

Sygn. akt V ACa 596/18

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 września 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie V Wydział Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący: SSA Ewa Kaniok (spr.)

Sędziowie: SA Marta Szerel

SO (del.) Maria Piasecka

Protokolant: Małgorzata Szmit

po rozpoznaniu w dniu 5 września 2019 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa Powiatu (...)

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W.

o ustalenie i zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 27 marca 2018 r., sygn. akt IV C 1158/11

**I. oddala apelację;**

**II. zasądza od Narodowego Funduszu Zdrowia w W. na rzecz Powiatu (...) kwotę 11.250 (jedenaście tysięcy dwieście pięćdziesiąt) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.**

Maria Piasecka Ewa Kaniok Marta Szerel

**Sygn. akt V ACa 596/18**

## UZASADNIENIE

ZOZ w Ż. wystąpił przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. (dalej: NFZ) wnosząc o: ustalenie nieistnienia wierzytelności NFZ z tytułu nienależycie przekazanych środków i kary umownej w łącznej wysokości 1.458.596,77 złotych, unieważnienie ugody zawartej z NFZ dnia 7 kwietnia 2011 roku na podstawie ar. 388 § 1 kc i zwrot na podstawie art. 405 kc nienależnie naliczonej i potrąconej przez NFZ na podstawie w/w ugody kwoty 380.449,20 złotych z odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty oraz o zasądzenie kosztów procesu.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu.

**Wyrokiem z dnia 27 marca 2018 roku Sąd Okręgowy w Warszawie** w punkcie pierwszym ustalił, że nie istnieje wierzytelność Narodowego Funduszu Zdrowia w W. względem Powiatu (...) z tytułu zwrotu świadczenia wypłaconego w związku z realizacją umów: z dnia 28 grudnia 2004 roku numer (...), z dnia 11 kwietnia 2008 roku numer (...), z dnia 2 lutego 2006 roku numer (...) i z dnia 31 lipca 2007 roku numer (...) za okres od 1 stycznia 2006 roku



- 2) strony dokumentacji indywidualnej nieoznaczone są co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta,
- 3) historia choroby, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala nie zawiera numeru w księdze chorych oddziału, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta do szpitala lub równorzędnej komórki organizacyjnej, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta na oddział, wraz z numerem księgi oddziału lub równorzędnej komórki organizacyjnej,
- 4) historia choroby, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala nie zawiera adnotacji o poinformowaniu pacjenta lub innych uprawnionych osób o prawach wynikających z odrębnych przepisów, na zasadach określonych w tych przepisach,
- 5) historia choroby nie zawiera rozpoznania wstępnego ustalonego przez lekarza przyjmującego,
- 6) historia choroby nie zawiera danych identyfikujących lekarza przyjmującego oraz jego podpisu,
- 7) w historii choroby znajduje się wydruk schematu zawierający dane z badania podmiotowego i przedmiotowego w chwili przyjęcia do szpitala nieopatrzone datą i bez autoryzacji osoby dokonującej wpisu,
- 8) wpisy dotyczące przebiegu hospitalizacji nie są kontrolowane przez ordynatora,
- 9) brak autoryzacji poszczególnych zleceń lekarskich, dokonywanych w kartach zleceń lekarskich oraz brak adnotacji o wykonaniu zlecenia opatrzonej podpisem osoby wykonującej zlecenie,
- 10) historia choroby, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala nie zawiera pisemnego oświadczenia pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku jego śmierci, ze wskazaniem osoby upoważnionej, albo pisemnego oświadczenia pacjenta o braku takiego upoważnienia;

II. negatywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności (...) NFZ ocenia sposób prowadzenia indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej dla zakładu udzielającego świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych w poradni reumatologicznej:

- 1) dokumentacja medyczna dotycząca porad ambulatoryjnych w poradni reumatologicznej prowadzona jest na formularzach „Historia choroby”,
- 1) brak kodu identyfikacyjnego zakładu stanowiącego I część systemu kodu resortowego danych identyfikujących zakład oraz kodu identyfikacyjnego jednostki organizacyjnej zakładu stanowiącego V część systemu kodu resortowego,
- 2) brak danych identyfikujących zakład lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pod których opieką pozostaje pacjent,
- 3) brak informacji o istotnych problemach zdrowotnych pacjenta przebytych poważnych chorobach; chorobach przewlekłych, pobytach w szpitalu, zabiegach chirurgicznych, szczepieniach i stosowanych surowicach, uczuleniach, obciążeniach dziedzicznych,
- 4) w części dokumentacji brak danych z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego, rozpoznania choroby,
- 5) dokumenty stanowiące zawartość historii choroby, nie umożliwiają identyfikacji pacjenta, którego dotyczą,
- 6) strony dokumentacji indywidualnej nieoznaczone są co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta,
- 7) brak imienia i nazwiska osoby upoważnionej przez pacjenta do otrzymywania informacji o stanie jego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą i pisemnego oświadczenia pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku jego śmierci, ze wskazaniem osoby upoważnionej, albo pisemnego oświadczenia pacjenta o braku takiego upoważnienia.

III. Negatywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności (...) NFZ ocenia realizację umowy w rodzaju leczenie szpitalne – Programy terapeutyczne - Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego zapalenia stawów (...):

1) pacjent o nr PESEL (...) został zakwalifikowany do programu terapeutycznego „Leczenie Reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym” zgodnie z wymagalnym kryterium włączenia do programu – nieskuteczna terapia (...) w dawce 17,5 mg na tydzień, przez okres przynajmniej 3 miesiące,

2) pacjenci o nr PESEL (38 pacjentów): (...), (...) byli leczeni (...) w dawce niższej niż wymagana dawka 17,5 mg/tydz przez okres przynajmniej 3 miesiące czyli włączono ich do programu terapeutycznego „Leczenie Reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym” niezgodnie z wytycznymi Programu Terapeutycznego – Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego zapalenia stawów (...).

3) pacjenci o nr PESEL (2 pacjentów): (...), (...),  
u których stosowano (...) w dawce 17,5 mg, ale włączono ich do programu z powodu działań ubocznych leku czyli nietolerancji, której nie udokumentowano zgodnie z obowiązującymi przepisami; ponadto w dokumentacji medycznej tych pacjentów brak udokumentowania nietolerancji leku przez pacjentów oraz potwierdzenia powiadomienia o działaniach niepożądanych preparatu;

IV. negatywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności (...) NFZ ocenia w odniesieniu do w/w pacjentów kwalifikację do kodu usługi (...) ~ przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu, ponieważ pacjenci nie spełniali kryteriów włączenia do programu terapeutycznego;

V. Negatywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności (...) NFZ ocenia:

- 1) kwalifikację porad wykazanych w raportach statystycznych jako niezgodną z dokumentacją medyczną pacjentów,
- 2) wykazywanie hospitalizacji niezgodnie z art. 58 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

VI. negatywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności (...) NFZ ocenia kwalifikację świadczeń w odniesieniu do katalogu świadczeń szpitalnych będącym Załącznikiem Ia do „Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne”,

VII. negatywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności (...) NFZ ocenia brak wpisów dotyczących świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym.

W związku z powyższym wydano następujące zalecenia pokontrolne i zobowiązano ZOZ w Ż. do:

- 1) przestrzegania obowiązujących przepisów w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej oraz związanych z realizacją zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- 2) dokonania korekty dokumentacji rozliczeniowej zgodnie z wykazem zakwestionowanych świadczeń w terminie 14 dni od otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego,
- 3) nałożono karę umowną na podstawie § 29 ust. 1 pkt 1g (przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Narodowy Fundusz Zdrowia dokonał płatności nienależnych środków finansowych) załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 197, poz.1643) w wysokości

97.375,48 złotych, tj. 0,2% kwoty zobowiązania wynikającego z kontrolowanych umów w okresie od 01 stycznia 2006 roku do 30 kwietnia 2008 roku oraz na podstawie § 30 ust. 1 pkt 2c załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 81, poz. 484) w wysokości 11.194,21 złotych, tj. 1% zobowiązania określonego w umowie dla zakresu świadczeń - program leczenia reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego zapalenia stawów (...) w okresie od 01 maja 2008 roku do 31 października 2008 roku,

4) nałożono karę umowną na podstawie § 29 ust. 1 pkt 2a (prowadzenie dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej w sposób rażąco naruszający przepisy prawa) załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 197, poz. 1643), oraz § 30 ust. 1 pkt 3a załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 81, poz. 484) w wysokości 10.489,98 złotych, tj. 0,2 % kwoty zobowiązania określonej w umowach dla zakresu świadczeń w okresie od 01 stycznia 2006 roku do 3 października 2008 roku,

5) wezwano do dokonania płatności zakwestionowanych kwot wymienionych w tabeli 1 w wysokości 1.213.086,30 złotych oraz w tabeli 2 w wysokości 126.518 złotych.

W odpowiedzi na to wystąpienie ZOZ w Ż. wniósł zastrzeżenia. Zastrzeżenia te zostały przez Dyrektora (...) Oddziału Wojewódzkiego (...) oddalone w całości. ZOZ w Ż. złożył zażalenie na powyższe czynności Dyrektora. Prezes NFZ nie uwzględnił tego zażalenia.

Wnioskiem z dnia 3 września 2010 roku ZOZ w Ż. złożył do Prezesa NFZ wniosek o ponowne rozpoznanie sprawy. Wniosek ten nie został uwzględniony.

Po negatywnym rozpoznaniu wniosku rozpoczęły się pomiędzy stronami negocjacje związane z rozłożeniem należności na raty:

- w piśmie z dnia 12 października 2010 roku ZOZ w Ż. wystąpił o rozłożenie zaległości w łącznej wysokości 1.458.596,77 złotych na raty i nie naliczanie odsetek od tych zobowiązań, wskazując, że jednorazowa zapłata znacznie ograniczy możliwość dalszej realizacji świadczeń zdrowotnych,
- NFZ wyraził zgodę na rozłożenia należności na 12 rat,
- pismem z dnia 30 listopada 2010 roku NFZ informował o konieczności ustanowienia zabezpieczenia,
- w piśmie z dnia 19 stycznia 2011 roku ZOZ w Ż. wskazywał, że jednorazowe potrącenie zaległości doprowadzi do zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych, jednocześnie kwestionował istnienie zadłużenia,
- pismem z dnia 26 stycznia 2011 roku NFZ przedstawił ostateczną propozycję rozłożenia długu w kwocie 1.458.596,77 złotych na 12 miesięcznych rat, nie wyraził zgody na umorzenie odsetek ustawowych,
- pismami z dnia 3 marca 2011 roku i 6 kwietnia 2011 roku NFZ przedstawił propozycję rozłożenia długu w kwocie 1.458.596,77 złotych na 36 miesięcznych rat,
- w piśmie z dnia 14 marca 2011 roku ZOZ w Ż. wyraził podziękowanie za rozłożenia należności na 36 rat, wskazując, że nie może uznać należności za bezsporną,
- pismem z dnia 24 marca 2011 roku NFZ informował, że warunkiem podpisania ugody jest uznanie długu przez ZOZ w Ż.,
- w piśmie z dnia 31 marca 2011 roku ZOZ w Ż. wniósł o zawieszenie windykacji do czasu zakończenia postępowania karnego toczącego się w związku z realizacją świadczenia,

- w piśmie z dnia 8 listopada 2011 roku ZOZ w Ż. informował, że przedstawiona propozycja ugodowa wobec groźby braku płynności finansowej szpitala spowodowanej ewentualnym jednorazowym potrąceniem całej kwoty z bieżących płatności jest nie do odrzucenia. Podkreślił przy tym, że podtrzymuje dotychczasowe stanowisko kwestionujące co do zasady i wysokości zasadność obciążenia kwotą 1.458.596,77 złotych.

W dniu 7 kwietnia 2011 roku została zawarta pomiędzy NFZ a ZOZ w Ż. ugoda, w której wierzyciel oświadczył, że przysługuje mu bezsporna wierzytelność w kwocie 1.458.596,77 złotych plus odsetki; należność ta została rozłożona na 36 miesięcznych rat. Na mocy aneksu z dnia 24 października 2011 roku zmieniono harmonogram spłaty zadłużenia.

NFZ w wykonaniu powyższej ugody złożył ZOZ w Ż. i Powiatowi (...) następujące oświadczenia o potrąceniu:

1. 11 kwietnia 2011 roku należności wynikającej z I raty ugody w kwocie 159.467,31 złotych z należnością ZOZ w Ż. wynikającą z faktury numer (...) w kwocie 1.761.895,47 złotych,
2. 18 maja 2011 roku należności wynikającej z II raty ugody w kwocie 55.669,25 złotych z należnością ZOZ w Ż. wynikającą z faktury numer (...) w kwocie 104.291 złotych,
3. 15 czerwca 2011 roku należności wynikającej z III raty ugody w kwocie 55.726,97 złotych z należnością ZOZ w Ż. wynikającą z faktury numer (...) w kwocie 53.469 złotych i z faktury numer (...) w kwocie 3.927 złotych,
4. 14 lipca 2011 roku należności wynikającej z IV raty ugody w kwocie 54.803,41 złotych z należnością ZOZ w Ż. wynikającą z faktury numer (...) w kwocie 118.294 złotych,
5. 11 sierpnia 2011 roku należności wynikającej z V raty ugody w kwocie 54.832,26 złotych z należnością ZOZ w Ż. wynikającą z faktury numer (...) w kwocie 106.361 złotych.

Uchwałą numer (...) z dnia 27 kwietnia 2011 roku Rada Powiatu (...) postanowiła dokonać likwidacji ZOZ w Ż., przyjmując, że zakończenie działalności zespołu nastąpi 30 września 2011 roku. Po zakończeniu likwidacji, zobowiązania i należności ZOZ w Ż. miały stać się zobowiązaniami i należnościami Powiatu (...).

Postanowieniem z dnia 13 grudnia 2011 roku Prokurator Okręgowy w Płocku umorzył śledztwo w sprawie zaistniałego w latach 2006-2009 w Ż. przestępstwa z art. 286 § 1 kk w zbiegu z art. 271 § 3 kk w związku z art. 11 § 2 kk w związku z art. 12 kk i w związku z art. 294 § 1 kk wobec braku znamion czynu zabronionego. W toku postępowania ustalono, że pacjentom włączonym do programu terapeutycznego był podawany lek, a pacjenci przyznali, że terapia była bardzo skuteczna i poprawiła ich stan zdrowia oraz jakość życia. NFZ złożył zażalenie na w/w postanowienie. Zaskarżone postanowienie zostało utrzymane w mocy.

Pacjenci zakwalifikowani przez ZOZ w Ż. do leczenia (...) byli pacjentami z reumatoidalnym zapaleniem stawów (RZS). Znaczna większość pacjentów objętych kontrolą przez NFZ to pacjenci o kilku, kilkunastu a nawet kilkudziesięcioletnim czasem trwania choroby. Pomimo tak długiego leczenia choroba miała charakter postępujący. U tych pacjentów wystąpił agresywny przebieg choroby. Każda wizyta, w czasie której podawano (...), była odnotowywana w dokumentacji medycznej. Pracownicy ZOZ w Ż. nie zawsze prowadzili dokumentację z należytą starannością. Nie jest prawdą, że 100% dokumentacji prowadzonej było niepoprawne, choć znaczna jej część była prowadzona niewłaściwie. Kwalifikacja pacjentów do programu leczenia (...) była zgodna z zasadami sztuki lekarskiej, jak i obowiązującymi przepisami. Pacjenci kwalifikowani do leczenia (...) spełniali kryteria włączenia do leczenia (...), dotychczasowe leczenie nie spełniało oczekiwanych nadziei – nie zatrzymywało niszczenia stawów oraz stwierdzano zaostrzenie procesu chorobowego wyrażającymi się objawami klinicznymi, jak i podwyższeniem wartości zapalnych parametrów laboratoryjnych. Dokumentacja medyczna związana z kwalifikacją do leczenia (...) była prawidłowa, pomimo nieścisłości. Większe zastrzeżenia budziła dokumentacja prowadzenia leczenia (...).

Sąd podzielił wnioski zawarte w opinii biegłego sądowego. W ocenie Sądu opinia ta została sporządzona rzetelnie i udzielała wyczerpujących odpowiedzi na zadane pytania, była logiczna, spójna i pozbawiona nieścisłości, ponadto

została poprzedzona opisem przeprowadzonych badań. Nie zachodziły przy tym żadne powody osłabiające zaufanie do wiedzy, kompetencji, doświadczenia czy bezstronności sporządzającego ją biegłego.

W ocenie Sądu Okręgowego powód ma interes prawny w dochodzeniu ustalenia zgodnie z żądaniem pozwu, pomiędzy stronami istnieje spór co do istnienia wierzytelności. W ugodzie zawartej między stronami jedynie pozwany oświadczył, że wierzytelność jest bezsporna. Powód w toku negocjacji konsekwentnie podnosił, że nie uznaje należności co do zasady i co do wysokości, a ugodę zawiera, aby uniknąć jednorazowego potrącenia przez pozwanego, co doprowadziłoby do znacznego ograniczenia działalności szpitala.

W drugiej kolejności Sąd odniósł się do podniesionego przez powoda zarzutu zawarcia ugody w warunkach wyzysku tj. art. 388 k.c. Konieczną przesłanką zastosowania art. 388 k.c. jest wyzyskanie przymusowego położenia drugiej strony, przy czym wyzyskujący musi być świadomy zarówno tego stanu lub sytuacji, jak i rażącej dysproporcji świadczeń. W ocenie Sądu Okręgowego przesłanki wyzysku nie zostały wykazane. Zachowanie pozwanego w toku negocjacji nie może świadczyć o działaniu z zamiarem wyzysku.

Sąd Okręgowy przyjął, że przedmiotowa ugoda regulowała jedynie sposób płatności należności. Oświadczenie o bezsporności wierzytelności złożył jedynie pozwany. Zawarcie ugody nie skutkowało pozbawieniem powoda prawa do kwestionowania istnienia tejże należności w drodze procesu.

Powód domaga się ustalenia nie istnienia wierzytelności pozwanego w kwocie 1.458.596,77 złotych. Na kwotę tę składają się: kwota 1.339.537,10 złotych z tytułu zwrotu świadczenia wypłaconego przez pozwanego w związku z realizacją umów: numer (...) oraz kwota 119.059,67 złotych z tytułu naliczonych kar umownych.

Sąd przywołał § 27 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 6 października 2005 roku - Dz.U. Nr 197, poz. 1643 (dalej OWU z 2005 roku), zgodnie z którym w przypadku stwierdzenia przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przekazania świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych, kwota przekazanych środków podlega zwrotowi w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania do ich zwrotu. W przypadku wyczerpania procedury odwoławczej oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia przysługuje prawo do dokonania potrącenia nienależnie przekazanych środków z należności przysługującej świadczeniodawcy.

Nażalenie przez pozwanego obowiązku zapłaty w/w kwot wynikało z przeprowadzenia u powoda kontroli w dniach od 14 listopada 2008 roku do 27 lutego 2009 roku i zostało dokonane w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 19 maja 2011 roku. Uchybienia w wystąpieniu pokontrolnym zostały podzielone na dwie części: punkty I – IV i powiązana z nimi tabela 1 oraz punkty V-VII i powiązana z nimi tabela 1.

Odnośnie do uchybień z punktów I-IV i powiązanej z nimi tabeli 1 Sąd podniósł, że zostały one przedstawione w ten sposób, że najpierw w sposób opisowy zostały omówione wszystkie uchybienia, a następnie w tabeli wymieniono zakwestionowane świadczenia, datę realizacji świadczenia oraz kwotę nienależnie wypłaconą. Taki sposób przedstawienia wyników kontroli nie pozwala na ustalenie konkretnych powodów, co do każdej pozycji z tabeli, ze względu na które pozwany nałożył obowiązek zwrotu świadczenia. Nie zostały bowiem przyporządkowane do poszczególnych pozycji tabeli stwierdzone w tym konkretnym świadczeniu uchybienia. Te bowiem zostały sumarycznie wymienione przed tabelą. Skoro nie wiadomo, z jakiego powodu pozwany uznał, że istnieje po stronie powoda obowiązek zwrotu świadczenia odrębnie za każde z wymienionych w tabeli 1 świadczeń, nie można uznać, aby powstała po jego stronie wierzytelność z tego tytułu. Taki sposób prezentacji wyników kontroli w toku niniejszego procesu uniemożliwia dokonanie przez sąd oceny, czy nałożenie obowiązku zwrotu poszczególnych pozycji z tabeli 1 jest zasadne.

Niezależnie od powyższego Sąd Okręgowy skazał, że część wniosków kontroli zakwestionował biegły, podnosząc, że:

1. wszyscy pacjenci zostali prawidłowo zakwalifikowani do programu, kwalifikacja ta była zgodna z zasadami sztuki lekarskiej, jak i obowiązującymi przepisami, pacjenci kwalifikowani do leczenia spełniali kryteria włączenia do leczenia (...),

2. tylko część, a nie 100% dokumentacji medycznej była prowadzona niewłaściwie (dokumentacja medyczna związana z kwalifikacją do leczenia (...) była prawidłowa, pomimo nieścisłości, większe zastrzeżenia budziła dokumentacja prowadzenia leczenia (...)).

Powyższe uzasadnia twierdzenie, że wierzytelność pozwanego w kwocie 1.213.086,30 złotych, stanowiąca sumę świadczeń do zwrotu wymienionych w tabeli 1, a wskazana na stronie 85 wystąpienia pokontrolnego (k. 249), nie powstała.

Inaczej przedstawia się sytuacja odnośnie do uchybień stwierdzonych w punktach V-VII wystąpienia pokontrolnego i powiązanej z nimi tabeli 2. W tym wypadku w tabeli znalazła się dodatkowa pozycja „uwagi wynikające z analizy dokumentacji medycznej”, w których opisano nieprawidłowości stwierdzone w przypadku każdego ze świadczeń. W toku procesu powód nie podważył istnienia tych nieprawidłowości, stąd uznać należy, że powstała wierzytelność pozwanego w kwocie 126.518 złotych.

Po przeprowadzeniu kontroli pozwany nałożył na powoda kary umowne.

Zgodnie z § 28 ust. 1 OWU z 2005 roku umowa może zawierać zastrzeżenie o możliwości nałożenia przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczeniodawcę kary umownej w razie stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy. Taką możliwość przewidywały umowy zawarte pomiędzy stronami.

Pozwany nałożył na powoda następujące kary umowne:

1. w wysokości 97.375,48 złotych na podstawie § 29 ust. 1 pkt 1g OWU z 2005 roku - (przedstawienie przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym) za okres od 1 stycznia 2006 roku do 30 kwietnia 2008 roku,

2. w wysokości 11.194,21 złotych na podstawie § 30 ust. 1 pkt 2c ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 6 maja 2008 roku - Dz.U. Nr 81, poz. 484 (dalej OWU z 2008 roku) za okres od 1 maja 2008 roku do 31 października 2008 roku,

3. 10.489,98 złotych na podstawie § 29 ust. 1 pkt 2a OWU z 2005 roku i § 30 ust. 1 pkt 3a OWU z 2008 roku (prowadzenie dokumentacji medycznej w sposób rażąco naruszający przepisy prawa) za okres od 1 stycznia 2006 roku do 31 października 2008 roku.

Odnośnie **punktów 1 i 2** Sąd uznał, że zgodnie z § 29 ust. 1 pkt 1g OWU z 2005 roku w przypadku zastrzeżenia w umowie kar umownych, w razie niewykonania lub wykonania umowy niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, wysokość kary umownej wynosi do 2% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy za każde stwierdzone naruszenie, w przypadku przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Narodowy Fundusz Zdrowia dokonał płatności nienależnych środków finansowych. Identyczna regulacja znalazła się w § 30 ust. 1 pkt 2c OWU z 2008 roku. Sąd podkreślił, że kara umowna w tym przypadku mogła być nałożona za każde stwierdzone naruszenie. Z oświadczenia pozwanego o nałożeniu kary umownej nie wynika, za ile naruszeń kara została nałożona. Nie wynika również na czym miałyby polegać przedstawienie przez powoda danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Narodowy Fundusz Zdrowia dokonał płatności nienależnych środków finansowych. W wystąpieniu pokontrolnym opisane zostały uchybienia powoda polegające na wykonywaniu świadczeń sprzecznie z umową i przepisami prawa. W związku z tym podstawą nałożenia kar umownych winny być § 29 ust. 1 pkt 2e OWU z 2005 roku i § 30 ust. 1 pkt 3e OWU z



2008 roku. Tyle, że oświadczenia o nałożeniu kary umownej z tego tytułu pozwany nie złożył. W tym wypadku kara umowna byłaby niższa. Stąd uznać należy, że pozwany nie wykazał, aby istniały podstawy do nałożenia kary umownej w oparciu o przepisy i z przyczyn wskazanych w oświadczeniu o nałożeniu kar umownych. Wierzytelność z tego tytułu w łącznej wysokości 108.569,69 złotych nie powstała i nie istnieje.

Odnosnie **punktu 3** Sąd uznał, że zgodnie z § 29 ust. 1 pkt 1g OWU z 2005 roku w przypadku zastrzeżenia w umowie kar umownych, w razie niewykonania lub wykonania umowy niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, wysokość kary umownej wynosi do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń, w przypadku gromadzenia informacji lub prowadzenia dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej w sposób rażąco naruszający przepisy prawa. Identyczna regulacja znalazła się w § 30 ust. 1 pkt 3a OWU z 2008 roku. Z opinii biegłego wynika, że duża część dokumentacji medycznej była prowadzona w sposób nieprawidłowy i sprzeczny z przepisami prawa. Stąd nałożenie tej kary umownej należało uznać za zasadne, a wierzytelność pozwanego w kwocie 10.489,98 złotych za istniejącą.

Mając powyższe na uwadze Sąd I instancji stwierdził, że nie istnieje wierzytelność pozwanego z tytułu zwrotu świadczeń wypłaconych w związku z realizacją umów za okres od 1 stycznia 2006 roku do 31 października 2008 roku w wysokości 1.213.019,10 złotych (1.458.596,77 złotych minus 119.059,67 złotych minus 126.518 złotych) oraz z tytułu kar umownych w wysokości 108.569,69 złotych (119.059,67 złotych minus 10.489,98 złotych).

Pozwany potrącił swoją wierzytelność z wierzytelnością powoda w łącznej wysokości 380.449,20 złotych. Skoro wierzytelność pozwanego istniała tylko w wysokości 136.957,98 złotych, pozwany jest obowiązany do zapłaty na rzecz powoda różnicy w/w kwot, oświadczenia o potrąceniu w tym zakresie okazały się bowiem bezskuteczne. Sąd nie jest związany podstawą prawną żądania wskazaną przez powoda, w niniejszym wypadku art. 405 kc. Podstawą zasądzenia niniejszej kwoty są umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej łączące strony, na podstawie których powód realizował świadczenia zdrowotne i wystawił faktury wymienione w oświadczeniach o potrąceniu, dołączonych do pozwu. Skoro pozwany składał oświadczenia o potrąceniu, nie kwestionował ani istnienia, ani wysokości należności powoda wynikających z tych faktur. Tym samym wobec nieskuteczności oświadczenia o potrąceniu w zakresie kwoty 243.491,22 złotych, pozwany jest obowiązany zapłacić powodowi tę kwotę, jako zapłatę za zrealizowanie świadczeń zdrowotnych w oparciu o umowy łączące strony.

O odsetkach orzeczono na podstawie art. 481 k.c. W związku z nowelizacją przepisu art. 481 kpc, która weszła w życie w dniu 1 stycznia 2016 roku Sąd zasądził od tej daty odsetki ustawowe za opóźnienie.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 100 k.p.c. w związku z częściowym uwzględnieniem żądań pozwu.

**Apelację od powyższego wyroku wniósł pozwany**, zaskarżając go w zakresie pkt I, II, IV i VII, zarzucając naruszenie:

1. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez uznanie, że ugoda z 7 kwietnia 2011 r. nie skutkowałą pozbawieniem powoda prawa do kwestionowania istnienia wierzytelności, której dotyczyła a w konsekwencji, że Powód mógł domagać się skutecznie ustalenia nieistnienia długu, którego ugoda dotyczyła jak też zapłaty - zwrotu świadczenia spełnionego w wykonaniu tej ugody. W oparciu o zgromadzony materiał dowodowy Sąd I Instancji wyprowadził wnioski niezgodne z zasadami logiki i doświadczeniem życiowym, nie odpowiadające regułom wykładni oświadczeń wiedzy i woli, sprzeczne z naturą stosunku prawnego (umowy ugody) a także nie odpowiadające społeczno-gospodarczemu przeznaczeniu prawa;

2. art. 483 § 1 i art. 484 § 1 k.c. oraz postanowienia umów łączących strony, regulujące odpowiedzialność odszkodowawczą powoda z uwzględnieniem regulacji załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1643) (dalej OWU) oraz załącznika 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) (dalej nowe OWU);

3. art. 917 i 918 k.c. poprzez ich niezastosowanie w sprawie.

W konkluzji skarżący wniósł o zmianę wyroku poprzez oddalenie powództwa w części, w jakiej zostało ono uwzględnione, oraz o zasądzenie zwrotu kosztów postępowania.

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

ustalenia faktyczne i rozważania prawne poczynione przez sąd I instancji są częściowo błędne, jednak zaskarżony wyrok odpowiada prawu, co uzasadnia oddalenie apelacji na podstawie art. 385 k.p.c.

Błędne jest ustalenie sądu I instancji, że zawarta przez strony ugoda regulowała jedynie sposób płatności należności i dlatego nie pozbawia powoda możliwości kwestionowania istnienia należności objętej ugodą w drodze procesu cywilnego.

Ugoda pozasądowa ma charakter umowy. Istotę ugody określa art. 917 k.c. Jednym z jej elementów jest "czynienie sobie przez strony wzajemnych ustępstw" i między innymi zapewnienie wykonania roszczeń. Jest zasadą, że zawarta przez strony stosunku cywilnoprawnego ugoda pozasądowa wiąże strony, z zastrzeżeniem - stosownie do okoliczności - dopuszczalności uchylenia się od jej skutków prawnych (art. 918, art. 82-83, 87 k.c.). Do ugody mają bowiem zastosowanie wszystkie przepisy dotyczące czynności prawnych (zob. wyrok SN IICSK 375/17 z 12.04.2018r.). Konsekwencją zawarcia ugody jest to, że wierzycielowi przysługuje roszczenie w wysokości określonej w treści tej czynności prawnej, które może zostać zrealizowane na warunkach w niej określonych. Strona może zakwestionować istnienie, czy też wysokość wierzytelności wskazanej w ugodzie uchylając się od skutków prawnych tej czynności. Okoliczność, że w ugodzie z 7.04.2011r. jedynie wierzyciel (NFZ) złożył oświadczenie o bezsporności wierzytelności, nie może zatem stanowić podstawy do ustalenia, że powód nie uznał długu. Sam fakt, że powód zobowiązał się do zapłaty wskazanej przez wierzyciela kwoty w wysokości i terminach płatności określonych w załączniku do ugody (k.29) jest wystarczający do przyjęcia, że powód uznał dług, w ugodzie brak bowiem zastrzeżeń w tym względzie.

Rację ma sąd I instancji, że powód nie wykazał, iż zawarł przedmiotową ugodę w warunkach określonych w art. 388 par. 1 k.c.

Powód nie powoływał się na wady oświadczenia woli (art. 82-83, 87 k.c.), a sąd nie ma obowiązku dokonywania ustaleń w tym przedmiocie z urzędu.

Nieuchylenie się od skutków prawnych ugody na podstawie art. 918 par. 1 k.c. nie oznacza jeszcze, że sama ugoda jako dwustronna czynność prawna nie może być nieważna z innych przyczyn, co rozpoznający sprawę sąd powszechny powinien uwzględnić nawet pomimo braku podniesienia przez strony w tym zakresie odpowiednich zarzutów (zob. wyrok SN. Z 3.07.2015r. IV CSK 592/14). Ugoda jest nieważna w razie zaistnienia okoliczności z art. 58 k.c. jeżeli jest sprzeczna z ustawą albo ma na celu obejście ustawy, bądź też jeżeli jest sprzeczna z zasadami współżycia społecznego. Sąd Apelacyjny jako sąd merytoryczny ma zatem obowiązek zbadania z urzędu, czy przedmiotowa ugoda jest ważna, okoliczność ta stanowi bowiem przesłankę rozstrzygnięcia niniejszego sporu.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, zawarta przez strony ugoda narusza zasadę swobody umów wyrażoną w art. 353<sup>1</sup> k.c. ponieważ jej treść sprzeciwia się naturze stosunku prawnego rozumianej jako nakaz respektowania przez strony stosunku zobowiązaniowego tych elementów tego stosunku, których pominięcie lub ewentualna zmiana prowadziłaby do zniekształcenia modelowej więzi prawnej związanej z konkretnym typem stosunku. Przedmiotowa ugoda nie respektuje essentialia negotii ugody określonych w art. 917 k.c. Jednym z elementów ugody jest "czynienie sobie przez strony wzajemnych ustępstw". Ugoda zgodnie z wolą ustawodawcy nie powołuje nowego stosunku prawnego, a jedynie zmienia stosunek istniejący; nie może ona stanowić całkowicie nowej podstawy ustalonych już praw i obowiązków, tymczasem ugoda zawarta przez strony nie miała oparcia w istniejącym stosunku prawnym, który nie dawał podstaw do przyjęcia, że wypłacone przez pozwanego świadczenie jest świadczeniem nienależnym.

Jak prawidłowo ustalił sąd I instancji, wierzytelność pozwanego w kwocie 1.213.086,30 złotych, stanowiąca sumę świadczeń do zwrotu wymienionych w tabeli 1, a wskazana na stronie 85 wystąpienia pokontrolnego (k. 249), nie powstała. Powód wykonał swoje zobowiązanie, kwalifikacja pacjentów do leczenia była prawidłowa, dokumentacja

związana z kwalifikacją do leczenia (...) pomimo nieścisłości poddaje się weryfikacji, dokumentacja prowadzenia leczenia nie była prowadzona z należytą starannością ale każda wizyta w czasie, której podawano etanercept była odnotowana a nieprawidłowości nie wpływały na prawidłową realizację czynności związanych z wykonaniem umowy, zatem powodowi należy się umówione wynagrodzenie. W tej sytuacji jedyną podstawę prawną do zwrotu świadczenia spełnionego przez NFZ stanowi ugoda zawarta przez strony 7.04.2011r. Pozwany nie poczynił na rzecz powoda żadnych ustępstw, ( rozłożenie na raty nieistniejącego zobowiązania nie stanowi ustępstwa), zatem ugoda dopiero wykreowała stosunek zobowiązaniowy pomiędzy stronami, co w świetle art. 917 k.c. jest niedopuszczalne i powoduje nieważność ugody na podstawie art. 58 par. 1 k.c.

Przedmiotowa ugoda jest nieważna również z uwagi na to, że jej treść narusza zasady współżycia społecznego ( art. 58 par. 2 k.c.). Pomędzy NFZ a ZOZ w Ż. zostały zawarte umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Umowy te mają charakter wzajemny. Świadczenie pozwanego było odpowiednikiem świadczenia powoda. Powód spełnił swoje świadczenie, żądanie przez pozwanego zwrotu tego co sam świadczył w wykonaniu w/w umów prowadzi do naruszenia zasady ekwiwalentności świadczeń i narusza podstawowe zasady etycznego i uczciwego postępowania.

Należy podkreślić, że Prokuratura Okręgowa w Płocku 13.12.2011r. umorzyła postępowanie w sprawie wprowadzenia w błąd urzędników (...) Oddziału Wojewódzkiego w W. Narodowego Funduszu Zdrowia przez Dyrektora i pracowników ZOZ w Ż. polegającego na sporządzaniu i przedkładaniu poświadczających nieprawdę dokumentów dotyczących wykonywania procedur medycznych i świadczeniobiorców tych usług, a w konsekwencji doprowadzenia do niekorzystnego rozporządzenia mieniem w kwocie co najmniej 1.317.922,50 zł. z tytułu nienależnie sfinansowanych ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej na szkodę (...) Oddziału Wojewódzkiego w W. NFZ na podstawie art. 17 par. 1 pkt 2 i art. 322 par. 2 k.p.k. wskazując, że środki pieniężne przeznaczone przez NFZ na realizację programu lekowego zostały wykorzystane zgodnie z przeznaczeniem ( k. 516 i nast., w tym k. 525).

Sąd Apelacyjny podziela dokonaną przez sąd I instancji ocenę dowodu z opinii biegłego sądowego. Zarzut, że biegły nie zajął stanowiska co do zgodności włączenia poszczególnych pacjentów do programu z kryteriami programu ani co do konieczności ich hospitalizacji rozmija się z prawdą. Stanowisko biegłego w tym przedmiocie jest jednoznaczne, biegły wyraźnie wskazał, że kwalifikacja do leczenia była zgodna z zasadami sztuki lekarskiej i przepisami NFZ ( k.864, 777, 780), zaś pozwany stanowiska tego nie podważył. Zgodnie z opinią biegłego nieścisłości i nieprawidłowości w dokumentacji medycznej nie wpłynęły na prawidłową realizację umów i na możliwość weryfikacji czynności związanych z wykonywaniem umów. Godzi się w tym miejscu zaznaczyć, że pozwany dokonując kontroli u powoda w trakcie trwania programu lekowego wiosną 2007r. i od listopada 2007r. do lutego 2008r. obejmujących realizację całego programu od początku, nie miał merytorycznych zastrzeżeń. Dopiero podczas trzeciej kontroli prowadzonej od listopada 2008 do lutego 2009r. opisano szereg nieprawidłowości, przy czym sformułowano je w sposób ogólny nie wskazując, których konkretnie dokumentów dotyczą. W apelacji pozwany nie odnosi się do konkretnych zapisów bądź braku zapisów w dokumentacji medycznej poszczególnych pacjentów, które mogłyby podważyć ustalenia biegłego sądowego. Pozwany jest profesjonalistą, miał dostęp do wszelkich danych niezbędnych do sporządzenia opinii przez biegłego oraz odpowiednią wiedzę. Zarzuty odnośnie dokumentacji sformułowali jego kontrolerzy, zarzuty te mają charakter ogólnikowy, podobnie ogólnikowy charakter mają zarzuty dotyczące opinii biegłego, nie odnoszą się do konkretnych pacjentów i nie wynika z nich dlaczego zdaniem pozwanego konkretny pacjent został wadliwie włączony do programu leczniczego ( jakiego kryterium nie spełniał) bądź jakie braki w dokumentacji uniemożliwiają weryfikację włączenia pacjenta do tego programu. Takie ogólnikowe zarzuty nie poddają się kontroli i Sąd Apelacyjny uznaje, że stanowią jedynie polemikę ze stanowiskiem biegłego i ustaleniami faktycznymi sądu I instancji. Trzeba dodać, że w toku postępowania prokuratorskiego przesłuchano zarówno lekarzy jak i pacjentów włączonych do programu i nie znaleziono podstaw do przyjęcia, że chociażby część świadczeń nie została udzielona lub została udzielona niezgodnie z umowami zawartymi przez strony.

Pozwany nie wykazał, że świadczenie zakontraktowane nie zostało udzielone i że zapłata za nie była nienależna. Zgodnie z opinią biegłego, uchybienia w udzielaniu świadczeń wskazane w protokole kontroli i wystąpieniu pokontrolnym nie wykluczają kwalifikacji tych świadczeń jako świadczeń zakontraktowanych.

Jeśli chodzi o kary umowne, to zgodnie z zawartymi umowami ich nałożenie na zasadach i w trybie rozporządzeń Ministra Zdrowia z 6.10.2005r. oraz z 6.05.2008r w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie było obligatoryjne, o czym świadczy zapis „Dyrektor Oddziału Funduszu może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną” ( k.53, 108, 130-131).

Sąd nie jest uprawniony do naliczania kar umownych na innej podstawie faktycznej i prawnej niż wskazana przez Dyrektora Oddziału Funduszu. Rację ma sąd I instancji, że kara umowna w wysokości 97.375,48 zł. nałożona na podstawie par. 29 ust. 1 pkt 1 g OWU z 2005r. ( Dz. U. z 6.10.2005r. nr 197 poz.1643) stanowi karę za przedstawienie przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Narodowy Fundusz Zdrowia dokonał płatności nienależnych środków finansowych ( k.294), zaś pozwany nie wykazał, że dokonał płatności nienależnych środków finansowych, oraz że powód przedstawił dane niezgodne ze stanem faktycznym, zatem uprawnienie do nałożenia w/w kary nie powstało. Skoro kara pozwanemu nie należała się na wskazanej przez niego podstawie faktycznej, to zawarta przez strony ugoda nie mogła wykreować zobowiązania do zapłaty w/w kary.

Kara w wysokości 11.194,21 zł. na podstawie par. 30 ust. 1 pkt 2c OWU z 6.05.2008r. ( Dz. U.nr 81, poz.484) nałożona została także za przedstawienie przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz dokonał płatności nienależnych środków finansowych ( k.294-295), zatem aktualne pozostają w stosunku do niej rozważania poczynione wyżej. Narodowy Fundusz Zdrowia nie wykazał, że dokonał płatności nienależnych środków finansowych, oraz że powód przedstawił dane niezgodne ze stanem faktycznym, zatem uprawnienie do nałożenia w/w kary nie powstało, a ugoda nie mogła go wykreować. Zarzut naruszenia art. 483 par. 1 k.c. i 484 par. 1 k.c. nie zasługuje na uwzględnienie. To wierzyciel a nie sąd decyduje o tym, czy dochodzi kary umownej za niewykonanie bądź nienależyte wykonanie zobowiązania. Skoro NFZ naliczył karę za przedstawienie przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz dokonał płatności nienależnych środków finansowych, a wskazana przez NFZ podstawa faktyczna okazała się nieistniejąca, to nie może oczekiwać, że sąd naliczy karę umowną na innej podstawie faktycznej, sąd jest bowiem związany podstawą faktyczną roszczenia.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Apelacyjny podzielił i przyjął za własne te ustalenia faktyczne sądu I instancji, które nie pozostają w sprzeczności z ustaleniami poczynionymi wyżej zmieniającymi w części ustalenia poczynione w zaskarżonym wyroku.

W świetle w/w okoliczności zaskarżony wyrok odpowiada prawu i zarzuty podniesione w apelacji nie mogą odnieść skutku. Wobec nieważności ugody w zakresie dotyczącym świadczeń nienależnych i w/w kar umownych, powód posiadał interes prawny w ustaleniu, że wierzytelność NFZ w kwocie 1.213.019,10 zł. oraz z tytułu kar umownych w kwocie 108.569,69 zł. nie istnieje i uprawniony jest do żądania zwrotu świadczenia spełnionego w wykonaniu w/w ugody. Dlatego apelacja uległa oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c. O kosztach procesu za II instancję Sąd Apelacyjny orzekł zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik sporu wyrażoną w art. 98 par. 1 i 3 k.p.c.

Maria Piasecka Ewa Kaniok Marta Szerel