

Sygnatura akt XII C 852/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

P., dnia 21 marca 2017 r.

Sąd Okręgowy w Poznaniu XII Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodniczący:SSO Zofia Lehmann

Protokolant:Starszy sekretarz sądowy Elżbieta Witaszczyk

po rozpoznaniu w 24 stycznia dnia 2017 r. w P. na rozprawie sprawy z powództwa

Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego w P., ul. (...), (...)-(...) P.

przeciwko Zakładowi (...) sp. z o.o. z siedzibą w P., ul. (...), (...)-(...) P.

- o zapłatę

I. Zasądza od pozwanego na rzecz powoda następujące kwoty :

a. w wysokości 306.670,28,-zł z odsetkami za opóźnienie liczonymi od 4 maja 2016 roku do dnia zapłaty;

b. w wysokości 9.884,76,-zł z odsetkami za opóźnienie liczonymi od 4 maja 2016 roku do dnia zapłaty;

I. Kosztami niniejszego postępowania obciąża pozwanego i w związku z tym:

a. zasądza od niego na rzecz powoda kwotę 15.828,-zł z tytułu zwrotu uiszczonej przez niego opłaty sądowej oraz kwotę 14.400,-zł z tytułu zwrotu poniesionego przez niego kosztu jego procesowego zastępstwa;

b. kosztem procesowego zastępstwa pozwanego obciąża go we własnym zakresie.

SSO Zofia Lehmann

UZASADNIENIE

W **pozwie** z dnia 29 kwietnia 2016 r., skutecznie wniesionym do tutejszego Sądu w dniu 4 maja 2016 r., **powód Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki w P.**, działając przez pełnomocnika procesowego w osobie radcy prawnego, skierował przeciwko pozwanemu **Zakładowi (...) Sp. z o.o. z siedzibą w P.** żądania:

- zasądzenia od niego na jego rzecz kwoty **306.670,28, - zł** wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu w tej sprawie do dnia zapłaty;
- zasądzenia od niego na jego rzecz kwoty **9.884,76,- zł** wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu w tej sprawie do dnia zapłaty;
- zasądzenia od niego na jego rzecz zwrotu kosztów tego procesu według norm przepisanych (k. 1-2 akt).

W uzasadnieniu pozwu - na poparcie powyższych żądań - powód:

- powołał się na łączącą strony umowę zawartą przez nich w dniu 31 grudnia 2008 r.;

- opisał przebieg kontroli, którą w dniach od 5 maja 2010 r. do 15 czerwca 2010 r. przeprowadził u pozwanego, wskazując, że objęta została nią m.in. prawidłowość realizacji i rozliczania świadczeń wykonywanych przez niego w ramach ww. umowy;
- podał, że stwierdzone w jej wyniku nieprawidłowości ostatecznie zostały sformułowane w jego wystąpieniu pokontrolnym o nrze 84/10 z dnia 11 sierpnia 2010 r., w treści którego zawarto szczegółowe wyjaśnienia tego dotyczące;
- opisał przebieg postępowania odwoławczego zainicjowanego przez pozwanego składającego do niego zastrzeżenia;
- powołał się na dokonywane między stronami potrącenia ich wierzytelności, które skutkowały wszczęciem przed tutejszym sądem postępowania o zapłatę w sprawie zarejestrowanej pod sygn. akt (...), zakończonej prawomocnym oddaleniem powództwa wniesionego przez pozwanego;
- wyjaśnił, z czego wynika wysokość kwoty dochodzonej pozwem z niniejszej sprawy;
- uzasadnił podstawy dochodzenia zapłaty odsetek ustawowych od żądanej kwoty;
- wskazał przyczyny, dla których nie podjęli oni próby pozasądowego rozwiązania tego sporu (k. 2-5).

W prawem przewidzianym trybie i terminie, pozwany złożył **odpowiedź na pozew** datowaną na dzień 3 czerwca 2016 r., skutecznie wniesioną do tutejszego sądu w dniu 6 czerwca 2016 r. (koperta - k. 205), żądając w jej treści oddalenia powództwa powoda w całości oraz zasądzenia od niego na jego rzecz zwrotu kosztów przedmiotowego procesu według norm przepisanych, w tym kosztów jego zastępstwa procesowego (k. 122).

Uzasadniając powyższe:

- opisał zakres swojego działania, w szczególności rodzaj i sposób wykonywanych przez niego na przestrzeni wielu lat badań diagnostycznych, w tym molekularnych;
 - potwierdził treść łączącej strony umowy z dnia 31 grudnia 2008 r. oraz postanowień zarządzenia o nrze (...) wydanego przez Prezesa NFZ, które miały do niej zastosowanie;
 - zrelacjonował przebieg przeprowadzonej u niego przez powoda kontroli i wszczętej w związku z tym z jego inicjatywy procedury odwoławczej;
 - powołał się na wzajemne rozliczenia stron, w szczególności z tytułu dokonanych przez nich potrąceń ich wierzytelności;
 - odniósł się do podstawy prawnej roszczenia powoda z tej sprawy wyjaśniając z jakich przyczyn nie mogą jej stanowić przepisy **art. 405 k.c.** i **art. 410 k.c.**; a nawet jeśli uznać, że mogą - opisał dlaczego w jego ocenie powód nie zdołał wykazać żadnej z przesłanek określonych w ww. normach;
 - ustosunkował się do żądania powoda dotyczącego zapłaty kary umownej, wyjaśniając szczegółowo przyczyny (tak faktyczne, jak i prawne), leżące u podstaw jego niezasadności;
 - zanegował zgłoszone przez niego roszczenie odsetkowe, podnosząc zarzut jego przedawnienia - zgodnie z **art. 118 k.c.**;
- przedstawił swoją wykładnię postanowień łączącej ich ww umowy; nadto odniósł się do jej celu, okoliczności jej zawarcia oraz dotychczasowej

praktyki w zakresie rozliczania (...) (ambulatoryjne świadczenia

diagnostyczno kosztochłonne)

- zdefiniował rozumienie siebie jako adresata, któremu zostało złożone przez

powoda oświadczenie danej treści, co w jego ocenie jest szczególnie

istotne przy dokonywaniu dekodowania postanowień analizowanej umowy;

-odwołał się do sposobu dotychczasowego wykonywania umowy z dnia 31

grudnia 2008 r. jako przesłanki wskazującej na to, jak strony tego procesu

faktycznie rozumiały oświadczenia woli w niej zawarte (k. 123-143).

Do chwili wydania wyroku strony podtrzymały swoje stanowiska w sprawie i nie zawarły ugody.

Ustalenia stanu faktycznego:

Powoda - **Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki w P.** - w okresie od dnia 1 stycznia 2009 r. do dnia 31 grudnia 2011 r., łączyła z pozwanym - **Zakładem (...) Sp. z o.o. z siedzibą w P.** umowa o nrze (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - ambulatoryjna opieka specjalistyczna - (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne), zawarta w dniu 31 grudnia 2008 r.

Zgodnie z jej § 1 ust. 1 jej przedmiotem było udzielanie przez pozwanego świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne) w zakresach określonych w załączniku nr 1 do niej, tj. planie rzeczowo-finansowym. Określono w nim, że w okresie rozliczeniowym od dnia 1 stycznia 2010 r. do dnia 31 grudnia 2010 r. będzie wykonywał on świadczenia z rodzaju „ambulatoryjnej opieki specjalistycznej” w zakresie „diagnostyki laboratoryjnej badań molekularnych ((...)/ (...)”, których kod był oznaczony jako 02.7100.072.02. Jednostką rozliczeniową był punkt rozliczeniowy, którego cena wynosiła **8,40, - zł.** Liczba jednostek rozliczeniowych w tym czasie wyniosła 262.368, a ich wartość określono na kwotę **2.203.891,20 zł.** Istnienie zobowiązania powoda wobec niego z tytułu realizacji cyt. umowy w okresie od dnia 1 stycznia 2010 r. do dnia 31 grudnia 2010 r. na ww. kwotę potwierdzone zostało w treści jej § 4 ust. 1.

Z kolei w jej § 1 ust. 2 pozwany zobowiązał się wykonywać opisaną umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności w zarządzeniu o nrze (...) wydanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, wydanym 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; w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz w ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Według treści **§ 6 ust. 1 i 4** postanowień analizowanej umowy - w przypadku niewykonania lub nienależytego jej wykonania z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Oddział Funduszu mógł nałożyć na niego karę umowną w trybie i na zasadach określonych w cyt. warunkach umów.

W negocjacjach związanych z zawieraniem umowy z dnia 31 grudnia 2008 r., z imieniu pozwanego udział brał prof. dr hab. n. med. **J. N. (1)** - lekarz med. o specjalności medycyna genetyka laboratoryjna, będący konsultantem u pozwanego od chwili jego powstania, tj. od roku 1995, kiedy to funkcjonował on jeszcze w formie jednoosobowej działalności gospodarczej. Jednakże nie było wówczas możliwości negocjowania jej postanowień co do wysokości punktowych - tj. przyznanej liczby jednostek rozliczeniowych i ceny za poszczególną; przedmiotem dyskusji pomiędzy

stronami była kwestia ustalenia jednej ceny zarówno za badanie jakościowe, jak i za badanie ilościowe; mimo, że w poprzednich latach było to rozgraniczane. Prowadzone negocjacje nie spowodowały zmiany postanowień przyszłej umowy w tym zakresie, a mimo tego powód zaakceptował ją i zawarł w takim brzmieniu.

W ramach świadczenia polegającego na wykrywaniu DNA/RNA u jednego pacjenta pozwany z reguły wykonuje na podstawie tego samego materiału od niego pobranego kilka badań molekularnych – w zależności od ich zakresu wymienionego w skierowaniu na nie, wystawionym przez lekarza. W skierowaniu takim zleca on konkretne badania pod kątem identyfikacji danego patogenu (wirusa) znając już wstępne rozpoznanie schorzenia lub przynajmniej jego podejrzenie; adekwatnie do tego pozwany stosuje odpowiednią ich technikę. Badania molekularne są wykonywane przez niego nierzadko przy użyciu różnych przyrządów, różnego sprzętu, różnej aparatury badawczej, w różnych pomieszczeniach, w różnych dniach; przy użyciu różnych zestawów odczynników, z zastosowaniem różnych technik badawczych oraz z różnym czasem ich wykonywania. Wyniki poszczególnych badań przekazuje on kierującym na nie lekarzom na bieżąco; nie stosując praktyki, zgodnie z którą przekazywane są one zbiorczo po zakończeniu ostatniego.

W dniach od 5 maja do 15 czerwca 2010 r. powód przeprowadził u pozwanego kontrolę, którą objęte zostały:

- prawidłowość realizacji i rozliczenia świadczeń wykonywanych w ramach ww. umowy w zakresie diagnostyki laboratoryjnej;
- spełnianie wymagań określonych w załączniku nr 1b i 3b do Zarządzenia nr (...) Prezesa NFZ z dnia 2 listopada 2009 r. w sprawie warunków i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
- zgodność wykazanego personelu udzielającego świadczeń z załącznikiem do umowy;
- przestrzeganie zapisów zawartych w załączniku o nrze 1 pkt 1 i pkt 8 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz. U. Nr 61, poz. 435 ze zm.);
- prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. Nr 247, poz. 1819 ze zm.);
- przestrzeganie przepisów wynikających z § 7 *ust. 1* rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 81, poz. 484).

Z uwagi na stwierdzone nieprawidłowości powód sformułował wystąpienie pokontrolne o nrze 84/10 z dnia 11 sierpnia 2010 r. doręczone pozwanemu w dniu 10 sierpnia 2010 r.- zarzucając mu w jego treści:

- niezasadne rozliczenie na rzecz tego samego pacjenta w 1090 przypadkach wielokrotności świadczenia o kodzie (...);
- niezasadne wykazanie do rozliczenia 579 świadczeń o kodzie (...), wykonanych na rzecz 259 pacjentów objętych terapeutycznym programem zdrowotnym prowadzonym przez innych świadczeniodawców.

W wystąpieniu tym szczegółowo wyjaśnił on owe nieprawidłowości.

Żaden inny świadczeniodawca, którego powód kontrolował pod tym samym kątem w spornym okresie (m.in. Szpital (...) przy ul. (...) w P.) nie stosował praktyki odrębnego rozliczania poszczególnych badań molekularnych jako osobnych świadczeń, oznaczonych ww - nie stwierdzono też wielokrotności rozliczania tych świadczeń na podstawie jednego materiału u jednego pacjenta.

Pozwany, działając przez profesjonalnych pełnomocników, złożył zastrzeżenia do ww. wystąpienia pokontrolnego, których powód nie uwzględnił, stwierdzając, że z treści zarządzenia Prezesa NFZ o nrze (...) z dnia 2 listopada 2009

r. wynika wprost, iż w ramach zawieranych umów, jak sporna - świadczeniodawca zobowiązuje się do udzielenia świadczeń oznaczonych kodem (...) o nazwie: „wykrywanie RNA/DNA za pomocą badań molekularnych”, przy czym z samej definicji procedury z tym związanej wypływa, że nie dotyczy ono jednego, lecz ich większej ilości.

Pozwany zażądał się na ww. rozstrzygnięcie – po jego rozpatrzeniu Prezes NFZ pismem z dnia 19 września (...). o oznaczeniu (...), powiadomił go o braku podstaw do jego uwzględnienia.

Wobec powyższego pismem z dnia 4 października 2011 r. wystąpił on do Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych powoda, z prośbą o zawieszenie prowadzenia wobec niego procedury windykacyjnej do czasu odpowiedzi na jego wniosek skierowany do ww. Prezesa o ponowne rozpatrzenie jego zażalenia.

W piśmie z dnia 6 marca 2012 r., o oznaczeniu: (...), Prezes powoda poinformował pełnomocników pozwanego o podtrzymaniu swojego dotychczasowego stanowiska wyrażonego w w/wskazanym piśmie.

W dniu 26 kwietnia 2012 r. powód zawiadomił pozwanego o wysokości potrąconej mu kwoty (**66.962,10, - zł**) z wystawionych przez niego faktur o nrach: 1/3/2012, 10/3/2012, 26/4/2012, 27/4/2012; do zapłaty na jego rzecz pozostała mu więc kwota o wartości **334.254,16,- zł**. Kolejnym oświadczeniem datowanym na dzień 29 maja 2012 r. powód powiadomił go o potrąceniu mu kwoty **57.442,50,- zł**, wynikającej z wystawionych przez niego faktur o nrach 26/5/2012, 27/5/2012; do zapłaty pozostała mu więc kwota o wartości **276.811,66,- zł**.

Pismem z dnia 1 sierpnia 2012 r. doręczonym mu w dniu 3 sierpnia 2012 r. powód wezwał go do zapłaty na jego rzecz kwoty o wysokości **276.811,66, - zł** z ustawowymi odsetkami liczonymi do dnia zapłaty, w terminie 14 dni od daty jego doręczenia; wezwanie to pozostało bez odpowiedzi.

Pozwany we własnym zakresie dokonał kilku korekt do faktur wystawionych przez niego w 2010 r., czym zmniejszył swoje zobowiązanie wynikające z zakwestionowanych świadczeń w przeprowadzonym u niego cyt. postępowaniu kontrolnym o kwotę **83.966,40,- zł**. Dlatego też powód w dniu 23 sierpnia 2012 r. ponownie wezwał go do zapłaty na jego rzecz pozostałej części należności w wysokości **192.845,26,- zł** w terminie 7 dni od daty doręczenia mu wezwania, które również pozostało bez odpowiedzi.

Pozwany, nie zgadzając się z dokonaniem przez powoda potrąceniem, w dniu 2 sierpnia 2012 r. wystąpił do tutejszego sądu przeciwko niemu z żądaniem zapłaty na jego rzecz należności objętej fakturami o nrach 27/4/2012, 26/5/2012, 27/5/2012; prawomocnym wyrokiem z dnia 22 października 2013 r. wydanym w sprawie o sygn. akt (...) żądanie jego podległo oddaleniu.

Po prawomocnym zakończeniu ww. postępowania powód ponownie wezwał go do zapłaty na jego rzecz kwoty w wysokości **192.845,26,- zł** wraz z odsetkami w wysokości **97.890,19, - zł** ustalonymi na dzień 3 kwietnia 2015 r. Do wezwania tego dołączył on rozliczenie dotyczące odsetek za opóźnienie, gdyż z okresu "odsetkowego" wyłączył czas, w którym Prezes powoda rozpatrywał jego zażalenia na czynności jego Dyrektora; również to wezwanie pozostało bezskuteczne.

Na kwotę dochodzoną pozwem składają się:

- należność główna w wysokości **192.845,26, - zł**;
- kwota odsetek skapitalizowanych na dzień 29 kwietnia 2016 r. w wysokości **113.825,02,- zł**;
- kara umowna w wysokości **9.884,76,- zł** nałożona na niego w związku z niewykonaniem zaleceń pokontrolnych - wraz z odsetkami skapitalizowanymi na dzień 29 kwietnia 2016 r. w związku ze sporządzeniem i doręczeniem mu tych zaleceń.

Korzystając z uprawnień wynikających z **art. 107 ust. 5 pkt 12 lit. b)** ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych (dalej jako "u.ś.o.z."), powód dokonał ponownej analizy dokumentów

rozliczeniowych w kontekście z treścią opisanego wystąpienia pokontrolnego z dnia 11 sierpnia 2010 r. stwierdzając niedopełnienie przez pozwanego obowiązku złożenia korekty dokumentów rozliczeniowych nałożonego w jego punkcie 2. W piśmie z dnia 14 czerwca 2012 r., o oznaczeniu: (...)(...) poinformował on go o tym, w odpowiedzi na co pozwany - korzystając z uprawnień wynikających z **art. 160 i art. 161** ww. ustawy - złożył do Prezesa Funduszu zażalenie na ww. czynność.

Obowiązek zapłaty przez pozwanego kary umownej we wskazanej wysokości nie został uchylony w toku postępowania odwoławczego; Prezes powoda nie uwzględnił bowiem ani zażalenia, ani wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez niego zgłoszonych.

Wobec powyższego pismem z dnia 18 listopada 2015 r., o oznaczeniu: (...)(...), powód po raz kolejny wezwał go do zapłaty kwoty dochodzonej pozwem.

Do chwili wytoczenia powództwa pozwany nie zadośćuczynił ww. wezwaniu.

Naprowadzony stan faktyczny znalazł oparcie w treści:

- zeznań świadków: D. L. (adnotacja 00:04:53 e-protokołu rozprawy z dnia 30 sierpnia 2016 r. k. 294), J. N. (2) (adnotacja 00:18:39 e-protokołu rozprawy z dnia 30 sierpnia 2016 r. k. 294), M. K. (adnotacja 00:01:35 e-protokołu rozprawy z dnia 24 stycznia 2017 r. k. 316);
- zeznań stron, ograniczonych do zeznań pozwanego, za którego Sąd przesłuchał Prezesa Zarządu T. N. (adnotacja 00:23:36 e-protokołu rozprawy z dnia 24 stycznia 2017 r. k. 316),
- dokumentów zgromadzonych na kartach: 6-58, 140-205 (dokumentacja dotycząca kontroli przeprowadzonej u pozwanego), 59-109 (korespondencja stron), 110-112 (odpis z KRS pozwanego), 158-161, 231-233 (odpisy umów łączących strony); 234-264 (dokumenty rozliczeniowe).

Analiza i ocena zgromadzonego w tej sprawie materiału dowodowego:

W jego skład w niniejszym postępowaniu weszły dokumenty i to zarówno o charakterze urzędowym; jak i o charakterze prywatnym; zeznania świadków; zeznania stron - zgodnie z postanowieniem sądu z dnia 30 sierpnia 2016 r. ograniczony do przesłuchania reprezentanta pozwanego, który to dowód, kierując się treścią przepisu **art. 304 k.p.c.** przeprowadzono celem ustalenia okoliczności towarzyszących zawieraniu i realizacji umowy związanej z niniejszym postępowaniem (k. 295).

A. O dokumentach urzędowych ustawodawca wypowiada się w normie **art. 244 k.p.c.** stanowiąc, że...sporządzone w przepisanej formie przez powołane do tego organy władzy publicznej i inne organy państwowe w zakresie ich działania, stanowią dowód tego, co zostało w nich urzędowo zaświadczone...(**par.1**), co odpowiednio stosuje się do...sporządzonych przez organizacje zawodowe, samorządowe, spółdzielcze i inne organy pozarządowe w zakresie zleconych im przez ustawę spraw z dziedziny administracji publicznej...(**par.2**) – w niniejszej sprawie były nimi pochodzące z Krajowego Rejestru Sądowego oraz od powoda w obszarze wyników przeprowadzonej przez niego u pozwanego opisaney kontroli i wydawanych na tym tle decyzji .

-Z kolei **art. 245 k.p.c.** postanawia, że...dokument prywatny stanowi dowód tego, że osoba, która go podpisała złożyła zawarte w nim oświadczenie...- objęły one pozostałe zaliczone wyżej w poczet dowodów.

Warunki zaprzeczenia ich prawdziwości uregulowane zostały odpowiednio w normach **art. 252 k.p.c** oraz **art.253 k.p.c.** . – żadna ze stron przy udziale **art. 232 k.p.c.** z tego nie skorzystała; brak było też przesłanek ku temu, by inicjatywę taką podjąć z urzędu.

B. W roli świadków w przebiegu tego procesu wystąpili:

Z inicjatywy powoda: **M. K. (k. 316)**,

Z inicjatywy pozwanego: **D. L. (k. 294)** i **J. N. (2) (k. 294)**.

1. Za w pełni wiarygodne uznano zeznania **świadka M. K.** (adnotacja 00:01:35 e-protokołu rozprawy z dnia 24 stycznia 2017 r. k. 316) – będącego w czasie przeprowadzania ww kontroli u pozwanego naczelnikiem Wydziału Kontroli u powoda. Były one bowiem logiczne, spójne i konsekwentne; nie podległy kontestacji przez pozwanego - odzwierciedlając przebieg zdarzeń, jakie legły u podstaw podjęcia decyzji o tym; wykonanych w jej trakcie czynności, jej rezultatów; redakcji zaleceń pokontrolnych. Podkreślenia wymagało nadto, że fakty te znalazły odzwierciedlenie w treści powstałych w związku z tym dokumentów; w szczególności wystąpienia pokontrolnego o nrze (...). W kontekście z istotą niniejszego sporu akcentacji wymagało jej twierdzenie dotyczące takich samych kontroli przeprowadzonych i u innych podmiotów (m.in. w Szpitalu (...) w P.), wskazujące na to, że – mimo wykonywania przez nie tożsamyh badań, jak u pozwanego - nie stwierdzono u nich wielokrotności rozliczania tych świadczeń na podstawie jednego materiału u jednego pacjenta w żadnym przypadku. Dodatkowo podała, iż badany był u nich podobny ich zakres z tą różnicą, że u pozwanego dotyczyło to ok. 1.000 - 1.200 i tyle oceniono negatywnie w cyt. protokołach pokontrolnych; jednocześnie zaprzeczyła temu, jakoby przedmiotem analizowanej kontroli objęta była ich całość.

Brak było też podstaw, by odmówić przymiotu wiarygodności zeznaniom **świadków D. L.** – zajmującej u pozwanego w omawianym czasie stanowisko kierownika (adnotacja 00:04:53 e-protokołu rozprawy z dnia 30 sierpnia 2016 r. k. 294) oraz współpracującego z nim w charakterze konsultanta - **J. N. (1)** (adnotacja 00:18:39 e-protokołu rozprawy z dnia 30 sierpnia 2016 r. k. 294) w tej części, w jakiej opisywali sposób ich wykonywania oraz sposób przekazywania ich wyników. Nie mogła – natomiast – mieć wpływu na przyjęte rozstrzygnięcie tego sporu ta ich część, w której prezentowali własny pogląd na temat tego, jak winny wyglądać na kanwie łączącej strony ww umowy na tym tle ich rozliczenia. W szczególności – w kontekście z tym – wyeksponować należało wypowiedzi drugiego z wymienionych świadków, w której sugerował on, że każde badanie jest oddzielnie klasyfikowane i wyceniane przez laboratoria; skoro czym innym jest wycena danego badania w ramach usługi wykonywanej przez konkretny taki podmiot na tzw. wolnym rynku, a czym innym określenie należności za daną usługę i sam sposób rozumienia jej zasięgu na bazie ww umowy. Oczywistym było, że nie mylił się on relacjonując, że strony podjęły próby negocjacji jej zapisów tego dotyczących oraz zgłaszanych wątpliwości w aspekcie braku rozgraniczenia badań jakościowych i ilościowych, co miało miejsce w poprzednich latach

C. Zeznania stron

Zeznania przesłuchanego w imieniu pozwanego – Prezesa jego Zarządu **T. N.** (adnotacja 00:23:36 e-protokołu rozprawy z dnia 24 stycznia 2017 r. k. 316) obdarzono zaufaniem co do:

- przebiegu negocjacji prowadzonych przez strony, a poprzedzających zawarcie przez nie umowy, która legła u podstaw niniejszego sporu;
- sposobu wykonywania przez pozwanego jej przedmiotu i realizacji zakontraktowanych świadczeń;
- sposobu rozumienia przez nie kodu świadczenia jako wykrywania syndromu RNA/DNA wymagającego przeprowadzenia szeregu czynności i różnego rodzaju badań molekularnych;
- przebiegu dotychczasowej współpracy stron, w tym dokonywanych przez nie rozliczeń na tym podłożu;
- braku zwracania się przez niego do powoda z prośbą o interpretację budzących jego wątpliwości zapisów cyt. umowy.

W powyższym zakresie jego zeznania pozostawały zbieżne z zeznaniami świadków **D. L.** i **J. N. (1)**, a co do sposobu realizacji jej postanowień - także z zeznaniami świadka **M. K.** oraz treścią wskazanego wystąpienia pokontrolnego.

W ocenie Sądu dla określenia zasadności wywiedzionego powództwa wystarczającym było oparcie się na dowodach wyżej powołanych. Podkreślenia wymagało przy tym, że żadna ze stron tego postępowania przed zamknięciem rozprawy nie zgłosiła nowych wniosków dowodowych; nadto ani powód, ani pozwany nie zażądali uzupełnienia przeprowadzonego postępowania dowodowego. Nie zaistniały też okoliczności determinujące konieczność zainicjowania jakichkolwiek czynności z urzędu (**art. 232 k.p.c.**).

Zważeniu podległo, co następuje:

Powództwo powoda zasługiwało w całości na uwzględnienie – tezę taką uznano za udowodnioną w świetle analizy i oceny zgromadzonego w tej sprawie materiału dowodowego; powołanych unormowań oraz przedstawionego rozumowania.

Powód domagał się zasądzenia od pozwanego na jego rzecz:

- kwoty **306.670,80, - zł** tytułem zwrotu nienależnie pobranych przez

niego kwot za świadczenia zrealizowane w ramach umowy o nrze (...) z dnia 31 grudnia 2008 roku wraz z kwotą skapitalizowanych odsetek;

- kwoty **9.884,76, - zł** tytułem kar umownych wynikających z zapisu z § 6 ww. umowy;

tj. łącznie kwoty **316.555,56, - zł** wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia powództwa w tej sprawie do dnia zapłaty.

Wskazana umowa łącząca strony niniejszego procesu dotyczyła udzielania przez pozwanego świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne) w zakresach określonych w jej załączniku o numerze 1, stanowiącym plan finansowo-rozliczeniowy.

Zgodnie z jej § 1 ust. 2 winien on wykonywać postanowienia analizowanej umowy zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w:

- zarządzeniu o nrze (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 listopada 2009 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, wydanym na podstawie **art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3** ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Wbrew twierdzeniom pozwanego, wywiedzionym w odpowiedzi na pozew, powód dochodził zapłaty żądanych kwot nie na podstawie przepisów kodeksu cywilnego, w szczególności **art. 405 k.c.** i **art. 410 k.c.**, dotyczących odpowiednio - bezpodstawnego wzbogacenia i nienależnego świadczenia; lecz w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2008r. Nr 81, poz.484). Konieczność stosowania powyższych regulacji przy realizacji umowy z dnia 31 grudnia 2008 roku., pozostawała między stronami bezsporna, albowiem wynikała bezpośrednio z jej treści - § 1 ust. 2 cyt. umowy.

- I tak zgodnie z **§ 28 ust. 1** ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia w przypadku stwierdzenia przez oddział wojewódzki powoda przekazania świadczeniodawcy nienależnych mu środków finansowych, kwota zyskana z tego tytułu podlega zwrotowi w terminie 14 dni od dnia otrzymania jego wezwania do ich zwrotu; przy czym w przypadku, gdy termin

ten przypada wcześniej, aniżeli termin dokonania kolejnej płatności przez niego, świadczeniodawca jest zobowiązany do dokonania zlecenia jej przelewu w dniu dokonania płatności przez powoda. Nadto - w przypadku, gdy obowiązek zwrotu nienależnie pobranych środków finansowych wynika z zakwestionowania wykonanych świadczeń, jest on zobowiązany do złożenia oddziałowi wojewódzkiemu powoda korygujących dokumentów rozliczeniowych (**§ 28 ust. 2**). Z kolei w przypadku wyczerpania procedury, o której mowa w **art. 64, art. 160 i art. 161** u.ś.o.z. (kontrola udzielania świadczeń), oddziałowi temu przysługuje prawo do dokonania potrącenia nienależnie przekazanych środków wraz z odsetkami ustawowymi z należnością przysługującą od niego świadczeniodawcy; odsetki ustawowe nie przysługują mu tylko za okres od dnia, w którym upłynął termin określony w przywołanej ustawie do rozpatrzenia zażalenia na czynności dyrektora jego oddziału wojewódzkiego do dnia jego rozpatrzenia.

Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ma charakter umowy wzajemnej, odpłatnej, dwustronnie zobowiązującej, w której każda ze stron jest jednocześnie wierzycielem i dłużnikiem - powodowi przysługuje wierzytelność względem świadczeniodawcy, której treścią jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów, a równocześnie jako dłużnik jest zobowiązany do zapłaty za udzielone świadczenia. Z kolei świadczeniodawca jako dłużnik jest zobowiązany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a jako wierzyciel posiada wierzytelność względem powoda o zapłatę za wykonane usługi. Umowa taka, mimo że na jej treść istotny wpływ mają przepisy prawa publicznego, ma charakter cywilnoprawny (por. T. Zimna, Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Warszawa 2007, s. 24).

Istota niniejszej sprawy sprowadzała się do wykładni treści zapisów zawartych w załączniku o nrze 1 do łączącej strony umowy o nrze (...) z 31 grudnia 2008 roku. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz treści punktu 21 zawartego w załączniku o nrze 1 części B do zarządzenia **Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia** o nrze (...) z 2 listopada 2009 roku. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna - współształtującego, stosownie do § 1 ust. 2 tej umowy, treść zobowiązania łączącego strony. Wymagało to odwołania się do normy **art. 65 k.c.**, określającego reguły wykładni oświadczeń woli, w tym interpretacji postanowień umów. Zgodnie bowiem z **art. 155 ust. 1** u.ś.o.z. do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego, jeżeli jej przepisy nie stanowią inaczej; żaden z jej przepisów nie przewiduje, by umowy tego rodzaju miały podlegać odmiennym regułom interpretacyjnym. Kierując się określonymi w powołanej normie jej dyrektywami należało ocenić, czy świadczenie zdrowotne, polegające na diagnostyce laboratoryjnej - badaniach molekularnych ((...)/ (...)), w ramach którego na podstawie jednego skierowania wykonuje się na rzecz tego samego pacjenta z jednego pobranego materiału kilka badań różnych patogenów, winno być rozliczane łącznie jako jedno świadczenie zdrowotne, czy też osobno za każde z wykonanych badań.

W ocenie powoda, albowiem, co legło u podstaw niniejszego sporu, pozwany niezasadnie rozliczył na rzecz tego samego pacjenta w 1090 przypadkach wielokrotność świadczenia oznaczonego kodem (...). Powyższą nieprawidłowość stwierdzono w ww wystąpieniu pokontrolnym o nrze 84/10 z dnia 11 sierpnia 2010 roku - obok niezasadnego wykazania do rozliczenia 579 świadczeń o ww. kodzie, wykonanych na rzecz 259 pacjentów objętych terapeutycznym programem zdrowotnym prowadzonym przez innych świadczeniodawców; druga z tych okoliczności nie była objęta niniejszym postępowaniem.

- Stosownie do treści **art. 65 § 1 k.c.**, oświadczenia woli należy tak tłumaczyć, jak tego wymagają okoliczności, w których zostały złożone, zasady współżycia społecznego oraz ustalone zwyczaje. W **§ 2** tego przepisu ustawodawca zastrzegł, że w umowach należy raczej badać, jaki był zgodny zamiar jej stron i jej cel, aniżeli opierać się na jej dosłownym brzmieniu. W doktrynie i judykaturze dominuje stanowisko, że na gruncie tego przepisu zastosowanie znajduje kombinowana metoda wykładni, oparta na kryteriach: subiektywnym i obiektywnym (por. m.in. Z. Radwański [w:] System prawa prywatnego, t. 2, 2002, s. 51 i n.; P. Machnikowski [w:] E. Gniewek (red.), KC. Komentarz, 2006, s. 154; uchwała Sądu Najwyższego z dnia 29 czerwca 1995 r., III CZP 66/95, OSNC 1995, nr 12, poz. 168, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 stycznia 2002 r., V CKN 679/00, LEX nr 54342). W uzasadnieniu powołanej uchwały z dnia 29 czerwca 1995 r., Sąd Najwyższy wyjaśnił, że stosowanie metody kombinowanej do oświadczeń woli obejmuje zasadniczo dwie fazy. W pierwszej ich sens ustala się, mając na uwadze rzeczywiste ukonstytuowanie się ich znaczenia między stronami. Na tym etapie wykładni priorytetową regułą interpretacyjną oświadczeń woli składanych

indywidualnym adresatom stanowi ich rzeczywista wola. Jej zastosowanie wymaga wyjaśnienia, jak rzeczywiście rozumiały one te oświadczenia; w szczególności, jaki sens łączyły z użytymi w nich zwrotami czy wyrażeniami. W razie ustalenia, że były to te same treści myślowe, pojmowany zgodnie przez nich ich sens trzeba uznać za wiążący. Podstawę prawną do stosowania wykładni subiektywnej stanowi – natomiast - norma **art. 65 § 2 k.c.**, który – mimo tego, że mowa jest w nim o umowach - odnosi się do wszystkich oświadczeń woli składanych innej osobie. Jeżeli jednak okaże się, że strony nie łączyły tego samego znaczenia ich oświadczeniom czy oświadczeniu, konieczne jest przejście do drugiej fazy wykładni (obiektywnej), w której właściwy dla prawa ich sens ustala się na podstawie przypisania normatywnego, czyli tak, jak adresat sens ten rozumiał i rozumieć powinien. Za wiążące uznać wówczas trzeba takie rozumienie oświadczenia woli, które jest wynikiem starannych zabiegów interpretacyjnych adresata; a więc decydujący jest normatywny punkt widzenia odbiorcy, który z należyłą starannością winien dokonać wykładni zmierzającej do odtworzenia treści myślowych osoby składającej je.

Z analizy i oceny naprowadzonego w tej sprawie stanu faktycznego - należało wyprowadzić wniosek, że strony tego sporu odmiennie rozumiały tego dotyczące postanowienia łączącej je umowy z dnia 31 grudnia 2008 roku oraz treść punktu 21 załącznika o nrze 1 części B do zarządzenia **Prezesa NFZ** o nrze (...) z 2 listopada 2009 roku., określających zasady rozliczania świadczeń (...) (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne).

- Na podstawie zeznań reprezentującego pozwanego Prezesa jego Zarządu - **T. N.**, które z punktu widzenia ich wiarygodności oceniono w wyższej partii tego uzasadnienia, ustalono, że pojmował on je w ten sposób, iż różne badania molekularne, wykonane z tego samego materiału pobranego od jednego pacjenta na podstawie jednego skierowania stanowiły osobne świadczenia opieki zdrowotnej ergo winny być rozliczane osobno. Prezentował on pogląd, że odmienne rozumienie pojedynczego "świadczenia", finansowanego przez powoda, wynikało wyłącznie z braku jego wiedzy na temat tego na czym one polegają; dalej wyjaśnił, że świadczenia, które pozwany mu sprawozdawał, zawierały wiele badań, a więc w przypadku, gdy zlecający badanie nakazywał oznaczyć dany patogen, to by wykonać całe badanie na jego obecność, pozwany musiał użyć i zastosować wiele technik molekularnych. Nie jest wprawdzie tak, że każde z nich jest przeprowadzane oddzielnie, ale np. w celu wykrycia wirusa zapalenia wątroby typu B, niezbędne jest zaangażowanie kilku ich rodzajów (izolacja materiału genetycznego, amplifikacja, identyfikacja tego materiału - bądź na żelu, bądź w czasie rzeczywistym). Jednocześnie świadkowie zawnioskowani w przebiegu tego procesu przez niego potwierdzili w swoich zeznaniach, że dane badanie - z medycznego punktu widzenia - kończy się na etapie autoryzacji i wówczas uważa się je za wykonane (tak. m.in. świadek **J. N. (1)** w odpowiedzi na pierwsze pytanie pełnomocnika pozwanego - vide: adnotacja 00:25:07 e-protokołu rozprawy z dnia 30 sierpnia 2016 r. k. 294). Dla porównania drugi ze świadków z nich: świadek **D. L.**, przyznała, iż "(...) zupełnie jasne jest, że wykrywane RNA albo wykrywanie DNA jest świadczeniem mającym na celu uzyskanie wyniku potwierdzającego obecność bądź nieobecność wykrywanego patogenu, czyli wirusa, bakterii, czy jakiegokolwiek innego; dla mnie zupełnie jasna jest sprawa, że zakresem kontraktowania objęte jest uzyskanie wyniku badania, czyli świadczenie mające na celu wykrycie RNA albo DNA danego patogenu" (adnotacja 00:04:53 e-protokołu rozprawy z dnia 30 sierpnia 2016 r. k. 294)

Uznanie za zasadną w tym aspekcie opisaną argumentację pozwanego oznaczałoby, że pojęcie świadczenia należałoby utożsamiać z pojęciem badania. Takie rozumowanie opierał on na konieczności zaangażowania w poszczególne badania znacznego nakładu sił, nakładu środków, różnych sprzętów; ich długotrwałości, ich autonomicznego charakteru, na warunkach ekonomicznych związanych z kosztem ich wykonywania; na jego dotychczasowej praktyce z tego zakresu z okresu współpracy z b. kasami chorych.

-Powód natomiast definiował te postanowienia w ten sposób, że świadczeniem jest cały zestaw zleconych przez lekarza kierującego badań, a więc niezależnie od ich liczby. Powyższe znalazło potwierdzenie w zeznaniach powołanego przez niego w tym postępowaniu świadka **M. K.**, w których uszczegółowiła, iż "świadczenie jest wykonane wtedy, kiedy (...) po przeprowadzeniu wszystkich badań diagnostycznych na podstawie skierowania otrzymuje się wynik; wtedy należy wykazać, że świadczenie jest wykonane; jeśli – zaś - zlecający wskazał, że (...) trzeba zrobić pierwsze, i drugie, i trzecie, i to się składa na komplet badań molekularnych, to świadczeniodawca może wykazywać jego realizację jeśli wykona

ten komplet badań..." (vide: adnotacja 00:07:26 e-protokołu rozprawy z dnia 24 stycznia 2017 r. k. 316). W tym stanie rzeczy przyjąć należało, że rozumienie przez strony złożonych przy zawieraniu umowy oświadczeń woli było rozbieżne.

W tej sytuacji, badając rzeczywistą treść zapisu tego dotyczącego zredagowanego w łączącej strony ww umowie - zgodnie z powołaną wyżej, dominującą na gruncie **art. 65 k.c.** tzw. kombinowaną metodą wykładni oświadczeń woli - należało pominąć pierwszą fazę ich interpretacji (subiektywną) i przejść do drugiej (obiektywnej), nawiązującej do normatywnej oceny koncentrującej się na ustaleniu jak ich adresat czy adresaci ich sens rozumieli i rozumieć powinni. W tej drugiej fazie należy je tłumaczyć tak, jak wymagają tego ze względu na okoliczności, w których zostały złożone, zasady współżycia społecznego i ustalone zwyczaje (obiektywny wzorzec wykładni oświadczeń woli); przy czym za wiążące uznać trzeba takie ich rozumienie, które jest wynikiem starannych zabiegów interpretacyjnych adresata czy adresatów. Decydujący jest normatywny punkt widzenia odbiorcy, który z należyłą starannością dokonać winien ich wykładni zmierzającej do odtworzenia treści myślowych osoby je składającej; nadto istotne znaczenie ma treść umowy, wyrażona na piśmie, rozumiana w świetle ogólnych znaczeń języka polskiego.

Odnosząc powyższe uwagi do realiów niniejszej sprawy stwierdzić należało, że treść punktu 21 załącznika o nrze 1 część B do zarządzenia **Prezesa NFZ** o nrze (...) z dnia 2 listopada 2009 r. przewidywała, że świadczenie polegające na diagnostyce laboratoryjnej – badaniach molekularnych (...) / (...), oznaczone kodem 5.03.00. (...), obejmuje wykrywanie RNA/DNA za pomocą badań molekularnych. Zarządzenie to, wraz z cyt. załącznikiem, kształtowało treść zobowiązania stron, gdyż jak wprost wynikało z **§ 1 ust. 2** umowy z dnia 31 grudnia 2008 roku świadczeniodawca był zobowiązany do wykonywania tejże umowy zgodnie z zasadami i na warunkach określonych m.in. w nim. Określenie charakterystyki świadczenia oznaczonego kodem 5.03.00. (...) jako ...wykrywania RNA/DNA za pomocą badań molekularnych... nastąpiło przy użyciu liczby mnogiej badania, a nie liczby pojedynczej badanie, co jasno świadczyło o tym, że w jego skład mogło wchodzić nie tylko jedno, ale i kilka lub nawet większa liczba badań. Gdyby istotnie każde badanie miało podlegać odrębnemu rozliczeniu, wówczas kolumna o nrze 5 tabeli cyt. umowy pod poz. 21 miałyby treść ...wykrywanie RNA/DNA za pomocą (jednego) badania molekularnego... - treść omawianego postanowienia jednoznacznie i obiektywnie przekonała o tym, że niezależnie od liczby badań molekularnych zrealizowanych w celu zdiagnozowania patogenu w ramach realizacji jednego skierowania, stanowiły one jedno świadczenie. Za takim jego rozumieniem przemawiała również treść **§ 18 ust. 1** zarządzenia **Prezesa NFZ** o nrze (...) z 2 listopada 2009 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Postanowienie to przewidywało, iż przy rozliczaniu ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych ((...)), wymienionych w załączniku o nrze 1 część B do wskazanego zarządzenia nie dopuszcza się łącznego rozliczania w ramach danego zakresu, określonego w kolumnie o nrze 3 (czyli w konkretnych realiach niniejszej sprawy w ramach świadczeń polegających na diagnostyce laboratoryjnej: badaniach molekularnych) świadczeń oznaczonych różnym kodem, jak również wielokrotności świadczeń oznaczonych tym samym kodem (czyli wielokrotności świadczeń oznaczonych kodem (...)), wykonywanych w tym samym dniu u tego samego świadczeniobiorcy.

Podkreślenia wymagało przy tym, że jak zgodnie podali w swoich zeznaniach zarówno reprezentujący pozwanego, jak i świadek **J. N. (1)**, już na etapie negocjacji związanych z zawieraniem przedmiotowej umowy po stronie pozwanego pojawiły się wątpliwości co do ogólnego, mało precyzyjnego sformułowania przedmiotu świadczenia. Niezależnie od tego kontynuował on rokowania ofertowe i ostatecznie zawarł z powodem umowę o takiej, a nie o innej treści. Miał on zatem świadomość, że we wcześniejszych umowach ryczałt za badania diagnostyczne był przez niego osobno określony dla oznaczania jakościowego i dla oznaczenia ilościowego; nawet zwracał mu uwagę na ten problem, bowiem świadek **J. N. (1)** działający wówczas jako jego konsultant i negocjujący umowy z powodem w przestrzeni wielu lat informował go o tym, iż wcześniej świadczenia te były rozliczane inaczej tj. z rozbiciem na badania jakościowe i na badania ilościowe. Powyższe potwierdzało, że mimo tego zdecydował się na złożenie oferty, skalkulował ją, podjął zatem pewne ryzyko gospodarcze - nie żądając wcześniej w żaden sposób stanowczego wyjaśnienia sposobu interpretacji cyt. umowy. W kontekście z tym, ubocznej tylko uwagi wymagało, że - skoro w toku przeprowadzanych w tej samej płaszczyźnie kontroli u innych świadczeniodawców nie stwierdzono dublowania wykazywanych świadczeń - za bezzasadny uznać należało jego zarzut, jakoby wykładnia przyjęta przez powoda prowadziła do konieczności realizacji świadczeń zdrowotnych, nieopłacalnych z ekonomicznego punktu widzenia. Trudno było bowiem poczynić

założenie, aby wszyscy pozostali świadczeniodawcy, w tym także rozumiejący postanowienie punktu. 21 załącznika o nrze 1 części B do zarządzenia **Prezesa NFZ** o nrze (...) z 2 listopada 2009 roku w sposób zgodny z jego interpretacją, zawierali nierentowne umowy dotyczące świadczeń zdrowotnych finansowych ze środków publicznych. Wreszcie należało zwrócić uwagę także na to, że cyt. wykładnia spornych oświadczeń woli przyjęta przez powoda nie mogła stanowić dla pozwanego zaskoczenia, skoro dostrzegł on zmianę sposobu określenia przedmiotu świadczenia w porównaniu z wcześniej zawieranymi przez niego umowami z b. kasami chorych..

Odpierając argumentację powoda wypadało ponadto wskazać, że nie ma znaczenia, iż poszczególne badania molekularne były wykonywane w różnym czasie, w różnych dniach; także, że w różnym czasie uzyskiwane były ich wyniki - skoro o „wykonaniu” świadczenia na potrzeby jego rozliczenia z powodem można było mówić dopiero po otrzymaniu (autoryzacji) jego pełnego wyniku; dopiero wówczas, bowiem, realizuje się cel zlecenia badań, jakim jest zdiagnozowanie konkretnych patogenów. Wykonanie świadczenia jest zdeterminowane uzyskaniem ostatecznego wyniku wszystkich badań zleconych w danym skierowaniu i one dają lekarzowi kierującemu pełną odpowiedź na poszukiwane przez niego pytania diagnostyczne. Fakt przekazywania lekarzom wyników poszczególnych badań niezwłocznie po ich wykonaniu, bez oczekiwania na wyniki pozostałych wymagających więcej czasu, również pozostaje obojętnym dla rozstrzygnięcia tego sporu.

W świetle powyższego - w reasumpcji - stwierdzić należało, że treść załącznika o nrze 1 do umowy o nrze (...) z dnia 31 grudnia 2008 roku o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i treść punktu 21 załącznika o nrze 1 część B do zarządzenia **Prezesa NFZ** o nrze (...) z dnia 2 listopada 2009 r. nakazały interpretację spornej kwestii w jeden tylko sposób; iż za jedno świadczenie należy uznać wykonywaną kompleksowo procedurę oznaczoną kodem (...) na rzecz jednego pacjenta, bez względu na ilość składających się na nią badań; czas ich wykonywania czy ich organizacyjno-techniczny charakter. Decydujące znaczenie ma okoliczność, że wszystkie badania zostały zlecone do wykonania u jednego pacjenta, w ramach jednego skierowania, jako komplet, pakiet badań.

Konsekwencją tego było uznanie, że obciążenie pozwanego przez powoda wynikającym z omówionego wystąpienia pokontrolnego o nrze 84/10 z dnia 11 sierpnia 2010 roku obowiązkiem zwrotu na jego rzecz kwoty **390.196,80,- zł** było uzasadnione. Jego prawnym wsparciem były zasady zredagowane w **§ 28 ust. 1** Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r. Nr 81, poz. 484). Zgodnie z nimi, w przypadku stwierdzenia przez oddział wojewódzki powoda przekazania świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych uzyskana kwota z tego tytułu podlega zwrotowi w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania w tej płaszczyźnie. Niezrozumiały jest zatem zarzut pozwanego o łączeniu odpowiedzialności zasadzającej się na powyższym z odpowiedzialnością kontraktową, skoro postanowienie zobowiązujące do zwrotu nienależnie wypłaconych środków finansowych jest przewidziane w OWU, czyli w istocie w umowie.

Mając na uwadze wzajemnie dokonywane potrącenia mające podstawy w unormowaniu **art. 498 k.c.** zezwalającym na to w sytuacji...gdy dwie osoby są jednocześnie względem siebie dłużnikami i wierzycielami, każda z nich może potrącić swoją wierzytelność z wierzytelnością drugiej strony..., po stronie pozwanego pozostał obowiązek zwrotu na rzecz powoda kwoty **306.670,28,- zł**

Odnosnie żądania zapłaty kary umownej wskazać należy, że stosownie do treści § 29 ust. 1 Ogólnych Warunków Umów, umowa mogła zawierać zastrzeżenie o karze umownej w razie stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy. Takie zastrzeżenie strony niniejszego procesu zastrzegły w cytowanym wyżej § 6 ust. 1 i 4 łączącej je umowy z dnia 31 grudnia 2008 r. Zgodnie z § 29 ust. 2 OWU, wysokość kary umownej ustala się z uwzględnieniem kwoty zobowiązania określonej w umowie oraz rodzaju i wagi stwierdzonych nieprawidłowości. Według § 29 ust. 4 OWU, dyrektor oddziału wojewódzkiego powoda określa każdorazowo, w wezwaniu do zapłaty, wysokość kary umownej oraz termin zapłaty, który nie może być krótszy niż 14 dni od dnia wezwania do powyższego. W przypadku, zaś, gdy termin określony w wezwaniu do zapłaty przypadnie wcześniej, anizeli termin dokonania kolejnej płatności przez powoda, świadczeniodawca jest zobowiązany do dokonania zlecenia przelewu w dniu dokonania przez niego płatności. W myśl § 30 ust. 1 pkt 2 lit. c OWU, w

przypadku zastrzeżenia w umowie kar umownych, w razie niewykonania lub wykonania umowy niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, wysokość kary umownej wynosi do 2 % kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń, za każde stwierdzone naruszenie, w przypadku m.in. przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz dokonał płatności nienależnych środków finansowych. Kwota zobowiązania w umowie łączącej strony z 31 grudnia 2008 roku. wynosiła **2.203.891,20,- zł** (§ 4 ust. 1 umowy), a zastosowany przez pozwanego w praktyce mnożnik, określający karę umowną (0,5%), jest niższy od (maksymalnego (2%). Mając na uwadze, iż pozwany wykonał umowę z dnia 31 grudnia 2008 roku niezgodnie z jej postanowieniami, tj. wbrew pkt. 21 załącznika o nrze 1 część B do zarządzenia **Prezesa NFZ** o nrze (...) z dnia 2 listopada 2009 roku zakazującego rozliczania jako osobnych świadczeń poszczególnych badań, składających się na jedną procedurę (świadczenie), jej nienależyte wykonanie nastąpiło z przyczyn, za które odpowiada; nadto z racji, że podał w raportach statystycznych wysłanych do powoda dane niezgodne ze stanem faktycznym, wykazując wykonanie wielu świadczeń, podczas gdy w istocie wykonał wiele badań składających się na ich komplet, stanowiących jedno świadczenia medyczne, w rezultacie czego powód wypłacił mu nienależnie kwoty to nałożenie na niego ww kary umownej wiążącej się z wystąpieniem pokontrolnym o nrze 84/10 z dnia 11 sierpnia 2010 r. było zasadne.

Tym samym na uwzględnienie – z przyczyn szczegółowo opisanych we wcześniejszej części tego uzasadnienia – zasługiwało także żądanie zasądzenia od pozwanego na rzecz powoda kwoty **9.884,76,- zł** wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu w tej sprawie do dnia zapłaty - tytułem nałożonej kary umownej stanowiącej 0,5% kwoty zobowiązania określonego w przedmiotowej umowie na kwotę **2.203.891,20,- zł**, która to skutek dokonanych potrąceń uległa zmniejszeniu do żądanej kwoty **9.884,76,- zł** (punkt **I lit. b** wyroku).

Powyższe kwoty zasądzono wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty, uznając tym samym zarzut przedawnienia podniesiony przez pozwanego za chybiony.

Stosownie do treści **art. 118 k.c.**... jeżeli przepis szczególny nie stanowi inaczej, termin przedawnienia wynosi dziesięć lat, a dla roszczeń o świadczenia okresowe oraz roszczeń związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej - trzy lata... Uchwałą Składu Siedmiu Sędziów z dnia 26 stycznia 2005 r. Sąd Najwyższy przesądził, że ustanowiony w **art. 118 k.c.** termin przedawnienia roszczeń o świadczenia okresowe stosuje się do roszczeń o odsetki za opóźnienie także wtedy, gdy roszczenie główne ulega przedawnieniu w terminie określonym w **art. 554 k.c.** Roszczenie o odsetki za opóźnienie przedawnia się jednak najpóźniej z chwilą przedawnienia się roszczenia głównego. W uzasadnieniu analizowanej uchwały, mającej moc zasady prawnej, Sąd Najwyższy wskazał, iż w sytuacjach, w których termin przedawnienia roszczeń o odsetki za opóźnienie jest taki sam jak termin przedawnienia roszczenia głównego, możliwość późniejszego upływu terminu przedawnienia roszczenia o odsetki za opóźnienie może być wynikiem zdarzeń oddziałujących na jego bieg (późniejsze rozpoczęcie się biegu przedawnienia, zawieszenie lub przerwanie biegu przedawnienia). Ostatecznie skonkludował, że można przyjąć, iż roszczenia o odsetki za opóźnienie przedawniają się odrębnie od roszczenia głównego, z tym jednak zastrzeżeniem, iż z reguły nie później niż z upływem terminu przedawnienia roszczenia głównego. (III CZP 42/04, OSNC 2005 nr 9, poz. 149, str. 1).

O kosztach procesu Sąd orzekł w punkcie **II** wyroku na podstawie **art. 108 par. 1 k.pc.**; **art. 98 par. 1 i par. 3 k.p.c.** zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu, obciążając nimi w całości pozwanego jako stronę, która przegrała niniejszą sprawę.

Na koszty poniesione przez powoda złożyły się: **15.828,- zł** tytułem opłaty sądowej od pozwu w myśl unormowań ustawy z dnia 28 lipca 2008 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (k. 107-109) oraz **14.400,- zł** tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego, których wysokość ustalono na podstawie § 2 pkt 7 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U. z 2015 r. poz. 1804), w brzmieniu obowiązującym w dniu wniesienia pozwu (4 maja 2016 r.).

Konsekwentnie, pozwanego obciążono we własnym zakresie wynagrodzeniem ustanowionego pełnomocnika procesowego (punkt **II lit b** wyroku).

/-/ Zofia Lehmann

ZARZĄDZENIE

- 1) notować w kontrolce uzasadnień,
- 2) odpis wyroku wraz z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikowi pozwanego zgodnie z wnioskiem jak na k. 333;
- 3) akta sprawy przedłożyć za 14 dni od dnia doręczenia lub z apelacją.

P., dnia 27 czerwca 2017 r.

/-/ Zofia Lehmann