podstawie postępowania kontrolnego Nr: (...) w ramach realizacji następujących umów: (...) z dnia 21.09.2009 r. i (...) z dnia 24.01.2011 r. (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W. została wezwana do zapłaty wskazanych kwot w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego (noty księgowe obciążeniowe z dnia 24 listopada 2011 r., k. 248 – 249).

Sąd zważył co następuje:

Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w W. domagał się zasądzenia od (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W. kwoty 109.709,50 zł wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 3 listopada 2011 r. do dnia 7 grudnia 2011 r. a następnie z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 14 sierpnia 2012 r. do dnia zapłaty, tytułem nienależnie przekazanych przez powoda na rzecz pozwanej środków finansowych za świadczone przez pozwaną usługi medyczne oraz kwoty 4.337,05 zł tytułem kary umownej, wyliczonej szczegółowo w dokumencie stanowiącym załącznik do wystąpienia pokontrolnego z 14 października 2011 r. (k. 189).

Strony niniejszego postępowania zawarły umowy o numerach (...) z dnia 21 września 2009 r. (k. 19 – 22), (...) z dnia 5 lutego 2010 r. (k. 24 – 28), (...) z dnia 24 stycznia 2011 r. (k. 14 – 18) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, przy czym umowa nr (...) z dnia 5 lutego 2010 r. oraz umowa nr (...) z dnia 24 stycznia 2011 r. były kontynuacją umowy nr (...) z dnia 21 września 2009 r. Do umowy z dnia 21 września 2009 r. zawarto aneks numer (...) z dnia 5 lutego 2010 r., którym nadano umowie nowe brzmienie (k. 23 – 28) oraz aneks numer (...) z grudnia 2009 r., którym nadano przedmiotowej umowie nowy numer, tj. numer: (...) oraz przedłużono czas jej obowiązywania do dnia 31 grudnia 2010 r. (k. 879) oraz aneks nr (...) z dnia 17 lutego 2010 r. (k. 886).

Zakres praw i obowiązków stron, ukształtowany został nie tylko samą treścią zawartych przez nie umów, ale również przepisami ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jt. Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027, ze zm., dalej: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 81, poz. 484), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. nr 140 poz. 1147, ze zm.), a także zarządzeniami Prezesa NFZ wydawanymi na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 pkt 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej tj. zarządzeniem nr (...) z dnia 23 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna (k. 205 – 227) i zarządzeniem nr (...) z dnia 11 grudnia 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej (k. 191 – 203).

W pierwszej kolejności należało odnieść się do roszczenia o zapłatę kwoty 109.709,50 zł tytułem zwrotu nienależnie przekazanych środków pieniężnych przez powoda na rzecz pozwanej. Uzasadniając to roszczenie powód odwołał się do uchybień pozwanej stwierdzonych w protokole kontroli (k. 29 – 143) oraz wystąpieniu pokontrolnym (k. 144 – 188). Zdaniem powoda świadczenia zakwestionowane w wystąpieniu pokontrolnym należało uznać za niewykonane przez pozwaną z tej przyczyny, że pozwana nie prowadziła prawidłowo dokumentacji medycznej. Powód zarzucał pozwanej przede wszystkim nierespektowanie obowiązku wynikającego z § 13 ust. 2 pkt 6 zarządzenia Prezesa NFZ

nr (...) z 11 grudnia 2009 r., w myśl którego pielęgniarka udzielająca świadczeń w zakresie opieki długoterminowej domowej odnotowuje w karcie czynności pielęgnacyjnych udzielone świadczenia wraz z datą ich wykonania, co zostaje potwierdzone podpisem świadczeniobiorcy lub jego rodziny lub opiekuna faktycznego.

Zgodnie z art. 410 § 2 k.c. świadczenie jest nienależne, jeżeli ten, kto je spełnił, nie był w ogóle zobowiązany względem osoby, której świadczył, albo jeżeli podstawa świadczenia odpadła lub zamierzony cel świadczenia nie został osiągnięty, albo jeżeli czynność prawna zobowiązująca do świadczenia była nieważna i nie stała się ważna po spełnieniu świadczenia. W myśl § 14 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 81, poz. 484) NFZ jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie. Uznanie kwoty 109.709,50 zł wypłaconej przez powoda pozwanej na podstawie zawartych przez strony umów z 21 września 2009 r. i z 5 lutego 2010 r. za świadczenie nienależne wymagałoby ustalenia, że zakwestionowane w toku kontroli świadczenia z zakresu opieki długoterminowej nie zostały w ogóle udzielone. Okoliczność ta była sporna między stronami: pozwana twierdziła, że udzieliła wszystkich świadczeń wykazanych w sprawozdaniach złożonych do NFZ.

W ocenie Sądu powód błędnie utożsamia niedochowanie przez pozwaną wymogów w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej z nieudzieleniem samych świadczeń w zakresie opieki długoterminowej. Prawidłowo wypełniona karta czynności pielęgnarskich, o której mowa w § 13 ust. 2 pkt 6 zarządzenia Prezesa NFZ nr (...) z 11 grudnia 2009 r. nie jest jedynym środkiem dowodowym, za pomocą którego pozwana może wykazać fakt udzielenia świadczeń. Dlatego Sąd uznał, że dowód spełnienia przez pozwaną części zakwestionowanych świadczeń stanowią oświadczenia złożone przez świadczeniobiorców lub ich opiekunów, złożone przez pozwaną przy piśmie z 23 września 2011 r. skierowanym do (...) NFZ, zawierającym wyjaśnienia do protokołu kontroli (k. 968 – 991). Spośród ww. oświadczeń Sąd nie uwzględnił oświadczenia dot. pacjenta o numerze PESEL (...) (k. 980), ponieważ w oświadczeniu tym nie sprecyzowano okresu, w jakim miała być świadczona pielęgnarska opieka długoterminowa ani oświadczenia dot. pacjentki o numerze PESEL (...) (k. 991), ponieważ pacjentka ta nie została wymieniona w żadnym z punktów wystąpienia pokontrolnego, w oparciu o które powód obliczył roszczenie o zwrot nienależnego świadczenia. Za uznaniem oświadczeń przedstawionych przez pozwaną przy piśmie z 23 września 2011 r. za dowód udzielenia kwestionowanych świadczeń dodatkowo przemawiały zeznania świadków I. G., A. T., D. A., N. M., a w szczególności L. K., która wyjaśniła przyczyny, dla których dochowanie wymogów z zakresie prowadzenia kart czynności pielęgnacyjnych niejednokrotnie było bardzo utrudnione lub niemożliwe.

Dlatego, spośród świadczeń ujętych w wystąpieniu pokontrolnym w tabelach nr 1, nr 3, nr 4, nr 6, nr 9, nr 11 i nr 13 Sąd uznał za świadczenia udzielone przez pozwaną te, które zostały udokumentowane odpowiednimi oświadczeniami pacjentów lub ich opiekunów. Jeśli chodzi pozostałe świadczenia opisane w ww. tabelach, w ocenie Sądu pozwana nie udowodniła ich wykonania. Dowodu na tę okoliczność nie stanowi dokumentacja medyczna złożona przez pozwaną przy piśmie z 16 czerwca 2015 r. (k. 1019 – 1583). Pozwana – reprezentowana przez profesjonalnego pełnomocnika – wniosła o przeprowadzenie dowodu „z dokumentacji medycznej z kwestionowanych przez powoda okresów, stanowiącej załączniki do niniejszego pisma, na okoliczność prawidłowego i faktycznego wykonania przez pozwaną świadczeń opieki zdrowotnej zakwestionowanych przez powoda w ramach wystąpienia pokontrolnego z dnia 14 października 2011 r.”. Opisując załączniki do ww. pisma pozwana wymieniła jedynie imiona i nazwiska pacjentów, bez wskazania ich numerów PESEL i bez przypisania do poszczególnych tabel zawartych w wystąpieniu pokontrolnym (w którym powód posługuje się jedynie numerami PESEL). Licząca ponad 500 stron dokumentacja medyczna, bez opisanie do których konkretnie świadczeń zakwestionowanych przez powoda odnoszą się poszczególne dokumenty, nie stanowi, w ocenie Sądu, dowodu na okoliczność udzielenia przez pozwaną zakwestionowanych świadczeń.

Biorąc powyższe pod uwagę, Sąd obliczył kwotę należną powodowi z tytułu zwrotu nienależnego świadczenia w następujący sposób.

W punkcie I pozwu powód domagał się zasądzenia kwoty 11.910,50 zł z tytułu świadczeń zakwestionowanych w związku z umową z 21 września 2009 r. w okresie od 1 września do 31 grudnia 2009 r. (tabela nr 1: k. 145 –

146). Spośród świadczeń figurujących w tabeli nr 1, pozwana udowodniła udzielenie świadczeń wymienionych pod pozycjami nr 4, 5, 7 i 8 o łącznej wartości 4.817,50 zł. Kwota należna powodowi wynosi zatem **7.093 zł** (11.910,50 zł - 4.817,50 zł).

W punkcie II pozwu powód domagał się zasądzenia kwoty 26.199 zł z tytułu świadczeń zakwestionowanych w związku z umową z 21 września 2009 r. w okresie od 1 września do 31 grudnia 2009 r. (tabela nr 2: k. 147 oraz tabela nr 3: k. 148 – 149). Spośród świadczeń figurujących w tabeli nr 3 pozwana udowodniła udzielenie świadczeń wymienionych pod pozycjami nr 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 13, 14 o łącznej wartości 14.616,50 zł. Kwota należna powodowi wynosi zatem **11.582,50 zł** (26.199 zł - 14.616,50 zł).

W punkcie III pozwu powód domagał się zasądzenia kwoty 12.400 zł z tytułu świadczeń zakwestionowanych w związku z umową z 5 lutego 2010 r. w okresie od 1 stycznia do 31 maja 2010 r. (tabela nr 4: k. 158). Spośród świadczeń figurujących w tabeli nr 4 pozwana udowodniła udzielenie świadczeń wymienionych pod pozycjami nr 3, 4, 7, 8, 9 o łącznej wartości 7.075 zł. Kwota należna powodowi wynosi zatem **5.325 zł** (12.400 zł - 7.075 zł).

W punkcie IV pozwu powód domagał się zasądzenia kwoty 12.300 zł z tytułu świadczeń zakwestionowanych w związku z umową z 5 lutego 2010 r. w okresie od 1 września do 31 grudnia 2010 r. (tabela nr 11: k. 174 – 174). Spośród świadczeń figurujących w tabeli nr 11 pozwana udowodniła udzielenie świadczeń wymienionych pod pozycjami nr 5, 6 i 7 o łącznej wartości 5.375 zł. Kwota należna powodowi wynosi zatem **6.925 zł** (12.300 zł - 5.375 zł).

W punkcie V pozwu powód domagał się zasądzenia kwoty 46.900 zł z tytułu świadczeń zakwestionowanych w związku z umową z 5 lutego 2010 r. w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2010 r. (tabela nr 6: k. 160, tabela nr 8: k. 161, tabela nr 9: k. 162 – 164, tabela nr 13: k. 176). Spośród świadczeń figurujących w tabeli nr 6 pozwana udowodniła udzielenie świadczeń wymienionych pod pozycjami nr 1 i 5 o łącznej wartości 150 zł. Spośród świadczeń figurujących w tabeli nr 9 pozwana udowodniła udzielenie świadczeń wymienionych pod pozycjami nr 4, 6, 7, 8, 9, 12, 14, 16 i 19 o łącznej wartości 19.500 zł. Spośród świadczeń figurujących w tabeli nr 13 pozwana udowodniła udzielenie świadczeń wymienionych pod pozycją nr 2 o wartości 50 zł. Kwota należna powodowi wynosi zatem **27.200 zł** (46.900 zł - 150 zł - 19.500 zł - 50 zł).

W tym stanie rzeczy łączna kwota należna powodowi z tytułu zwrotu nienależnego świadczenia wynosi 58.125,50 zł (7.093 zł + 11.582,50 zł + 5.325 zł + 6.925 zł + 27.200 zł).

Przechodząc natomiast do oceny żądania powoda zapłaty kwoty 4.337,05 zł z tytułu kary umownej wskazać należy, że zgodnie z art. 483 § 1 k.c. można zastrzec w umowie, że naprawienie szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania niepieniężnego nastąpi przez zapłatę określonej sumy (kara umowna).

Kara umowna jest dodatkowym zastrzeżeniem umownym, wprowadzanym do umowy w ramach swobody kontraktowania, mającym na celu wzmocnienie skuteczności więzi powstałej między stronami w wyniku zawartej przez nie umowy i służy realnemu wykonaniu zobowiązań (wyrok SN z dnia 8 sierpnia 2008 r., V CSK 85/08, LEX nr 457785; wyrok SA we Wrocławiu z dnia 27 lutego 2013 r., I ACa 99/13, LEX nr 1313465; wyrok SA w Gdańsku z dnia 14 maja 2013 r., I ACa 174/13, LEX nr 1375649; wyrok SA w Poznaniu z dnia 11 czerwca 2013 r., I ACa 365/13, LEX nr 1345561). Zapłata kary umownej stanowi niejako automatyczną sankcję przysługującą wierzycielowi w stosunku do dłużnika w wypadku niewykonania przez niego lub nienależytego wykonania zobowiązania z przyczyn, za które dłużnik odpowiada (wyrok SA w Poznaniu z dnia 11 kwietnia 2013 r., I ACa 152/13, LEX nr 1314828; Z. Gawlik [w], Kodeks cywilny. Komentarz. Tom III. Zobowiązania - część ogólna, pod red. A Kidyby, Komentarz do art.483 Kodeksu cywilnego, LEX).

W § 6 ust. 1 umowy z dnia 21 września 2009 r. strony postanowiły, że w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Oddział Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną. W § 6 ust. 4 umowy strony wskazały, że kary umowne, o których mowa w ust. 1

– 3, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów. Analogiczne zapisy znalazły się w § 6 umowy z 5 lutego 2010 r. i § 6 umowy z 24 stycznia 2011 r.

Szczegółowe zasady dotyczące zastrzegania kar umownych w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zostały przewidziane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 81, poz. 484). Zgodnie z § 29 ust. 1 powołanego rozporządzenia umowa może zawierać zastrzeżenie o karze umownej w razie stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy. Maksymalna wysokość kar umownych w przypadku poszczególnych uchybień została określona w § 30 ww. rozporządzenia.

Powód przedstawił szczegółowe wyliczenie wysokości żądanej kary umownej w dokumencie stanowiącym załącznik do wystąpienia pokontrolnego (k. 189). Pozwana nie zakwestionowała tego wyliczenia pod względem rachunkowym, podniosła natomiast, że w toku realizacji umów z 21 września 2009 r., z 5 lutego 2010 r. i z 24 stycznia 2011 r. nie dopuściła się uchybień, które dawałyby podstawę do żądania przez NFZ zapłaty kary umownej. W ocenie Sądu przedstawione przez powoda dokumenty, tj. protokół kontroli przeprowadzonej w okresie od 16 sierpnia do 16 września 2011 r. (k. 29 – k. 143) i wystąpienie pokontrolne (k. 144 – 188), a także zeznania świadka M. I. (nagranie rozprawy z 26 maja 2015 r.: płyta k. 1013, transkrypcja: k. 1661 – 1663) – osoby, która przeprowadziła przedmiotową kontrolę – stanowią dowód, że pozwana popełniła uchybienia wymienione w wyliczeniu kary umownej. Pozwana nie przedstawiła dowodów, które skutecznie podważyłyby twierdzenia powoda w tym zakresie. Dlatego Sąd uwzględnił w całości roszczenie o zapłatę kary umownej w wysokości 4.337,05 zł.

Na zasądzoną w punkcie I. wyroku kwotę składają się zatem kwota 58.125,50 zł z tytułu zwrotu nienależnego świadczenia i kwota 4.337,05 zł z tytułu kary umownej.

Na podstawie art. 481 k.c. w brzmieniu obowiązującym do dnia 31 grudnia 2015 r. i art. 359 § 2 k.c. Sąd zasądził odsetki ustawowe od należności głównej za okres od dnia 3 listopada 2011 r. do dnia 7 grudnia 2011 r. oraz od dnia 10 grudnia 2013 r. do dnia zapłaty. W zakresie roszczenia o odsetki Sąd podzielił stanowisko pozwanej przedstawione w piśmie z 24 marca 2015 r. (k. 953 – 960).

Zgodnie z § 28 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 81 poz. 484) w przypadku wyczerpania procedury, o której mowa w art. 64, 160 i 161 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu przysługuje prawo do dokonania potrącenia nienależnie przekazanych środków wraz z odsetkami ustawowymi z należności przysługującej świadczeniodawcy. Odsetki ustawowe nie przysługują Funduszowi za okres od dnia, w którym upłynął termin określony w ustawie do rozpatrzenia zażalenia na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, do dnia jego rozpatrzenia.

Pozwana Spółka wystąpienie pokontrolne otrzymała w dniu 18 października 2011 r., przy czym zgodnie z jego treścią miała dokonać płatności w terminie 14 dni, a więc ostatnim dniem na spełnienie świadczenia przez pozwaną był dzień 2 listopada 2011 r. W związku z powyższym powód zasadnie domagał się zasądzenia odsetek od dnia 3 listopada 2011 r., a więc od dnia następnego po upływie ostatniego dnia do spełnienia świadczenia. Pozwana w dniu 23 listopada 2011 r. wniosła zażalenie na czynności Dyrektora (...) NFZ (k. 233 – 234). Zgodnie z art. 161 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej termin na rozpatrzenie zażalenia wynosił 14 dni, a zatem ostatni dzień terminu upłynął w dniu 7 grudnia 2011 r. Zażalenie pozwanej zostało rozpoznane przez Prezesa NFZ w dniu 13 sierpnia 2012 r. (k. 235 – 239). Pozwana, na podstawie art. 161 ust. 3 i 3a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w brzmieniu ówczesnie obowiązującym w dniu 31 sierpnia 2012 r. skierowała do Prezesa NFZ wnioski o ponowne rozpatrzenie zażalenia (k. 887 – 891). Zgodnie z art. 161 ust. 3b powołanej ustawy wnioski pozwanej o ponowne rozpatrzenie zażalenia powinien być rozpoznany przez Prezesa Funduszu w terminie 14 dni od jego otrzymania. Tymczasem wniosek pozwanej z 31 sierpnia 2012 r. został rozpoznany przez Prezesa NFZ dopiero w dniu 9 grudnia 2013 r. (k. 240 – 244). Skoro dopiero w tym dniu został wyczerpany tryb odwoławczy przewidziany w art. 160 – 161 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, nie można uznać, aby świadczenie było wymagalne już dnia 14 sierpnia 2012 r. Dlatego Sąd zasądził odsetki ustawowe

od dnia 10 grudnia 2013 r., tj. od dnia następnego po dniu rozpoznania przez Prezesa NFZ wniosku o ponowne rozpatrzenie zażalenia.

Z tych przyczyn, na podstawie art. 410 k.c. i art. 483 k.c., Sąd orzekł, jak w sentencji wyroku.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 100 k.p.c. i art. 108 § 1 k.p.c. Powód domagał się zasądzenia na jego rzecz kwoty 114.046,55 zł, zaś roszczenie zostało uwzględnione co do kwoty 62.462,55 zł. W tym stanie rzeczy powód wygrał proces w przybliżeniu w 55 %, a przegrał w 45%.