

Sygn. akt I ACa 2119/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 maja 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie I Wydział Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący: SSA Beata Kozłowska (spr.)

Sędziowie: SA Roman Dzikczek

SA Marzena Konsek-Bitkowska

Protokolant: sekretarz sądowy Sławomir Mzyk

po rozpoznaniu w dniu 24 maja 2018 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa (...) w W.

przeciwko (...) spółce z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w W.

o zapłatę

na skutek apelacji obu stron

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 19 maja 2016 r., sygn. akt XXIV C 1078/14

I. zmienia zaskarżony wyrok:

- w punkcie pierwszym częściowo w ten sposób, że:

a) oddala powództwo o zapłatę kwoty 21 400 zł (dwadzieścia jeden tysięcy czterysta złotych) z ustawowymi odsetkami,

b) przed zwrotem „do dnia zapłaty” dodaje zwrot „do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r.”,

- w punkcie trzecim w ten tylko sposób, że ustala, że powód ponosi koszty procesu w 64%, a pozwany w 36%,

II. oddala obie apelacje w pozostałym zakresie,

III. odstępuje od obciążania powoda kosztami postępowania apelacyjnego.

Marzena Konsek-Bitkowska Beata Kozłowska Roman Dzikczek

Sygn. akt I ACa 2119/16

UZASADNIENIE

Powód (...) w W. po ostatecznym sprecyzowaniu roszczeń, 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 uzasadnieniu pozwu wskazał, 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 (...) Oddział Wojewódzki (...) 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. **Pozwana (...) Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w W.** wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na jej rzecz kosztów postępowania.

W uzasadnieniu swojego stanowiska pozwana wskazała, że bezspornym jest fakt, iż w latach 2009 – 2011 pomiędzy (...) 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 (...) Oddział Wojewódzki (...), 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 (...) Oddział Wojewódzki (...) 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 (...) oraz (...) Oddziału Wojewódzkiego (...), 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 pielęgnacyjnego i opiekuńczego” ustalanych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa (...), 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).

Wyrokiem z dnia 19 maja 2016 r. Sąd Okręgowy w Warszawie:

I. zasądził od (...) Sp. z o.o. z siedzibą w W. na rzecz (...) z siedzibą w W. kwotę 62 . 462,55 zł 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 oddalił;

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

Swe rozstrzygnięcie Sąd Okręgowy oparł na następujących ustaleniach faktycznych i następujących ocenach prawnych:

Przedmiotem działalności (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W. Spółki jest m. in. praktyka lekarska, działalność paramedyczna, działalność pielęgniarstwa i położonych, jak również pozostała działalność związana z ochroną zdrowia ludzkiego, gdzie indziej niesklasyfikowana .

W dniu 21 września 2009 r. (...) – (...) Oddział Wojewódzki z siedzibą w W. (dalej jako: (...) (...)) 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 tej 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 (...), 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 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 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 (...) (...) 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 (...) świadczeń (osobodni), co stanowiło 100% świadczeń wykazanych w okresie od dnia 1 września 2009 r. do dnia 31 grudnia 2009 r.

(...) (...) 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.

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.

(...) (...) negatywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności ocenił wykazanie do rozliczeń 168 świadczeń o kodzie (...) (osobodzień w pielęgniarstwie długoterminowym) 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 pielęgniarstkich 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 pielęgniarstwą 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 zł.

(...) (...) negatywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności ocenił wykazanie do rozliczeń 1110 świadczeń o kodzie (...) (osobodzień w pielęgniarstwie długoterminowym) 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.

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.

W dniu 5 lutego 2010 r. (...) (...) 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 tej 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 31 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. (...) (...), 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 (...) świadczeń (osobodni), co stanowiło 100% świadczeń wykazanych w okresie od 1 stycznia 2010 r. do dnia 31 maja 2010 r.

(...) (...) negatywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności ocenił wykazanie do rozliczeń 90 świadczeń o kodzie (...) (osobodzeń w pielęgniarstwie długoterminowym) oraz 406 świadczeń o kodzie (...) (osobodzeń w pielęgniarstwie długoterminowym domowym dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami) u pacjentów o nr PESEL:

- a) (...) – w dniach: 1-31 marca 2010 r. (31 osobodni);
- b) (...) – w dniach: 1-31 maja 2010 r. (31 osobodni);
- c) (...) – w dniach: 1-31 maja 2010 r. (31 osobodni);
- d) (...) – w dniach: 1-30 kwietnia 2010 r. (30 osobodni), 1-31 maja 2010 r. (31 osobodni);
- e) (...) – w dniach: 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), 01-30 kwietnia 2010 r. (30 osobodni);
- g) (...) – w dniach: 25-31 marca 2010 r. (7 osobodni), 1-31 maja 2010 r. (31 osobodni);
- h) (...) – w dniach: 1-31 stycznia 2010 r. (31 osobodni), 1-30 kwietnia 2010 r. (30 osobodni), 1-31 maja 2010 r. (31 osobodni);
- i) (...) – w dniach: 1-31 marca 2010 r. (31 osobodni), 1-30 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.

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.

(...) (...) 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.

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 6 marca 2010 r. – 8 marca 2010 r. (3 osobodni), co potwierdzają oświadczenia dokumentujące realizację umowy u wskazanych pacjentów. Wartość ww. świadczeń wyniosła łącznie 150 zł.

(...) (...) negatywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności ocenił wykazanie do rozliczeń 52 świadczeń o kodzie (...) (osobodzień w pielęgniarstwie długoterminowym domowym 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 pielęgnacyjnych dla pielęgniarki 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.

(...) (...) negatywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności ocenił wykazanie do rozliczeń 741 świadczeń o kodzie (...) (osobodzień w pielęgniarstwie długoterminowym) oraz (...) świadczeń o kodzie (...) (osobodzień w pielęgniarstwie długoterminowym domowym 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 pielęgniarstwa 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.

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 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.

(...) (...) negatywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności ocenił wykazanie do rozliczeń 492 świadczeń o kodzie (...) (osobodzień w pielęgniarstwie 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.

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.

(...) (...) 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.

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.

W dniu 24 stycznia 2011 r. (...) (...) 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.

W dniach od 16 sierpnia 2011 r. do 16 września 2011 r. (...) (...), 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 (...) (...) negatywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności ocenił wyposażenie neseseerów pielęgniarских; niezgłoszenie Dyrektorowi (...) (...) zmian w wyposażeniu Zakładu, polegających na wykazaniu w załączniku nr 2 do umowy (...) neseseerów pielęgniarских z wyposażeniem, przy czym w Zakładzie było 5 neseseerów; brak dokumentacji potwierdzającej ukończenie przez B. S. (1) 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.

Z uwagi na dostrzeżone uchybienia w realizacji wskazanych umów i tym samym negatywną ocenę ich wykonania (...) (...) 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 (...) (...) wezwał (...) Sp. z o. o. do zapłaty wskazanej kary umownej w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

W dniu 23 listopada 2011 r. (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W. wniosła zażalenie na czynności Dyrektora (...) (...), 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.

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

W dniu 31 sierpnia 2012 r., (...) Sp. z o. o. z siedzibą w W. skierowała do Prezesa (...) 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.

Pismem z dnia 9 grudnia 2013 r., znak (...) Prezes (...) wskazał, iż nie znajduje podstaw do uwzględnienia wniosku o ponowne rozpatrzenie zażalenia z dnia 8 grudnia 2011 r. podtrzymując jednocześnie dotychczasowe stanowisko.

W dniu 24 listopada 2011 r., (...) (...) 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. (...) (...) 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.

Sąd Okręgowy wskazał, że (...) 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.

Strony niniejszego postępowania zawarły umowy o numerach (...) z dnia 21 września 2009 r., (...) z dnia 5 lutego 2010 r., (...) z dnia 24 stycznia 2011 r. 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 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. oraz aneks nr (...) z dnia 17 lutego 2010 r.

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 (t.j. 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 (...) 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 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.

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 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 (...) 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) (...) 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 (...).

W ocenie Sądu Okręgowego powód błędnie utożsamia niedochowanie przez pozwaną wymogów w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej z nieudzieleniem samych świadczeń w zakresie opieki długoterminowej. Prawidłowo wypełniona karta czynności pielęgniarских, o której mowa w § 13 ust. 2 pkt 6 zarządzenia Prezesa (...) 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 (...) (...), zawierającym wyjaśnienia do protokołu kontroli. 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 pielęgniarська 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. (1), która wyjaśniła przyczyny, dla których dochowanie wymogów z zakresu 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 Okręgowy uznał za świadczenia udzielone przez pozwaną te, które zostały udokumentowane odpowiednimi oświadczeniami pacjentów lub ich opiekunów.

Jeśli chodzi o 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. 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. 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. 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. 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. 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).

Odnośnie żądania powoda zapłaty kwoty 4.337,05 zł z tytułu kary umownej Sąd Okręgowy wskazał, że § 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. 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 (...) zapłaty kary umownej. W ocenie Sądu przedstawione przez powoda dokumenty, tj. protokół kontroli przeprowadzonej w okresie od 16 sierpnia do 16 września 2011 r. i wystąpienie pokontrolne, a także zeznania świadka M. I. – 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.

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 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 (...) (...). 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 (...) 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 (...) wnioski o ponowne rozpatrzenie zażalenia. Zgodnie z art. 161 ust. 3b powołanej ustawy wniosek 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 (...) dopiero w dniu 9 grudnia 2013 r. 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 (...) 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.

Apelacje od tego wyroku wniosły obie strony.

Pozwana zaskarżyła wyrok w pkt I w części zasądzającej od pozwanej W. na rzecz powoda świadczenia ponad kwotę 39.787,55 zł wraz odsetkami ustawowymi za okres od dnia 03.11.2011r. do dnia 07.12.2011r. oraz od dnia 10.12.2013r. do dnia zapłaty oraz w pkt. III - w części orzeczenia o kosztach procesu.

I. Zaskarżonemu wyrokowi zarzuciła:

1. naruszenie art. 233 k.p.c. poprzez zaniechanie wszechstronnej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego - dokumentacji medycznej dotyczącej pacjentów S. B. /PESEL: (...)/, N. S. /PESEL: (...)/, Z. S. (1) /PESEL: (...)/, K. A. /PESEL: (...)/, B. J. /PESEL: (...)/, S. D. /PESEL: (...)/, P. L. /PESEL: (...)/, P. J. (1) /PESEL: (...)/ - załączonej przez pozwaną do pisma z dnia 16.06.2015r. wobec uznania jej za dowód nieprzydatny do oceny, czy na jej podstawie można stwierdzić, czy pozwana wykonała na rzecz powoda kwestionowane w sprawie świadczenia ujęte w tabeli nr 9 „Wystąpienia pokontrolnego” z dnia 14.10.2010r., a to z tego względu, że pozwana miała złożyć ww. dokumentację bez jej opisanie numerami PESEL pacjentów, co uniemożliwiało przypisanie tej dokumentacji do numerów PESEL pacjentów wykazanych przez powoda w tabelach ujętych w „Wystąpieniu pokontrolnym” z dnia 14.10.2010r., a tym samym konfrontację twierdzeń pozwanej opartych o tę dokumentację, z określonymi w „Wystąpieniu pokontrolnym” z dnia 14.10.2010r. twierdzeniami i zarzutami powoda, gdy z dokumentacji tej wynika, że składa się ona z dokumentów pn. „karta czynności pielęgnacyjnych dla pielęgniarki opieki długoterminowej” oraz karty pn. „Obserwacje pielęgniarki”, w których ujęto zarówno nazwiska ww. pacjentów, ich numery PESEL oraz okresy świadczeń rejestrowane przez ww. dokumentację, co pozwala przypisać ich do poszczególnych PESEL i świadczeń

wykazanych przez powoda w tabeli nr 9 „Wystąpienia pokontrolnego” z dnia 14.10.2010r., a tym samym umożliwia konfrontację twierdzeń powoda i pozwaną w zakresie rzekomego niewykonania tych świadczeń;

2. naruszenie art. 233 k.p.c. poprzez zaniechanie wszechstronnej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego - dokumentacji medycznej dotyczącej pacjentów S. B. /PESEL: (...)/, N. S. /PESEL: (...)/, Z. S. (1) /PESEL: (...)/, K. A. /PESEL: (...)/, B. J. /PESEL: (...)/, S. D. /PESEL: (...), P. L. /PESEL: (...)/, P. J. (1) /PESEL: (...)/ - załączonej przez pozwaną do pisma z dnia 16.06.2015r. - to jest odpowiednio wszystkich dokumentów pn. „karta czynności pielęgnacyjnych dla pielęgniarki opieki długoterminowej” oraz kart pn. „Obserwacje pielęgniarki” obejmujących okresy świadczeń w tych dokumentach wskazane, z których to dokumentów wynika, że pacjenci ci lub ich opiekunowie składali na nich swe podpisy, co dowodzi że kwitowali oni rzeczywiste wykonanie tych świadczeń przez pozwaną, a w związku z tym dowodzi, że zakwalifikowanie tych świadczeń przez powoda, jako niewykonanych w ramach tabeli numer 9 „Wystąpienia pokontrolnego” z dnia 14.10.2010r. pod pozycjami numer 2, 3, 5, 9, 10,11,13,17 nie odpowiada prawdzie;

3. naruszenie art 233 k.p.c. poprzez zaniechanie wszechstronnej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego – dokumentacji medycznej dotyczącej pacjentów S. B. /PESEL: (...)/, N. S. /PESEL: (...)/, Z. S. (1) /PESEL: (...)/, K. A. /PESEL: (...)/, B. J. /PESEL: (...)/, S. D. /PESEL: (...)/, P. L. /PESEL (...)/, P. J. (1) /PESEL: (...)/ - załączonej przez pozwaną do pisma z dnia 16 06.2015r. - to jest odpowiednio wszystkich dokumentów pn. „karta czynności pielęgnacyjnych dla pielęgniarki opieki długoterminowej” oraz kart pn. „Obserwacje pielęgniarki” obejmujących okresy świadczeń w tych dokumentach wskazane, z których to dokumentów wynika, że pozwana wykonała na rzecz ww. pacjentów wszystkie świadczenia wykazane w ramach tabeli numer 9 „Wystąpienia pokontrolnego” z dnia 14.10.2011r. pod pozycjami numer 2,3,5,9,10,11,13,17 w łącznej kwocie: 22.675 złotych;

4. naruszenie art. 100 k.p.c. wskutek niewłaściwego zastosowania, gdy w stanie sprawy powód z podstawy zgłoszonego powództwa na poziomie 114.046,55 złotych wygrał kwotę 39.787,55 złotych, co stanowi 35% wartości przedmiotu sporu, a w związku z tym wygrał sprawę w 35%, gdy z pkt. III zaskarżonego wyroku wynika, że koszty procesu ponosi pozwana w 55 % i powód w 45%, gdy pozwana winna je ponosić tylko w 35%, a powód w 65%;

5. naruszenie art 410 § 2 k.c. poprzez jego zastosowanie w części uznającej zgłoszone przez powoda w pozwie, a ujęte w tabeli numer 9 „Wystąpienia pokontrolnego” z dnia 14.10.2010r. pod pozycjami numer 2, 3, 5, 9, 10, 11, 13, 17 roszczenia w łącznej kwocie 22.675 złotych za świadczenia nienależne, gdy wobec wykazania przez pozwaną, że świadczenia te w rzeczywistości wykonała nie ma podstaw faktycznych do ich tego typu kwalifikacji prawnej, a w więc do zastosowania art 410 § 2 k.c. albowiem nie ziściła się względem nich żadna kondycja wskazana w tym przepisie.

Pozwana wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku w pkt. I wyroku poprzez zasądzenie od pozwanej kwoty 39.787,55 zł wraz odsetkami ustawowymi za okres od dnia 03.11.2011r. do dnia 07.12.2011r. oraz od dnia 10.12.2013r. do dnia zapłaty oraz w pkt. III wyroku poprzez ustalenie, że koszty procesu ponosi pozwana w 35 % i powód w 65%, pozostawiając ich szczegółowe wyliczenie referendarzowi sądowemu.

Nadto pozwana wniosła o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanej kosztów postępowania apelacyjnego.

Powód zaskarżył wyrok w części, tj. w punkcie I wyłącznie w zakresie początku terminu liczenia odsetek ustawowych „od dnia 10 grudnia 2013r.” oraz podstawy prawnej i wysokości naliczania odsetek od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty, w części oddalającej powództwo w punkcie II sentencji, oraz w części orzekającej o kosztach postępowania - punkt III sentencji. Zaskarżonemu wyrokowi zarzucił:

1. naruszenie przepisów postępowania, które mogło mieć wpływ na wynik postępowania, a mianowicie art. 233 § 1 k.p.c. przez uznanie dowodów z oświadczeń jako wiarygodnych i potwierdzających wykonanie przez pozwaną świadczeń opieki zdrowotnej pomimo braku jakiegokolwiek dokumentacji wskazującej na ich wykonanie, czy też posiadania szątkowej dokumentacji potwierdzającej, potwierdzającej, że świadczenie będące przedmiotem umowy nie zostało wykonane, natomiast nieuznanie zeznań świadków strony pozwanej, z których wynikało, że w

każdym przypadku udzielenia świadczeń była prowadzona dokumentacja, a ponadto każda czynność, wizyta były potwierdzone przez ubezpieczonego lub jego opiekunów,

2. naruszenie prawa materialnego poprzez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie:

- § 28 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w związku z art 160 i art. 161 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (w brzmieniu obowiązującym przed 1 stycznia 2015 r. poprzez uznanie iż odsetki ustawowe nie należą się powodowi również za okres obejmujący rozpatrywanie sprawy w związku ze złożeniem przez pozwaną wniosku o ponowne rozpoznanie,

- poprzez niezastosowanie art 481 k.c. w zakresie ustalenia charakteru i wysokości dochodzonych pozwem odsetek za okres od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty.

Wskazując na te zarzuty, wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i uwzględnienie powództwa w całości zgodnie z żądaniem pozwu oraz zasądzenie od pozwanej na rzecz powoda kosztów procesu.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacje obu stron zasługują jedynie na częściowe uwzględnienie.

Apelacja pozwanej spółki jest zasadna w takim zakresie, w jakim pozwana zakwestionowała uwzględnienie powództwa o zapłatę kwoty 21 400 zł z odsetkami.

Trafnie bowiem pozwana zakwestionowała nałożenie na nią obowiązku zwrotu części środków przekazanych jej tytułem wynagrodzenia za usługi opieki długoterminowej. Zarzuty pozwanej koncentrują się na kwestionowaniu obowiązku zwrotu środków, o których mowa w tabeli nr 9 - pkt 2, 3, 5, 9, 10, 11, 13, 17 wystąpienia pokontrolnego powoda z dnia 24 października 2011 r. Tabela ta obejmuje zestawienia należności, co do których, zdaniem powoda, brak jest w kartach czynności pielęgnacyjnych podpisu pacjenta lub jego opiekuna potwierdzającego udzielenie świadczenia. Zarzuty te są zasadne z jednym wyjątkiem. Otóż, Sąd Okręgowy uznał, że wykonanie świadczeń ujętych tabeli nr 9 pod pozycją 9 odnośnie pacjenta o nr PESEL (...) – L. J., zostało potwierdzone stosownym podpisem, o czym świadczy treść uzasadnienia zaskarżonego wyroku odnoszącego się do analizy roszczeń ujętych w punkcie V pozwu. Z uzasadnienia tego jednoznacznie wynika, iż zdaniem Sądu Okręgowego „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”, co oznacza, że za udowodnione Sąd Okręgowy uznał udzielenie m.in. świadczeń figurujących w tabeli nr 9 pod poz. 9. Zatem w tym zakresie, tj. wynagrodzenia w kwocie 1.275 zł, bo taka była wartość tych świadczeń, powództwo zostało już oddalone przez Sąd Okręgowy.

W pozostałym zakresie, tj. co do należności, o których mowa w tabeli nr 9 pod poz. 2, 3, 5, 10, 11, 13, 17, stanowisko pozwanej jest trafne.

Pozwana podniosła zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. poprzez zaniechanie wszechstronnej oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego - dokumentacji medycznej dotyczącej pacjentów: B. S. (2) /PESEL: (...)/, S. N. /PESEL: (...)/, S. Z. /PESEL: (...)/, A. K. /PESEL: (...)/, J. B. (1) /PESEL: (...)/, D. S. (1) /PESEL: (...)/, L. P. /PESEL: (...)/, J. P. /PESEL: (...)/ załączonej przez pozwaną do pisma z dnia 16.06.2015r. Sąd Okręgowy uznał, że pozwana złożyła tę dokumentację bez jej opisanie numerami PESEL pacjentów, co uniemożliwiało przypisanie tej dokumentacji do numerów PESEL pacjentów wykazanych przez powoda w tabelach ujętych w „Wystąpieniu pokontrolnym” z dnia 14.10.2011r. Trafnie pozwana zakwestionowała to stwierdzenie Sądu Okręgowego. Trzeba bowiem zauważyć, że to w wystąpieniu pokontrolnym zarzuty zostały sformułowane poprzez posłużenie się wyłącznie nr PESEL pacjentów, to jest bez wskazania ich imion i nazwisk. Natomiast dokumentacja medyczna przedstawiona przez pozwaną zawiera wskazanie nie tylko nr PESEL, ale i imion i nazwisk pacjentów. Zatem weryfikacja przedstawionej przez pozwaną

dokumentacji medycznej i poczynienie ustaleń czy potwierdza ona wykonanie świadczeń zakwestionowanych przez powoda, była możliwa.

Trafnie wskazuje pozwana w swej apelacji, iż dokumentacja przez nią przedstawiona daje podstawy do ustaleń, iż wykonanie usług ujętych w tabeli nr 9 pod poz. 2, 3, 5, 10, 11, 13, 17 wystąpienia pokontrolnego z dnia 14 października 2011r., zostało potwierdzone przez samych pacjentów lub ich opiekunów prawnych. Trzeba przy tym wskazać, że brak podpisów samych pacjentów lub ich opiekunów prawnych, był w tym przypadku jedyną przyczyną żądania zwrotu przekazanych pozwanej środków.

Ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd Okręgowy, należy zatem uzupełnić o poniżej przedstawione okoliczności:

Pod pozycją 2 tabeli nr 9 wystąpienia pokontrolnego wskazano jako niepotwierdzone właściwym podpisem świadczenie usług na rzecz N. S. posiadającej nr PESEL (...) w okresie luty – maj 2010 r. Wykonanie tych usług zostało potwierdzone przez córkę pacjentki J. S.. Co więcej, w ramach dokumentacji przestawionej przez pozwaną przedstawione zostały karty czynności pielęgnacyjnych tej pacjentki za okres od stycznia 2010 r. do kwietnia 2010 r. k. 305 -309, wskazujące wykonane czynności przez pielęgniarkę D. S. (2), które zostały podpisane przez opiekuna pacjentki - J. S..

Pod pozycją 3 tabeli nr 9 wystąpienia pokontrolnego wskazano jako niepotwierdzone właściwym podpisem świadczenie usług na rzecz S. Z. posiadającej nr PESEL (...) w okresie styczeń – kwiecień 2010 r. Wykonanie tych usług zostało potwierdzone przez pacjentkę. W ramach dokumentacji przestawionej przez pozwaną przedstawione zostały karty czynności pielęgnacyjnych tej pacjentki za okres od stycznia 2010 r. do kwietnia 2010 r. k. 327 - 340 wskazujące wykonane czynności przez pielęgniarkę D. S. (2), co zostało potwierdzone podpisami pacjentki. Co więcej, pozwana przestawiła również oświadczenie opiekuna pacjentki - A. S. z dnia 11 września 2011 r. potwierdzające, że wizyty pielęgniarskie odbywały się wg uzgodnionych terminów nie mniej niż 4 razy w tygodniu, a w sytuacjach nagłych – na każde wezwanie (k. 970).

Pod pozycją 5 tabeli nr 9 wystąpienia pokontrolnego wskazano jako niepotwierdzone właściwym podpisem świadczenie usług na rzecz N. H. posiadającej nr PESEL (...) w okresie styczeń – kwiecień 2010 r. Wykonanie tych usług zostało potwierdzone przez pacjentkę. W ramach dokumentacji przestawionej przez pozwaną znajdują się karty czynności pielęgnacyjnych tej pacjentki za okres styczeń 2010 r. do kwietnia 2010 r. (k. 362-368) wskazujące wykonane czynności przez pielęgniarkę L. K..

Pod pozycją 10 tabeli nr 9 wystąpienia pokontrolnego wskazano jako niepotwierdzone właściwym podpisem świadczenie usług na rzecz J. B. (1) posiadającego nr PESEL (...) w okresie styczeń – maj 2010 r. Wykonanie tych usług zostało potwierdzone przez opiekuna pacjenta. W dokumentacji przestawionej przez pozwaną znajdują się karty czynności pielęgnacyjnych tego pacjenta za okres od stycznia 2010 r. do maja 2010 r. k. 510 - 540 wskazujące wykonane czynności przez pielęgniarkę I. G.. Co więcej, pozwana przestawiła również oświadczenie opiekuna pacjenta - J. B. z dnia 11 września 2011r. potwierdzające, że wizyty pielęgniarskie odbywały się wg uzgodnionych terminów nie mniej niż 4 razy w tygodniu, a w sytuacjach nagłych – na każde wezwanie (k. 980).

Pod pozycją 11 tabeli nr 9 wystąpienia pokontrolnego wskazano jako niepotwierdzone właściwym podpisem świadczenie usług na rzecz D. S. (1) posiadającej nr PESEL (...) w okresie styczeń – kwiecień 2010 r. Wykonanie tych usług zostało potwierdzone przez opiekuna pacjentki. W dokumentacji przestawionej przez pozwaną znajdują się karty czynności pielęgnacyjnych tej pacjentki za okres od stycznia 2010 r. do kwietnia 2010 r. (k. 552-558) wskazujące wykonane czynności przez pielęgniarkę D. S. (2), które opatrzone zostały podpisem opiekuna pacjentki – T. M..

Pod pozycją 13 tabeli nr 9 wystąpienia pokontrolnego wskazano jako niepotwierdzone właściwym podpisem świadczenie usług na rzecz Z. S. (2) posiadającego nr PESEL (...) w okresie styczeń – kwiecień 2010 r. Wykonanie tych usług zostało potwierdzone przez pacjenta. W dokumentacji przestawionej przez pozwaną znajdują się karty czynności pielęgnacyjnych tego pacjenta za okres od stycznia 2010 r. do kwietnia 2010 r. (k. 591 – 594) wskazujące wykonane czynności przez pielęgniarkę D. S. (2), podpisane przez pacjenta. Co więcej, pozwana przestawiła również

oświadczenie opiekuna pacjenta - Z. S. (3) z dnia 11 września 2011r. potwierdzające, że wizyty pielęgniarskie odbywały się wg uzgodnionych terminów nie mniej niż 4 razy w tygodniu, a w sytuacjach nagłych – na każde wezwanie (k. 981).

Pod pozycją 17 tabeli nr 9 wystąpienia pokontrolnego wskazano jako niepotwierdzone właściwym podpisem świadczenie usług na rzecz P. J. (2) posiadającej nr PESEL (...) w okresie styczeń – kwiecień 2010 r. Wykonanie tych usług zostało potwierdzone przez opiekuna pacjentki – B. P.. W dokumentacji przedstawionej przez pozwaną znajdują się karty czynności pielęgnacyjnych tego pacjenta za okres od stycznia 2010 r. do kwietnia 2010 r. (k. 689-691) wskazujące wykonane czynności przez pielęgniarkę D. S. (2), podpisane przez opiekuna pacjentki. Pozwana przedstawiła też powodowi oświadczenie opiekuna pacjentki - B. P. (2) z dnia 11 września 2011 r. potwierdzające, że wizyty pielęgniarskie odbywały się wg uzgodnionych terminów nie mniej niż 4 razy w tygodniu, a w sytuacjach nagłych – na każde wezwanie (k. 983).

Łącznie należności za usługi świadczone na rzecz wyżej wskazanych pacjentów, które zostały zakwestionowane przez powoda w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 14 października 2011 r., a których zwrotu domagał się powód, w zakresie których powództwo, z przyczyn wyżej opisanych, niesłusznie zostało uwzględnione, to kwota 21 400 zł.

Mając powyższe na uwadze Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. zmienił zaskarżony wyrok częściowo w punkcie pierwszym, oddalając powództwo o zapłatę kwoty 21.400 zł z ustawowymi odsetkami.

Zmiana tego rozstrzygnięcia skutkowałą również koniecznością korekty rozstrzygnięcia w przedmiocie kosztów procesu. Biorąc pod uwagę ostateczny wynik postępowania, tj. fakt, iż roszczenia powoda zostały uwzględnione w ok. 36%, Sąd Apelacyjny zmienił zaskarżony wyrok w punkcie trzecim w ten tylko sposób, że ustalił, iż powód ponosi koszty procesu w 64%, a pozwana w 36%. W pozostałym zakresie apelacja pozwanej, jako bezzasadna, została oddalona w oparciu o art. 385 k.p.c.

Jeśli z kolei chodzi o apelację powoda, to w takim zakresie, w jakim kwestionuje on stanowisko Sądu Okręgowego, iż zrealizowanie świadczeń przez pozwaną zostało częściowo wykazane, dlatego żądanie zwrotu przekazanych pozwanej środków podlegało oddaleniu, nie zasługuje ona na uwzględnienie.

Powód w swej apelacji wskazał, że przedłożone przez pozwaną oświadczenia, sporządzone we wrześniu 2011 r., a więc po upływie 2 lat, nie mogą być uznane za wiarygodny dowód wykonania świadczeń, za które pozwana otrzymała zapłatę. Powód wskazał, że oświadczenia te nie precyzują czasu, w którym świadczenia miały być realizowane, a jedynie ogólnie wskazano w nich cały okres, który objęty był kontrolą. Poza tym, przy ocenie wiarygodności tych dokumentów, zdaniem powoda, należy wziąć pod uwagę, iż tekst oświadczeń został opracowany przez pozwaną, a pacjenci, którzy podpisali te oświadczenia, to osoby starsze, mogące mieć problem z pamięcią. Poza tym, oświadczenia te nie zostały złożone w oryginale. Powód wskazał również, że z zeznań pielęgniarek przesłuchanych w charakterze świadków wynika, że jeśli świadczenie było wykonane, to było ono prawidłowo udokumentowane. Zdaniem Sądu Apelacyjnego to ostatnie stwierdzenie świadczy o wybiórczym odczytywaniu zeznań świadków. Powód bowiem zupełnie pomija fakt, iż świadkowie, w szczególności L. K. (1) i I. G., wyjaśnili przyczyny, dla których dochowanie wymogów w zakresie prowadzenia kart czynności pielęgnacyjnych niejednokrotnie było bardzo utrudnione lub niemożliwe.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego rację należy przyznać pozwanej spółce, że sam fakt, iż oświadczenia pacjentów czy ich opiekunów prawnych, zostały złożone dopiero we wrześniu 2011 r., nie może prowadzić do prostego wniosku, że nie są one wiarygodne. Trzeba bowiem zauważyć, że potrzeba sporządzenia takich oświadczeń wiązała się z koniecznością wykazania realizacji świadczeń w związku z realizowaną przez powoda kontrolą. Oświadczenia te wskazują nie tylko okres, w którym realizowane były świadczenia, ale i zawierały stwierdzenie, że wizyty pielęgniarskie odbywały się wg uzgodnionych terminów nie mniej niż 4 razy w tygodniu, a w sytuacjach nagłych – na każde wezwanie.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, również fakt, iż pacjenci objęci opieką pielęgniarską to osoby starsze, mogące mieć problemy z pamięcią, nie przesądza o braku wiarygodności tych oświadczeń. Pacjenci ci tymi dysfunkcjami mogli charakteryzować się również w momencie udzielania im świadczeń, a tym samym również w chwili swego

„pokwitowania wykonania świadczeń”, jeśli następowałyby to na bieżąco, można byłoby mieć takie wątpliwości, a jednak taki właśnie sposób potwierdzania wykonania świadczeń strony przewidziały w umowie.

Jeśli natomiast chodzi o zarzut niezłożenia oświadczeń w oryginale, to trzeba zwrócić uwagę, że powód nie kwestionował samego faktu złożenia przez pacjentów lub ich opiekunów prawnych oświadczeń przedstawionych przez pozwaną. Kwestionował jedynie wiarygodność tych oświadczeń z innych przyczyn, które zostały już wyżej omówione. Mając powyższe na uwadze, Sąd Apelacyjny uznaje ustalenia Sądu Okręgowego co do realizacji przez pozwaną świadczeń zdrowotnych za prawidłowe i przyjmuje je za własne, oczywiście z uzupełnieniem tych ustaleń w zakresie już wyżej omówionym.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego został wyrażony pogląd, że braki w dokumentacji, jeśli świadczenia zostały udzielone, nie mogą skutkować obowiązkiem zwrotu środków przekazanych za wykonanie świadczeń zdrowotnych (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 listopada 2014 r. I CSK 633/13, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 listopada 2017 r. III CSK 296/16). Wskazuje się bowiem, że samo naruszenie warunków formalnych, nie może automatycznie skutkować obowiązkiem zwrotu wynagrodzenia za zrealizowane świadczenie, o ile trafiło ono do osoby uprawnionej formalnie i materialnie do jego uzyskania. W konsekwencji ocena uchybień formalnych w realizacji umowy powinna być podejmowana z uwzględnieniem celu, któremu ten formalizm służy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 marca 2012 r., I CSK 216/11, OSNC 2012, Nr 9, poz. 108). Umowy zawierane przez (...) mają przede wszystkim zapewnić, aby pacjent otrzymywał świadczenie zdrowotne zgodnie z potrzebami wynikającymi z wiedzy medycznej oraz, aby trafiały one do osób, które mają do tego prawo zgodnie z przepisami ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz które rzeczywiście ich potrzebują w ilościach tylko niezbędnych. Przenosząc te uwagi na grunt niniejszej sprawy, zdaniem Sądu Apelacyjnego, same nawet poważne uchybienia w prowadzeniu dokumentacji medycznej nie mogą stanowić podstawy żądania zwrotu środków, jeśli wszelkimi innymi dowodami świadczeniodawca wykazał fakt zrealizowania świadczeń. Taka właśnie sytuacja miała miejsce w niniejszej sprawie.

Powód w swej apelacji zakwestionował również ustalenie przerwy w naliczaniu odsetek do daty rozpoznania wniosku o ponowne rozpoznanie, gdy z przepisu § 28 ust. 3 ogólnych warunków umów ustanowionych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wynika, że przerwa ta mogła trwać jedynie do czasu rozpoznania zażalenia.

Zarzut ten nie jest zasadny. Trzeba bowiem wskazać, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z dnia 13 maja 2008 r. Dz. U. Nr 81 poz. 484) zostało wydane na podstawie art. 137 ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.2). Przepis ten zawierał upoważnienie dla ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. § 28 ust. 3 ogólnych warunków umów ujętych w tym rozporządzeniu stanowił, iż w przypadku wyczerpania procedury, o której mowa w art. 64, 160 i 161 ustawy, 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.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego w treści art. 137 ust. 9 w/w ustawy brak było delegacji do modyfikacji ogólnych przepisów, a więc przepisów kodeksu cywilnego o odsetkach, w tym art. 481 k.c. i, zdaniem Sądu Apelacyjnego, rozporządzenie takich modyfikacji nie zawiera. Rozporządzenie to jedynie określa, kiedy Fundusz nie może żądać odsetek z tytułu opóźnienia w zwrocie środków. Oznacza to, że o tym, czy powodowi przysługują odsetki poczynając od dnia rozpatrzenia przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu zażalenia, winny decydować przepisy kodeksu cywilnego. Te z kolei, a dokładnie przepis art. 481 k.c., wiąże prawo do odsetek z opóźnieniem w spełnieniu świadczenia pieniężnego. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w sytuacji, gdy ustawodawca przyznał pozwanej spółce prawo do złożenia

wniosku o ponowne rozpatrzenie, to do czasu rozpoznania tego wniosku nie można mówić o opóźnieniu pozwanej spółki w zwrocie środków.

Nawet gdyby podzielić argumentację powoda, iż samo wezwanie do zwrotu środków skutkowało wymagalnością świadczenia niezależnie do przysługujących pozwanej spółce środków odwoławczych, to w sytuacji, gdy przysługujący pozwanej spółce wniosek o ponowne rozpatrzenie nie był rozpatrywany przez okres od 31 sierpnia 2012 r. do dnia 9 grudnia 2013 r., żądanie odsetek za opóźnienie do dnia 9 grudnia 2013 r. uznać należy za sprzeczne z zasadami współżycia społecznego.

Zatem apelacja powoda również w zakresie odnoszącym się do oddalenia roszczenia o odsetki za okres poprzedzający dzień 10 grudnia 2013 r. nie zasługiwała na uwzględnienie i została oddalona w oparciu o art. 385 k.p.c.

Trafna jest natomiast apelacja powoda w zakresie, w jakim powód kwestionuje stanowisko Sądu Okręgowego odnośnie baku podstaw dookreślenia w wyroku prawa powoda do odsetek ustawowych za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. Zmiana regulacji ustawowych w zakresie odsetek, jaka obowiązuje od dnia 1 stycznia 2016 r., winna być uwzględniona przez Sąd Okręgowy bez potrzeby modyfikacji żądania powoda w tym zakresie. Powód już w pozwie wskazał, że domaga się odsetek z tytułu opóźnienia w spełnieniu świadczenia pieniężnego, zatem nie powinno budzić wątpliwości, iż domagał się odsetek w oparciu o art. 481 k.c., które od dnia 1 stycznia 2016 r. zwane są odsetkami za opóźnienie.

Dlatego też w oparciu art. 386 § 1 k.p.c. Sąd Apelacyjny, uwzględniając apelację powoda, zmienił częściowo wyrok w punkcie pierwszym w ten sposób, że przed zwrotem „do dnia zapłaty” dodał zwrot „do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r.”. W pozostałym zakresie apelacja powoda, jako bezzasadna, została oddalona w oparciu o art. 385 k.p.c.

Pomimo tego, że powód jest stroną przegrywającą w znacznym zakresie na etapie postępowania apelacyjnego, Sąd Apelacyjny uznał, że w niniejszej sprawie zachodzą szczególne okoliczności uzasadniające nieobciążanie powoda kosztami postępowania apelacyjnego. Otóż, do niniejszego postępowania doszło z powodu poważnych uchybień w realizacji warunków umów zawartych przez pozwaną spółkę z powodowym Funduszem, tj. poważnych uchybień w dokumentowaniu realizacji świadczeń zdrowotnych. Fundusz jest podmiotem dysponującym środkami publicznymi na świadczenia zdrowotne. Obowiązany jest do szczególnej staranności przy wydawaniu tych środków i szczególnej troski przy kontroli zasadności ich wydatkowania. Zatem o ile poważne uchybienia pozwanej spółki, jak zostało wyżej wskazane, nie uzasadniały żądania zwrotu całości środków przekazanych pozwanej spółce tytułem wynagrodzenia za usługi będące przedmiotem łączących strony umów, które były przedmiotem niniejszego sporu, ale mogły uzasadniać subiektywną ocenę powoda, iż przysługuje mu prawo domagania się zwrotu przekazanych pozwanej środków. Dlatego też Sąd Apelacyjny w oparciu o art. 102 k.p.c. odstąpił od obciążania powoda kosztami postępowania apelacyjnego.

Marzena Konsek-Bitkowska Beata Kozłowska Roman Dzikczek