

UZASADNIENIE

W pozwie z 6 października 2016 r., skierowanym przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w Ł., Wojewódzki Szpital (...) w Ł. (obecnie (...) Centrum (...) w Ł.) wniósł o zasądzenie następujących kwot:

-643.724,59 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 12 września 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty, na którą składają się: 549.780,00 zł tytułem bezpodstawnie potrąconej przez NFZ w dniu 12 września 2015 r. kwoty wynikającej z przeprowadzonego postępowania kontrolnego, uznanej przez NFZ za środki przekazane Szpitalowi nienależnie i 93.944,59 zł tytułem bezpodstawnie potrąconej przez NFZ w dniu 12 września 2015 r. kwoty odsetek od w/w kwoty;

- **66.276,00 zł** wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 16 października 2012 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty tytułem bezpodstawnie potrąconej przez NFZ w dniu 15 października 2012 r. kary umownej;

- **613,73 zł** wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 16 października 2012 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty tytułem bezpodstawnie potrąconej przez NFZ w dniu 15 października 2012 r. kwoty odsetek od kary umownej

oraz zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. (pozew – k. 2-19)

W odpowiedzi na pozew strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie kosztów procesu według norm przepisanych. Uzasadniając swoje stanowisko, NFZ podniósł, że strona powodowa, co wykazała kontrola, nieprawidłowo rozliczyła zakwestionowane 154 świadczenia jako należące do grupy LO8 (nowotwory nerek i dróg moczowych), poprzez wadliwy sposób zakwalifikowania ich części (135 cystoskopii bez pobrania wycinków) będącej świadczeniami czysto diagnostycznymi do w/w grupy, podczas, gdy cel świadczenia nie będącego leczeniem mógł zostać zrealizowany ambulatoryjnie. Co do drugiej części (19 cystoskopii, podczas których pobrano materiał), wadliwość rozliczenia, według pozwanego, polegała na ich rozliczeniu z pominięciem katalogu świadczeń odrębnych i zawartej tam pozycji „hospitalizacja z przyczyn nie ujętych gdzie indziej”. (odpowiedź na pozew – k. 223-233)

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

W latach 2010-2011 stroną powodową wiązały z Narodowym Funduszem Zdrowia (...) umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej nr (...) z dnia 27 stycznia 2010 r. i (...) z dnia 16 grudnia 2010 r., na podstawie których WSS (...) w Ł. udzielał pacjentom świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne w oddziale urologicznym – hospitalizacja. (okoliczności niesporne)

Chorobę nowotworową pęcherza moczowego diagnozuje się, tak jeśli chodzi o potwierdzenie wstępnego podejrzenia, jak i diagnostykę nawrotów, ale także leczy zabiegowo, z wykorzystaniem endoskopii, czyli wziernikowania pęcherza cystoskopem. Cystoskopia polega na wprowadzeniu aparatu umożliwiającego podgląd pęcherza przez cewkę moczową. W powodowej jednostce część cystoskopii wykonywana jest w ramach hospitalizacji, a część w ambulatorium, przy użyciu jednego tylko, posiadanego przez stronę powodową cystoskopu. W czasie cystoskopii przeprowadzanej na oddziale szpitalnym pacjent może być w każdej chwili wprowadzony w znieczulenie ogólne, co pozwala, w razie ewentualnego zdiagnozowania zmiany w pęcherzu moczowym, na bezzwłoczne jej wycięcie (czyli zabiegowe leczenie) i uzyskanie materiału do badania histopatologicznego. Takiej możliwości nie ma podczas cystoskopii wykonywanej w znieczuleniu jedynie miejscowym w ambulatorium, gdzie, w razie stwierdzenia zmiany konieczne staje się skierowanie pacjenta na ponowną cystoskopię na oddział szpitalny w celu resekcji i pobrania materiału do badania histopatologicznego.

Grupa pacjentów z już zdiagnozowaną chorobą nowotworową, po pierwotnym leczeniu (po przebytym zabiegu TURBT), jest kierowana co trzy miesiące, przez dwa lata od pierwotnego leczenia, do wykonania cystoskopii kontrolnej, która traktowana jest jako dalsze leczenie, a nie diagnostyka tej choroby. Pacjentów tych można uznać za wyleczonych dopiero w pięć lat po pierwszym rozpoznaniu guza pęcherza moczowego. Przez cały ten okres uznawani są za chorych na nowotwór pęcherza, a jeśli w tym czasie nastąpiła wznowa, okres pięcioletni odpowiednio się wydłuża.

Jeśli pozwala na to wywiad z pacjentem, pierwsza cystoskopia, a także cystoskopia kontrolna, jeśli przez ostatnie trzy miesiące nie stwierdzono nowotworu, wykonywana jest w powodowej jednostce zazwyczaj ambulatoryjnie. Jeśli jednak u pacjentów występuje krwimocz i niepokojący jest obraz USG lub rezonansu, a więc są podstawy do podejrzenia guza, pacjenci są kierowani od razu na oddział szpitalny, by zaoszczędzić im niepotrzebnego bólu, gdy okaże się, że muszą mieć usunięte zmiany czy pobrany wycinek. To samo dotyczy pacjentów obciążonych innymi jeszcze poważnymi schorzeniami lub zaawansowanym wiekiem, zwłaszcza, że powód nie dysponuje tzw. giętkim cystoskopem, a badanie urządzeniem nieelastycznym jest deprymujące i bolesne, szczególnie dla mężczyzn, którzy na chorobę tą zapadają częściej niż kobiety. Powód dysponuje tylko jednym urządzeniem do cystoskopii, które używane jest i w ambulatorium i w oddziale. Warunki ambulatorium w okresie objętym pozwem nie pozwalały na wprowadzenie pacjenta w krótkotrwałe znieczulenie ogólne i obserwowanie go po znieczuleniu. (zeznania świadka W. R. – e.protokół, k. 437 v.-438, adnotacje: 00:05:16, 00:08:30, 00:13:55, 00:20:54, 00:27:00, 00:34:36, k. 549, adnotacja 00:38:23, opinia biegłego J. F. k. 482)

W okresie 2010-2011 powód, jako wykonujący świadczenia finansowane przez NFZ, kwalifikował je do systemu jednorodnych grup pacjentów (JGP). Lekarz prowadzący pacjenta wpisywał do systemu rozpoznanie z jakim pacjent trafił na oddział (w zakwestionowanych przez stronę pozwaną przypadkach wpisywano nowotwór dróg moczowych, ponieważ chodziło o pacjentów po już przebytym leczeniu z powodu tego schorzenia kierowanych na okresową cystoskopie kontrolną), oraz procedurę cystoskopii. Wprowadzenie takiego rozpoznania i wykonanej procedury cystoskopii powodowało automatyczne przypisanie omawianych pacjentów, przez dostarczony przez NFZ elektroniczny system służący rozliczeniom, do jednorodnej grupy L08, gdzie procedury przyporządkowane było 70 pkt. W grupie L08 nie było możliwości różnicowania cystoskopii w zależności od wykonywanych czynności (ze znieczuleniem ogólnym czy bez, z resekcją, pobraniem wycinka, czy bez). System nie zawierał samej cystoskopii jako oddzielnie rozliczanej procedury diagnostycznej – zabiegowej, nie można było więc takiej wybrać poza grupą L08 (nowotwory nerek i dróg moczowych). Nie było też możliwości zmiany przez pracownika szpitala klasyfikacji i podziału na grupy. (zeznania świadka S. S. – e.protokół, k. 438, k. 550, adnotacja 00:50:16, 01:09:31)

Dopiero od 2012 roku, to jest po czasie objętym niniejszym pozwem, NFZ przypisał osobno procedurę samej tylko cystoskopii do grupy L 104 szacowanej na 6 punktów (podczas gdy przypisanie cystoskopii do grupy L 08 skutkowało wyceną świadczenia na 70 punktów). W okresie spornym w katalogu świadczeń funkcjonowała także kategoria „Hospitalizacja z przyczyn nie ujętych gdzie indziej” (za 10 pkt), do której kwalifikacji dokonywano jednak tylko, gdy świadczenie nie mogło być przez system zakwalifikowane inaczej. (zeznania świadka S. S. – e.protokół, k. 438 v., k. 550, adnotacje: 00:57:50, 01:00:39, 01:09:31; zeznania świadka R. S. – e.protokół, k. 550, adnotacja 01:03:44)

W okresie od 31 marca do 15 kwietnia 2011 r. pozwany przeprowadził w WSS (...) planowaną kontrolę, co do realizacji powyżej wskazanych umów w zakresie rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w grupie L 08.

W wyniku kontroli (...) zakwestionował rozliczenie przez stronę powodową 154 z 273 kontrolowanych świadczeń, udzielonych pacjentom w warunkach szpitalnych ze wskazaniem grupy L 08, a szczegółowo wymienionych w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 4 maja 2011 r., stwierdzając, że powodem ich kwestionowania był nieprawidłowy sposób ich zakwalifikowania do tej grupy (L08). Co do 135 z zakwestionowanych 154 świadczeń wskazano, że podczas cystoskopii wykonanej bez znieczulenia ogólnego nie pobrano wycinków (pobrano je tylko w 19 przypadkach ze 154), zatem świadczenia te mogły być przeprowadzone w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Kontrolujący stwierdzili, że świadczenia należy zakwalifikować i przedstawiać do rozliczeń zgodnie z warunkami określonymi w umowie, a także, że należy dokonać korekty sprawozdania i rozliczeń z uwzględnieniem wykonanych procedur.

(zawiadomienie – k. 260, protokół kontroli wraz z zestawieniem analizowanych historii chorób z 15 kwietnia 2011 roku – k. 32-38, wystąpienie pokontrolne – k. 42-47)

Wobec powyższego (...) wezwał stronę powodową do złożenia dokumentów korygujących i dokonania wpłaty łącznie kwoty 549.780,00 zł jako nienależnie wypłaconego wynagrodzenia za ww wykonane procedury. (wystąpienie pokontrolne z 4 maja 2011 roku – k. 42-47)

W dniu 16 maja 2011 r. WSS (...) wystąpił do Narodowego Funduszu Zdrowia z zastrzeżeniami pokontrolnymi. Wywieziono, że wszyscy pacjenci, którym udzielone świadczenia zostały zakwestionowano, przyjęci byli do Kliniki (...) celem wykonania cystoskopii z rozpoznaną wcześniej chorobą nowotworową, a celem świadczenia było badanie kontrolne mające na celu rozpoznanie wznowy złośliwego nowotworu w jego wczesnym stadium i zapobieżenie rozszerzeniu procesu nowotworowego na inne tkanki. Podniesiono, że żadna grupa w katalogu urologii nie zawiera osobno ujętej procedury cystoskopii, a JGP jest skonstruowana w ten sposób, że jeżeli katalog nie uwzględnia danej procedury, to pacjenci klasyfikowani są przez system według rozpoznań - w tym przypadku była to grupa L 08 – nowotwory nerek i dróg moczowych za 70 pkt i nie było praktycznej możliwości wybrania w systemie innej grupy. (pismo – k. 48)

Po ponownej analizie, 31 maja 2011 roku, Dyrektor (...) w Ł. wskazał, że w systemie JGP znajduje się grupa L 54 – małe zabiegi cewki moczowej, która zawiera cystoskopię oznaczoną kodem (...). Nadto podkreślono, że kontrolujący nie kwestionowali przyjęcia pacjentów do szpitala w celu wykonania cystoskopii, a jedynie kwalifikację do systemu JGP do grupy L 08 – nowotwory nerek i dróg moczowych. (pismo – k. 49-53)

W dniu 16 czerwca 2011 r. WSS (...) wszczął procedurę zażaleniową wobec czynności dyrektora (...) w Ł. kwestionujących prawidłowość sposobu rozliczania sprawozdanych świadczeń zdrowotnych oraz nałożenie na Szpital sankcji w postaci obowiązku korekty faktur i zwrotu nienależnie otrzymanych środków finansowych. Wywieziono, że wskazana przez NFZ, wbrew wiedzy, standardom i rekomendacjom, grupa L 54 – małe zabiegi cewki moczowej (za 14 pkt), do której proponuje się zakwalifikować sporne świadczenia, nie zawiera procedury cystoskopii, a jedynie –uretroskopię, który to zabieg nie pozwala na wczesne wykrycie wznowy nowotworu. Podniesiono, że rozliczenie cystoskopii przezcewkowej w grupie L 08 – nowotwory nerek i dróg moczowych nie było działaniem zamierzonym, a spowodowanym tym, że jest ona, co do chorych z rozpoznaniem choroby nowotworowej automatycznie przyporządkowywana przez grupę do kategorii L 08, jako świadczenie za 70 pkt (ponieważ grupa L 54 nie zawiera cystoskopii). Niezależnie podniesiono, że procedura cystoskopii jest dalej idąca niż uretroskopia i nie można ich traktować zamiennie. (zażalenie – k. 54-59)

W wyniku postępowania zażaleniowego, decyzją z 30 grudnia 2011 roku, Prezes NFZ przekazał sprawę do ponownego rozpatrzenia i zalecił ponowne poddanie analizie zebranego materiału oraz rozważenie przekwalifikowania spornych hospitalizacji do produktu rozliczeniowego z katalogu szpitalnego świadczeń odrębnych o kodzie (...) – „hospitalizacja z przyczyn nie ujętych gdzie indziej” (za 10 pkt). (pismo – k. 60-63)

Po ponownym rozpatrzeniu sprawy (pismo z 12 stycznia 2012 roku) , Dyrektor (...) przyjął, że wszystkie przypadki, w których wykonano cystoskopię w znieczuleniu miejscowym i nie stwierdzono obecności lub wznowy guza, powinny być zakwalifikowane w ramach ambulatoryjnej porady specjalistycznej o kodzie produktu (...) (procedury zabiegowo diagnostyczne w ramach specjalistycznej opieki ambulatoryjnej). Przypadki, gdzie w czasie hospitalizacji wykonano badanie cystoskopowe oraz pobrano wycinki do badania histopatologicznego winny natomiast zostać przekwalifikowane, zgodnie z zaleceniem Prezesa NFZ, do katalogu szpitalnego świadczeń odrębnych – „hospitalizacja z przyczyn nie ujętych gdzie indziej”.

Wobec powyższego świadczeniodawca został zobowiązany do złożenia dokumentów korygujących faktury/rachunku łącznie na kwotę 549.780,00 zł.

W związku z przyjęciem, że szpital przedstawił dane niezgodne ze stanem faktycznym, na podstawie których NFZ dokonał płatności nienależnych środków finansowych, stronę powodową obciążono obowiązkiem uiszczenia kary umownej w wysokości 66.276 zł, co stanowi 1% wartości umowy w kontrolowanym zakresie. (pismo – k. 64-69)

W zażaleniu z 2 lutego 2012 roku szpital ponownie podniósł, że u wszystkich pacjentów postawione było prawidłowe rozpoznanie choroby C 67 (nowotwór dróg moczowych) po TURBT, a katalog świadczeń urologii nie zawiera cystoskopii (pozwalającej na wczesne wykrycie wznowy), przez co pacjenci kwalifikowani byli przez system rozliczeniowy według rozpoznania to jest właśnie choroby nowotworowej. Wskazano, że kwalifikowanie kwestionowanych świadczeń do ambulatoryjnych jest nieprawidłowe z powodu każdorazowego brania pod uwagę konieczności poszerzenia u tych pacjentów czynności o pobranie wycinka, ale decyzja zapada w zależności od tego, co lekarz zobaczy podczas badania. Podniesiono także, że zakwalifikowanie procedury do hospitalizacji z przyczyn nie ujętych gdzie indziej nie jest też prawidłowe, bo przyczyną była każdorazowo choroba nowotworowa, a nie inna. Przypomniano o automatycznej kwalifikacji dokonywanej przez system. Co do kary umownej podniesiono z kolei, że powód nie dopuścił się sprawozdania danych niezgodnych ze stanem faktycznym. (zażalenie k. 70)

Po przeprowadzeniu kolejnej procedury odwoławczej, Prezes NFZ uchylił czynność Dyrektora (...) w postaci żądania zwrotu kwoty 549.780 zł związaną z zakwalifikowaniem rozliczonych przez świadczeniodawcę hospitalizacji do grupy L 54 – małe zabiegi cewki moczowej. Nie uwzględnił jednak zażalenia WSS (...) w Ł. w zakresie ustalenia przez NFZ, że świadczenia cystoskopii są kwalifikowane do grupy JGP w sposób nieprawidłowy oraz nałożenia obowiązku zapłaty kary umownej uznając, że doszło do zawinionego niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania z umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

Wskazano wówczas, że zgodnie z regułami rozliczania świadczeń w systemie JGP, pierwotnie świadczenie winno zostać rozliczone wedle procedury terapeutycznej, przed procedurami diagnostycznymi, niezależnie jak ściśle związane są z rozpoznaniem głównym. Natomiast rozliczenie hospitalizacji pacjentów z nowotworami determinuje rodzaj podjętego leczenia, tj. leczenie nowotworu złośliwego – rozpoznanie nowotworu złośliwego, leczenie miejscowe przerzutów – rozpoznanie: lokalizacja przerzutów a nowotwór pierwotny (rozpoznanie współistniejące), leczenie-powikłanie – rozpoznanie to konkretne powikłanie, leczenie – badanie kontrolne lub diagnostyczne po leczeniu zachowawczym/chirurgicznym. W ostatnim przypadku (badanie kontrolne lub diagnostyczne po leczeniu zachowawczym/chirurgicznym) winno się wskazywać w pierwszym rzędzie na procedurę diagnostyczną lub pobyt diagnostyczny, a nie rozpoznanie pierwotne. Zatem kwalifikacja udzielonych świadczeń pacjentom po przebytej chorobie nowotworowej do grupy Lo8 budziła wątpliwości, gdyż pacjenci hospitalizowani byli już po przebytym leczeniu choroby nowotworowej.

Grupa rozliczeniowa L 08 – nowotwory pęcherza i dróg moczowych, może zostać zastosowana w przypadku zdiagnozowania nowotworu (wzwoy). W sytuacji wykonania kontrolnej cystoskopii u pacjentów po przebytej chorobie nowotworowej, niezależnie od faktu pobrania wycinka, jest to inna procedura, która wymaga kwalifikacji do innej grupy rozliczeniowej niż L 08, a świadczenia mogły być udzielone w ramach ambulatorium z wyłączeniem tych, gdzie pobrano wycinki. Nieprawidłowość polegała na wpisywaniu nieadekwatnego rozpoznania do danej hospitalizacji, co było podstawą do nałożenia kary umownej (nieprawidłowo sprawozdawano zatem zamiast badania kontrolnego po leczeniu, leczenie choroby nowotworowej) . (zażalenie – k. 70-75, pismo – k. 76-81, zeznania świadka A. S. – e.protokół, k. 439, adnotacje: 01:09:27, 01:11:02, 01:13:26 01:20:34, zeznania świadka R. S. – e.ptotokół, k. 550, adnotacja 00:57:22)

Wobec powyższego, w dniu 3 września 2012 roku, (...) wezwał Szpital do złożenia korekty za wykonane świadczenia w kwocie 481.950 zł (jako wynik rozliczenia cystoskopii w znieczuleniu miejscowym bez stwierdzenia wznowy i pobrania wycinków wedle cennika jak w ambulatorium z katalogu procedur zabiegowo diagnostycznych) oraz w kwocie 67.830 zł (jako wynik ponownego przeliczenia cystoskopii wykonanych z pobraniem wycinków w warunkach szpitalnych przy przyjęciu pozycji „hospitalizacja z przyczyn nie ujętych gdzie indziej”) i zobowiązał do zapłaty w.w. kwot (łącznie 549.780 zł), nadto obciążył obowiązkiem uiszczenia kary umownej w wysokości 66.276 zł. (pismo – k. 82-87)

W dniu 28 listopada 2012 roku strona pozwana złożyła oświadczenie o potrąceniu obejmujące karę umowną w wysokości 66.276 zł i odsetki w wysokości 613,73 zł z 28 listopada 2012 roku. (k. 121)

W dniu 31 stycznia 2013 r., w kolejnym już wystąpieniu pokontrolnym, dotyczącym kontroli przeprowadzonej w dniach 7-15 kwietnia 2011 r., świadczenia wykonane u pacjentów, u których wykonano cystoskopię w znieczuleniu miejscowym, nie stwierdzono obecności lub wznowy guza, uznano jako możliwe do zrealizowania ambulatoryjnie – kod produktu (...)za 18 pkt. Świadczenia udzielone pacjentom, u których podczas hospitalizacji wykonano cystoskopię oraz pobrano wycinki do badania histopatologicznego uznano za zasadnie rozliczone, ale nieprawidłowo zakwalifikowane do grupy rozliczeniowej, co wymaga korekty – kod produktu (...)za 10 pkt (przy cenie 51 zł za każdy pkt).

Wobec powyższego (...) wystąpił o dokonanie korekty dokumentacji i zapłatę łącznie kwoty 518.949,00 zł. Obciążył nadto świadczeniodawcę obowiązkiem zapłaty kary umownej w wysokości 66.276 zł. (wystąpienie pokontrolne – k. 90-97)

Powyższe wystąpienie uruchomiło kolejne zgłoszenie do niego zastrzeżeń szpitala (z 11 lutego 2013 roku, k. 98), na które w dniu 28 lutego 2013 roku odpowiedziano wskazując, że hospitalizacje, w czasie których wykonano zabieg winny być kwalifikowane do grupy zabiegowej, a te, w ramach których wykonano badania diagnostyczne – zgodnie z wykonanymi badaniami (pismo k. 98 i 102).

W kolejnym zażaleniu szpital, powołując się na krajowego konsultanta w dziedzinie urologii podniósł, że poradnie w województwie (...) nie są przystosowane do wykonywania cystoskopii w warunkach ambulatoryjnych – brak sal zabiegowych i sprzętu endoskopowego. Podtrzymał także argument o braku w katalogu procedury cystoskopii i automatycznym kwalifikowaniu świadczeń po wpisaniu rozpoznania. Natomiast pozycja „hospitalizacja z przyczyn nie ujętych gdzie indziej” stosowana mogła być tylko, gdy świadczenia nie można przyporządkować nawet według rozpoznania. (zażalenie k. 111)

23 września 2014 roku Prezes NFZ uchylił wystąpienie pokontrolne z dnia 31 stycznia 2013 r. wskazując, że w obrocie wciąż funkcjonuje wystąpienie z 4 maja 2011 roku. (pisma – k. 117 i nast.)

Przedsądowym wezwaniem do zapłaty z dnia 13 maja 2015 r. (...), nawiązując do wystąpienia z 4 maja 2011 roku zażądał od WSS (...) w Ł. zapłaty kwoty 549.780,00 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia wymagalności, tj. od 15 marca 2013 r. do dnia zapłaty (42.370,71 zł). (wezwanie do zapłaty – k. 120)

Szpital podniósł wówczas, że nie istnieją podstawy prawne żądania zapłaty kwoty 549.780,00 zł, co do której wystąpienie z 4 maja 2011 roku zostało uchylone w dniu 17 sierpnia 2012 roku przez Prezesa NFZ, który nie uwzględnił zażalenia szpitala jedynie co do kary umownej potrąconej oświadczeniem z 28 listopada 2012 roku. (pismo z 13 maja 2015 r. – k. 122-123, oświadczenie o potrąceniu k. 121)

(...) w dniu 11 września 2015 r., stojąc na stanowisku, że uchylenie wystąpienia dotyczyło jedynie czynności kwalifikowania kwestionowanych hospitalizacji do grupy L 54 i żądania zwrotu z tego tytułu, a nie zwrotu w ogóle, oświadczył o potrąceniu kwoty 549.780 zł (suma zakwestionowanych faktur) i dodatkowo kwoty 93.944,59 zł (nota odsetkowa) z tytułu odsetek, łącznie 643.724,59 zł. (oświadczenie o potrąceniu k. 124)

Zakwestionowane w czasie przeprowadzonego postępowania kontrolnego (...)przypadki rozliczone, jako grupa L 08 za 70 pkt (1 pkt = 51zł) co daje kwotę 549.780,00zł, gdyby przypisać je do hospitalizacji z przyczyn nie ujętych gdzie indziej, kosztowałyby 78.540 zł, a odpowiednio jako zabiegi za 14 punktów – 109.956 zł. (niesporne, pismo – k. 568 i stanowiska stron)

Powyższy stan faktyczny, Sąd ustalił w oparciu o materiał dowodowy w sprawie w postaci załączonych do akt dokumentów, które nie budziły wątpliwości, co do ich zgodności z rzeczywistym stanem rzeczy i nie były kwestionowane przez żadną ze stron. Ustalając stan faktyczny Sąd wziął również pod uwagę zeznania powołanych

świadków, które to zeznania w zakresie wyżej ustalonych faktów uznał za wiarygodne. W odniesieniu do wiadomości specjalnych Sąd oparł się na opinii biegłego z zakresu urologii, który w sposób przejrzysty, z medycznego punktu widzenia, wyjaśnił, dlaczego chorzy, którym udzielono spornych świadczeń, są chorymi onkologicznie także po pierwszym leczeniu.

Oddaleniu podlegał wniosek strony pozwanej o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego z zakresu urologii i biegłego onkologa. Dopuszczenie tego dowodu nie miało ostatecznie znaczenia dla rozstrzygnięcia, gdyż kwestią istotną było nie to, co wymagałoby dla ustalenia wiedzy medycznej, a to, jak w realiach systemu sprawozdawania i rozliczania świadczeń, jakimi strony dysponowały w okresie objętym kontrolą i pozwem, rozliczenie to powinno wyglądać. Biegły urolog wskazał na trudności z kwalifikowaniem rozpoznań i procedur do systemu JGP z punktu widzenia praktyka. Rozstrzygnięcie tej kwestii należało do Sądu, a nie biegłego z zakresu medycyny, w tym również nie do proponowanego przez stronę pozwaną onkologa (onkologia zajmuje się leczeniem zachowawczym, a leczenie zabiegowe chorych na nowotwory dróg moczowych należy do urologów).

Uchwałą nr (...) Zarządu Województwa (...) z 21 grudnia 2016 roku (Dziennik Urzędowy Województwa (...) z 23 grudnia 2016 roku poz. 5768) nadano Statut (...) Centrum (...) w Ł., postanawiając jednocześnie, że do dnia wejścia w życie uchwały będzie on działał pod nazwą Wojewódzki Szpital (...) w Ł. (okoliczność znana powszechnie z urzędu)

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

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

Podstawą prawną powództwa są łączące strony umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 27 stycznia 2010 r. o nr (...) oraz z dnia 16 grudnia 2010 r. o nr (...). Roszczenie szpitala związane z wykonaniem tych umów, po dokonaniu potrącenia, oparcie znajduje w przepisie art. 405 Kodeksu cywilnego (bezpodstawne wzbogacenie strony pozwanej kosztem powodowej).

Jak już wskazano, istotą sporu w niniejszym postępowaniu nie była ostatecznie zasadność postawienia rozpoznania, przyjęcie pacjentów do szpitala i wykonanie cystoskopii, lecz kwalifikacja wykonanej procedury do systemu JGP do grupy L08 – nowotwory nerek i dróg moczowych, a co za tym idzie przypisanie kwestionowanym świadczeniom konkretnych kwot, jakie strona powodowa winna za ich wykonanie otrzymać ze środków publicznych NFZ.

Zgodnie z treścią § 14 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej "Fundusz jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie." Oznacza to, iż świadczeniodawcy przysługują środki finansowe za świadczenia wykonane w związku z realizacją zawartej przez strony umowy.

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 (tak np. 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).

Strony łączyła umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a do sfinansowania świadczenia udzielonego wobec pacjenta, obowiązany jest pozwany. Powód wywiązał się ze swojego zobowiązania w postaci udzielenia świadczenia w rodzaju leczenia szpitalnego w oddziale urologicznym – hospitalizacja. Nie ulega wątpliwości, że powód postępował w zgodzie z regułami sztuki medycznej.

Wskazać w tym miejscu trzeba, że spór między stronami nie zaistniałby, gdyby nie ewidentna niedoskonałość dostarczonego szpitalowi przez stronę powodową systemu służącego sprawozdawczości i rozliczaniu świadczeń. Jego wadą było bowiem niewątpliwie to, że nie zawierał osobno ujętej i stosownie do kosztochłonności oszacowanej, procedury diagnostyczno – zabiegowej w postaci cystoskopii, rutynowo i periodicznie stosowanej przez co najmniej kolejne trzy lata, u chorych onkologicznie, u których stwierdzono nowotwór pęcherza. W tym zakresie budowa systemu nie uwzględniała wskazań medycznych i zalecanej oraz stosowanej powszechnie praktyki wykonywania cystoskopii z różnym skutkiem – z rozpoznaniem wznowy i bez, a co za tym idzie - z koniecznością jej poszerzenia o pobranie wycinka i usunięcie zmiany (wznowy) i bez, z koniecznością zastosowania znieczulenia ogólnego i nadzoru anestezjologicznego i bez.

Nie można zarzucać powodowemu szpitalowi, że fałszywie wpisywał i sprawozdawał do NFZ rozpoznanie medyczne u pacjentów, których świadczenia zakwestionowano, a więc, że sprawozdawał wykonywanie świadczeń objętych umową niezgodnie z prawdą. Nie oznacza to jednak, że można tracić z pola widzenia kwestię prawidłowości rozliczenia w sensie ekonomicznym, nawet jeśli za nieszczelność i nieszczegółowość systemu rozliczeniowego nie ponosi odpowiedzialności szpital. Kwestionowane świadczenia finansowane są ze środków publicznych i finansowanie to nie powinno odbywać się ani kosztem chorych, którym udzielono omawianych świadczeń i udzielającego ich szpitala, ani też wszystkich innych uprawnionych do świadczeń medycznych w ramach NFZ. W ocenie Sądu, rację ma strona pozwana, że nie można przyjąć, że każda procedura diagnostyczna wykonana przy danym rozpoznaniu choroby, a zwłaszcza taka, która pozwoliła na stwierdzenie, że choroba się nie rozwija i nie wymaga na tym etapie podejmowania dalszych działań leczniczych, jest tak samo kapitałochłonna jak leczenie podjęte na skutek tej diagnostyki, gdy stwierdzono nieprawidłowości. Teza ta nie wymaga chyba bliższego uzasadnienia, a sporem jedynie natury lingwistycznej jest, czy cystoskopia podejmowana jest jako dalsze leczenie chorych onkologicznie, czy nie. Zgodzić należy się oczywiście z medycznego punktu widzenia z biegłym i stroną powodową, że chory, u którego wykryto nowotwór, jest chorym onkologicznie przez kolejnych pięć lat, a nawet dłużej, jeśli stwierdzono ponownie w tym czasie proces rozrostowy. W tym sensie, cystoskopia należy do procesu leczenia chorego onkologicznie. Z drugiej jednak strony jest ona sama w sobie sposobem na obejrzenie i dotarcie do wnętrza pęcherza, także wówczas gdy na tym postępowanie, szczęśliwie dla chorego się kończy. Stąd też, w ocenie Sądu, choć stało się tak z przyczyn leżących po stronie systemu rozliczeniowego dostarczonego powodowi przez stronę pozwaną, zakwestionowane świadczenia nie powinny być wycenione w grupie L08 – nowotwory nerki i dróg moczowych i to pomimo tego, że takie ich kwalifikowanie wymuszał ten właśnie niedoskonały system elektroniczny. Rację ma szpital wskazując, że wadliwe, bo niezgodne z prawdą, byłoby rozliczanie świadczeń wykonanych w ramach hospitalizacji jako ambulatoryjnych. Rację ma także podnosząc, że nie brał pod uwagę, także jako niezgodnych z prawdą, sprawozdawania cystoskopii jako uretroskopii, a wybór opcji „hospitalizacja z przyczyn nie ujętych gdzie indziej” oznaczałby pomijanie prawidłowo zdiagnozowanej i ujętej w katalogu przyczyny – nowotworów dróg moczowych. Wszystko to razem potwierdza jedynie, stawiana przez Sąd tezę, że nie sposób przypisać szpitalowi złą wolę, co nie oznacza jednak, że rozliczenie przez szpital stosowane powinno się ostać.

Poszukując rozwiązania prawidłowego Sąd kierował się nie tyle nomenklaturą, co istotą zjawiska. Należało poszukiwać zatem rozwiązanie w postaci takiej pozycji z systemu, który najbardziej zbliżony będzie do udzielonych świadczeń.

W tym zakresie Sąd przyjął, że najbliższą grupą rozliczeniową jest grupa L 54 – „małe zabiegi na cewce moczowej” za 14 pkt. Sąd brał także pod uwagę kategorię „hospitalizacji nie ujętych gdzie indziej” za 10 pkt, jednakże, po pierwsze, jest ona ogólna, podczas gdy cystoskopia jest zabiegiem zbliżonym, choć dalej idącym, do uretroskopii, a po wtóre, sama strona pozwana proponowała rozliczenie spornych świadczeń jako procedur za 14 punktów, a więc korzystnej dla swego kontrahenta. Po trzecie wreszcie, w przypadku chorych na nowotwór, gdy chodzi o badanie kontrolne po leczeniu, winno się wskazać w pierwszym rzędzie procedury diagnostyczne.

W tym miejscu wskazać także należy, że gdy już po okresie kontrolowanym, wprowadzono cystoskopię jako pozycje samodzielnej, to wyceniono ją na 6 punktów, co znacznie odbiega od 70 punktów dla pozycji L 08.

Mając na względzie powyższe Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 109.956 zł wyliczoną jako iloczyn 14 pkt x 51 zł (za każdy pkt) x 154 (przypadki zakwestionowane) tytułem zapłaty, na podstawie łączącej strony umowy, należnej od NFZ świadczeniodawcy za faktycznie wykonane świadczenia, a także kwotę 93.944,59 zł tytułem zwrotu niezasadnie potrąconych przez stronę powodową odsetek. Jak bowiem ustalono, strona powodowa nie skorygowała faktur, a potrącenie dotyczyło całości sprawozdanej przez szpital wartości kwestionowanych świadczeń (zakwestionowano 154 świadczenia sprawozdane jako mające wartość 3.570 zł, co wynika z działania 70 pkt x 51 zł, a co daje łącznie właśnie potrącona 11 września 20015 roku kwotę 549.780 zł). Ponad kwotę 109.956 zł potrącenie było zasadne.

O zwrocie całości odsetek (93.944,59 zł, nie jest jasne jak zostały wyliczone) naliczanych i potrąconych (także 11 września 2015 roku) przez stronę pozwaną od tej kwoty, Sąd orzekł kierując się tym, że wadliwy system, który stał się przyczyną sporu co do prawidłowości rozliczeń, dostarczył pozwany. Nadto niejasne jest, w jakim ostatecznie zakresie uchylone zostało wystąpienie pokontrolne z maja 2011 roku, a w szczególności jak jego skuteczność traktował sam pozwany, skoro w styczniu roku 2013 wystosował kolejne. Przy założeniu uchyleniu obu wystąpień, kwota 549.780 zł nie była wdacie oświadczenia o potrąceniu wymagalne, nawet w części.

Obie kwoty zasądzono wraz z odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 12 września 2015 r., to jest dnia następnego po dacie potrącenia. W tym bowiem dniu pozwany kwestionujący potrącenie od początku, niezasadnie pozbawiony został możliwości korzystania z tego kapitału, a strona pozwana pozostawała w opóźnieniu. Potrącenie, co było niesporne, nastąpiło bowiem z bieżących należności szpitala z tytułu innych świadczeń, a nie z należnościami wymagalnymi wcześniej. W pozostałym zakresie (to jest ponad wartość oszacowaną z użyciem wskaźnika 14 pkt) roszczenie zwrot wartości świadczeń zostało oddalone.

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.

Jak już podkreślano, nie można czynić zarzutu stronie powodowej, że dopuściła się sprawozdawania danych niezgodnych z rzeczywistością. To system autoryzowany przez stronę pozwaną był niezupełny i niejednoznaczny i w latach 2010-2012 nie dawał możliwości rozliczenia wykonanej procedury cystoskopii, jako samodzielnej procedury, bez uciekania się do wpisania najpierw rozpoznania, co z kolej w połączeniu z cystoskopią skutkowało automatycznym przypisaniem świadczenia do grupy Lo8 – nowotwory nerek i dróg moczowych za 70 pkt. Dopiero od 2012 r. istnieje możliwość rozliczenia procedury cystoskopii w ramach odrębnej grupy. Sąd brał pod uwagę, że system ten był udoskonalany w miarę ujawniania się luk, jednakże konsekwencji tego nie może ponosić szpital. Z tego powodu Sąd za bezpodstawne uznał potrącenie przez pozwanego, z bieżących płatności na rzecz szpitala, kary w kwocie 66.276 zł i odsetek od niej (613,73 zł). Z racji potrącenia z należnościami bieżącymi kwoty te zasądzono na rzecz powoda z odsetkami od dnia 29 listopada 2012 r, to jest dnia następnego po dacie oświadczenia o potrąceniu (28 listopada 2012).

O odsetkach Sąd orzekł na podstawie art. 481 k.c. w zw. z art. 455 k.c.

O kosztach postępowania Sąd orzekł na podstawie art. 100 k.p.c. dokonując ich stosunkowego rozdzielenia. Strony ostały się ze swoimi żądaniami w stosunku 62% (powód – uwzględniono żądanie do kwoty 270.790,32 zł z żądanej 710.615 zł) do 38% (pozwany) i w takim też stosunku Sąd dokonał stosunkowego rozliczenia kosztów procesu między stronami. Powód poniósł koszty procesu w łącznej wysokości 10.800 zł. Pozwany (...) w Ł. poniósł koszty w łącznej kwocie 11.429,50 zł. Łącznie strony poniosły koszty w wysokości 22.229,50 zł. Z powyższych względów Sąd zasądził na rzecz pozwanego od powoda kwotę 2.982,29 zł, kierując się zasadą odpowiedzialności za wynik 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.

Strona pozwana w dniu 9 czerwca 2017 r. wpłaciła zaliczkę na poczet wynagrodzenia biegłego w wysokości 1.000 zł, zaksięgowaną pod pozycją 2411170761. Łączna wysokość poniesionych przez (...) w Ł. wydatków z tego tytułu to kwota 629,50 zł, w związku z czym Sąd nakazał wypłacić ze Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi, na rzecz strony pozwanej kwotę 370,50 zł tytułem zwrotu niewykorzystanej zaliczki na poczet wydatków.