

UZASADNIENIE

Pozwem z 15 maja 2017 r. Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum (...) w Ł. wystąpił przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w Ł. o zasądzenie kwoty 189.679,81 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 5 listopada 2015r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty. Powód wskazał, że zwrotu kwoty tej dochodzi żądając jednocześnie miarkowania zawyżonej kary umownej, jaką strona pozwana naliczyła i potraciła sobie ze świadczenia należnego szpitalowi. Na dochodzoną sumę składa się przy tym kwota 168.525,65 zł, która stanowi 82% naliczonej potrąconej przez stronę pozwaną kary umownej oraz kwota 21.154,16 zł, stanowiąca nienależnie potrącone odsetki od zawyżonej kary. Strona powodowa wskazała, że obniżenia kary i jej zwrotu żąda proporcjonalnie (82%) do tego, jak strona pozwana obniżyła szpitalowi kwotę podlegających zwrotowi zakwestionowanych w toku kontroli kwot otrzymanych na realizację świadczeń medycznych. W zakresie potrąconych odsetek powód podniósł, że błędnie zostały skalkulowane, a przede wszystkim, że z uwagi na to, że potrącenie wywiera skutek umorzenia od chwili, kiedy stało się możliwe, zatem od tego momentu (5 stycznia 2015 roku) pozwanemu nie należały się odsetki naliczone przez niego aż do listopada 2015 roku.

Powód wniósł także o zasądzenie kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm prawem przepisanych (pozew, k. 2-19).

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości, kwestionując żądanie miarkowania i zwrotu części kary umownej tak co do zasady jak i wysokości. Niezależnie, strona pozwana podniosła zarzut potrącenia kwoty 189.679,81 zł z kwotą dochodzona przez powodowy szpital. Także strona pozwana żądała od przeciwnika zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

(odpowiedź na pozew, k.165-168).

W piśmie z 27 grudnia 2017 r. powód zakwestionował skuteczność zgłoszonego przez pozwanego w odpowiedzi na pozew zarzutu potrącenia kwoty 189.679,81 zł. Powód podniósł zarzut przedawnienia roszczenia o zapłatę kwoty 3.255.408 zł, która miałaby być wierzytelnością nadająca się do potrącenia z kwotą dochodzona pozwem (kwota ta stanowi różnicę między wartością świadczeń realizowanych w trybie hospitalizacji onkologicznej skojarzonej o wartości 3.978.832,00 zł, a świadczeniami zrealizowanymi w trybie hospitalizacji jednodniowej o wartości 723.424,00 zł, które ostatecznie zostały zaakceptowane i nie są już między stronami sporne. (pismo, k. 217-227)

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum (...) w Ł. (dawniej Wojewódzki Szpital (...) w Ł.) jest samodzielnym zakładem opieki zdrowotnej realizującym świadczenia w oparciu o środki publiczne. (okoliczności bezsporne, odpis KRS, k. 21-24).

Na okres od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2014 strony zawarły dwie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej: nr (...) z 29 grudnia 2011 r. o wartości 23.304.744 zł oraz nr (...) z 22 czerwca 2012 r. o wartości 21.265.691 zł, obie na leczenie szpitalne. Umowy te były aneksowane.

Powód zobowiązał się, że będzie wykonywał umowy zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, ustalonych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.), Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych

z zakresu leczenia szpitalnego. Świadczeniodawca obowiązany był wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia, ustalonych w zarządzeniu m.in. nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia.

(okoliczności bezsporne, wydruk informator o umowach k. 25-30 i k. 179188; zarządzenie prezesa NFZ, k. 173-177; katalog świadczeń, k. 178; zeznania świadków: E. T., k.211v.212v. – od 00:09:40; umowa, k. 259-261; umowa, k. 303-311, umowa, k. 335-346; dane wygenerowane z systemu, k. 262-264 i k. 268-270; aneksy do umów, k. 274-302 i k. 312-318, 327-334, 347-360, 368-448; porozumienie, k. 319-326 i k. 361-367).

Zarządzenie Prezesa NFZ (...) z dnia 18 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia, zawiera definicje m.in. świadczenia wykonanego w trybie hospitalizacji i świadczenia wykonanego w trybie jednodniowym. Zgodnie z przepisem § 2 ust. 1 pkt 10 tego Zarządzenia, świadczenie wykonywane w trybie hospitalizacji to całodobowe udzielanie świadczeń gwarantowanych w trybie planowym albo nagłym, obejmujące proces diagnostyczny - terapeutyczny oraz proces pielęgnowania i rehabilitacji, od chwili przyjęcia świadczeniobiorcy do chwili jego wypisu albo zgonu. Zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 11 świadczenia wykonywane w trybie jednodniowym to udzielanie świadczeń gwarantowanych świadczeniobiorcy z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin.

Zgodnie z załącznikiem nr 1e do Zarządzenia Prezesa NFZ, zawierającym katalog świadczeń podstawowych, za świadczenie - hospitalizacja onkologiczna u dorosłych (lp. 2 tego załącznika, kod świadczenia (...)) wartość punktowa wynosi 11. Za świadczenie - hospitalizacja, onkologiczna w trybie jednodniowym (lp. 6 załącznika, kod świadczenia (...)) wartość punktowa wynosi 9. Należność za dane świadczenie to iloczyn tych punktów i ceny za punkt, która wynosiła 52 zł.

(okoliczności bezsporne, zarządzenie prezesa NFZ, k. 173-177; katalog świadczeń, k. 17; zeznania świadków: E. T., k.211v.212v. – od 00:09:40; J. S., k. 214-214v. – od 01:13:28)

Powód w ramach realizacji umów nr (...) wykonał w 2012 r. świadczenia z zakresu chemioterapia-hospitalizacja trwających zarówno ponad 24 godziny jak i krócej niż 24 godziny. Powód realizował umowy na 5 Oddziałach Onkologicznych. Świadczenia w trybie jednodniowym miał zakontraktowane wyłącznie na oddziale Chemioterapii Nowotworów z Pododdziałem Chemioterapii Jednego Dnia, który miał już wówczas wykazane w rejestrze Wojewody (...) miejsca dziennego pobytu. Od dnia 1 stycznia 2013 r., na podstawie aneksu, rozszerzono tę umowę na kolejne miejsca udzielania świadczeń, tj. na oddziałach: Onkologii Klinicznej/Chemioterapii, Brachyterapii, Radioterapii i Hematologicznym, które uzyskały już wówczas tzw. profil jednego dnia.

Hospitalizacje nie przekraczające 24 godzin wykonywano jednak w roku 2012 także w oddziałach, których umowa na te krótsze świadczenia nie obejmowała. Różnica dla pacjentów sprowadzała się do tego, że zajmowali łóżka szpitalne, a nie specjalne fotele do chemioterapii. Powód wykonał 6.956 takich świadczeń w trybie jednodniowym (tego samego dnia przyjęcie i wypis), a sprawozdawał i rozliczał je jako świadczenia w trybie hospitalizacji (podając prawdziwy czas pobytu pacjentów w placówce).

W efekcie, powodowy szpital błędnie rozliczył i sprawozdał w 2012 r. 6.956 hospitalizacji rozliczając je jako wykonane w okresie przekraczającym 24 godziny (wartość punktowa wynosi 11), a nie w okresie nieprzekraczającym 24 godziny (wartość punktowa 9). Ponieważ różnica między tymi świadczeniami to 2 punkty, a cena za punkt to 52 zł, powód zawyżył wysokość otrzymanej z tytułu wykonanych świadczeń kwoty o 723. 424 zł (104 zł x 6.956).

Szpital był zobowiązany sprawozdawać wykonane świadczenia do systemu według formatu narzuconego przez NFZ. W 2012 r. sprawozdania były wysyłane codziennie, ale nie podlegały one bieżącej pełnej weryfikacji, ponieważ ze względu na ilość przekazywanych rekordów, w tamtym czasie, nie było to możliwe. Kontrole miały charakter wsteczny. W roku

2012 NFZ nie zgłaszał zastrzeżeń do bieżących sprawozdań powodowej placówki. Wystawiane przez szpital faktury były na bieżąco regulowane przez NFZ.

(okoliczność bezsporna; zarządzenie prezesa NFZ, k. 173-177; katalog świadczeń, k. 178 ; zeznania świadków: E. T., k.211v.212v. – od 00:09:40, A. Z., k. 213-214 – od 00:49:52, J. S., k. 214-214v. – od 01:13:28)

Na przełomie 2011/2012 r. (...) ogłosił postępowania konkursowe w zakresie świadczeń chemioterapia w którym dostępny był produkt - hospitalizacja onkologiczna trybie jednodniowym. Konkurs ten obejmował umowy do dnia 30 czerwca 2012 r. Powód nie złożył w tym konkursie oferty. (okoliczność bezsporna; pismo, k. 265-267).

W dniach od 19 marca do dnia 16 maja 2014 roku, (...) przeprowadził w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Ł. kontrolę prawidłowości rozliczania hospitalizacji za rok 2012 w rodzaju leczenie szpitalne: - Chemioterapia – hospitalizacja z zakresem skojarzonym ((...)) - produkt (...), świadczenie (...)- hospitalizacja onkologiczna u dorosłych (wyróżniki: 2, 3, 4, 5, 6) - wartość 9.908 340 zł; - Chemioterapia – hospitalizacja z zakresem skojarzonym ((...)) - produkt (...), świadczenie (...)- hospitalizacja onkologiczna u dorosłych (wyróżniki: 2, 3, 4, 5, 6) - wartość 10.643.568 zł. Kontrola toczyła się pod nr (...)

W wyniku kontroli ustalono, że powód błędnie rozliczył 6.956 hospitalizacji w rodzaju leczenie szpitalne chemioterapia - hospitalizacja z zakresem skojarzonym. Ustalenia kontroli zawarte zostały w protokole kontroli z dnia 16 maja 2014 r., w którym stwierdzono: - rozliczenie 6.956 świadczeń (...) - hospitalizacja onkologiczna u dorosłych (zakres (...)) CHEMIOTERAPIA - HOSPITALIZACJA Z ZAKRESEM SKOJARZONYM, wyróżniki: 2, 3, 4, 5, 6) jako świadczenia udzielone w okresie nieprzekraczającym 24 godzin; - błędnie sprawozdane okresy hospitalizacji pacjentów; - błędnie przekazane dane dotyczące hospitalizacji jednego pacjenta, polegające na pomyłce w numerze PESEL. Powód sprawozdawał całodobowe udzielanie świadczeń gwarantowanych w trybie planowym albo nagłym, od chwili przyjęcia pacjenta do chwili jego wypisu albo zgonu. W toku kontroli ustalono, że świadczeń tych udzielono jednak w okresie nieprzekraczającym 24 godzin. Powód sprawozdawał te świadczenia jako inny produkt, niż te który wykonał.

(okoliczność bezsporna, protokół kontroli, k. 31-36; zeznania świadków: M. S., k. 213 – od 00:44:37, J. S., k. 214-214v. – od 01:13:28, A. Z., k. 213-214 – od 00:49:52).

W dniu 12 czerwca 2014 r. powodowi doręczono wystąpienie pokontrolne, w którym organ kontrolujący z powodu dostrzeżonych w toku kontroli nieprawidłowości, wezwał (...)w Ł. do zwrotu łącznie kwoty: 4.184.351,08 zł. Na sumę tę składała się: - kwota 3.978.832,00 zł tytułem zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych na podstawie § 28 ust. 1 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” będących załącznikiem 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 z późn. zm.),

- kwota 205.519,08 zł tytułem kary umownej, nałożonej na podstawie § 30 ust. 1, pkt 2 lit. c „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”, będących załącznikiem 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 z późn. zm.) w wysokości 1 % zakresu kontrolowanych świadczeń;

(okoliczności bezsporne, wystąpienie pokontrolne, k. 37-41).

W zastrzeżeniach do wystąpienia pokontrolnego (...) w Ł. zarzucił organowi kontrolującemu błędne ustalenie, że świadczeniem hospitalizacji onkologicznej nie jest świadczenie szpitalne udzielone w czasie krótszym niż 24 godziny i w konsekwencji czego nie podlega ono finansowaniu w ramach umowy łączącej świadczeniodawcę z (...), a w konsekwencji błędne ustalenie, że środki przekazane świadczeniodawcy tytułem zwrotu kosztów świadczeń udzielonych osobom uprawnionym w związku z istniejącymi wskazaniami medycznymi stanowią świadczenie nienależne oraz bezpodstawne nałożenie na świadczeniodawcę kary umownej. Niezależnie od powyższego powód podniósł, że nawet przyjmując za właściwe stanowisko wyrażone przez Fundusz, świadczenia nie zostały

zakwestionowane pod względem zasadności i prawidłowości ich udzielenia, lecz tylko co do sposobu ich sprawozdania, a zatem (...) nie mógł domagać się zwrotu całości wynagrodzenia, a co najwyżej różnicy w cenie pomiędzy świadczeniem realizowanym w trybie hospitalizacji onkologicznej, a świadczeniem realizowanym w trybie hospitalizacji jednodniowej. W konkluzji powód wniósł o odstąpienie od żądania zwrotu środków finansowych w kwocie 3.978/832 zł i zapłaty kary umownej w kwocie 205.519,08 zł

(zastrzeżenie, k. 42-51).

W odpowiedzi na zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego, (...) uwzględnił w części zastrzeżenia powoda odnośnie sposobu rozliczenia kwoty środków nienależnie przekazanych i w miejsce żądania zwrotu kwoty 4.184.351,08 zł, wezwał powoda do zwrotu kwoty 928.943,08 zł. Na powyższą kwotę złożyła się: kwota 723.424 zł tytułem nienależnie przekazanych środków, stanowiących różnicę w cenie pomiędzy świadczeniem realizowanym w trybie hospitalizacji onkologicznej, a świadczeniem realizowanym w trybie hospitalizacji jednodniowej nieprzekraczającej 24 godzin oraz 205.519,08 zł tytułem kary umownej, która nie uległa zmianie.

NFZ nie kwestionował prawa świadczeniodawcy do wykonywania świadczeń z zakresu chemioterapia-hospitalizacja trwających zarówno ponad 24 godziny jak i krócej niż 24 godziny i nie zakwestionował co do zasadności ich udzielenia, a jedynie błędne rozliczenie i sprawozdanie 6.956 hospitalizacji, które należało rozliczyć jako wykonane w czasie nieprzekraczającym 24 godzin.

(odpowiedź na zastrzeżenia, k. 52-55).

Wobec częściowego tylko uwzględnienia stanowiska Szpitala, Powód złożył zażalenie na czynność Dyrektora (...).

19 sierpnia 2014 r. Prezes NFZ oddalił zażalenie w części dotyczące określenia wysokości zwrotu nienależnie przekazanych środków, uwzględnił je natomiast w części dotyczącej wymierzenia kary umownej i w tym zakresie przekazał sprawę do ponownego rozpatrzenia. Przekazując ją, Prezes NFZ wskazał, że podstawa nałożenia kary umownej - § 30 ust. 1 pkt. 2 lit. c OWU - wiąże się z przedstawieniem przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz dokonał płatności nienależnych środków finansowych. Prezes NFZ uznał, że w analizowanej sprawie nienależne środki finansowe zostały przekazane świadczeniodawcy w oparciu o dane sprawozdane zgodnie ze stanem faktycznym (nie kwestionowano prawdziwości terminów i godzin ujętych w sprawozdaniu), ale z nieprawidłowo przypisanym produktem rozliczeniowym. (zażalenie, k. 56-62; decyzja, k. 63-66)

W związku z nieuwzględnieniem zażalenia na czynność Dyrektora NFZ w części dotyczącej określenia wysokości zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych, w dniu 5 września 2014 r. powód złożył do Prezesa NFZ wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. W piśmie z dnia 30 września 2014 r. Prezes NFZ nie przychylił się do wniosku Szpitala o odstąpienie od żądania zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych w kwocie 723.424,00 zł i uznał żądanie zapłaty w tym zakresie za zasadne.

(wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, k. 67-72; pismo, k. 73-75).

Powód przelewem z dnia 29 grudnia 2014 r. wypłacił pozwanemu kwotę 723.424 zł. Dnia 24 lutego 2015 r. zostały zapłacone przez powoda również odsetki od tej kwoty zgodnie z wystawioną przez NFZ notą odsetkową.

(potwierdzenie przelewu, k. 76; nota odsetkowa, k. 77; potwierdzenie przelewu, k. 78).

Dyrektor (...) w dniu 31 października 2014 r. po ponownym przeanalizowaniu stanu faktycznego sprawy nałożył na powoda na podstawie § 30 ust. 1, pkt 3 lit. e OWU karę umowną wynoszącą 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń, w niezmienionej, maksymalnej wysokości 205.519,08 zł.

Powód w dniu 14 listopada 2014 r. złożył kolejne zażalenie na czynność Dyrektora (...) podnosząc, że szpital wykonywał świadczenia zgodnie z umową i przepisami, skoro chemioterapia – hospitalizacja z zakresem skojarzonym

wykonywana może być tak w trybie jednodniowym, jak i przekraczającym 24 godziny. Podniesiono także, że co do zasady, kara umowna służyć ma naprawieniu szkody, której tu nie wykazano. Szpital wskazał także na fakt systematycznego sprawozdawania udzielonych świadczeń i brak zastrzeżeń do sposobu rozliczania ze strony NFZ, a wreszcie także naruszenie art. 5 k.c., w tym w kontekście podstawowego obowiązku podmiotu leczniczego, jakim jest leczenie, a nie weryfikacja rozliczeń.

Na wypadek nieuwzględnienia tego powyższego stanowiska, szpital wniósł o miarkowanie kary, która nałożono nań w maksymalnej wysokości, a więc nieadekwatnie do zmniejszonej wysokości środków, co do których zobowiązany został do zwrotu pierwotnie i na skutek odwołania.

W dniu 5 stycznia 2015 roku Prezes NFZ wydał decyzję ostateczną, w której nie uwzględnił zażalenia (...) w Ł. z dnia 14 listopada 2014 roku. W uzasadnieniu wskazano, że szpital udzielał świadczeń podjąwszy wcześniej zamiar zakończenia hospitalizacji w czasie nieprzekraczającym 24 godzin, a niewłaściwe sprawozdawania miało miejsce przez cały kontrolowany okres (cały 2012 rok) i dotyczyło blisko 7 tysięcy świadczeń, co stanowiło 38% wszystkich sprawdzanych - nie miało więc charakteru incydentalnego. (pismo, k. 79-80; zażalenie, k. 81-88; decyzja, k. 89-94).

W dniu 4 listopada 2015 r. (...) wystawił notę odsetkową na kwotę 21.689,30 zł. Wyliczono w niej odsetki ustawowe od kwoty kary - 205.519,08 zł za okresy szczegółowo w dokumencie wskazane, wskazując jako termin płatności 23 lipca 2014 roku (w nocie błędnie wskazano 23 lipca 2015, ale wyliczenia od 24 lipca 2014 roku).

Oświadczeniem o potrąceniu z dnia 4 listopada 2015 r., skierowanym do powoda, (...) potrącił kwotę 227.208,38 zł (suma kary umownej i naliczonych od niej odsetek ustawowych). Kwota ta potrącona została z wierzytelności powodowego szpitala wynikającej z faktury (...) na kwotę 979576 zł. (nota odsetkowa, k. 95; oświadczenie, k. 96).

W dniu 6 grudnia 2016 r. powód wezwał NFZ do pozasądowego rozwiązania sporu. W odpowiedzi, NFZ pismem z dnia 21 grudnia 2016 r. odmówił zapłaty na rzecz powoda wnioskowanych należności.

(wezwanie, k. 97-100; pismo, k. 101-103)

(...), jak dotąd, nie zawsze nakładał kary umowne w maksymalnej wysokości. W przypadku omawianych nieprawidłowości NFZ stał na stanowisku, że za nałożeniem najwyższej możliwej kary przemawia skala nieprawidłowości w ramach skontrolowanych świadczeń.

(wystąpienia pokontrolne, k. 104-115, zeznania świadka A. Z. k. 213 odw., 00:49:52i J. S. k. 214, 01:13:28).

W roku 2017 Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum (...) w Ł. poniosło stratę w wysokości 30.508.890 zł. (bezsporne)

Sąd zważył co następuje:

Powództwo podlegało uwzględnieniu co do zasady, ale jedynie w części co do wysokości.

Powyższy stan faktyczny nie był między stronami sporny. Osłą sporu nie były fakty, a ich ocena w kontekście tego, czy nałożona na powoda i potrącona przez pozwanego kara umowna jest w danych okolicznościach rażąco wygórowana.

W szczególności niesporne było to, że w wyniku odwołania szpitala od decyzji o zwrocie całości środków przeznaczonych na nieprawidłowo sprawozdawane świadczenia medyczne, kwota do zwrotu została pomniejszona o 82 % i opiewała ostatecznie jedynie na różnicę między „wyceną” procedury chemioterapii w ramach hospitalizacji i chemioterapii w ramach pobytu jednodniowego. W szczególności niesporna była także okoliczność, że świadczenia chemioterapii zostały pacjentom udzielone, oraz że były zasadne.

Jak ustalono, strony łączył stosunek umowny - umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 483 § 1 k.c., można zastrzec w umowie, że naprawienie szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania niepieniężnego nastąpi przez zapłatę określonej sumy (kara umowna). Z kolei jak stanowi przepis art.

484 § 1 k.c., w razie niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania kara umowna należy się wierzycielowi w zastrzeżonej na ten wypadek wysokości bez względu na wysokość poniesionej szkody. W orzecznictwie dominuje pogląd, iż zastrzeżenie kary umownej powoduje modyfikację reguł odpowiedzialności kontraktowej w tym sensie, że wierzyciel wykazać powinien jedynie sam fakt zastrzeżenia kary umownej i niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania przez dłużnika. Dłużnik zaś nie może zwolnić się z obowiązku zapłaty kary umownej poprzez wykazanie, że wierzyciel nie poniósł szkody (uchwała składu 7 sędziów SN z dnia 06.11.2003r. - zasada prawna, III CZP 61/03, Biuletyn SN 2003/11/5, OSNC 2004/5/69, LEX nr 81615).

Powód nie kwestionuje już w niniejszym procesie nienależytego wykonania zobowiązania (nieprawidłowego sprawozdawania wykonania świadczeń). Stosowana część środków, przekraczająca środki przewidziane na pobyty jednodniowe, została na rzecz NFZ przez szpital zwrócona. Powództwo swe strona powodowa ogranicza do kwestii wysokości kary umownej i wywodzi z regulacji zawartej w art. 484 § 2 k.c., zgodnie z którym jeżeli zobowiązanie zostało w znacznej części wykonane, dłużnik może żądać zmniejszenia kary umownej; to samo dotyczy wypadku, gdy kara umowna jest rażąco wygórowana.

Zgodzić się należy, że z „rażąco wygórowaną karą” mamy do czynienia wtedy, gdy w świetle oceny określonego stanu faktycznego można mówić o tym, że kara umowna w zastrzeżonej (tu maksymalnej zastrzeżonej) wysokości jawić się będzie jako nieadekwatna (tak np. SA w Katowicach w uzasadnieniu orzeczenia z 17 grudnia 2008 r., V ACa 483/08, LEX nr 491137). Nie może sama przez się decydować jej wysokość przyjęta procentowo w określonym akcie prawnym, lecz przede wszystkim stosunek, w jakim do siebie pozostają dochodzona kara umowna i spełnione z opóźnieniem świadczenie dłużnika (tak np. SN w uzasadnieniu orzeczenia z dnia 20 maja 1980 r., I CR 229/80, OSNCP 1980, nr 12, poz. 243).

W ocenie Sądu orzekającego, istotnie, naliczona i pobrana w drodze potrącenia, przez stronę pozwaną kara w wysokości 205.519,08 zł jest rażąco wygórowana i na podstawie art. 484 §2 k.c. powinna ulec pomniejszeniu.

Strona pozwana na podstawie § 30 ust. 1 pkt. 3 lit. e OWU, była uprawniona do nałożenia na powoda kary umownej w wysokości do 1 % całej kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń. Zgodnie z § 29 ust. 2 OWU, NFZ obowiązany był, przy ustalaniu wysokości kary umownej, uwzględnić kwotę zobowiązania określoną w umowie oraz rodzaj i wagę stwierdzonych nieprawidłowości. Pozwany podkreślał dla uzasadnienia naliczenia kary w maksymalnej wysokości fakt, że naruszenie umowy po stronie powodowego szpitala miało charakter ciągły (cały rok 2012) i masowy (prawie 7 tysięcy świadczeń stanowiących prawie 40% kontrolowanych). Z tymi obiektywnymi danymi nie sposób się nie zgodzić. Nie dają one jednak całego obrazu sytuacji. Nie wynika z nich chociażby to, że chodzi o jeden i ten sam rodzaj naruszenia, które odnosi się nie do zasadności czy prawidłowości wykonywania świadczeń medycznych, a do ich nieodpowiedniego, choć nie nieprawdziwego, sprawozdawania w kategorii za 11, zamiast za 9 punktów. Nie sposób abstrahować także od szerszego jeszcze kontekstu sprawy, a dotyczącego pacjentów. Jak ustalono, powodowy szpital nie zakontraktował świadczeń w zakresie chemioterapii wykonywanej w trybie jednodniowym na rok 2012, ale w tym trybie świadczeń tych chorym udzielał i realnego czasu pobytu pacjentów w placówce nie zatajał, ani nie przekłamywał, na bieżąco wysyłając raporty i faktury. Faktem jest także że dopiero od połowy roku 2013 powód uzyskał możliwość stosowania trybu jednodniowego na dalszych oddziałach. Nie może jednak umykać, że omawiane tu jednorodnjowe naruszenie obowiązku sprawozdawczości faktycznie zostało powielone tyle razy, ilu przyjęto w roku 2012 onkologicznych pacjentów, u których trzeba i można było wykonać chemioterapię i po jej udzieleniu wypisać, zamiast przetrzymywać na oddziale. Różnica w wysokości należnych szpitalowi środków publicznych na leczenie, wynikająca z różnej punktacji hospitalizacji jednodniowej i dłuższej została po wyczerpaniu trybu odwoławczego w ramach NFZ, zwrócona stronie pozwanej, przy czym przyjęto, że szpitalowi za faktycznie wykonane świadczenia pieniądze się należą.

W tym stanie rzeczy, w ocenie Sądu, rażące jest naliczenie przez stronę pozwaną kary w maksymalnej wysokości 1 % wartości całości objętych kontraktem świadczeń. Skoro kara umowna w wysokości 205.519,08 zł była adekwatna do stwierdzonych, w toku postępowania kontrolnego, nieprawidłowości określonych na kwotę 3.978.832 zł, to zdecydowanie nie jest adekwatna do ostatecznie zwróconych przez stronę powodową środków w kwocie 723.424 zł.

Logiczne i uzasadnione jest okolicznościami sprawy stanowisko strony powodowej, zgodnie z którym skoro pierwotna zakwestionowana kwota uległa zmniejszeniu o 82%, to i kara umowna powinna ulec proporcjonalnemu zmniejszeniu, a więc także o 82%. Redukując wysokość kary umownej Sąd miał także na uwadze sytuację finansową powodowego Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum (...) w Ł..

Obniżona 82% kara wynosi 36.993,43 zł, a w konsekwencji zasadne jest zasądzenie, od pozwanego, tytułem zwrotu kary nienależnej kwoty 168.525,65 zł.

Orzeczenie sądu, uwzględniające (choćby w części) wniosek o redukcję kary umownej, ma charakter konstytutywny. W orzecznictwie przeważa pogląd, że wywiera on skutek *ex tunc* (tak np. SN w uzasadnieniu orzeczenia z 21.11.2007 r., IV CSK 644/12, Legalis oraz z 23.5.2013 r., IV CSK 644/12, Legalis). Skoro tak, to odsetki za opóźnienie stronie pozwanej należą się nie od kwoty 205.519,08 zł, a jedynie od kwoty pomniejszonej, to jest od 36.993,43 zł.

Odsetki ustawowe za opóźnienie wyliczone za okresy jak w nocie odsetkowej z 4 listopada 2015 roku, od kwoty 36.993,43 zł, przy uwzględnieniu ilości dni (odpowiednio 62,30,32,11 i 269 dni) i stopy 13, a potem 8 %, wynoszą 3.904,07 zł. Różnica między odsetkami potrąconymi przez pozwanego (21.689,30 zł) a należnymi (3.904,07 zł) wynosi zatem 17.785,23 zł.

Suma kwoty, o którą pomniejszono karę i odsetek od niej wynosi $168.525,65 + 17.785,23 = 186.310,88$ zł, która zasądzono od strony pozwanej na rzecz powodowej.

Skoro miarkowanie kary przez Sąd w trybie przepisu art. 484 par. 2 k.c. ma skutek *ex tunc* (od wtedy), stronie powodowej, na podstawie art. 481 k.c. należą się od kwoty nienależnie przez pozwanego potrąconej odsetki ustawowe za opóźnienie od daty potrącenia.

Sąd nie uwzględnił natomiast argumentów strony powodowej dotyczących tego, że odsetki dla strony pozwanej, od należnej kary umownej, nie mogą być naliczane aż do listopada 2015 roku, skoro stan potrącalności (czyli możliwości dokonania potrącenia) powstał już w styczniu 2015 roku, tj. gdy zapadła ostateczna decyzja Prezesa NFZ o wysokości kary umownej. Argumentacja strony powodowej jest prawidłowa. Istotnie potrącenia ma skutek od momentu, gdy stało się możliwe (art. 499 k.c.), w związku z czym już od tego momentu nie narastają należności uboczne. Jednakże w niniejszej sprawie, strona powodowa nie wykazała, a Sąd nie ustalał tego z urzędu, kiedy stan potrącalności powstał. Wzajemne wierzytelności jednorodnjawowe mogą być potrącane, gdy są wymagalne; konieczne jest by wymagalna była przynajmniej wierzytelność potrącającego, który swój dług może spłacić wcześniej. Obie wierzytelności muszą jednak istnieć (choć nie muszą być niesporne). Z oświadczenia o potrąceniu złożonego przez stronę pozwaną w listopadzie 2015 roku wynika, że potrącenia kary umownej z odsetkami, NFZ dokonał z wierzytelnością powoda stwierdzoną fakturą z roku 2015. Z dokumentu tego nie wynika bliższa data faktury, data powstania wierzytelności nią stwierdzonej, ani termin płatności. Jeśli powód wykazać chciał, że stan potrącalności powstał wcześniej niż 4 listopada, winien wykazać, kiedy wcześniej istniała po jego stronie wierzytelność w kwocie umożliwiającej powodowi potrącenie kary z odsetkami. Pamiętać też trzeba, że potrącenie nie jest obowiązkiem, a uprawnieniem wierzyciela wzajemnego. Z tych powodów Sąd wyliczył należne pozwanemu odsetki od zmniejszonej kary umownej, jak wskazano wyżej, za okresy wynikające z noty odsetkowej, których powód nie kwestionował z innych powodów niż przed chwilą omówiony.

Sąd oddalił, zgłoszony z ostrożności, wniosek strony powodowej, o dopuszczenie dowodu z opinii i biegłego z zakresu onkologii, który na podstawie dokumentacji medycznej pacjentów oraz akt sprawy wypowiedzieć by się miał co do charakteru udzielonych świadczeń zdrowotnych z zakresu chemioterapii, w szczególności: czy świadczenia te (w momencie ich udzielenia) były udzielane pacjentom będącym w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub w stanie polegającym na przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia się zdrowia oraz czy bezpośrednim następstwem odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego lub jego odroczenia w czasie mogło być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała pacjentów, tj. w stanie określonym w art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dopuszczenie tego dowodu, na okoliczność niesporną, nie miało znaczenia dla rozstrzygnięcia, a skutkowałoby tylko mnożeniem kosztów i przedłużeniem postępowania. Wniosek ten złożony został przez stronę powodową na skutek

zgłoszenia przez pozwanego, w niniejszej sprawie, zarzutu potrącenia z kwotą dochodzoną pozwem, kwoty pełnej wysokości pierwotnie zakwestionowanych przez NFZ świadczeń, do wysokości kwoty objętej pozwem. Zarzut ten jest jednak niezasadny. Strona pozwana nie kwestionowała zasadności udzielenia przez powoda przedmiotowych świadczeń, jak i faktu, że faktycznie zostały udzielone w danej ilości. Postępowanie odwoławcze w ramach NFZ zakończyło się ustaleniem, że powodowy szpital zwrócić ma (i zwrócił) jedynie różnicę między wartością świadczeń faktycznie udzielonych a nieprawidłowo sprawozdanych. Jedynym uzasadnieniem zgłoszonego zarzutu było, że w obecnie obowiązującym stanie prawnym, na powodzie spoczywałby obowiązek zwrotu całości umówionych świadczeń, a nie tylko różnicy.

O kosztach zastępstwa strony powodowej Sąd orzekł na podstawie przepisu art. 98 k.p.c., zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu. Roszczenie uwzględnione zostało prawie w całości (186.310,88 zł z dochodzonych 189.679,81 zł), co uzasadniało nałożenie na stronę pozwaną całości kosztów procesu.

Od obowiązku pokrycia opłaty sądowej od pozwu, od której powód zostało zwolniony postanowieniem Sądu Apelacyjnego, Sąd zwolnił, na podstawie art. 102 k.p.c, także pozwanego mając na uwadze charakter jego zadań.