

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 9 października 2015 roku Szpital Wojewódzki im. (...) S. W. w S. wniósł o zasądzenie od Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego w Ł. kwoty 101.296 złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 23 kwietnia 2015 r. do dnia zapłaty oraz zasądzenie kosztów procesu. Jednocześnie powód wniósł o zwolnienie go od kosztów sądowych w całości.

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że w wyniku kontroli NFZ w zakresie zasadności hospitalizacji i rozliczania świadczeń we wrześniu 2014 r. NFZ zakwestionował świadczenia na kwotę 257.779,20 zł i naliczył karę umowną w kwocie 67.511 zł. Powód odmówił podpisania protokołu i odmówił zapłaty kary umownej. Szpital tylko w części podzielił stanowisko kontrolujących co do kwoty 156.483,20 zł. Pomimo odmowy podpisania protokołu Szpital jednak z uwagi na rozliczenia świadczeń zamykających rok 2014 oraz negocjacje przeprowadzone w zakresie rozliczenia nadwykonań za świadczenia ponadlimitowe z NFZ w sposób pomyłkowy, bez podstawy prawnej, przekazał na rzecz NFZ kwotę 257.779,20 zł. Świadczenie w wysokości 101.296 zł zawarte w przelanej kwocie zostało przekazane w sposób nienależny, dlatego też stanowi przedmiot sporu w niniejszej sprawie.

(pozew k. 3-10)

Postanowieniem z dnia 21 października 2015 r. Sąd Okręgowy w Łodzi zwolnił powoda od kosztów sądowych w całości.

(postanowienie k. 160)

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu swojego stanowiska strona pozwana wskazała, że wpłacona przez powoda kwota została wpłacona prawidłowo i znajduje oparcie w wynikach przeprowadzonej kontroli. Dlatego też pozew nie zasługuje na uwzględnienie.

(odpowiedź na pozew k. 165-168)

W piśmie z dnia 19 kwietnia 2017 r. pozwany w związku z opinią biegłego podniósł zarzut potrącenia kwoty 2.652 zł.

(pismo k. 312-317)

### **Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny :**

Szpital Wojewódzki im. (...) S. W. w S. zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia – (...) Oddziałem Wojewódzkim z siedzibą w Ł. trzy umowy na świadczenia zdrowotne w rodzaju leczenia szpitalne na 2014 r.:

- nr (...) z dnia 30 grudnia 2013 r. wraz z aneksami z dnia 30 grudnia 2013 r., 16 stycznia 2014 r., 14 lutego 2014 r., 2 maja 2014 r., 29 maja 2014 r., 29 lipca 2014 r., 15 października 2014 r., 2 grudnia 2014 r., 12 stycznia 2015 r. i 13 lutego 2015 r.,
- nr (...) z dnia 30 grudnia 2013 r. wraz z aneksami z dnia 30 grudnia 2013 r., 14 lutego 2014 r., 29 kwietnia 2014 r., 16 lipca 2014 r., 15 października 2014 r., 17 października 2014 r., 19 stycznia 2015 r. i 28 stycznia 2015 r.,
- nr (...) z dnia 30 grudnia 2013 r. wraz z aneksami z dnia 30 grudnia 2013 r., 14 lutego 2014 r. i 15 października 2014 r.

(umowy wraz z aneksami k. 24-86)

Stosownie do zarządzenia nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne Szpital Wojewódzki im. (...) S. W. w S. rozliczał wykonane świadczenia zdrowotne i przekazywał je do rozliczenia Narodowemu Funduszowi Zdrowia – (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu z siedzibą w Ł.. W/w zarządzenie wprowadziło do rozliczeń świadczeniobiorców z NFZ system jednorodnych grup pacjentów (JGP), co oznacza kwalifikowanie zakończonej hospitalizacji do jednej z grup, wyodrębnionych według kryterium spójności postępowania medycznego, porównywalnego stopnia zużycia zasobów, standaryzowanego czasu pobytu i innych uznanych parametrów.

Rozliczenia pomiędzy szpitalem, a NFZ następują na podstawie systemu komputerowego wprowadzonego przez NFZ, gdzie przy wprowadzaniu przez szpital danego świadczenia poprzez wskazanie kodu świadczenia następuje automatyczna kwalifikacja do danej grupy JGP. Każde sprawozdane świadczenie zdrowotne jest na bieżąco weryfikowane przez NFZ.

(bezsporne)

We wrześniu 2014 r. Narodowy Fundusz Zdrowia – (...) Oddział Wojewódzki z siedzibą w Ł. przeprowadził w powodowym Szpitalu kontrolę nr (...), która obejmowała okres działalności świadczeniodawcy od 1 stycznia 2014 r. do dnia kontroli. Kontroli poddano dokumentację medyczną (historię chorób) 396 pacjentów na podstawie sprawozdanych świadczeń. Niewłaściwy sposób rozliczania stwierdzono w przypadku 309 świadczeń.

Do protokołu kontroli Dyrektor powodowego Szpitala złożył w piśmie z dnia 7 października 2014 r. zastrzeżenia. Pismem z dnia 14 października 2014 r. NFZ poinformował Szpital, że złożone wyjaśnienia i zastrzeżenia nie zostały uwzględnione. Pismem z dnia 22 października 2014 r. Dyrektor Szpitala podtrzymał zgłoszone zastrzeżenia oraz odmówił podpisania protokołu z kontroli.

W wystąpieniu pokontrolnym z dnia 18 listopada 2014 r. strona pozwana stwierdziła, że w toku przeprowadzonej kontroli oceniono pozytywnie, ze względu na kryterium legalności, sposób prowadzenia dokumentacji medycznej oraz oceniono negatywnie sposób rozliczania zrealizowanych świadczeń w rodzaju leczenia szpitalne. Wskazano, że świadczeniodawca w przypadku hospitalizacji pacjenta w kilku oddziałach wykazywał do rozliczenia grup JGP z każdego oddziału odrębnie. Podobnie przy ponownej hospitalizacji pacjenta z tej samej przyczyny oba pobyty wykazywane były jako odrębne świadczenia. Zdaniem NFZ było to niezgodne z zarządzeniem nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne. Na 396 hospitalizacji wytypowanych do kontroli zakwestionowano sposób rozliczenia w przypadku 209 świadczeń. Mając powyższe na uwadze NFZ pokontrolnie zalecił dokonanie korekty zakwestionowanych sprawozdań i rozliczeń świadczeń oraz niezwłoczną realizację świadczeń zgodnie z podpisaną umową. Łącznie ze wszystkich kontrolowanych świadczeń zakwestionowano rozliczenia świadczeń na kwotę 257.779,20 zł. NFZ wezwał do złożenia dokumentów korygujących faktury/rachunku na w/w kwotę z jednoczesnym dokonaniem korekty sprawozdań statystycznych w wersji elektronicznej. Nadto, NFZ nałożył na powodowy szpital w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami karę umowną w łącznej kwocie 67.511,00 zł. Powyższe kwoty miały zostać przelane na wskazany rachunek bankowy w terminie 14 dni od dnia doręczenia wezwania pod rygorem wszczęcia postępowania windykacyjnego.

W pismach z dnia 27 listopada 2014 r., 23 grudnia 2014 r. i 19 stycznia 2015 r. Dyrektor powodowego szpitala złożył zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego oraz propozycję rozliczenia świadczeń. Pismem z dnia 28 stycznia 2015 r. NFZ odniósł się do przedstawionych uwag oraz propozycji rozliczeń, wskazując, że stanowisko szpitala zawiera istotne braki uniemożliwiające rozpatrzenie wskazanych sugestii co do zakończenia sprawy. Pismem z dnia 24 lutego 2015 r. powodowy szpital przedstawił załącznik z podaniem grup JGP celem ponownego rozliczenia przez NFZ oraz odniósł się do uwag NFZ podniesionych we wcześniejszym piśmie. Pismem z dnia 4 marca 2015 r. NFZ poinformował, że decyzja zawarta w piśmie z dnia 28 stycznia 2015 r. była ostateczna i zakończyła proces odwoławczy na etapie (...) Oddziału Wojewódzkiego (...).

Pismem z dnia 25 marca 2015 r. Dyrektor powodowego szpitala wskazał, że nie wyraża zgody na dobrowolną zapłatę kary umownej i odesłał notę księgową na kwotę 67.511 zł. Jednocześnie wskazał, że uwzględniając konieczność rozliczenia świadczeń, z uwagi na zamknięcie roku, dokonano korekt świadczeń wskazanych w wystąpieniu pokontrolnym i wystawiono fakturę korygującą na ogólną wartość 257.779,20 zł. Jednakże zastrzegł, że takie rozliczenie nie powoduje odstąpienia od egzekwowania kwoty 101.296 zł będącej wynikiem prawidłowo wykonanych o rozliczonych świadczeń. Szpital mimo zakończonego postępowania odwoławczego nie zgodził się z zakwestionowanym rozliczeniem na ogólną wartość 101.296 zł oraz nałożoną karą. Przelew został dokonany w dniu 12 lutego 2015 r. na kwotę 257.779,20 zł tytułem „Postępowanie kontrolne (...)”.

Przedsądowym wezwaniem z dnia 2 kwietnia 2015 r. NFZ wezwał stronę powodową do zapłacenia w terminie 7 dni kwoty 68.694,75 zł pod rygorem skierowania sprawy na drogę postępowania sądowego. Wezwaniem do zapłaty z dnia 15 kwietnia 2014 r. powodowy szpital wezwał stronę pozwaną do zapłaty kwoty 101.296 zł w terminie 7 dni.

(protokół kontroli k. 109-128, pisma k. 87-90, wystąpienie pokontrolne k. 129-151, pisma k. 91-107, wydruk operacji bankowej k. 178, wezwania do zapłaty k. 157-158, zeznania świadka R. S. k. 204-206)

W chwili spełnienia świadczenia – dokonywania przelewu spornej kwoty powodowy szpital nie złożył zastrzeżenia zwrotu.

( oświadczenie pełnomocnika powoda na rozprawie w dniu 1 lipca 2016 roku – k. 225)

Biegły z zakresu chirurgii ogólnej wskazał, że z załączonego materiału do sprawy pięciu pacjentów, którzy w okresie obowiązywania umów wiążących z NFZ za 2014 r. byli leczeni u powoda w zakresie chirurgii ogólnej pobyt dwóch pacjentów można było rozliczyć jako dwie oddzielnie hospitalizacje, a pobyt trzech pozostałych osób jako pojedyncze hospitalizacje.

(opinia biegłego ds. chirurgii ogólnej k. 266-276)

Biegły z zakresu położnictwa i ginekologii podniósł, że w oparciu o materiał dowodowy liczba hospitalizacji w spornym okresie z zakresu jego specjalności dotyczyła 10 pacjentów. Analiza dokumentacji medycznej wskazuje, że w przypadku 4 pacjentów należało rozliczyć jedną hospitalizację, w przypadku pozostałych 6 osób brak było wystarczających danych do dokonania prawidłowej oceny przypadku

(opinia biegłego ds. położnictwa i ginekologii k. 306-308)

Biegły z zakresu nefrologii po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną załączoną do akt sprawy wyodrębnił 19 hospitalizacji z zakresu nefrologii. W przypadku 10 pacjentów miała miejsce kontynuacja leczenia, w przypadku 8 pacjentów dwie odrębne hospitalizacje, zaś 1 przypadek z uwagi na problematyczny wpis w historii choroby może być oceniany, w zależności od oceny wpisu jako dwa osobne świadczenia, bądź jedno kontynuowane.

(opinia biegłego ds. nefrologii k. 330-348, opinia uzupełniająca k. 538-548, opinia uzupełniająca k. 572-574, opinia uzupełniająca k. 585-587, opinia ustna uzupełniająca k. 610 nagranie 00:04:06-00:40:54)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie całokształtu zebranego materiału dowodowego, w szczególności złożonej przez strony dokumentacji medycznej, która nie była kwestionowana na żadnym etapie postępowania, zeznań świadka, a także opinii biegłych.

Złożone w toku niniejszego procesu ekspertyzy pozostawały spójne, logiczne, wewnątrznie niesprzeczne oraz odpowiadały na określone tezy dowodowe. Uwzględniając treść przedłożonych opinii, wiedzę specjalną biegłych z zakresu powierzonych im dziedzin, a także doświadczenie w przygotowywaniu ekspertyz na potrzeby postępowań sądowych o zbliżonej tematyce, nie ujawniły się żadne okoliczności deprecjonujące ich walor dowodowy dla potrzeb

rozstrzygnięcia. W opiniach uzupełniających biegły odpowiedział na wszelkie pytania stron związane z pierwotną opinią i tak uzupełniona treść opinii nie była kwestionowana.

Sąd oddalił wniosek o dopuszczenie dowodu z uzupełniającej opinii biegłego z zakresu chirurgii wskazując, że opinia główna wydana w sprawie w sposób wystarczający odpowiedziała na tezy dowodowe. Przeprowadzenie tego dowodu prowadziłyby jedynie do zbędnego przedłużenia procesu i byłoby niecelowe.

### **Sąd Okręgowy zważył, co następuje :**

Zdaniem Sądu powództwo okazało się niezasadne.

W sprawie bezspornym jest, że strony były związane umową nr (...) na leczenie szpitalne. Działając w oparciu o art. 64 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych (Dz.U. 2015 poz. 581 ze zm.) pozwany Fundusz przeprowadził we wrześniu 2014 r. w powodowym Szpitalu kontrolę, która obejmowała okres działalności świadczeniodawcy od 1 stycznia 2014 r. do dnia kontroli. W wyniku kontroli Narodowy Fundusz Zdrowia złożył zastrzeżenia dotyczące zaobserwowanych uchybień oraz przedstawił konsekwencje finansowe, które musiał ponieść powód. Konsekwencje obejmowały obowiązek zapłaty kary umownej w wysokości 67.511 zł oraz zwrotu otrzymanych środków finansowych za niezgodne z umową zrealizowanie świadczeń opieki medycznej w wysokości 257.779,20 zł. Powód przyznał, że ustalenie kontroli było prawidłowe, ale wyłącznie co do świadczeń na kwotę 156.483,20 zł. Następnie, powodowy szpital uiszczył wymaganą przez Narodowy Fundusz Zdrowia całą kwotę.

Według art. 411 pkt 1 k.c. nie można żądać zwrotu świadczenia jeżeli spełniający świadczenie wiedział, że nie był do świadczenia zobowiązany, chyba że spełnienie świadczenia nastąpiło z zastrzeżeniem zwrotu albo w celu uniknięcia przymusu lub w wykonaniu nieważnej czynności prawnej.

Jak podkreślane jest w literaturze sytuacja wskazana w powyższym przepisie polega na tym, że ten, kto spełnił świadczenie, wiedział, iż nie był do świadczenia zobowiązany. Pozytywna wiedza dłużnika o braku powinności spełnienia świadczenia jest wyłączona, jeżeli ma on wątpliwości co do istnienia takiej powinności (zob. wyr. SN z 12.12.1997 r., III CKN 236/97, OSN 1998, Nr 6, poz. 101; zob. też wyr. SN z 10.6.2003 r., I CKN 390/01, OSP 2005, Nr 9, poz. 111., z glosą P. Księżaka). Istotna jest tu świadomość braku obowiązku świadczenia ze względu na znany świadczącemu stan faktyczny albo ze względu na obowiązujący stan prawny (orz. SN z 18.7.1952 r., C 809/52, OSN 1954, Nr 2, poz. 27; zob. też W. Serda, Nienależne świadczenie, Warszawa 1988, s. 156 i nast.). Przepis art. 411 pkt 1 k.c. ma zastosowanie także wówczas, gdy z żądaniem zwrotu nienależnego świadczenia występuje osoba, która wiedziała o braku własnego zobowiązania wobec egzekwującego wierzyciela i nie podjęła żadnych przewidzianych prawem czynności, zmierzających do ograniczenia lub uniemożliwienia kontynuowania egzekucji (wyrok Sądu Najwyższego z 27 czerwca 2002 r., sygn. akt IV CKN 1166/00, OSN 2003, Nr 6, poz. 90).

Błąd świadczącego co do istnienia podstawy do świadczenia może sprowadzać się bądź do mylnej oceny okoliczności faktycznych wpływających na byt zobowiązania, bądź do mylnej przepisów prawa (podobnie także Sąd Najwyższy w wyroku z 18 lipca 1952 r., sygn. akt C 809/52, PiP 1953, Nr 4, s. 610), przez co świadczenie następuje przy świadomości braku uzasadnienia nie tylko faktycznego, ale i prawnego dla takiego przysporzenia. Świadczący nie może się jednak powoływać na błąd co do tego, iż świadczenie jest należne w tych przypadkach, kiedy powstanie tego błędu było przez niego zawinione, a zatem gdy przy dołożeniu należytej staranności powinien był wiedzieć o nieistnieniu zobowiązania. Przyjęcie odmiennego rozwiązania tej kwestii właściwie pozbawiłoby wzbogaconego możliwości wykazania wiedzy, czy samych tylko wątpliwości świadczącego co do nieistnienia zobowiązania, gdyż ten mógłby zawsze bronić się, podnosząc istnienie błędu, choćby nawet błąd taki był w okolicznościach konkretnego przypadku nie tylko wynikiem niedołożenia należytej staranności, ale nawet rażącego niedbalstwa.

Jednocześnie jak wskazuje wyżej przywołany przepis można żądać zwrotu świadczenia, jeżeli zostało ono spełnione z zastrzeżeniem zwrotu. W literaturze tytułem przykładu podaje się sytuację, w której świadczenie zostało już spełnione, jednakże świadczący nie dysponuje pokwitowaniem i spełnia świadczenie, ponownie chcąc uniknąć skutków zwłoki

(J. Pietrzykowski, w: Komentarz 1972, t. 2, s. 974). Może tu też chodzić o często spotykany w praktyce stan faktyczny, w którym świadczący ma wspomniane wyżej wątpliwości co do tego, czy istnieje podstawa prawna świadczenia, spełnia więc je, zastrzegając wszakże możliwość żądania zwrotu w obawie, że jego zachowanie zostanie ocenione jako spełnienie świadczenia mimo świadomości braku podstawy prawnej, a ponadto w obawie, że nie będzie podstaw do uznania, że dłużnik świadczył w celu uniknięcia przymusu.

Zdaniem Sądu analiza zgromadzonego w toku niniejszego postępowania materiału dowodowego prowadzi do wniosku, że świadczenie dokonane przez stronę powodową na rzecz strony pozwanej nie podlega zwrotowi w świetle wyżej przywołanego przepisu. Powód w dniu 12 lutego 2015 r. dokonał na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia przelewu kwoty 257.779,20 zł z tytułu przeprowadzonego postępowania kontrolnego nr (...). Kwota ta została wskazana w wystąpieniu pokontrolnym, jako kwota środków finansowych nienależnie otrzymanych przez powodowy Szpital z tytułu przeprowadzonych świadczeń medycznych, które w wyniku w/w kontroli zostały zakwestionowane. Zwrócić uwagę należy, że strona powodowa dokonując wpłaty w sposób jednoznaczny wskazała tytuł i podstawę przelewu środków pieniężnych. Nadto, wbrew twierdzeniom zawartym w pozwie nie sposób uznać aby powód, dokonując w/w przelewu działał w błędzie i pomyłkowo przekazał na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia pełną kwotę 257.779,20 zł. Przeczy temu przede wszystkim treść pisma z dnia 25 marca 2015 r., w którym powodowy Szpital jednoznacznie wskazuje, że dokonał korekty świadczeń wskazanych w wystąpieniu pokontrolnym i wystawił fakturę korygującą na ogólną wartość 257.779,20 zł. Szpital wprawdzie zastrzegł w kolejnym zdaniu, że takie rozliczenie nie powoduje z jego strony odstąpienia od egzekwowania kwoty 101.296,00 zł (co oznacza, że władze szpitala miały świadomość braku swojego zobowiązania) będącej jego zdaniem wynikiem prawidłowo wykonanych i rozliczonych świadczeń, jednakże w dalszej treści pisma, jak również w innych przedstawionych dowodach brak jest jakichkolwiek sformułowań wskazujących, że w/w płatność była pomyłką, błędem ze strony szpitala. Wręcz przeciwnie, treść przywołanego pisma wskazuje wprost, że powodowy Szpital w sposób celowy dokonał w/w płatności na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia. Jednocześnie podkreślić należy, że strona powodowa ani w toku postępowania pokontrolnego, ani w prowadzonej ze stroną pozwaną korespondencji, jak również na etapie niniejszego postępowania w żadnym miejscu i w żaden sposób nie wykazała, że sporne świadczenie zostało dokonane z zastrzeżeniem zwrotu. ***Co więcej, w toku rozprawy z dnia 1 lipca 2016 r. pełnomocnik powoda sam przyznał, że w momencie zapłaty nie było zastrzeżenia zwrotu należności.*** Brak takiego zastrzeżenia również w korespondencji między stronami, prowadzonej po kontroli z 2014 i 2015 r. W tym miejscu podkreślić należy, że powodowy szpital jest placówką dysponującą fachową obsługą prawną, a zatem nie było żadnych przeszkód by, spełniając świadczenie, powód przygotował odpowiednie oświadczenie o zastrzeżeniu zwrotu zabezpieczając swoje interesy w ewentualnym procesie cywilnym. Można było i należało oczekiwać od powoda, który jest profesjonalistą w zakresie świadczeń medycznych i utrzymuje się z ich właściwego udzielania i rozliczania, dołożenia należytej staranności przy dokonywaniu przelewu.

Nie ulega zatem wątpliwości, że świadczenie powoda w postaci uiszczonej na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia kwoty nie podlega zwrotowi, ponieważ powód wiedział, że nie był do niego zobowiązany, czemu dawał wyraz w swoim piśmie z dnia z dnia 25 marca 2015 r. i nie zastrzegł zwrotu (art. 411 pkt 1 k.c.).

Mając powyższe rozważania na uwadze, w ocenie Sądu Okręgowego, powództwo okazało się nieuzasadnione i w związku z tym podlegało oddaleniu.

W oparciu o przepis art. 102 k. p. c. Sąd nie obciążył powoda nieuiszczonymi kosztami sądowymi uwzględniając przy tym powszechnie znaną mizериę kondycji finansowej służby zdrowia.

## ZARZĄDZENIE

Odpis wyroku doręczyć zgodnie z wnioskiem.