

Sygn. akt I C 320/19

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 stycznia 2020 roku

Sąd Rejonowy dla Łodzi – Widzewa w Łodzi Wydział I Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: sędzia Wioletta Sychniak

Protokolant: staż. Jarosław Ciski

po rozpoznaniu w dniu 8 stycznia 2020 roku w Łodzi

sprawy z powództwa A. G.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia – (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w Ł.

o zapłatę

1. zasądza od Narodowego Funduszu Zdrowia – (...) Oddziału Wojewódzkiego w Ł. na rzecz A. G. kwotę 3565 (trzy tysiące pięćset sześćdziesiąt pięć) złotych z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 19 lipca 2019 roku do dnia zapłaty oraz kwotę 1096 (tysiąc dziewięćdziesiąt sześć) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu;
2. oddala powództwo w pozostałej części.

Sygn. akt I C 320/19

## UZASADNIENIE

W pozwie wniesionym 8 kwietnia 2019 roku, doprecyzowanym pismem z dnia 10 czerwca 2019 r., powódka A. G., prowadząca działalność gospodarczą pod firmą (...), wniosła o zasądzenie od Narodowego Funduszu Zdrowia – (...) Oddziału Wojewódzkiego w Ł. kwoty 3565 złotych z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 13 września 2018 roku do dnia zapłaty oraz o zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Powódka podniosła, że w ramach prowadzonej działalności gospodarczej, zawarła z Pozwanym dwie umowy (z dnia 22.12.2017 r. i z dnia 22.03.2018 r.) dotyczące świadczeń gwarantowanych udzielanych pacjentom – operacji zaćmy w warunkach chirurgii jednego dnia. Pozwany przeprowadził u Powódki kontrolę, w wyniku której stwierdził szereg uchybień i obciążył Powódkę karą umowną w wysokości 7338 złotych, z czego kwotą 3565 złotych z tytułu ograniczenia dostępności świadczeń. Tę kwotę potrącił z wynagrodzenia należnego Powódce za realizację wskazanych kontraktów. Zdaniem Powódki, Pozwany bezpodstawnie naliczył karę umowną, dlatego winien zwrócić jej nienależnie zatrzymane świadczenie.

**/pozew k. 4-5, pismo k. 29/**

W odpowiedzi na pozew Narodowy Fundusz Zdrowia – (...) Oddział Wojewódzki w Ł., wniósł o oddalenie powództwa w całości i o zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa prawnego według norm przepisanych.

Pozwany zakwestionował roszczenie co do zasady i co do wysokości. Przyznał, że w roku 2018 strony łączyły wskazane w pozwie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz, że przeprowadził u Powódki kontrolę w

zakresie prawidłowości ich wykonywania. Podczas kontroli wykryto nieprawidłowości m.in. w zakresie dostępności do świadczeń, w związku z czym Powódkę obciążono karą umowną. Kara została naliczona słusznie, gdyż kontrola ujawniła, że Powódka realizuje świadczenia przez 2-3 dni w miesiącu, podczas gdy zgodnie z harmonogramem pracy, zawartym w umowach, świadczenia powinny być realizowane w wymiarze 38 godzin tygodniowo. **/odpowiedź na pozew k. 33-35/**

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

W dniu 22 grudnia 2017 r. w Ł. A. G. (Świadczeniodawca) zawarła z Narodowym Funduszem Zdrowia – (...) Oddziałem Wojewódzkim umowę nr (...). Jej przedmiotem było udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń gwarantowanych opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne (świadczeń gwarantowanych), w zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym, stanowiącym załącznik do umowy. Świadczeniodawca zobowiązał się do wykonywania umowy zgodnie z warunkami udzielania świadczeń, określonymi w ustawie, rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (§ 1 ust. 2 umowy). Świadczenia gwarantowane w poszczególnych zakresach świadczeń miały być udzielane zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w załączniku do umowy (§ 2 ust. 1 pkt 2 umowy). W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Fundusz mógł nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną (§ 5 ust. 1 Umowy). Umowa została zawarta do dnia 31.03.2018 r. (§ 6 ust. 1 Umowy).

Zgodnie z harmonogramem, miejsce udzielania świadczeń miało być dostępne we wtorki w godzinach 8:00-20:00, w czwartki w godzinach 12:00-20:00, w piątki w godzinach 8:00-14:00 oraz w soboty w godzinach 8:00-20:00.

#### **/umowa z dnia 22.12.2017 r. k. 9-12, aneks do umowy k. 39, załącznik nr 2 k. 43-45, plan rzeczowo-finansowy k. 46, aneks k. 47, załącznik nr 2A k. 48-49, aneks k. 50/**

22 marca 2018 roku strony zawarły umowę nr (...), której przedmiotem również było udzielane przez Świadczeniodawcę świadczenia gwarantowane opieki zdrowotnej, w rodzaju leczenie szpitalne (świadczenia gwarantowane), w zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym, stanowiącym załącznik do umowy. Świadczeniodawca obowiązany był wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń, określonych w ustawie i przepisach wykonawczych (§ 1 ust. 2 umowy). Świadczenia gwarantowane miały być udzielane zgodnie z harmonogramem pracy, stanowiącym załącznik do umowy (§ 2 ust. 1 pkt 2 umowy). Strony ustaliły, że w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną (§ 5 ust. 1 Umowy). Umowa została zawarta od dnia 1.04.2018 roku do dnia 30.06.2021 roku.

Zgodnie z harmonogramem, miejsce udzielania świadczeń miało być dostępne we wtorki w godzinach 13:00-20:00, w czwartki w godzinach 8:00-20:00, w piątki w godzinach 13:00-20:00 oraz w soboty w godzinach 8:00-20:00.

#### **/umowa z dnia 22.03.2018 r. k. 13-16, plan rzeczowo-finansowy k. 56, załącznik nr 2 k. 57-59, wykaz podwykonawców k. 60, aneks k. 61, załącznik nr 2A k. 62-63, aneks k. 64/**

Zawarcie kontraktów z Powódką było poprzedzone postępowaniem konkursowym. Powódka złożyła ofertę, do której załączyła formularz ofertowy. Zadeklarowała w nim dostępność miejsca udzielania świadczeń powyżej 35 godzin tygodniowo. Ten element oferty wiązał się z uzyskaniem dodatkowych punktów i miał wpływ na wybór oferty złożonej przez A. G..

W trakcie realizacji kontraktu co do zasady istnieje możliwość zmian niektórych warunków jego realizacji. Nie ma takiej możliwości co do harmonogramu pracy.

#### **/oznaczenie oferty k. 78, formularz ofertowy k. 79-80. Osiwdczenie oferenta k. 81-82,**

**zeznania świadków: A. J., elektroniczny protokół rozprawy k. 117 [znacznik czasowy 00:51:01-01:24:05], M. S., elektroniczny protokół rozprawy k. 117 [znacznik czasowy 01:24:25-01:32:33]/**

Zgodnie z planem rzeczowo finansowym, stanowiącym załącznik nr 1 do umowy nr (...), kwota umowy w okresie rozliczeniowym 1.01.2018 r. – 31.03.2018 r. wynosiła 137 332,80 złotych. Natomiast zgodnie z planem rzeczowo finansowym, stanowiącym załącznik nr 1 do umowy nr (...), kwota umowy w okresie rozliczeniowym 1.04.2018 r. – 31.12.2018 r. wynosiła 412 437,90 złotych.

**/plany rzeczowo-finansowe k. 46, 56/**

W dniach 28.05.2018 r. – 14.06.2018 r. Narodowy Fundusz Zdrowia przeprowadził u Świadczeniodawcy kontrolę, obejmującą ocenę prawidłowości realizacji umów nr (...) z 22.12.2017 r. i nr (...) /18N z 22.03.2018 r. Kontrola obejmowała okres od dnia 1.01.2018 r. do dnia zakończenia kontroli. Na podstawie ustaleń opisanych w protokole kontroli, skontrolowaną działalność została oceniona negatywnie. Kontrolujący stwierdzili nieprawidłowości m.in. w zakresie dostępności do świadczeń, gdyż świadczenia, objęte umową, były realizowane 2-3 dni w miesiącu, mimo że Świadczeniodawca zobowiązał się do realizacji świadczeń w ciągu 35 godzin tygodniowo. Zdaniem kontrolujących, pod pojęciem świadczenia, którego dotyczy umowa, należy rozumieć okres od przyjęcia pacjenta na zabieg do wypisania go z placówki po zabiegu.

Dostępność świadczeń była utożsamiana przez kontrolujących z faktyczną realizacją świadczeń. Zabiegi powinny być wykonywane przez świadczeniodawcę 4 razy w tygodniu, zgodnie z przyjętym harmonogramem. Kontrolujący nie badali, czy świadczeniodawca, przeprowadzając zabiegi w przyjęty przez siebie sposób, zoperował mniej pacjentów, niż gdyby przeprowadzał operacje w każdy dzień oznaczony w harmonogramie.

Dyrektor (...) Oddziału Wojewódzkiego (...), mając na uwadze negatywnie ocenione działania kontrolowanego, obciążył Świadczeniodawcę karą umowną i wezwał do zapłaty kwot:

- 2980 zł, co stanowi 2% wartości umowy (...), z czego 1% za ograniczenie dostępności do świadczeń, 0,5% za brak zespołu ds. kolejek, 0,5% za brak realizacji świadczeń przez 2 lekarzy wskazanych w załączniku do umowy,
- 2075 zł, co stanowi 2% wartości umowy (...) za kwiecień 2018 r., z czego 1% za ograniczenie dostępności do świadczeń, 0,5% za brak zespołu ds. kolejek, 0,5% za brak realizacji świadczeń przez 2 lekarzy wykazanych w załączniku do umowy,
- 2283 zł, co stanowi 2,2% wartości umowy (...) za maj 2018 r., z czego 1% za ograniczenie dostępności do świadczeń, 0,5% za brak zespołu ds. kolejek, 0,5% za brak realizacji świadczeń przez 2 lekarzy wykazanych w załączniku do umowy, 0,2% a brak udostępnienia dla pacjentów informacji wymaganych w OWU.

Ogółem wartość nałożonej kary umownej wyniosła 7338 złotych.

**/protokół kontroli k. 67-72, wystąpienie pokontrolne k. 17-22, sprostowanie k. 76, wyliczenie kary k. 77, kopia dokumentacji prowadzonej przez Powódkę k. 83-93,**

**zeznania świadków: A. J., elektroniczny protokół rozprawy k. 117 [znacznik czasowy 00:51:01-01:24:05], M. S., elektroniczny protokół rozprawy k. 117 [znacznik czasowy 01:24:25-01:32:33]/**

W dniu 9 lipca 2018 r. A. G. złożyła u Dyrektora (...) Oddziału Wojewódzkiego (...) pismo zawierające zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego. Powódka uznała naliczoną karę umowną do kwoty 208 zł, tj. 0,2% wartości umowy (...) za maj 2018 r, naliczoną za brak udostępnienia dla pacjentów informacji wskazanych w OWU. Wniosła o zmianę wysokości naliczonej kary umownej poprzez jej zmniejszenie z kwoty 7338 zł do kwoty 208 zł. W uzasadnieniu pisma Powódka wyjaśniła, że operacje i badania przedoperacyjne pacjentów wykonywane są w W., natomiast kwalifikacja

pacjentów oraz ich wpis na listę oczekujących odbywa się w W.. Świadczeniodawca ma zagwarantowaną dostępność do bloku operacyjnego i oddziału Chirurgii Jednego Dnia przez 16 dni w miesiącu, zgodnie z harmonogramem przedstawionym w NFZ. Pacjenci przyjeżdżają do W. wyłącznie w wyznaczonym dniu i określonej godzinie w celu wykonywania badania przedoperacyjnego i operacji zaćmy, która odbywa się w wynajmowanych od (...) Centrum Medycznego pomieszczeniach. Powódka podkreśliła, iż prowadzona przez nią placówka wykonuje 20 operacji miesięcznie, zgodnie z umową. Pozostałe dni, w których Powódka miała zagwarantowaną dostępność do oddziału Chirurgii Jednego Dnia i bloku operacyjnego są wykorzystywane na zaopatrzenie ewentualnych powikłań pooperacyjnych.

#### ***/zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego k. 94-95/***

W odpowiedzi Pozwany poinformował Powódkę, iż zmniejszył o 0,5% karę umowną, nałożoną w związku z realizacją umowy (...), związaną z realizacją świadczeń przez lekarzy M. D. i J. S. oraz nie uwzględnił pozostałych zastrzeżeń. Podtrzymał stanowisko, zgodnie z którym podmiot kontrolowany, realizując świadczenia 2-3 razy w miesiącu, ograniczył dostępność do świadczeń (zmniejszył tygodniowy wymiar czasu przeznaczonego na realizowanie świadczeń), tak w odniesieniu do oferty złożonej w postępowaniu poprzedzającym zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, jak i do zawartej umowy. Ogółem wartość nałożonej kary umownej została zmniejszona do kwoty 6593 zł, na którą składały się kwoty:

- 2235 zł, co stanowi 1,5% wartości umowy (...), z czego 1% za ograniczenie dostępności do świadczeń, 0,5% za brak zespołu ds. kolejek,
- 2075 zł, co stanowi 2% wartości umowy (...) za kwiecień 2018 r., z czego 1% za ograniczenie dostępności do świadczeń, 0,5% za brak zespołu do spraw kolejek, 0,5% za brak realizacji świadczeń przez 2 lekarzy wymienionych w załączniku do umowy,
- 2283 zł, co stanowi 2,2 % wartości umowy (...), za maj 2018 r. z czego 1% za ograniczenie dostępności do świadczeń, 0,5% za brak zespołu ds. kolejek, 0,5% a brak realizacji świadczeń przez 2 lekarzy wskazanych w załączniku do umowy, 0,2% za brak udostępnienia dla pacjentów informacji wymaganych w OWU.

NFZ wezwał Świadczeniodawcę do zapłaty.

Kwoty naliczone tytułem kary umownej za ograniczenie dostępności do świadczeń zostały obliczone odpowiednio na kwoty: 1490,16 zł, 1037,619 zł i 1037,619 zł.

#### ***/wyliczenie kary k. 77, pismo NFZ k. 96-97, nota księgową k. 98, potwierdzenie odbioru k. 99-100/***

Powódka nie uregulowała naliczonej kary umownej w zakresie ponad kwotę 208 zł, wobec czego pozwany potrącił naliczoną karę z należnego powódce wynagrodzenia. ***/bezsporne/***

Wartość kontraktu umożliwia przeprowadzenie 20 operacji miesięcznie. Powódka planowała ilość zabiegów w danym miesiącu w taki sposób, aby przez cały okres rozliczeniowy istniała możliwość wykonywania zabiegów refundowanych. Powódka wynajmuje salę operacyjną w W.. Terminy zabiegów były ustalone po wstępnej kwalifikacji, dokonywanej przez lekarzy, zatrudnianych w placówce prowadzonej przez Powódkę, obejmującą badanie pacjenta oraz kontrolę występowania przeciwwskazań do zabiegu. Pacjenta wpisywano wówczas na listę oczekujących na zabieg. Po wstępnym badaniu pacjent był kierowany na ostateczną kwalifikację, wyznaczaną na ok. 2 tygodnie przed planowaną operacją. Przeciętny czas oczekiwania na zabieg w kontrolowanym okresie wynosił ok. 6 miesięcy i związany był z wielkością kontraktu, zawartego z NFZ i ilością pacjentów. Sama procedura wykonania operacji zaćmy zajmuje ok. 15 minut. Lekarz – okulista dziennie jest w stanie przeprowadzić od 10 do 15 operacji. Sala operacyjna przed rozpoczęciem zabiegów musi być każdorazowo sprzątnięta i odkażona, sprzęt technicznie sprawdzony, personel musi być przygotowany. Na sali operacyjnej leczy się również ewentualne powikłania po zabiegu, co nie jest możliwe w warunkach ambulatoryjnych. Co do zasady, bloku operacyjnego nie uruchamia się dla 1-2 pacjentów. Koszt otworzenia

bloku operacyjnego w kontrolowanym okresie wynosił ok. 5-7 tysięcy złotych. Wykonywanie w ramach kontraktu 1-2 zabiegów dziennie, we wszystkie dni wskazane w harmonogramie, nie doprowadziłyby do zwiększenia liczby zoperowanych pacjentów, a jedynie generowałyby dodatkowe koszty.

**/zeznania świadka C. G., elektroniczny protokół rozprawy k. 117 [znacznik czasowy 01:32:54-01:59:32], zeznania powódki, elektroniczny protokół rozprawy k. 117 [znacznik czasowy 02:02:08-02:19:31]/**

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

Warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1510).

Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawierane z Narodowym Funduszem Zdrowia, są umowami cywilnoprawnymi, uregulowanymi przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Ich przedmiotem jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - kompleksowa opieka zdrowotna świadczeniodawcy nad świadczeniobiorcą. Essentialia negotii określa przepis art. 136 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawca zobowiązuje się przede wszystkim do udzielania świadczeniobiorcom zakontraktowanych usług zdrowotnych, a Fundusz zobowiązuje się do ich sfinansowania. Przepis art. 137 ustawy zawiera delegację ustawową dla Ministra Zdrowia do wydania ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w formie rozporządzenia, określającego przedmiot umów oraz rodzaje świadczeń będących przedmiotem realizacji.

Zgodnie z § 3 ust. 1 załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 8 września 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 1400) tj. z dnia 11 lipca 2016 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 1146) Świadczeniodawca jest obowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie oraz przepisach wydanych na jej podstawie, ogólnych warunkach oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy. Według § 8 ust. 1 załącznika do wskazanego rozporządzenia, świadczeniodawca zapewnia udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej, oraz procedur medycznych związanych z udzielaniem tych świadczeń. Świadczeniodawca udziela świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem oraz planem rzeczowo-finansowym (§ 9 ust. 1 załącznika do Rozporządzenia).

Do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej (art. 155 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Jak wyjaśnił Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z 22 maja 2014 roku (IV CSK 536/13, Lex nr 1504577): „Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej kreuje między świadczeniodawcą a Funduszem stosunek zobowiązaniowy, do którego - jeżeli przepisy ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie stanowią inaczej - stosuje się przepisy kodeksu cywilnego (art. 155). Do stosunku tego ma więc zastosowanie art. 354 k.c., zgodnie z którym dłużnik powinien wykonać zobowiązanie zgodnie z jego treścią i w sposób odpowiadający jego celowi społeczno-gospodarczemu oraz zasadom współżycia społecznego, a jeżeli istnieją w tym zakresie ustalone zwyczaje - także w sposób odpowiadający tym zwyczajom, i w taki sam sposób powinien współdziałać przy wykonaniu zobowiązania wierzyciel. Postanowienia umowy określające rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej - co do zasady - są dla stron umowy wiążące, co nie oznacza, że uwzględnienie wniosku świadczeniodawcy o przesunięcie środków finansowych zależy jedynie od uznania Funduszu”. Warto jeszcze przytoczyć tezę z uzasadnienia wyroku Sądu Najwyższego z 14 listopada 2014 roku (I CSK 633/13, Lex nr 1537344): „W umowach pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a lekarzem należy wobec tego badać, jak przewiduje art. 65 k.c. przede wszystkim, jaki jest cel takich umów i zamiar stron, a nie przewidywać nadmiernej wagi do ich dosłownego brzmienia. Także przepisy, do których odsyłają postanowienia takiej umowy, powinny być wykładane z uwzględnieniem zamiaru

stron i celu umowy oraz tłumaczone tak jak tego wymagają zasady współzycia społecznego. Umowy zawierane z lekarzem przez Narodowy Fundusz Zdrowia mają przede wszystkim zapewnić, aby pacjent otrzymywał leki zgodnie z potrzebami wynikającymi z wiedzy medycznej oraz, aby trafiały one do osób, które mają do tego prawo zgodnie z przepisami ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz które rzeczywiście ich potrzebują w ilościach tylko niezbędnych.” Dalej w tym samym orzeczeniu Sąd Najwyższy wskazał, że: „Skoro podstawą zasadzenia było nienależyte wykonanie umowy przez pozwanego, a do oceny łączącej go z NFZ umowy należy stosować przepisy k.c., to konieczne jest rozważnie na podstawie art. 471 i nast. k.c., czy istnieją podstawy do zasądzenia od pozwanego odszkodowania w wysokości całej wartości świadczeń medycznych, których podstawą było nienależyte prowadzenie dokumentacji medycznej przez pozwanego. (...) Podstawowe znaczenie dla stwierdzenia odpowiedzialności pozwanego za nienależyte wykonanie umowy ma zaś ustalenie, czy stwierdzone braki w dokumentacji medycznej prowadzonej przez niego pozostawały w adekwatnym związku przyczynowym z tym, że leki refundowane przez NFZ trafiły w całości lub w części do osób nieuprawnionych do otrzymywania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych”.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt rozpoznawanej sprawy, należy podkreślić, że ustalony w sprawie stan faktyczny, oparty na dowodach zaoferowanych przez strony, zasadniczo jest niesporny. Niewątpliwie strony wiązały umowy realizowane na przestrzeni 2018 roku, których prawidłowość wykonania ze strony Powódki była przedmiotem kontroli Pozwanego. Nie ma sporu co do tego, że NFZ był uprawniony do przeprowadzenia takiej kontroli, w tym w zakresie objętym sporem w niniejszej sprawie (tj. w zakresie dostępności świadczeń) oraz nałożenia kary, zastrzeżonej w umowie. Sposób obliczenia kary i jej wysokość nie były kwestionowane przez Powódkę.

Spór stron ogniskował się wokół oceny, czy doszło do nieprawidłowości w realizacji kontraktu przez Powódkę poprzez ograniczenie pacjentom dostępności do świadczeń i, czy w związku z tym, ziściły się przesłanki nałożenia na nią kary umownej. Istotą sporu jest więc ocena sposobu realizacji umowy w kontekście jej zapisów dotyczących dostępności świadczeń, które każda ze stron rozumie nieco inaczej. Chodzi zatem o wykładnię postanowień umownych w omawianym zakresie.

Jak wynika z wystąpienia pokontrolnego, zakresem przedmiotowym kontroli objęta była m.in. dostępność do świadczeń zdrowotnych. Pojęcie „dostępności świadczeń” nie zostało zdefiniowane w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1510) ani w powołanych w umowie aktach wykonawczych. Termin ten nie został również doprecyzowany w umowach, zawartych pomiędzy stronami. W § 2 ust. 1 pkt. 2 obu umów zastrzeżono jedynie, że świadczenia gwarantowane w poszczególnych zakresach świadczeń udzielane są zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w załączniku nr 2 do umowy. W obu harmonogramach mowa jest natomiast o „dostępności miejsca udzielania świadczeń”. Zgodnie z przedstawionymi harmonogramami, dostępność miejsca udzielania świadczeń określona została na 4 dni w tygodniu, w dniach i godzinach szczegółowo opisanych w harmonogramach. Takim samym pojęciem posłużono się w formularzu ankietowym, wypełnionym przez Powódkę. Mowa w nim o „dostępności miejsca udzielania świadczeń”. Powstaje zatem pytanie, czy dostępność miejsca udzielania świadczeń jest tym samym, co dostępność do świadczeń.

W ocenie Sądu nie są to pojęcia tożsame. Nie ulega żadnej wątpliwości, że zagwarantowanie sali operacyjnej spełniającej wszelkie normy do wykonywania zabiegów okulistycznych, odpowiedniego sprzętu i personelu, było obowiązkiem Powódki. Pozwany miał zastrzeżenia co do spełnienia przez Powódkę wymagań w odniesieniu do personelu, ale nie to jest przedmiotem sporu w niniejszej sprawie. Pozwany ani nie zarzucał, że wbrew ofercie, Powódka rzeczywiście nie miała możliwości korzystania z sali operacyjnej w dniach i godzinach wskazanych w harmonogramie pracy, ani nie podjął inicjatywy w kierunku udowodnienia takiej okoliczności. Pozwany jedynie zinterpretował harmonogram tak, że we wszystkich dniach w nim wskazanych, przeprowadzanie będą refundowane zabiegi. Tymczasem, jeżeli chodzi o ilość zabiegów refundowanych, to nie zależała ona od Powódki, lecz drugiej strony kontraktu. NFZ oznaczając w planach rzeczowo – finansowych, stanowiących załączniki do umów zawartych z Powódką, kwoty umów określił tym samym dostępność do świadczeń w poszczególnych okresach rozliczeniowych. Bezspornie bowiem, Powódka była zobowiązana wykonywać świadczenia gwarantowane opieki zdrowotnej, w rodzaju leczenia szpitalne okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia za wynagrodzeniem. Wynagrodzenie zostało

ustalone jako kwota umowy w okresie rozliczeniowym. Oczywiście, z umowy nie wynika, że Powódka w ramach określonego limitu była zobowiązana wykonywać 20 zabiegów miesięcznie. Ilość zabiegów w miesiącu nie została określona. Argumentacja Powódki stanowi skrót myślowy. Chodzi o to, ile zabiegów realnie można było wykonać przy wartości umowy i zapewnieniu systematycznej realizacji świadczeń ustalonych okresach rozliczeniowych. Ustalając częstotliwość wykonywania zabiegów chirurgicznych, Powódka z jednej strony ograniczona była kwotą umowy, ustaloną na dany okres rozliczeniowy, a z drugiej strony rachunkiem ekonomicznym. Dostępności świadczeń nie można więc utożsamiać jedynie z częstotliwością przeprowadzonych zabiegów.

Z umowy nie wynika ilość zabiegów, które powinny być wykonane w danym miesiącu; nie wynika też ilość zabiegów koniecznych do wykonania w każdym dniu, w którym dostępna była sala operacyjna. Stanowisko zaprezentowane przez Pozwanego w wystąpieniu pokontrolnym, w odpowiedzi na pozew oraz w zeznaniach świadka A. J. jest dowolne. Przystępując do kontroli dostępności świadczeń, Pozwany zapomniał, że jest stroną tej umowy, która miała wpływ na jej treść, a przez to na dostępność dla pacjentów świadczeń, udzielanych w ramach kontraktów. Dokonana przez Pozwanego interpretacja umowy zawartej z Powódką i oparte na tej interpretacji stanowisko powyższy aspekt zupełnie pomija. Jest nieracjonalne, oderwane od rzeczywistości i stanowi wyraz nielojalności kontraktowej. Świadczeniodawca jest podmiotem, który prowadzi działalność gospodarczą, wobec tego zawierając kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, kieruje się również względami ekonomicznymi. Z całą pewnością można przyjąć, że gdyby Pozwany zaproponował umowę z dokładnie zapisaną częstotliwością udzielania świadczeń w taki sposób, jak to przedstawił w niniejszej sprawie, to Powódka takiej umowy by nie zawarła.

Podsumowując: w ocenie Sądu brak podstaw, by zarzucać Powódce, że uchybiła warunkom umowy poprzez ograniczenie dostępności do świadczeń zdrowotnych. Przyjęty przez Powódkę system pracy, przewidujący uruchamianie sali operacyjnej 2-3 razy w miesiącu, nie powodował szkody po stronie pacjentów w postaci przedłużenia czasu oczekiwania na zabieg. Jak wyjaśniono, blok operacyjny był dostępny do dyspozycji powódki w czasie określonym w harmonogramie, co zdaniem Sądu mieści się w niedookreślonym przez ustawodawcę i strony umowy pojęciu „dostępności miejsca udzielania świadczeń”. Natomiast kolejki oczekujących na świadczenia (których istnienie wprost zakłada umowa) wynikają z ograniczonych funduszy oraz ilości pacjentów.

Mając powyższe na uwadze, Sąd uznał, że kara umowna w części odnoszącej się do ograniczenia dostępności świadczeń została nałożona na Powódkę bezzasadnie. Stanowi więc świadczenie nienależne, podlegające zwrotowi na podstawie art. 410 k.c.

O odsetkach od zasądzonej kwoty orzeczono na podstawie art. 481 § 1 i 2 k.c. w zw. z art. 455 k.c. Pisma zawierające zastrzeżenia do protokołu kontrolnego nie sposób uznać za wezwanie do zapłaty. Jako że Pozwany został wezwany do zapłaty dopiero poprzez doręczenie mu odpisu pozwu, odsetki od zasądzonej sumy należne są Powódce od dnia następnego po dniu doręczenia odpisu pozwu pozwanemu, tj. od dnia 19 lipca 2019 r. do dnia zapłaty. W tym zakresie dalej idące roszczenie podlegało oddaleniu jako niezasadne.

O kosztach postępowania Sąd orzekł na podstawie art. 100 k.p.c. Powódka wygrała sprawę niemalże w całości, zatem Pozwany winien jest zwrócić jej koszty postępowania w pełnej wysokości. Łącznie koszty poniesione przez Powódkę wyrażają się kwotą 1096 złotych, w tym 179 zł tytułem opłaty od pozwu, 900 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego (ustalona na podstawie § 2 punkt 3 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności radców prawnych z dnia 22 października 2015 r. Dz. U. z 2015 r. poz. 1804, w brzmieniu obowiązującym w dacie wniesienia pozwu) oraz 17 zł tytułem zwrotu opłaty skarbowej za pełnomocnictwo.