

Sygnatura akt XII C 1057/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Poznań, dnia 23 sierpnia 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 dniu 9 sierpnia 2017 r. w Poznaniu na rozprawie sprawy z powództwa

Zakładu (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w P., ul. (...), (...)-(...) P.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w P., ul. (...)- P.

- o ustalenie

I. Ustala nieistnienie zobowiązania do zapłaty przez powoda na rzecz pozwanego kwoty 1.541.904,87,-zł, w tym:

a. w wysokości 1.494.223,26,-zł z tytułu nienależnego świadczenia związanego z realizacją umowy o numerze (...) o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze zawartej przez strony w dniu 31 grudnia 2008 roku;

b. w wysokości 47.681,61,-zł z tytułu kary umownej związanej z przeprowadzonym u powoda przez pozwanego postępowaniem kontrolnym o numerze(...) z dnia 17 kwietnia 2014 roku (punkt 3 pkt. 3 i 6).

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

a. nakazuje ściągnąć od niego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Poznaniu kwotę 13.315,21,-zł z tytułu zwrotu wydatków poniesionych w niniejszej sprawie na przeprowadzony dowód z opinii biegłego oraz kwotę 77.095,-zł z tytułu nie uiszczonej opłaty sądowej;

b. zasądza od niego na rzecz powoda kwotę 7.200,-zł z tytułu zwrotu poniesionego przez niego kosztu jego procesowego zastępstwa;

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

SSO Zofia Lehmann

Sygn. akt XII C 1057/14

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 5 maja 2014 roku powód **Zakład Opiekuńczo-Leczniczy i (...) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w P.**, działając samodzielnie, wniósł o ustalenie nieistnienia jego zobowiązania do zapłaty na rzecz pozwanego kwoty **1.541.904,87,- zł** - w szczególności:

a)1.494.223,26,- zł z tytułu nienależnego świadczenia związanego z realizacją przez niego zawartej przez nich umowy o numerze (...) o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze z dnia 31 grudnia 2008 roku,

b) łącznej kary umownej w wysokości **47.681,61,- zł** z tytułu przedstawienia mu przez niego danych niezgodnych ze stanem faktycznym, wynikającej z decyzji wydanej przez pozwanego w dniu 17 kwietnia 2014 roku w jej **pkt 3 ppkt 3 i 6** – postępowanie kontrolne o numerze 132/12/ (...).

Nadto wniósł o udzielenie mu zabezpieczenia jego roszczenia poprzez zakazanie pozwanemu dokonywania potrąceń ww kwot do czasu prawomocnego zakończenia przedmiotowego postępowania.

Uzasadniając ten wniosek powołał się on na **art. 755 § 1 pkt 1 k.p.c.** oraz konieczność unormowania praw i obowiązków stron tego postępowania; na **art. 755 § 21 k.p.c.** przewidujący sytuacje, w których możliwe jest odstąpienie od stosowania **art. 731 k.p.c.** Powód podniósł, że brak zabezpieczenia w przedstawionym przez niego stanie faktycznym tej sprawy skutkować będzie realną groźbą likwidacji jego działalności leczniczej; albowiem ewentualne ich potrącenie spowoduje, że zostanie pozbawiony środków pieniężnych przez 2 miesiące, skoro prowadzi ją jedynie w oparciu o przekazywane mu przez pozwanego - ich brak oznaczać będzie, że nie będzie on w stanie uregulować należności jego dostawcom mediów; uiścić wynagrodzeń jego pracownikom oraz wykonywać świadczeń na rzecz osób ubezpieczonych.

Poza tym – wniósł on:

-o zasądzenie od pozwanego na jego rzecz zwrotu kosztów niniejszego postępowania;

-o zwolnienie go od kosztów sądowych tej sprawy z powołaniem się, jako tego motywacji, na swoją trudną sytuację majątkową. (k. 1 – 11 akt).

Postanowieniem wydanym z dnia 20 maja 2014 roku został on zwolniony od ponoszenia kosztów sądowych w postępowaniu przed Sądem I instancji (k. 152 akt) oraz uwzględniono jego wniosek o udzielenie zabezpieczenia (k. 153 akt).

W odpowiedzi na pozew z dnia 14 lipca 2014 roku pozwany **Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki w P.**, działając przez pełnomocnika w osobie radcy prawnego, wniósł o oddalenie powództwa powoda w całości oraz o zasądzenie od niego na jego rzecz zwrotu kosztów tego procesu, w tym kosztów jego zastępstwa procesowego - wg norm przepisanych (k. 161 akt).

W motywacji zaprezentowanego stanowiska wskazał on, które z podanych przez powoda okoliczności przyznaje, a którym zaprzecza. Podtrzymał – nadto - w całej rozciągłości swoje stanowisko zawarte w jego wystąpieniu pokontrolnym z dnia 29 kwietnia 2013 roku, o znaku (...) (...) zmienionym przez jego Dyrektora w dniu 17 kwietnia 2014 roku, o znaku (...) (...). Jednocześnie wyjaśnił, że kwota, która zdaniem powoda jest mu nienależna wynika z nieprawidłowego rozliczenia przez niego świadczeń i otrzymanych z tego tytułu od niego należności, które w związku z tym podlegają zwrotowi na jego rzecz. Dalej podniósł, iż na podstawie ustaleń zawartych we wskazanym protokole zawarł ocenę kontrolowanej działalności powoda, w tym sprawozdawania z rozliczania świadczeń: osobodzień pobytu pacjenta z liczbą punktów o w skali B. co do 79, bowiem dokumentacja medyczna ich dotycząca nie potwierdziła udzielenia im ich.

Odnosząc się – natomiast - do twierdzeń powoda co do nienależnego mu roszczenia w zakresie kwoty **1.494.223,26,- zł** stwierdził, że podstawą wydania przez niego negatywnej oceny cyt. sprawozdania i rozliczenia na rzecz ww 79 pacjentów było ustalenie, że nie stosował on w stosunku do nich żywienia dojelitowego w rozumieniu **§ 10 ust. 6** zarządzenia o numerze (...) jego Prezesa z dnia 11 grudnia 2009 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Stosował on, bowiem, wobec nich dietę kuchenną (zmiksowaną), nie będącą dietą przemysłową, której koszty w całości ponosili oni; zatem bezpodstawnie obciążył go nim jego.

Według pozwanego dla powoda jedynym, ale błędnym warunkiem ww rozliczenia ze wskaźnikiem korygującym 2,8 było podawanie pożywienia za pośrednictwem sondy dożołądkowej, bez analizy tego, co wchodziło w jego skład -

zarzucił mu nie ustalanie indywidualnie ilościowego składu diety; brak prowadzenia przez niego planów leczenia żywieniowego zgodnie z punktem 1 standardów (...) Towarzystwa (...); nie ważenie pacjentów; brak prowadzenia szkoleń w 2010 roku w zakresie metod oceny stanu odżywienia, zapotrzebowania na substancje odżywcze i oceny skuteczności leczenia oraz zasad i metod żywienia pozajelitowego lub dojelitowego zgodnie z punktem 3.8 powyższych standardów. Nadto – iż w 2011 roku tylko cztery osoby brały w nich udział; iż w 2010 roku nie prowadzono też dokumentacji, z której wynikałby fakt podawania jego pacjentom preparatu odżywczego.

W dalszej kolejności pozwany zwrócił uwagę na to, że zgodnie z cyt. zarządzeniem leczenie żywieniowe, którego koszty ponosi jest stosowane dopiero po przeprowadzonej kwalifikacji do tego i po ustaleniu planu żywienia - w okresie kontrolowanym, tymczasem, powód udzielał świadczeń, które winny być rozliczone wskaźnikiem korygującym 1, skoro nie stosował g; tym samym pobierał za ten sam posiłek (miks kuchenny) zarówno opłatę od pacjentów jak i od niego.. W związku z powyższym żąda on od niego zwrotu jedynie różnicy pomiędzy wskazanymi wartościami.

W opisanym wystąpieniu pokontrolnym wskazał on także, że ocenione negatywnie działania powoda były niezgodne z **§ 10 ust. 4-8** oraz § 14 ust. 1 i **§ 14 ust. 8** zarządzenia jego Prezesa o numerze (...), czemu powód zaprzeczył powołując się na to, że pozwany badając jego działalność w powyższym zakresie za czas od 1 stycznia 2010 roku do 31 grudnia 2011 roku oparł się na unormowaniach obowiązujących dopiero od 2012 roku.

Co do żądania ustalenia braku obowiązku zapłaty przez niego kary umownej z tytułu przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, pozwany stanowczo zaprzeczył stanowisku powoda, że nie należąca jest do zapłaty przez niego na jego rzecz kwota w wysokości **47.681,61,- zł**; skoro wynika ona z naliczenia jej w związku z:

1. udzielaniem przez niego w latach 2010 - 2012 świadczeń niezgodnie z harmonogramem pracy stanowiącym załącznik o numerze **2** do umowy Harmonogram - zasoby przez personel lekarski, opiekunów medycznych, psychologów, terapeutę zajęciowego, logopedę i fizjoterapeutów oraz udzielaniem ich przez osoby niewymienione w nim;
2. brakiem pomieszczeń i wyposażenia w sprzęt przeznaczony do udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej;
3. złą organizacją udzielania świadczeń, polegającą na uzależnianiu czasu pobytu i leczenia danego pacjenta od decyzji jego zespołu rehabilitacyjno-terapeutycznego, który w rzeczywistości nie istniał;
4. wykorzystywaniem do udzielania świadczeń większą liczbę łóżek od wskazanych w rejestrze Wojewody (...). co doprowadziło do niespełnienia wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147 z późn. zm.)
5. sprawowaniem opieki pielęgnarskiej na rzecz pacjentów powoda z naruszeniem ich praw wynikających z **art. 6** i **art. 20 ust. 1** ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz. U. z 2012 roku, poz. 159 z późn. zm.);
6. udzielaniem świadczeń przez podwykonawców niezgłoszonych do realizacji umowy;
7. prowadzeniem zbiorczej dokumentacji medycznej;
8. sprawozdaniem i rozliczaniem w 2010 roku i 2011 roku ww świadczeń, mimo, że dokumentacja medyczna ich dotycząca nie potwierdzała ich wykonania;

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

Sąd Okręgowy ustalił, co następuje:

W dniu 31 grudnia 2008 roku powód i pozwany zawarli umowę o numerze (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, do której w dniach 18 listopada 2009 roku, 26 stycznia 2010 roku, 4 lutego 2010 roku oraz 20 grudnia 2010 roku podpisali aneksy.

Pozwany od dnia 18 października 2012 roku do dnia 8 marca 2013 roku przeprowadził u powoda kontrolę jej realizacji za okres 1 stycznia 2010 - 31 grudnia 2011 roku w przedmiocie spełnienia wymagań i warunków ich udzielania, sprawozdań i ich rozliczeń oraz prowadzenia tego dotyczącej dokumentacji medycznej, zakończoną wystąpieniem pokontrolnym z dnia 29 kwietnia 2013 roku.

Powód nie zgodził się z wnioskami zawartymi w nim i złożył w dniu 14 maja 2013 roku zastrzeżenia do nich - dyrektor pozwanego nie uwzględnił ich wydając w dniu 27 maja 2013 roku decyzję utrzymującą w mocy jego postanowienia.

Na podstawie **art. 160** ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej zwaną jako „u.ś.o.z.”), powód w dniu 6 czerwca 2013 roku wniósł na nią zażalenie.

Pismem Prezesa pozwanego z dnia 24 stycznia 2014 roku został on poinformowany, iż nie znaleziono podstaw do uwzględnienia go - poza wnioskiem o ewentualne miarkowanie nałożonych na niego kar umownych.

Z kolei pismem z dnia 10 lutego 2014 roku powód na podstawie **art. 160 ust. 3 i 3a** w/w ustawy wniósł do niego wniosek o ponowne rozpatrzenie jego zażalenia.

Ostatecznie - pismem z dnia 9 kwietnia 2014 roku poinformował on go, iż w części uwzględnił przedstawioną przez niego argumentację i przekazał do ponownego rozpatrzenia Dyrektorowi pozwanego kwestię ustalenia wysokości naliczenia kwoty do zwrotu z tytułu nienależnie przekazanych mu środków finansowych oraz wysokości naliczonej kary umownej.

Pismem z dnia 17 kwietnia 2014 roku pozwany poinformował powoda, jakie jest jego ostateczne stanowisko dotyczące spełnienia wymagań i warunków udzielania cyt. świadczeń, sprawozdań i rozliczeń wybranych świadczeń opieki zdrowotnej oraz prowadzenia dokumentacji medycznej w zakresie realizacji łączącej strony umowy z dnia 31 grudnia 2008 roku; a następnie wezwał go do zapłaty w terminie 14 dni od jego otrzymania:

1. kwoty **1.494.223,26,- zł** z tytułu przedstawienia przez powoda danych niezgodnych ze stanem faktycznym;
2. kwoty **113.427,75,- zł** z tytułu kar umownych nałożonych na niego przez pozwanego.

W odpowiedzi na nie powód uznał po swojej stronie obowiązek zapłaty kary umownej w wysokości **65.746,14,- zł**, natomiast odmówił zapłaty kwoty w wysokości **1.494.223,26,- zł** z w/w tytułu oraz kwoty **47.681,61,- zł** z tytułu kar umownych nałożonych przez pozwanego na niego za podanie danych niezgodnych ze stanem faktycznym.

W reakcji na to pozwany poinformował go, iż z uwagi na odmowę przekazania mu tych kwot wystąpiły przesłanki do dokonania przez niego potrącenia całej kwoty **1.607.651,01,- zł**.

Kwota **1.494.223,26,- zł**, podlegająca według pozwanego zwrotowi na jego rzecz przez powoda dotyczyła niezasadnie i błędnie - w jego przekonaniu - sprawozdanych świadczeń i tym samym rodziła konieczność skorygowania raportów statystycznych dla 982 świadczeń; ich rozliczenie dotyczyło żywienia dojelitowego i świadczeń w rodzaju: osobodzień pobytu u powoda pacjenta z liczbą punktów o w skali B. ze wskaźnikiem 2,8 za lata 2010 - 2011, które nastąpiło na podstawie zarządzenia o numerze (...) Prezesa pozwanego z dnia 11 grudnia 2009 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej wraz z tabelą rozliczeń (załącznik nr 1 do w/w zarządzenia).

Od 2005 roku funkcjonują w/w standardy określające, że leczenie żywieniowe powinno być poprzedzone odpowiednią oceną, żywieniem przez sztuczną drogę pokarmową (zgłębnik nosowo-żołądkowy żywieniowy lub po upływie miesiąca - P., albo przez cewnik w żyłę, zazwyczaj centralnej) preparatem sztucznym (mieszaniną dożylną lub dietą

przemysłową) i to w sposób kontrolowany; standardy te określają ponadto metody działania i organizacji leczenia żywieniowego. Ich celem jest pomoc w prawidłowej organizacji wszystkich jego etapów, określeniu warunków jego bezpieczeństwa, umożliwieniu zastosowania go u wszystkich chorych wymagających tego oraz stworzeniu podstaw do negocjacji mających na celu jego finansowanie.

Według powyższych standardów w przypadku żywienia dojelitowego podaż składników odżywczych do przewodu pokarmowego musi odbywać się przez sztuczną drogę pokarmową – przez pompę grawitacyjną lub w bolusach. Leczenie żywieniowe jest pojęciem obejmującym zarówno żywienie dojelitowe, jak i żywienie pozajelitowe; natomiast stosowana w nim mieszanina odżywcza może być przygotowywana w warunkach szpitalnych, przy czym istotne jest, by miała ściśle określony skład.

Powód stosował prawidłowe leczenie żywieniowe (dojelitowe) we wszystkich przypadkach, gdy prowadził właściwie dokumentację medyczną (karta kwalifikacyjna, opis diety, plan leczenia, kontrola metaboliczna, karta zleceń, kontrolne badania laboratoryjne), używał zgłębnika lub gastrostomii i diety przemysłowej – najczęściej N., F., D. – które są dietami zdefiniowanymi o pełnym znanym składzie.

Rozliczenie przez niego 79/100 pacjentów na 0 punktów w skali B. dotyczyło chorych wymagających sztucznego żywienia z racji niemożności naturalnego i samodzielnego ani nawet z pomocą osób trzecich odżywiania się, co oznaczało konieczność ich odżywiania przez sztuczną drogę pokarmową (zgłębnik, przetoka odżywcza); zgodnie z ww standardami w takim przypadkach należy stosować dietę o znanym i stałym składzie, a takie cechy mają diety przemysłowe; przez niego zastosowane.

U 24/100 pacjentów stosował on prawidłowe leczenie żywieniowe, a u 76/100 nie dysponował pełną dokumentacją medyczną ich dotyczącą odzwierciedlającą rodzaj stosowanych wobec nich sondy i diety; brak było kart zleceń; częste podawano im dietę kuchenną, która nie stanowi rodzaju leczenia żywieniowego..

Naprowadzony stan faktyczny znalazł oparcie w treści:

- zeznań świadków: **M. P.** (adnotacja 00:05:53 e-protokołu rozprawy z dnia 30 września 2014 roku k. 192 akt), **A. R. (1)** (adnotacja 00:17:58 e-protokołu rozprawy z dnia 30 września 2014 roku k. 192 - 193 akt), **J. B.** (adnotacja 00:33:54 e-protokołu rozprawy z dnia 30 września 2014 roku k. 193 akt), **M. B.** (adnotacja 00:47:11 e-protokołu rozprawy z dnia 30 września 2014 roku k. 193 akt), **M. K.** (adnotacja 00:02:21 e-protokołu rozprawy z dnia 25 listopada 2014 roku k. 204 akt), **I. G.** (adnotacja 00:30:08 e-protokołu rozprawy z dnia 25 listopada 2014 roku k. 204 akt), **G. K.** (adnotacja 00:48:32 e-protokołu rozprawy z dnia 25 listopada 2014 roku k. 205),
- opinii biegłej z zakresu specjalizacji chorób wewnętrznych **K. K.** (k. 291 - 295 akt) wraz z opiniami uzupełniającymi (k. 349 - 350, 422 - 512, 543 - 547, 591);
- dokumentów z kart: 14 - 30, 37 - 57 (księga rejestrowa), 31 - 36 (aneksy do umowy), 58 - 150, 178, 189 (dokumentacja dotycząca kontroli przeprowadzonej przez pozwanego u powoda) oraz załączonej do akt niniejszej sprawy dokumentacji medycznej.

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; opinia biegłej.

A. Dokumenty urzędowe zgromadzone w aktach niniejszego postępowania, a wskazane wyżej w niniejszym uzasadnieniu, tj. decyzje wydane przez pozwanego uznano za wiarygodne w całości – zostały one sporządzone w odpowiedniej formie przez uprawnione do tego organy i w ramach ich kompetencji (**art. 244 § 1 k.p.c.**, zgodnie z treścią którego...dokumenty urzędowe, 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...).

Dokumenty prywatne (o których stanowi przepis **art. 245 k.p.c.**, zgodnie z treścią którego...dokument prywatny stanowi dowód tego, że osoba, która go podpisała, złożyła oświadczenie zawarte w dokumencie...) zostały uznane również

za wiarygodne – strony nie kwestionowały ich treści i autentyczności; nie znaleziono też podstaw, aby podważać ich moc dowodową i wiarygodność z urzędu; stąd stały się podstawą powyższych ustaleń.

Uznano – zatem - za wiarygodne wszystkie powołane **wyżej dokumenty urzędowe i dokumenty prywatne**, znajdujące się w aktach sprawy. Ich autentyczność, jak również prawdziwość ich treści nie była kwestionowana przez żadną ze stron postępowania w oparciu o treść **art. 232 k.p.c.** w zw. z **art. 252 k.p.c.** i **art. 253 k.p.c.**

Fakt, iż żadna ze stron nie kwestionowała treści ich kserokopii pozwolił na potraktowanie ich jako dowodów pośrednich istnienia dokumentów o treści im odpowiadającej.

B. W roli świadków w przebiegu tego procesu wystąpili:

Z inicjatywy powoda: **M. P., A. R. (2), J. B., M. B.**

Z inicjatywy pozwanego: **M. K., I. G., G. K.**

Zeznaniom świadków **M. P.** i **A. R. (1)** dano wiarę w całości, bowiem ich treść znalazła odzwierciedlenie w wynikach przeprowadzonego w tej sprawie postępowania dowodowego. Były one w spornym okresie pracownikami powoda, miały szeroką wiedzę na temat procedur stosowanych wówczas u niego oraz wymagań stawianych mu przez pozwanego w kontekście z łączącą ich w/omówioną umową. Świadek **M. P.**, pracując u niego w latach 1993 - 2012 jako lekarz, często decydowała wobec którego z przyjętych przez niego pacjentów należy zastosować żywienie dojelitowe; w sposób wyczerpujący wyjaśniła ona, w jaki sposób kwalifikowano jego pacjentów do tych, którzy mieli o w skali B., i którzy byli poddani żywieniu pozadoustnemu oraz kto decydował o tym, jaki rodzaj pożywienia i jakim sposobem będzie im podawany; potwierdziła również, że w przypadku pacjentów przekazywanych ze szpitali korzystano z informacji zawartych w kartach informacyjnych ich dotyczących. Jeżeli – natomiast - dany pacjent nie był wcześniej hospitalizowany, to rodzaj jego leczenia należał do decyzji lekarza pracującego na oddziale, czyli w wielu przypadkach właśnie do niej. Przyznała przy tym, że w kontrolowanym okresie pozwany dawał pracownikom powoda „wolną rękę” co do zastosowania rodzaju diety - mogła być to, więc, przemysłowa bądź kuchenna zmiksowana, a wskazówki związane z tym, że ma to być dieta przemysłowa pojawiły się dopiero na początku 2012 roku, czyli po okresie analizowanej kontroli. Wyjaśniła także czym się kierowała, decydując o powyższym oraz jakie skutki uboczne i zagrożenia niesło ze sobą stosowanie wyłącznie diety przemysłowej u pacjentów, u których można było oczekiwać powrotu odruchu przelykowego.

Tożsame informacje uzyskano od świadka **A. R. (1)**, która w okresie objętym ww kontrolą była u powoda przełożoną pielęgniarek. Potwierdziła ona, że stosuje się u niego żywienie standardowe i dojelitowe – drogą inną niż doustną, m.in. przez zgłębnik doustny nosowo-żołądkowy, P. (przezskórna endoskopowa gastrostomia) bądź też przez jejunostomię (bezpośrednio do jelita cienkiego). Wyjaśniła nadto, iż w 2009 roku żywienie dojelitowe było prowadzone przez inny podmiot, a od 2010 roku - miało być włączone w oddział. Na podstawie jej zeznań ustalono, że u powoda pracowało wystarczająco dużo osób przeszkolonych do leczenia pacjentów poddawanych mu; odnosząc to do konkretnych wymogów pozwanego podała w jakim zakresie i w jaki sposób dany wymóg spełniono, np. przy wymogu posiadania z ogółu zatrudnionych pielęgniarek 25% pielęgniarek, które ukończyły kurs bądź specjalizację z dziedzin mających zastosowanie w opiece długoterminowej - na tamten czas powód posiadał ich 78% .

Wiedza ww. świadków - zasadzająca się na bezpośrednim źródle miała najistotniejsze znaczenie przedmiotowego sporu, stając się podstawą dokonanych w jego przebiegu ustaleń faktycznych.

Zeznania świadków **J. B.** i **M. B.** także należało obdarzyć zaufaniem - pełniąc funkcję w tożsamy strukturalnie (w stosunku do powoda) jednostkach wyjaśnili oni, jak poszczególne procedury związane z leczeniem żywieniowym realizowano w zatrudnianych ich placówkach. Podali także z jakimi zastrzeżeniami ze strony pozwanego spotykali się w czasie kontroli przeprowadzanych w nich przez niego, tj. w przypadku świadka **J. B.** - w J., a w przypadku świadka **M. B.** - w M., w którym od 1999 roku był zastępcą dyrektora, a od 2012 roku - dyrektorem. Świadek **M. B.** - poza tym - zeznał, że wskutek cyt. kontroli przeprowadzonych przez pozwanego zakład ten postanowiono w 2013 roku zlikwidować. Jednocześnie zwrócił uwagę na dwa zarządzenia jego Prezesa, które obowiązywały - jedno do końca 2011 roku, a drugie od początku 2012 roku; akcentując, że dopiero drugie z nich doprecyzowało kwestie związane z żywieniem dojelitowym mówiąc o substancjach odżywczych. Przyznał, iż zakład ten miał podobne problemy, jak w przypadku powoda podkreślając, że zapis **§ 10 ust. 6** zarządzenia obowiązującego w kwestionowanych przez niego okresach dotyczył podawania substancji odżywczych w sposób inny niż doustny - jednakże nie określano w nim rodzaju substancji, tylko sposób podawania. Na tożsame problemy wskazywała świadek **J. B.** wyjaśniając przy tym, że w prowadzonym przez nią zakładzie również występują różne formy leczenia żywieniowego oraz pacjenci oceniani w skali B. na punktów 0, żywieni dojelitowo i miksem kuchennym; przy czym także w przypadku tego zakładu o zakwalifikowaniu pacjenta w tej skali decydował lekarz w nim pracujący.

Relacje świadków **M. K.** i **G. K.** oceniono jako wiarygodne o tyle, o ile posiadały one uzupełnienie i odzwierciedlenie w uznanym za spójny materiale dowodowym tej sprawy. Jako wiarygodną oceniono część pierwszą ich wypowiedzi dotyczącą przeprowadzonej u powoda kontroli, przyczyn jej przeprowadzenia, jak i treści wystąpienia pokontrolnego, albowiem słowa te miały pełne odzwierciedlenie w treści dokumentów zgromadzonych w tej sprawie, jak i w relacjach pozostałych osób zeznających w jej trakcie. Jako wiarygodne i szczerze oceniono także ich słowa dotyczące tego, na czym polega kontrola realizacji świadczeń objętych ww umową, już wykonanych. Co do dalszego fragmentu ich wypowiedzi, to został on oceniony jako rzeczywisty o tyle, o ile miał odzwierciedlenie w pozostałym uznanym za taki materiale dowodowym niniejszej sprawy. Zeznające potwierdziły okoliczność, mającą szczególnie istotne znaczenie dla tego sporu, iż zapis dotyczący realizacji świadczeń w postaci leczenia żywieniowego pacjentów (którego interpretacja ma kluczowe znaczenie w tym postępowaniu) uległ zmianie na początku 2012 roku, a w toku kontroli stosowano zapis obowiązujący do końca 2011 roku.

W podobny sposób oceniono zeznania świadka **I. G.** (k. 205 akt), która potwierdziła fakt kontroli u powoda, jak i wymieniła stwierdzone uchybienia; fakty te były zresztą niesporne. Dano jej również wiarę co do słów o braku osiągnięcia przez strony porozumienia w tym zakresie; nie umiała odpowiedzieć natomiast, skąd powód miał czerpać wiedzę o drugim z wymaganych przez pozwanego kryteriów do zastosowania wskaźnika 2,8, tj. kwalifikacji do leczenia żywieniowego dietą przemysłową przy niewątpliwym stwierdzeniu braku samodzielności pacjenta w żywieniu; nie potrafiła też odnieść się merytorycznie do przedstawionego algorytmu dotyczącego tych kryteriów.

C. Opinia biegłego.

Ponieważ rozstrzygnięcie w przedmiocie sporu wymagało wiadomości specjalnych, postanowieniem wydanym na posiedzeniu niejawnym w dniu 14 stycznia 2015 roku w oparciu o treść przepisów **art. 278 § 1 k.p.c.** w zw. z **art. 232 k.p.c.** - celem ustalenia czy wykonane u powoda świadczenia w zakresie żywienia dojelitowego i pozajelitowego spełniały wymagania (lata 2010 – 2011) jego dotyczące wynikające ze standardów i to zarówno w zakresie sposobu jego podania, jak i jego treści (dieta kuchenna? dieta przemysłowa?); jakie warunki muszą być spełnione dla jego stosowania (obsługa, aparatura...) i jak winny być w związku z tym rozliczane – przeprowadzono dowód z opinii biegłych z dziedziny dietetyki i medycyny o specjalności chorób wewnętrznych. Opinię tą przedłożyła biegła z zakresu specjalizacji chorób wewnętrznych **K. K.** (k. 291-295 akt).

Przystępując do jej oceny zaznaczyć należało, iż zdaniem Sądu Najwyższego, wyrażonym w postanowieniu z dnia 7 listopada 2000 roku (I CKN 1170/98, OSNC 2001/4/64) opinia biegłego podlega ocenie – przy zastosowaniu **art. 233 § 1 k.p.c.** – na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków. Opinia taka podlega zatem, jak i inne dowody, ocenie według cytowanego

powyżej przepisu lecz odróżniają ją szczególne kwalifikacje ocenne. Przedmiotem jej nie jest przedstawienie faktów, ale wyłącznie ich badanie na podstawie fachowej wiedzy i specjalnych wiadomości. Nie podlega ona, jak dowód na stwierdzenie faktów weryfikacji na podstawie kryteriów prawdy i fałszu, lecz chodzi o pozytywne lub negatywne uznanie wartości rozumowania w niej zawartego. Może być ona nadto kwestionowana przez strony.

W niniejszym procesie żadnej ze stron nie udało się skutecznie podważyć sporządzonej przez ww. biegłą, chociaż zarówno powód, jak i pozwany wnieśli do jej treści szereg zarzutów – co zaowocowało wydaniem przez nią dwu uzupełniających.

W każdej z nich konsekwentnie podtrzymywała wnioski wykonanej przez siebie opinii pierwotnej, udzielając przy tym wyczerpujących odpowiedzi i wyjaśnień na ich wątpliwości.

Akcentacji wymagało też, że została opracowana ona przez osobę fachową, posiadającą doświadczenie na polu teorii i praktyki. Jej opracowanie jest szczegółowe; zawarte w niej konkluzje uzasadnione zostały zgodnie z wymogami **art. 285 § 1 k.p.c.**, Nie zawierała ona twierdzeń wzajemnie sprzecznych; ich źródłem była przeprowadzona przez nią analiza obszernej dokumentacji medycznej, zaoferowanej przez powoda.

Mając na uwadze przedstawione wyżej kryteria oceny opinii biegłych, należało uznać ją jako sporządzoną w rzetelny i jasny sposób, w oparciu o zebraną w sprawie dokumentację medyczną, dokonane analizy oraz na podstawie osobistych spostrzeżeń poczynionych przez biegłą w toku jej wykonywania. Nie zawierała też niejasności, sprzeczności i luk stając się w pełni przydatną i wystarczającą do rozstrzygnięcia sporu stron; z powyższych względów nie znaleziono podstaw do przeprowadzania dalszych dowodów, w szczególności z dowodu z opinii innego biegłego bądź tych samych, ale na podstawie ponownie przeprowadzonej analizy dokumentacji medycznej, która choć – jak wskazywała biegłą – nie była kompletna, ale wystarczająca do powyższego celu.

W orzecznictwie podkreśla się, iż Sąd nie ma obowiązku przeprowadzania dowodu z opinii dalszych biegłych czy z opinii instytutu naukowego lub naukowo-badawczego tylko dlatego, że złożona przez biegłego opinia jest dla strony niekorzystna (np. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 28 listopada 2000 roku, I CKN 962/98, LEX nr 50823). Jednocześnie należy zauważyć, iż dowód z opinii biegłego jak i instytutu ma szczególny charakter, a mianowicie korzysta się z niego w wypadkach wymagających wiadomości specjalnych (...). W konsekwencji nie można przyjąć, że Sąd obowiązany jest dopuścić dowód z kolejnych biegłych czy też z opinii instytutu w każdym wypadku, gdy opinia złożona jest niekorzystna dla strony.

Ww biegłą w sposób należyty uzasadniła swoje wnioski, a zaprezentowana przez nią argumentacja poddawała się weryfikacji; w żadnym momencie nie były one oderwane od pozostałych zgromadzonych w niniejszej sprawie materiałów dowodowych i w sposób pozbawiony wewnętrznych sprzeczności wynikały z poprzedzających je rozważań.

Słuszność powyższego stanowiska potwierdza orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 21 listopada 1974 roku (II CR 638/74, OSPiKA 1975/5/108), zgodnie z którym jeżeli opinia biegłego specjalisty jest na tyle kategoryczna i jednoznaczna, że wystarczająco wyjaśnia zagadnienia wymagające wiadomości specjalnych, to powoływanie kolejnego biegłego byłoby zbędne.

Sąd nie widział potrzeby przeprowadzenia dowodów z urzędu. Strony były bowiem reprezentowane przez fachowych i profesjonalnych pełnomocników. Sąd oparł się zatem jedynie na materiale dowodowym zaoferowanym przez nie, co zgodne było z obowiązującą zasadą kontrydiktoryjności.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo jest w pełni uzasadnione, a za jego uwzględnieniem przemawiała analiza dowodów przeprowadzonych w przebiegu niniejszej sprawy, jak i ocena stanu faktycznego – dokonana przez przyzmat niżej przytoczonych przepisów

Art. 189 k.p.c. mówi o tym, iż...powód może żądać ustalenia przez sąd istnienia lub nieistnienia stosunku prawnego lub prawa, gdy ma w tym interes prawny... Niezbędną zatem przesłanką uwzględnienia powództwa jest wykazanie przez powoda, który jest dysponentem danego procesu, interesu prawnego tak sformułowanego żądaniu. W przedmiotowym procesie powód w świetle treści **art. 6 k.c.** w pełni wykazał go - odnosi się do łącznej kwoty **1.607.651,01,- zł**, w tym kwoty **47.681,61,- zł** tytułem kary umownej, którą nałożył na niego pozwany i zamierza co do niej postawić wobec niego zarzut potrącenia z jego należnościami powoda względem niego. A zatem jego istnienie po stronie powoda nie powinno budzić wątpliwości.

Niespornym było stwierdzenie wskazanych wyżej uchybień przez pozwanego, wymienionych w protokole kontroli o numerze (...) (...) i wystąpieniu pokontrolnym. Jak wskazano wyżej, stan faktyczny mniejszej sprawy był niesporny, a jego podstawę stanowiły dokumenty załączone przez powoda. Przedmiotem rozważań był jednak jego zarzut dotyczący leczenia żywieniowego pacjentów i zastosowanych wskaźników w przypadku pacjentów ocenionych na 0 punktów w skali B.,

Podstawy prawnej przyjętego rozstrzygnięcia, należało poszukiwać w postanowieniach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (opubl. w Dz.U. z 2004 roku. Nr 210, poz. 2135 ze zm.), gdyż jej przedmiotowym zakresem zgodnie z treścią jej **1 punkt 1 - 2** są objęte warunki udzielania i zakres tych świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz zasady i tryb ich finansowania. Zakres podmiotowy komentowanej ustawy, natomiast, obejmuje osoby fizyczne, objęte powszechnym - tj. obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej reguluje jej **Dział III**.

Oprócz postanowień tejże ustawy, dla rozstrzygnięcia niniejszego sporu kluczowe, o ile nie decydujące znaczenie, ma interpretacja postanowień zarządzenia o numerze (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2009 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej wraz z tabelą rozliczeń, skali opartej na skali B. oraz standardów żywienia pozajelitowego i dojelitowego (...) Towarzystwa (...).

Jak wskazano wyżej, zarzutem stawianym przez pozwanego, który w jego ocenie stanowi podstawę do obciążenia powoda obowiązkiem zwrotu kwoty w łącznej wysokości **1.607.651,01,- zł** jest przedstawienie przez niego rozliczeń niezgodnych ze stanem faktycznym, tzn. rozliczenia przez powoda pacjenta ocenionego na 0 punktów w skali B. wskaźnikiem 2,8, tj. **218,68,- zł** za osobodzień, a nie wskaźnikiem podstawowym z kwotą **78,10,- zł** za osobodzień, tj. ocenionego według skali B. na 5 - 40 punktów.

Stosownie do § 1 ust. 2 umowy o numerze (...) z dnia 31 grudnia 2008 roku o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać umowę zgodnie z zasadami i warunkami zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze ustalanych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa pozwanego, wydanego na podstawie **art. 146 § 1 i 3 u.ś.o.z.** oraz Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku.

W okresie, podlegającym kontroli przez pozwanego tj. w latach 2009 -2011, obowiązywało zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o numerze (...) z dnia 11 grudnia 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. W **rozdziale 4** tej regulacji określono Zasady udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w warunkach stacjonarnych; zgodnie z jego **§ 10 ust. 6** ...dojelitowe i pozajelitowe w zakładach opiekuńczych dotyczy świadczeniobiorców, którzy z powodu braku możliwości podawania drogą naturalną substancji odżywczych w ilości wystarczającej do utrzymania przy życiu, wymagają długotrwałego podawania substancji odżywczych w sposób inny niż doustny...

Należy przychylić się do argumentacji powoda, iż swoje działania, polegające na kwalifikacji danych pacjentów do żywienia dojelitowego oparł on on o prawidłową interpretację obowiązującego w okresie przeprowadzonej u niego kontroli ww zarządzenia. Niespornym między stronami było, iż zapis powołanego jego **§ 10 ust. 6** uległ zmianie dopiero pod koniec 2011 roku z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2012 roku. To nowe zarządzenie Prezesa

pozwanego z dnia 16 listopada 2011 roku o numerze (...) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, niewątpliwie doprecyzowało kwestie związane z żywieniem dojelitowym, bowiem w jego **§ 10 ust. 7** postanowiono, że żywienie dojelitowe i pozajelitowe w zakładach opiekuńczych dotyczy świadczeniobiorców, którzy z powodu braku możliwości podawania drogą naturalną diety kuchennej, wymagają długotrwałego przewidywanego dłużej niż 30 dni, podawania substancji odżywczych, tj. białka lub źródeł białka, tłuszczów, węglowodanów, elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych i wody, w sposób inny niż doustnie przy użyciu kompletnej diety przemysłowej; ilość diety powinna być dostosowana do aktualnego zapotrzebowania białkowo-energetycznego chorego, przy czym jej ilość docelowo, w okresie nie dłuższym niż 14 dni nie może być mniejsza niż 20 kcal/kg masy ciała w przypadku osoby dorosłej.

Przed dniem wejścia w życie zarządzenia Prezesa pozwanego o numerze (...), a więc także w okresie objętym przedmiotowym sporem, obowiązywał zapis **§ 10 ust. 6** zarządzenia o numerze (...), który dotyczył podawania substancji odżywczych w sposób inny niż doustny. Jednakże nie określano w nim rodzaju substancji odżywczych ani rodzaju wymaganej diety (kuchennej czy przemysłowej), a jedynie sposób ich podawania. Nie sposób zgodzić się z argumentacją pozwanego, że czynnikiem decydującym u powoda o zastosowaniu wskaźnika 2,8 do danego rozliczenia osobodni w rodzaju droga podania (założenie sondy bądź P. u pacjenta), stanowiły w rzeczywistości tylko narzędzie, by to leczenie żywieniowe wprowadzić. O ile bezspornym jest, że kluczowym do zastosowania leczenia żywieniowego było stosowanie odpowiedniej diety oraz opracowany plan takiego leczenia przygotowany przez odpowiednio przeszkolone osoby, o tyle nie sposób zgodzić się z nim, że podawanie substancji odżywczych drogą inną niż doustną poprzez np. zgłębnik doustny nosowo-żołądkowy, P. (przezskórną endoskopową gastrostomię) bądź też przez jeunostomię (bezpośrednio do jelita cienkiego), stanowi narzędzie, a nie sposób żywienia danego pacjenta. Gdyby było to wyłącznie narzędzie, to winno być jako takie zdefiniowane w cytowanym zarządzeniu Prezesa pozwanego albo chociaż w jego załącznikach; winno być wyraźnie oddzielone od zagadnień dotyczących sposobu podania (drogi podania) danych substancji odżywczych., Powyższa konkluzja znajduje zarówno potwierdzenie we wnioskach opinii biegłej, które - z przyczyn szczegółowo opisanych we wcześniejszej części uzasadnienia – przyjęto oraz w treści zeznań ww świadków, zaoferowanych przez powoda, którzy w spornym okresie pracowali u niego; nadto zajmowali się pacjentami zarówno żywionymi dojelitowo, jak i doustnie. Podkreślenia wymaga przy tym, że u powoda w 2009 roku żywienie dojelitowe było prowadzone przez inny podmiot (zewnętrzny), a dopiero od 2010 roku miało być włączone w oddział. W strukturach powoda ustalono wówczas procedury żywienia dojelitowego, a ich podstawą były obowiązujące wymagania pozwanego. Powód korzystał z opracowanej przez zatrudnionych u niego lekarzy specjalistów procedury, polegającej na tym, że w przypadku, gdy pacjent był kierowany do powoda ze szpitala bądź z domu i miał zapisane w karcie, że jest leczony żywieniowo, to jego pracownicy opierali się na tej informacji. W przypadku jej braku - wysyłali pacjenta do szpitala, o czym decydował lekarz prowadzący bądź lekarz pracujący na danym oddziale. Tym samym realizował on również postanowienie **§ 10 ust. 5** zarządzenia o numerze (...), zgodnie z treścią którego kwalifikacja świadczeniobiorcy do żywienia dojelitowego i pozajelitowego odbywa się w szpitalu. Jak wynika z zeznań zawnioskowanych przez powoda świadków, żywienie dojelitowe było realizowane u niego zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, a w szczególności ze standardami żywienia pozajelitowego i dojelitowego opracowanymi przez (...) Towarzystwo (...), co znajdowało odzwierciedlenie w **§ 10 ust. 7** ww. zarządzenia.

Wątpliwości nie budziła okoliczność, że w okresie analizowanej kontroli, zarówno u powoda, jak i w innych ośrodkach, zasadniczo stosowano i diety przemysłowe, i diety kuchenne. Z punktu widzenia obowiązujących wówczas standardów ww Towarzystwa, nie można było czynić świadczeniodawcom na tej podstawie zarzutu, bowiem w standardach tych mowa była o podawaniu mieszaniny odżywczej drogą inną niż doustna; nie podano przeciwskazań do zastosowania diety innej, niż przemysłowa. Jeśli chodzi o mieszaniny odżywcze, w przedmiocie których wypowiedziała się także cyt. biegła, to dopuszczano zarówno mieszaniny tworzone w warunkach szpitalnych, jak i w warunkach domowych oraz przemysłowych.

W tym świetle uznać należało, że powód wykazał po myśli **art. 6 k.c.**, iż przedstawiał do rozliczenia procedury kwestionowane w zestawieniu sporządzonym przez pozwanego na podstawie odpowiadającej zasadom doświadczenia

życiowego i logicznego myślenia interpretacji cytowanych zapisów zarządzenia Prezesa, które w tożsamy sposób były interpretowane przez innych tego typu świadczeniodawców.

Mając zatem na uwadze przedstawioną powyżej interpretację spornego zapisu **§ 10** zarządzenia Prezesa pozwanego o numerze (...), w brzmieniu obowiązującym do końca 2011 roku, należało podzielić jego pogląd, iż w sposób prawidłowy i rzetelny wykazał on procedury z zakresu leczenia żywieniowego rozliczone wg skali B. na o punktów oraz wg wskaźnika 2,8.

Powód wykazał nadto, iż w 2009 roku – tj. w toku poprzedniej kontroli - pozwany nie zgłaszał jakichkolwiek zastrzeżeń co do sposobu rozliczania przez niego udzielonych świadczeń; niespornym jest też, że w odpowiedzi na wezwanie pozwanego z dnia 17 kwietnia 2014 roku, powód uznał obowiązek zapłaty kwoty kary umownej w wysokości **65.746,14,- zł**, natomiast nie widział podstaw do zapłaty kwoty **1.494.223,26,- zł** oraz kwoty **47.681,61,- zł** z tytułu kar umownych nałożonych przez pozwanego za podanie danych niezgodnych ze stanem faktycznym.

Odnosząc się do nałożenia przez pozwanego na powoda kary umownej, o której mowa w **§ 29 ust. 1 - 6** Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 6 maja 2008 roku (Dz.U. Nr 81, poz. 484), z uwagi na rzekome przedstawienie przez niego danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonał on płatności mu nienależnych środków finansowych, należało także podzielić argumentację powoda, iż w sposób prawidłowy przedstawiał on je. Pozwany nie miał zatem podstaw, aby przyjąć, iż powód otrzymał jakiegokolwiek nienależne płatności z tytułu świadczeń udzielonych w okresie od dnia 1 stycznia 2010 do dnia 31 grudnia 2011 roku, a objętych przeprowadzonym monitorowaniem spełnienia wymagań i warunków udzielania świadczeń, sprawozdań i rozliczeń wybranych świadczeń opieki zdrowotnej oraz prowadzenia dokumentacji medycznej, na podstawie łączącej strony umowy, zakończoną wystąpieniem pokontrolnym z dnia 29 kwietnia 2013 roku. Co za tym idzie, nie istniały przesłanki do obciążenia powoda w związku z rzekomymi uchybieniami karą umowną.

Odnosząc się zatem do oświadczenia pozwanego o istnieniu przesłanek do potrącenia, należało uznać, że powód ma interes prawny w obaleniu owego zarzutu w zakresie kwoty wskazanej przez niego, a składającej się na wartość przedmiotu niniejszego procesu. Otóż, zgodnie z **brzmieniem art. 498 § 1 k.c.**, gdy dwie osoby są jednocześnie względem siebie dłużnikami i wierzycielami, każda z nich może potrącić swoją wierzytelność z wierzytelności drugiej strony, jeżeli przedmiotem obu wierzytelności są pieniądze lub rzeczy tej samej jakości oznaczone tylko co do gatunku, a obie wierzytelności są wymagalne i mogą być dochodzone przez sąd lub innym organem państwowym; wskutek potrącenia obie wierzytelności umarzają się nawzajem do wysokości wierzytelności niższej (**§ 2 art. 498 k.c.**). Jak stanowi k.c. w **art. 499**, potrącenia dokonuje się przez oświadczenie złożone drugiej stronie, przy czym oświadczenie to ma moc wsteczną od chwili, kiedy potrącenie stało się możliwe.

Wobec zatem uznania, iż powód w sposób prawidłowy przedstawiał dane dotyczące udzielonych spornych świadczeń zdrowotnych, co szczegółowo zostało opisane wyżej, pozwany nie miał podstaw, aby przyjąć, iż powód otrzymał jakiegokolwiek nienależne płatności w tytułu świadczeń udzielonych w okresie od dnia 1 stycznia 2010 do dnia 31 grudnia 2011 roku, objętym kontrolą przeprowadzoną od 18 października 2012 roku do 8 marca 2013 roku – a co za tym idzie, nie istniały podstawy do obciążenia powoda w związku z uchybieniami karą umowną, o której mowa w **§ 29 ust. 1-6** Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Mając powyższe okoliczności na uwadze, dokonane ustalenia stanu faktycznego, ocenę dowodów, treść wskazanych wyżej przepisów i poczynione rozważania, ustalono, że powód nie jest zobowiązany - na podstawie **§ 27 ust. 1** Ogólnych Warunków Umów o udzielenie 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 - do dokonania zwrotu na rzecz pozwanego:

a. kwoty **1.494.223,26,-zł** z tytułu nienależnego świadczenia związanego z realizacją umowy o numerze (...) o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze zawartej przez strony w dniu 31 grudnia 2008 roku;

b. kwoty **47.681,61,-zł** z tytułu kary umownej związanej z przeprowadzonym u powoda przez pozwanego postępowaniem kontrolnym o numerze 132/12/ (...) z dnia 17 kwietnia 2014 roku (punkt 3 pkt. 3 i 6),

o czym orzeczono w punkcie **I sentencji wyroku**.

Koszty niniejszego postępowania:

o kosztach niniejszego postępowania orzeczono w punkcie **II lit a.-c. sentencji wyroku**.

Objęły one: rozstrzygnięcie o opłacie sądowej od pozwu, wydatkach na opinie biegłego oraz o koszcie zastępstwa procesowego powoda i pozwanego.

Mając na uwadze fakt, iż powód wygrał niniejszą sprawę w całości, w oparciu o treść **art. 98 § 1 i § 3 k.p.c.** (zasada odpowiedzialności za wynik sprawy, zasada zwrotu kosztów niezbędnych i celowych), zadecydowano o obciążeniu pozwanego nie uiszczoną przez powoda opłatą sądową od pozwu w kwocie **77.095,-zł** (postanowieniem z dnia 20 maja 2014 roku zwolniono powoda od kosztów sądowych w całości; k. 152 akt), jak również zasądzono od pozwanego na rzecz powoda kwotę **7.200 zł** z tytułu zwrotu kosztu jego procesowego zastępstwa (ustalonego w oparciu o brzmienie § 6 punkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (opubl. w Dz. U. z 2002 roku, Nr 163, poz. 1349 ze zm.), obowiązującego w chwili wytoczenia powództwa. Nadto kosztem procesowego zastępstwa pozwanego obciążono go we własnym zakresie. Pozwanego obciążono także kwotą **13.315,21,-zł** z tytułu zwrotu wydatków poniesionych w niniejszej sprawie przez Skarb Państwa - Sąd Okręgowy w Poznaniu na przeprowadzony dowód z opinii biegłego, która to kwota stanowi sumę wynagrodzenia biegłego, zasądzonych postanowieniami z dnia 14 marca 2016 roku (6.781,46 zł - k. 374 akt), z dnia 7 marca 2017 roku (6.053,40 zł - k. 567 akt) oraz z dnia 2 sierpnia 2017 roku (480,35 zł - k. 632 akt). Kwotę tę należało nakazać ściągnąć od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w Poznaniu, który tymczasowo pokrył koszty opinii biegłego z powodu braku uiszczenia przez strony zaliczek.

Zofia Lehmann

Z. Notować.

Odpis wyroku plus uzasadnienie doręczyć proszę pełn. stron.

Proszę przedłożyć za 14 dni lub z apelacją

Pn.dnia 6 listopada 2017 roku Zofia lehmann