

Sygn. akt I ACa 671/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 grudnia 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	<i>SSA Hanna Nowicka de Poraj</i>
Sędziowie:	<i>SSA Barbara Górczanowska (spr.)</i> <i>SSA Paweł Rygiel</i>
Protokolant:	<i>st.sekr.sądowy Urszula Kłosińska</i>

po rozpoznaniu w dniu 20 grudnia 2017 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa ***Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego w K.***

przeciwko ***(...) Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w S.***

o zapłatę

na skutek apelacji strony pozwanej

od wyroku Sądu Okręgowego w Kielcach

z dnia 17 lutego 2017 r. sygn. akt I C 2673/14

1. oddala apelację;

2. zasądza od strony pozwanej na rzecz strony powodowej kwotę 2700 zł (dwa tysiące siedemset złotych) tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.

SSA Paweł Rygiel SSA Hanna Nowicka de Poraj SSA Barbara Górczanowska

UZASADNIENIE

wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 20 grudnia 2017 r.

Powodowy Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki w K. domagał się zasądzenia od strony pozwanej (...) – Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w S. kwoty 206.087,78 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 26 kwietnia 2014r. i kosztów procesu, tytułem zwrotu nienależnego świadczenia spełnionego przez powoda w ramach łączącej strony umowy, na podstawie wadliwej dokumentacji medycznej przedstawionej przez stronę pozwaną, obejmującej świadczenia opieki zdrowotnej, których umowa stron nie dotyczyła.

Strona pozwana (...) – Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w S. wniosła o oddalenie powództwa w całości zarzucając, że udokumentowane przez nią prawidłowo świadczenia medyczne zostały wykonane w warunkach ratowania zdrowia i życia pacjentów.

Wyrokiem z dnia 17 lutego 2017 r. Sąd Okręgowy w Kielcach I Wydział Cywilny zasądził od strony pozwanej na rzecz strony powodowej kwotę 159.433,01 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 26 kwietnia 2014 roku do dnia zapłaty; oddalił powództwo w pozostałej części; nakazał ściągnąć na rzecz Skarbu Państwa Sąd Okręgowy w Kielcach od strony powodowej kwotę 3.092,64 zł, a od strony pozwanej kwotę 7.971,95 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych; zasądził od strony pozwanej na rzecz strony powodowej kwotę 3.949,14 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Podstawą rozstrzygnięcia były następujące ustalenia faktyczne:

W dniu 3 lutego 2011r. pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia – (...) Oddziałem Wojewódzkim w K. a (...) Spółką z o.o. w S. jako świadczeniodawcą została zawarta umowa Nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Przedmiotem umowy było udzielanie przez świadczeniodawcę takich świadczeń, jak leczenie szpitalne, w zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik nr(...)do umowy. W § (...) ust. (...) ustalono, że świadczeniodawca zobowiązany był wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych: w szczególności w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, ustalanych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa NFZ Nr (...) z dnia 3 listopada 2009r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.), wraz ze zmianami określonymi w zarządzeniach: Nr (...) Prezesa NFZ z dnia 30 grudnia 2009r., Nr (...) Prezesa NFZ z dnia 1 lipca 2010r., Nr (...) Prezesa NFZ z dnia 1 września 2010r. oraz Nr (...) Prezesa NFZ z dnia 18 stycznia 2011r., zwanych dalej „warunkami zawierania umów”, rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2009r. Nr 140, poz. 1143 ze zm.) oraz zgodnie z Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 81, poz. 484), zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”. Umowa została zawarta na okres od dnia 1 stycznia 2011r. do dnia 31 grudnia 2013r. Uzgodniono, że kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 1 stycznia 2011r. do dnia 31 grudnia 2011r. wynosi maksymalnie 2.397.397,80 zł, a liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową, w w/w okresie rozliczeniowym określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący załącznik nr(...)umowy. W w/w planie rzeczowo-finansowym wskazano, że umowa zawarta została na zakresy świadczeń: ortopedia i traumatologia narządów ruchu – zespół chirurgii jednego dnia, chirurgia naczyniowa – zespół chirurgii jednego dnia, okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia (...), chirurgia ogólna – zespół chirurgii jednego dnia, chirurgia plastyczna – zespół chirurgii jednego dnia. W dniu 29 marca 2012r. został zawarty aneks Nr (...) do umowy Nr(...)o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej leczenie szpitalne. Zgodnie z tym aneksem w wykonaniu § (...)zarządzenia nr (...) Prezesa NFZ z dnia 28 lutego 2012r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne zmieniono ust. (...)w § (...) umowy z dnia 3 lutego 2011r., który otrzymał brzmienie: „Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, ustalonych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Nr(...)Prezesa NFZ z dnia 20.10.2011r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), wraz ze zmianami określonymi w zarządzeniu Nr (...) Prezesa NFZ z dnia 22.11.2011r., zarządzeniu Nr (...) Prezesa NFZ z dnia 13 grudnia 2011r. oraz zarządzeniu Nr (...) Prezesa NFZ z dnia 28 lutego 2012r. zwanych dalej „warunkami zawierania umów”, Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 81, poz. 484), zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów” oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2009r. Nr 140, poz. 1143 z późn. zm.).

Sąd Okręgowy ustalił, że w dniach 26 października 2012r. – 13 grudnia 2012r. kontrolerzy ze (...) Oddziału Wojewódzkiego NFZ w K. w osobach E. Ś. i B. J. przeprowadzili kontrolę doraźną (...) Sp. z o.o. w S., której przedmiotem była realizacja umowy Nr(...)w rodzaju leczenie szpitalne w okresie 1 stycznia 2011r. – 30 czerwca 2012r. w zakresie chirurgii naczyniowej – zespół chirurgii jednego dnia, a w szczególności dokumentacji pacjentów oraz poprawności sprawozdania i kwalifikacji udzielonych świadczeń z grupy Q16. Kontroli poddano łącznie 38 historii chorób pacjentów z zakresu chirurgia naczyniowa – zespół chirurgii jednego dnia, w tym 31 historii chorób pacjentów w 2011r., 7 historii chorób pacjentów w 2012r. Na podstawie dokumentacji medycznej 38 pacjentów objętych kontrolą, u których sprawozdano do rozliczenia grupę Q16 – Inne zabiegi na naczyniach ustalono, że: w 2011r. - w 17 przypadkach udzielonych świadczeń wykazano do rozliczenia grupę Q16 procedura (...)wprowadzenie kaniuli z naczynia do naczynia krwionośnego, w tym u 15 pacjentów wg dokumentacji medycznej zrealizowano grupę Q52 procedura (...)założenie cewnika permanentnego do dializy, u 1 pacjenta zrealizowano grupę Q52 procedura (...)założenie cewnika czasowego do dializy, u 1 pacjenta zrealizowano grupę Q52 procedura (...)zespolecie dla dializy nerkowej; - w 9 przypadkach udzielonych świadczeń wykazano do rozliczenia grupę Q16 procedura (...)wycięcie/zspolecie naczynia – inne – miejsca nieokreślone, a wg dokumentacji medycznej zrealizowano grupę Q52 procedura (...)zspolecie dla dializy nerkowej; - w 2 przypadkach udzielonych świadczeń wykazano do rozliczenia grupę Q16 procedura(...)rewizja uprzedniego zabiegu naczyniowego – naczyń obwodowych, w tym u 1 pacjenta wg dokumentacji medycznej zrealizowano grupę Q52 procedura 39.43 usunięcie przetoki tętniczo-żylny dla dializy, u 1 pacjenta zrealizowano grupę Q52 procedura (...)udrożnienie przetoki tętniczo-żylny; - w 2 przypadkach udzielonych świadczeń wykazano do rozliczenia grupę Q16 procedura (...)pomost naczyniowy - inne, a wg dokumentacji medycznej zrealizowano grupę Q52 procedura 39.271 zspolecie dla dializy nerkowej; - w 1 przypadku udzielonych świadczeń wykazano do rozliczenia grupę Q16 procedura (...)chirurgiczne leczenie zakażeń protez naczyniowych naczyń obwodowych, a wg dokumentacji medycznej zrealizowano grupę Q52 procedura(...)usunięcie przetoki tętniczo-żylny dla dializy; w 2012r. - w 6 przypadkach udzielonych świadczeń wykazano do rozliczenia grupę Q16 procedura (...)wprowadzenie kaniuli z naczynia do naczynia krwionośnego, w tym u 4 pacjentów wg dokumentacji medycznej zrealizowano grupę Q52 procedura (...)założenie cewnika permanentnego do dializy, u 2 pacjentów zrealizowano grupę Q52 procedura (...)zspolecie dla dializy nerkowej; - w 1 przypadku udzielonych świadczeń wykazano do rozliczenia grupę Q16 procedura (...)wycięcie/zspolecie naczynia – inne – miejsce nieokreślone, a wg dokumentacji medycznej zrealizowano grupę Q52 procedura(...)usunięcie przetoki tętniczo-żylny dla dializy. Z uwagi na wyjaśnienia podmiotu kontrolowanego, powołującego się m.in. na stanowisko L. Konsultanta Wojewódzkiego ds. (...) J. W., (...) Oddział Wojewódzki NFZ zwrócił się do Konsultanta Wojewódzkiego ds. (...) J. S. o opinię w tej sprawie i otrzymał odpowiedź: „Założenie cewnika permanentnego do dializy winno być umieszczone w procedurze (ICD-9) Nr (...)w grupie JGP Q52. Zaszeregowanie procedury założenie cewnika permanentnego do dializy (ICD-(...)) pod Nr (...)w grupie JGP Q16 jest błędem”. W trakcie czynności kontrolnych dokonano także kontroli pomieszczeń oraz sprzętu medycznego. Ustalono, że spełniają one wymagania dla chirurgii naczyniowej – zespół chirurgii jednego dnia. Jednocześnie stwierdzono, że warunki te nie spełniają wymogów dla realizacji dostępu w leczeniu nerkozastępczym – grupa Q52, który zgodnie z katalogiem JGP, stanowiącym załącznik nr (...) do zarządzenia nr (...) i nr (...) Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne winien być wykonywany w ramach hospitalizacji. Z uwagi na powyższe stwierdzono, iż kontrolowany podmiot nie zapewnia całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia, co stanowi główny wymóg hospitalizacji, a jak wynika z załącznika nr(...) do umowy Harmonogram – Zasoby świadczeniodawca zatrudnia 1 lekarza specjalistę chirurgii naczyniowej w wymiarze 1/2 etatu zamiast wymaganego dla hospitalizacji równoważnika co najmniej 2 etatów – specjalista chirurgii naczyniowej. Stwierdzono także, że w 26 przypadkach pacjenci skierowani byli przez szpitale lub stacje dializ z rozpoznaniem przewlekłej niewydolności nerek w celu wykonania dostępu do leczenia nerkozastępczego, zaś w pozostałych 12 skierowaniach wystawionych przez Poradnię Naczyniową (...) Centrum Medyczne (...) zawarte było jedynie rozpoznanie choroby – przewlekła niewydolność nerek; chorzy posiadali skierowania do pozwanej z uzgodnionym terminem przyjęcia na leczenie w chirurgii naczyniowej – zespół chirurgii jednego dnia, co potwierdza planowy tryb przyjęcia. Stwierdzono również, że świadczeniodawca nie zapewnia we własnym zakresie materiału medycznego do udzielania świadczeń medycznych.

Według ustaleń Sądu pierwszej instancji, w dniu 20 grudnia 2012r. wpłynęły zastrzeżenia pozwanego do protokołu kontroli, w których świadczeniodawca negował wszystkie ustalenia kontroli, lecz Zespół Kontrolny po przeanalizowaniu dodatkowych wyjaśnień stwierdził, że nie wnoszą one nowych istotnych elementów do ustaleń zawartych w protokole kontroli i nie wymagają uzupełnienia w treści protokołu. Ostatecznie w zaleceniach pokontrolnych powód zobowiązał pozwanego do dokonania korekty rachunku i raportu statystycznego na kwotę 196.987 zł za świadczenia zapłacone za okres od 1 stycznia 2011r. do 30 czerwca 2012r. oraz korekty raportu statystycznego na kwotę 11.128 zł za świadczenia niezapłacone za okres od 1 stycznia 2011r. do 30 czerwca 2012r., zapłaty kary umownej w wysokości 2% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy dla danego zakresu świadczeń, tj. 4.786,86 zł za 2011r. i 4.313,92 zł za 2012r., łącznie 9.100,78 zł oraz do podjęcia działań organizacyjnych mających na celu przestrzeganie realizacji umowy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Pismem z dnia 21 stycznia 2013r. pozwany wniósł do Dyrektora (...) Oddziału Wojewódzkiego NFZ w K. zastrzeżenia do treści zawartych w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 8 stycznia 2013r. Pismem z dnia 30 stycznia 2013r. powód utrzymał w mocy ocenę wyników kontroli, zalecenia pokontrolne oraz karę umowną, zgodnie z treścią wystąpienia pokontrolnego z dnia 8 stycznia 2013r. W dniu 14 lutego 2013r. pozwany wniósł zażalenie do Prezesa NFZ w W., którego to zażalenia Prezes NFZ, pismem z dnia 23 stycznia 2014r. nie uwzględnił. Pomimo kierowanych do niego wezwań, pozwany nie dokonał żądanej zapłaty.

Na podstawie opinii biegłego Sąd Okręgowy ustalił następnie, że z 38 procedur medycznych wykonanych u pozwanego objętych postępowaniem kontrolnym nr (...) przeprowadzonym przez powoda, 9 procedur zostało właściwie zakwalifikowanych przez pozwanego i sprawozdanych. Były to następujące procedury: (1) procedura 9 dotycząca pacjentki J. K., która w dniu 11 października 2011r. otrzymała skierowanie do pozwanego z rozpoznaniem: Przewlekła niewydolność nerek. Celem wytworzenia przetoki. W dniu 15 października 2011r. u pozwanego wykonano rekonstrukcję ramienia żylnego przetoki do hemodializy – wszczepienie pomostu naczyniowego – wstawka osiowa – żyła odpromieniowa – żyła odłokciowa. Postępowanie było prawidłowe. Zabieg zakwalifikowano ICD – (...). Ze względu na rozległość zabiegu i konieczność wykonania dodatkowych zespołów żylnych kwalifikacja zabiegu była właściwa. (2) procedura 10 dotycząca w/w pacjentki J. K., która w dniu 24 października 2011r. otrzymała skierowanie do pozwanego z rozpoznaniem: Przewlekła niewydolność nerek. H.. W dniu 30 października 2011r. u pozwanego wykonano wszycie protezy zbrojonej od tętnicy ramiennej do żyły pachowej po stronie lewej. Postępowanie było prawidłowe. Zabieg zakwalifikowano ICD – (...). Ze względu na rozległość zabiegu kwalifikacja zabiegu była właściwa. (3) procedura 16 dotycząca pacjentki S. P. (1), która w dniu 16 września 2011r. otrzymała skierowanie do pozwanego z rozpoznaniem: przetoka ropna okolicy żyły odpromieniowej na ramieniu prawym. W dniu 17 września 2011r. u pozwanego wykonano rewizję uprzednio wykonanego zabiegu naczyniowego i przetoki tętniczo-żylną do hemodializ; wycięcie skórne przetoki ropnej penetrującej do okolicy bocznic żyły odpromieniowej; podwiązanie i wycięcie segmentu bocznic żylną. Postępowanie terapeutyczne było prawidłowe. Zabieg zakwalifikowano ICD – (...). Zabieg zakwalifikowany został właściwie. ICD – (...) odnosi się do rewizji uprzedniego zabiegu naczyniowego naczyń obwodowych. (4) procedura 21 dotycząca pacjenta Z. S. (1), który w dniu 26 października 2011r. otrzymał skierowanie do pozwanego z rozpoznaniem: Przewlekła cukrzycowa niewydolność nerek. M. dostępu do dializ. W dniu 28 października 2011r. u pozwanego wykonano rewizję przetoki promieniowo-odpromieniowej lewej, podwiązano i wycięto bocznicę żylną, wykonano rewizję uprzedniego zabiegu naczyniowego naczyń obwodowych. Zachowano wszystkie konieczne procedury. Zabieg zakwalifikowano ICD – (...). Kwalifikacja zabiegu była właściwa. (5) procedura 24 dotycząca pacjenta Z. S. (2), który w dniu 16 września 2011r. otrzymał skierowanie do pozwanego z rozpoznaniem: Przewlekła niewydolność nerek. W dniu 17 września 2011r. u pozwanego wykonano wypreparowanie żyły odłokciowej prawej, podwiązanie i odcięcie jej bocznic, superficjalizację, anteropozycję i reanastomozę żyły odłokciowej prawej. Zachowano wszystkie konieczne procedury. Zabieg zakwalifikowano ICD – (...). Kwalifikacja zabiegu była właściwa. (6) procedura 29 dotycząca pacjentki W. T., która w dniu 30 czerwca 2011r. otrzymała skierowanie do pozwanego z rozpoznaniem: Przewlekła niewydolność nerek. H.. Celem wykonania dostępu naczyniowego do dializ (przetoka?). W dniu 6 sierpnia 2011r. u pozwanego wykonano pomost naczyniowy z użyciem tworzywa sztucznego pomiędzy tętnicą ramienną a żyłą pachową po stronie lewej. Postępowanie było prawidłowe. Zabieg zakwalifikowano ICD – (...). Kwalifikacja zabiegu była właściwa. (7) procedura 34 dotycząca pacjenta A. W. (1), który w dniu 16 września

2011r. otrzymał skierowanie do pozwanego z rozpoznaniem: Przewlekła niewydolność nerek. W dniu 17 września 2011r. u pozwanego wykonano wypreparowanie żyły odłokciowej lewej, podwiązanie i odcięcie bocznic, elewację, superficjalizację i reanastomozę żyły odłokciowej lewej. Postępowanie było prawidłowe. Zabieg zakwalifikowano ICD – (...). Kwalifikacja zabiegu była właściwa. (8) procedura 35 dotycząca pacjenta K. W., który w dniu 26 października 2011r. otrzymał skierowanie do pozwanego z rozpoznaniem: Ropowica lewego ramienia w miejscu przetoki (graft). Przewlekła niewydolność nerek. W dniu 28 października 2011r. u pozwanego wykonano usunięcie graft przetoki tętniczo-żylną z ramienia lewego, drenaż rany. Postępowanie było prawidłowe. Zabieg zakwalifikowano ICD – (...). Kwalifikacja zabiegu była właściwa. (9) procedura 37 dotycząca pacjenta A. W. (2), który w dniu 16 września 2011r. otrzymał skierowanie do pozwanego z rozpoznaniem: Przewlekła niewydolność nerek. W dniu 17 września 2011r. u pozwanego wykonano II etap przetoki typ (...), wypreparowanie żyłę ramienną prawą, podwiązanie i odcięcie jej bocznic, anteropozycję żyły ramiennej i jej reanastomozę, wycięcie zespolenia naczyń. Postępowanie było prawidłowe. Zabieg zakwalifikowano ICD – (...). Kwalifikacja zabiegu była właściwa. Według Sądu Okręgowego pozostałe 29 procedur medycznych wykonanych u pozwanego, a objętych postępowaniem kontrolnym nr (...) przeprowadzonym przez powoda nie zostało właściwie zakwalifikowanych i sprawozdanych przez pozwanego. Wszystkie 38 zabiegów wykonano ze wskazań życiowych.

W oparciu o przedstawione ustalenia faktyczne Sąd Okręgowy uznał powództwo za częściowo zasadne. Sąd podkreślił, że pozwany nie kwestionował, iż w 38 przypadkach przedmiotowe procedury medyczne zrealizował w trybie chirurgii jednego dnia, zresztą łącząca strony umowa z dnia 3 lutego 2011r. taki właśnie tryb leczenia przewidywała. Zarzuty pozwanego, iż żadna z osób przeprowadzających kontrolę nie posiadała wykształcenia medycznego odpowiadającego zakresowi prowadzonej kontroli, zostały zweryfikowane co do prawidłowości wysnutych przez kontrolujących wniosków poprzez dopuszczenie przez Sąd dowodu z opinii biegłego z zakresu chirurgii naczyniowej A. K., z której wynika, że większość spornych procedur medycznych, skontrolowanych przez powoda, została niewłaściwie zakwalifikowana i sprawozdana przez pozwanego. Sąd zweryfikował jednak opinię z uwagi na oczywiste omyłki biegłego i uznał, iż prawidłowo zostało zakwalifikowanych przez pozwanego 9 procedur spośród spornych 38, a niewłaściwie zostało zakwalifikowanych 29 procedur. W związku z tym Sąd Okręgowy uznał za zasadne żądanie powoda co do kwoty 150.332,23 zł, bowiem dochodzona kwota 196.987 zł dotyczyła 38 procedur, zatem na jedną procedurę przypadało 5.183,87 zł, co daje wymienioną kwotę za 29 niewłaściwie zakwalifikowanych procedur

Sąd Okręgowy wskazał, że z treści rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. Nr 140, poz. 1143 ze zm.), obowiązującego w czasie trwania umowy, wynikało, że świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego, których realizacja mogła być finansowana ze środków publicznych, mogły być realizowane: w trybie hospitalizacji, w trybie hospitalizacji planowej, w trybie leczenia jednego dnia. Rozróżnienie trzech różnych trybów leczenia pacjentów łączyło się z różnymi wymaganiami stawianymi świadczeniodawcom ubiegającym się o udzielanie świadczeń w konkretnym trybie – inne były wymogi dotyczące personelu, organizacji udzielania świadczeń, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną itd. Dla świadczeń w zakresie chirurgii naczyniowej realizowanych w trybie hospitalizacji wymagany był w zakresie personelu równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) specjalisty w dziedzinie chirurgii naczyniowej, w hospitalizacji planowej równoważnik co najmniej 1 etatu (nie dotyczy dyżuru medycznego) specjalisty w dziedzinie chirurgii naczyniowej. Najmniejsze wymagania dotyczyły leczenia jednego dnia: wymagany był w zakresie personelu lekarskiego równoważnik co najmniej 1/2 etatu – lekarza specjalisty w dziedzinie odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń, tutaj: specjalisty w dziedzinie chirurgii naczyniowej (zob. załącznik nr 3 do zarządzenia Nr (...) Prezesa NFZ z dn. 3.11.2009r. – K.75). W przypadku realizacji świadczeń w trybie hospitalizacji i w trybie hospitalizacji planowej świadczeniodawca musiał zagwarantować całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii naczyniowej, natomiast wymogu takiego nie było w przypadku świadczeń realizowanych w trybie leczenia jednego dnia. W sytuacji, gdy pozwany niewłaściwie zakwalifikował i sprawozdał aż 29 procedur z kontrolowanych 38 i zrealizował je wbrew powyższym przepisom w trybie leczenia jednego dnia, podczas gdy powinny być one zrealizowane w trybie hospitalizacji, w ocenie Sądu niezasadne jest powoływanie się przez pozwanego na przepis art. 411 pkt 2 k.c. i twierdzenie, że spełnienie przez niego świadczenia czyniło zadość zasadom współżycia społecznego, bowiem niespełnienie wymaganych warunków co do

personelu (zapewnienie tylko równoważnika co najmniej 1/2 etatu specjalisty w dziedzinie chirurgii naczyniowej i niegwarantowanie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia przez tegoż specjalistę) stanowiło narażenie pacjentów na potencjalne zagrożenie życia i zdrowia w przypadku ewentualnych komplikacji, zaistniałych zwłaszcza poza konkretnym dniem leczenia. Wniosku tego nie zmienia okoliczność, iż w świetle opinii biegłego A. K. lecznicze postępowanie pozwanego było prawidłowe.

Odnosząc się do zarzutu pozwanego, że wszystkie zabiegi objęte kontrolą były zabiegami ratującymi życie, Sąd Okręgowy wskazał, że zgodnie z art.19 ust.4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz. 2135 ze zm.) świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym, przy czym wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej. Sąd podkreślił, że zgodnie z utrwalonym orzecznictwem dotyczy to w zasadzie stanów nagłych i niespodziewanych, których nie można przewidzieć (np. pacjenci z udarem, zawałem serca, poszkodowani w wypadkach drogowych). Świadczeniami tymi nie są zabiegi, które wprawdzie ratują życie, jednak są stosowane u chorych leczonych przewlekłe, wymagających regularnego poddawania się zabiegom medycznym (por. np. wyrok SN z dn. 4.01.2007r. sygn. V CSK 396/06, LEX nr 244455). W niniejszej sprawie natomiast wszyscy sporni pacjenci mieli rozpoznaną przewlekłą niewydolność nerek i skierowani zostali do pozwanego w celu wykonania dostępu do leczenia nerkozastępczego.

Następnie Sąd Okręgowy odwołał się do treści § (...) ust. (...) i (...) przedmiotowej umowy stron z dnia 3 lutego 2011r., zgodnie z którą w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, dyrektor oddziału Funduszu może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, a kary umowne nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów. Powoływanie się przez pozwanego na okoliczność, iż zarządzeniem nr (...) Prezesa NFZ z dnia 11 grudnia 2012r. zostało dopuszczone wykonywanie świadczeń będących przedmiotem kontroli w trybie jednodniowym, nie może mieć znaczenia dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy, gdyż w okresie objętym kontrolą to zarządzenie jeszcze nie obowiązywało; obowiązywały natomiast zarządzenia nr (...) z dnia 3 listopada 2009r. i nr (...) z dnia 20 października 2011r. Prezesa NFZ, którymi strony z uwagi na uregulowania zawarte w §(...) ust. (...) umowy i aneksie do umowy były związane (K.14,29,30-97). Zgodnie z § 29 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 81, poz. 484), o jakich mowa w § (...) ust.(...) umowy łączącej strony, umowa może zawierać zastrzeżenie o karze umownej w razie stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy. Wysokość kary umownej ustala się z uwzględnieniem kwoty zobowiązania określonej w umowie oraz rodzaju i wagi stwierdzonych nieprawidłowości (§ 29 ust. 2 owu). Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu określa każdorazowo, w wezwaniu do zapłaty, wysokość kary umownej oraz termin zapłaty, który nie może być krótszy niż 14 dni od dnia wezwania (§ 29 ust. 4 owu). § 30 ust. 1 pkt 2c owu stanowi, że w przypadku zastrzeżenia w umowie kar umownych, w razie stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, wysokość kary umownej – w przypadku przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz dokonał płatności nienależnych środków finansowych, wynosi do % kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń za każde stwierdzone naruszenie. Powód domagał się od pozwanego z racji powyższego kary umownej w kwocie 9.100,78 zł, a pozwany w niniejszym postępowaniu nie odnosił się do samego faktu nałożenia tej kary ani do sposobu jej wyliczenia, nie żądał także jej miarkowania, zatem powództwo w zakresie dochodzonej kary umownej zasługiwało na uwzględnienie. Łącznie zatem należało zasądzić od pozwanego na rzecz powoda kwotę 159.433,01 zł (150.332,23 zł + 9.100,78 zł) z ustawowymi odsetkami od dnia 26 kwietnia 2014r. (wezwanie do zapłaty w terminie 14 dni skierowane przez powoda pozwany otrzymał w dniu 11 kwietnia 2014r.) do dnia zapłaty, o czym orzeczono w pkt I wyroku. Sąd zaznacza, iż powód reprezentowany przez fachowego pełnomocnika nie domagał się odsetek za opóźnienie wprowadzonych od dnia 1 stycznia 2016r., zatem Sąd ich nie zasądzał wobec braku żądania w tym zakresie (art. 321 § 1 k.p.c.). Powództwo ponad kwotę 159.433,01 zł jako niezasadne Sąd Okręgowy oddalił.

O kosztach procesu Sąd Okręgowy orzekł stosownie do art. 100 k.p.c., rozdzielając je stosunkowo.

Apelację od wyroku Sądu Okręgowego wniosła strona pozwana (...) Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w S. – zaskarżając go w części zasądzającej od strony pozwanej na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego w K. kwotę 159.433,01 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 26 kwietnia 2014 r. do dnia zapłaty (punkt I wyroku), oraz w zakresie rozstrzygnięcia o kosztach procesu (punkt III i IV wyroku). Wymienionemu orzeczeniu strona pozwana zarzuciła naruszenie:

1) prawa procesowego to jest art. 233 § 1 k.p.c. w zw. art. 328 § 2 k.p.c. poprzez brak oceny wiarygodności i mocy dowodów z zeznań świadków.

2) prawa procesowego to jest art. 233 § 1 k.p.c. poprzez nieuwzględnienie przy orzekaniu zeznań świadków S. P. (2) i M. I. oraz pisma (...) J. W., które to dowody wskazywały na stan nagłego zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów, którym udzielono zakwestionowanych świadczeń opieki zdrowotnej, jak również wskazywały na konieczność wykonania tych świadczeń w sposób niezwłoczny,

3) prawa procesowego to jest art. 278 § 1 k.p.c. w zw. z 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie ustaleń sprzecznych z treścią opinii biegłego w zakresie istnienia stanu potencjalnego zagrożenia życia lub zdrowia w stosunku do pacjentów którym pozwany udzielił świadczeń opieki zdrowotnej.

4) prawa procesowego to jest art. 227 k.p.c. w zw. art. 286 k.p.c. poprzez zaniechanie przez Sąd I instancji wezwania na rozprawę biegłego A. K. w sytuacji, gdy strona pozwana wniosła o jego wezwanie celem ustnego wyjaśnienia złożonej opinii, zaś pisemna opinia uzupełniająca biegłego nie zawierała odpowiedzi na wszystkie postawione pytania.

5) prawa materialnego to jest art. 411 ust. 2 kodeksu cywilnego, poprzez jego błędną wykładnię, polegającą na przyjęciu, iż zasady współżycia społecznego uwarunkowane są spełnieniem wymogów określonych w stosownym zarządzeniu Prezesa NFZ.

6) prawa materialnego to jest art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, poprzez jego błędne zastosowanie w sytuacji, gdy z zebranego materiału dowodowego wynikało, iż pacjenci którym udzielono spornych świadczeń znajdowali się w stanie nagłym.

7) prawa materialnego to jest art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, poprzez ich niezastosowanie, w sytuacji, gdy zostały spełnione przesłanki określone w powołanych przepisach, w konsekwencji czego Sąd I instancji przyjął, że po stronie pozwanej nie było obowiązku udzielenia spornych świadczeń opieki zdrowotnej.

Wskazując na powyższe zarzuty strona pozwana wniosła o przeprowadzenie dowodu z ustnej opinii uzupełniającej biegłego A. K. przez sąd II instancji na okoliczność, na którą dowód ten miał być przeprowadzony przez sąd I instancji ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania sądowi I instancji, pozostawiając temu sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania za I i II instancję (art. 108 § 2 k.p.c.)

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja strony pozwanej nie znajduje uzasadnionych podstaw.

Wbrew stanowisku powoda Sąd pierwszej instancji dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych i za chybione należało uznać zarzut dotyczący newszechstronnego rozważenia materiału dowodowego sprawy, a to poprzez nieuwzględnienie przy orzekaniu zeznań świadków S. P. (2) i M. I. oraz pisma (...) J. W., które to dowody wskazywały na stan nagłego zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów, którym udzielono zakwestionowanych świadczeń opieki zdrowotnej, jak również wskazywały na konieczność wykonania tych świadczeń w sposób niezwłoczny. Jak bowiem wynika z ustaleń faktycznych Sądu pierwszej instancji, wszystkie 38 kwestionowanych zabiegów było wykonywane ze wskazań życiowych. Sąd zatem nie pominął tego faktu, tyle że ustalił go na podstawie dowodu z opinii biegłego A. K.. Tym samym nieuprawniony jest także zarzut naruszenia art. 278 § 1 k.p.c. w zw. z 233 § 1 k.p.c. poprzez

dokonanie ustaleń sprzecznych z treścią opinii biegłego w zakresie istnienia stanu potencjalnego zagrożenia życia lub zdrowia w stosunku do pacjentów, którym pozwany udzielił świadczeń opieki zdrowotnej. Ustalenia Sądu w pełni odpowiadają wnioskowi opinii biegłego w zakresie konieczności wykonywania przedmiotowych zabiegów, a ich weryfikacja dotyczyła jedynie pomylek, co zostało przez Sąd wyjaśnione. Sąd Okręgowy jedynie uznał, że podnoszona przez pozwanego okoliczność nie ma znaczenia dla rozstrzygnięcia niniejszego sporu, który dotyczy stosunków umownych między stronami. Zatem istotna jest ocena słuszności żądania powoda w świetle postanowień zawartych w umowie, a w szczególności dotyczących jej przedmiotu.

W związku z powyższym należy stwierdzić, że w ustaleniach faktycznych Sądu Okręgowego nie zachodzi dysharmonia pomiędzy materiałem zgromadzonym w sprawie a konkluzją, do której doszedł Sąd, który nie naruszył art. 233 § 1 k.p.c. skoro ocena materiału dowodowego nie koliduje z zasadami doświadczenia życiowego lub regułami logicznego wnioskowania. Wprawdzie istotnie Sąd Okręgowy nie przedstawił swojej oceny materiału dowodowego w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, które to uzasadnienie nie zawiera wywodów w tym zakresie, jednakże podkreślenia wymaga charakter postępowania apelacyjnego, który polega na tym, że sąd drugiej instancji rozpatruje sprawę ponownie, czyli w sposób w zasadzie nieograniczony jeszcze raz bada sprawę rozstrzygniętą przez sąd pierwszej instancji. Postępowanie apelacyjne jest zawsze kontynuacją postępowania merytorycznego w sprawie albowiem Sąd drugiej instancji orzeka o roszczeniu, nie zaś o zasadności apelacji. Sąd Odwoławczy może zatem dokonywać własnych ustaleń faktycznych prowadząc lub ponawiając dowody albo poprzestając na materiale zebranym w pierwszej instancji (art. 381 i 382 k.p.c.). Sąd Apelacyjny przeanalizował materiał dowodowy we własnym zakresie uznając, że ustalenia i wnioski z nich wyprowadzone przez Sąd pierwszej instancji są prawidłowe i w zasadzie zgodne także ze stanowiskiem pozwanego, którego zastrzeżenia koncentrują się na odmiennej interpretacji prawnej, o czym poniżej.

Nie zasługuje na uwzględnienie zarzut naruszenia art. 227 k.p.c. w zw. art. 286 k.p.c. poprzez zaniechanie przez Sąd pierwszej instancji wezwania na rozprawę biegłego A. K. celem ustnego wyjaśnienia złożonej opinii. Należy zwrócić uwagę, że biegły odniósł się do wszystkich zarzutów stron w pisemnej opinii uzupełniającej (karta 529-531), która została stronom doręczona. Pozwany, ani przed terminem rozprawy ani bezpośrednio na rozprawie w dniu 3 lutego 2017 r. nie podniósł żadnych zarzutów ani zastrzeżeń do opinii uzupełniającej. Wnosił jedynie o wezwanie biegłego na rozprawę celem zadawania mu pytań, jednakże tematu tych pytań nie określił. W tych okolicznościach nieuwzględnienie tego wniosku pozwanego było usprawiedliwione. W świetle przepisu art. 286 k.p.c. żądanie dodatkowych ustnych wyjaśnień od biegłego jest uprawnieniem sądu, a nie jego obowiązkiem (wyr. SN z 5.9.2001 r., II UKN 547/00, OSNAPiUS 2003, Nr 11, poz. 277; wyr. SN z 17.12.1999 r., II UKN 273/99, OSNAPiUS 2001, Nr 8, poz. 284). Wezwanie biegłego na rozprawę i umożliwienie stronie możliwości uzyskania od biegłego dodatkowo ustnych wyjaśnień staje się obowiązkiem sądu wówczas, gdy strona w procesie zgłasza zastrzeżenia co do wydanej pisemnej opinii biegłego lub chce uzyskać od niego ustnie dodatkowe wyjaśnienia (wyr. SN z 13.3.1969 r., II CR 65/69, Legalis; wyr. SN z 13.4.1965 r., II CR 8/65, NP 1966, Nr 2, s. 257). Skoro pozwany nie zgłaszał żadnych zastrzeżeń do opinii uzupełniającej biegłego, nie może zarzucać Sądowi nieuwzględnienie ww. wniosku, tym bardziej, że nawet w apelacji takich zastrzeżeń nie zawarł.

Reasumując, Sąd Apelacyjny akceptuje i przyjmuje za własne ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd pierwszej instancji.

Przechodząc do oceny zastosowania przez Sąd pierwszej instancji prawa materialnego należy stwierdzić, że nie zasługują na uwzględnienie zarzuty dotyczące naruszenia art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, poprzez jego błędne zastosowanie w sytuacji, gdy z zebranego materiału dowodowego wynikało, iż pacjenci którym udzielono spornych świadczeń znajdowali się w stanie nagłym. Pozwany nie wziął po uwagę, że powodowy NFZ domaga się zwrotu wynagrodzenia wypłaconego pozwanemu na podstawie przedstawionej dokumentacji pomimo, że dokumentacja ta była błędnie wystawiona i umowa nie obejmowała takich świadczeń, jakie rzeczywiście były wykonane. Nie ulega bowiem wątpliwości, że zakwestionowane przez powoda przypadki, co do ich części (29), nie mogły być zakwalifikowane jako wykonane w ramach chirurgii jednego dnia, a tylko takie świadczenia umowa stron przewidywała. Świadczenia te były zatem wykonane poza zakresem umowy stron. Należy zwrócić uwagę, że zgodnie z art. 132 ust. 1 ww. ustawy,

podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest wyłącznie umowa o udzielanie tych świadczeń. Zgodnie z ust. 4 tego przepisu, świadczenia nieokreślone w umowie finansowane przez Fundusz udzielane są na rzecz osób ubezpieczonych wyłącznie w przypadkach i na zasadach określonych w ustawie, np. w stanach nagłych. Jednakże podmiot, który zawarł umowę i wykonuje świadczenia w niej nie przewidziane, nie może domagać się zapłaty wynagrodzenia według stawek umownych, natomiast wynagrodzenie już zapłacone stanowi nienależne świadczenie w rozumieniu art. 410 § 2 k.c.

Z powyższego wynika bowiem, że podmiot leczniczy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłych, które to świadczenia nie są określone w umowie, może domagać się tylko zwrotu uzasadnionych kosztów ich udzielenia, o ile wysokość tych kosztów wykaże, natomiast nie może stosować stawek przyjętych w umowie. (por. wyrok SN z dnia 27 sierpnia 2015 r., III CSK 455/14, [legalis nr 1483343](#); wyr. SN z dnia 10 września 2015 r., II CSK 497/14, [legalis nr 1352509](#))

Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2010 r. Nr 107, poz. 679) i art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654) należy wskazać, że powołane przepisy, wprowadzając powinność ratowania życia lub zdrowia w stanie jego poważnego zagrożenia, nie regulują kwestii odpłatności za udzielone świadczenia opieki zdrowotnej. Przyjmuje się, że świadczenia wykonane ponad limit określony w umowie traktuje się jako wykonane bez zawarcia umowy i art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych stanowi jedyną podstawę ich finansowania. Wynagrodzenie za świadczenie udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty, które z reguły nie odpowiadają stawkom umownym zawierające różnorodne czynniki, w tym koszt działania świadczeniodawcy. Jeśli pozwany żądał uwzględnienia poniesionych kosztów w związku ze świadczeniem opieki zdrowotnej w stanach nagłych, poza zakresem umowy, powinien przede wszystkim wykorzystać drogę przewidzianą w art. 19 ust. 5 ustawy o świadczeniach z opieki zdrowotnej (...). Przepis ten wymaga, aby w celu uzyskania wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca złożył wniosek do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i ich kosztów oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności udzielenia świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych. Tymczasem pozwany nie przedstawił ewidencji kosztów konkretnych świadczeń odpowiadających wymogom art. 19 ust. 4 zd. 2 cyt. ustawy. Tym samym w niniejszej sprawie jego zarzuty nie mogły zostać uwzględnione.

Nie mógł w tych okolicznościach odnieść skutku zarzut naruszenia art. 411 pkt. 2 k.c. Norma ta stanowi rzeczywisty wyjątek od zasady zwrotu świadczenia spełnionego bez istnienia prawnego obowiązku w tym zakresie. Należy zaznaczyć, że zasadom współżycia społecznego czynią zadość świadczenia, co do których brak jest prawnego zobowiązania, lecz świadczącemu można przypisać moralny obowiązek wobec przyjmującego świadczenie. Chodzi najczęściej o różnego rodzaju obowiązki moralne, rodzinne i inne, których spełnienie czyni zadość zasadom współżycia społecznego, ale które nie mają charakteru prawnego. Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z 21.09.2004 r., II PK 18/04, (OSNAPiUS 2005, Nr 6, poz. 84), stwierdził, iż: „art. 411 pkt 2 k.c. ma zastosowanie w sytuacji, gdy ten, kto spełnił świadczenie, nie był prawnie zobowiązany, lecz można mu przypisać moralny obowiązek wobec przyjmującego świadczenie”. Tymczasem prawne zobowiązanie po stronie powodowego Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie świadczeń zdrowotnych pozaumownych nie jest wykluczone, jednakże wymaga ze strony pozwanego stosownej inicjatywy, o której wyżej była mowa. Nie może być zatem mowy o naruszeniu zasad współżycia społecznego przez powoda, tym bardziej w sytuacji gdy spełnił on świadczenie w oparciu o wadliwie sporządzona przez pozwanego dokumentację.

Nie sposób także zakwestionować rozstrzygnięcie Sądu Okręgowego w zakresie kary umownej za 2011 r. i 2012 r. w łącznej kwocie 9.100,78 zł, tym bardziej że pozwany nie przedstawił w tym zakresie żadnych zarzutów. Stosownie do § (...) ust. (...) i (...) umowy stron, kary umowne mogły być nakładane przez powoda w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów. Według § 30 ust. 1 pkt. 2) lit. c) Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń z opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2008 r. nr 81 poz. 484), obowiązujących w dacie powstania zobowiązania

(uchylonych z dniem 1.01.2016 r.), 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, za każde stwierdzone naruszenie, w przypadku: przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz dokonał płatności nienależnych środków finansowych. Skoro pozwany przedstawił powodowi danych niezgodnych ze stanem faktycznym, naliczenie kar umownych było uzasadnione.

W tym stanie rzeczy Sąd Apelacyjny orzekł jak w sentencji, oddalając apelację pozwanego jako nieuzasadnioną, na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z zw. z § 2 pkt 6) w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 1804 z późn.zm.).

SSA Paweł Rygiel	SSA Hanna Nowicka de Poraj	SSA Barbara Górczanowska
------------------	----------------------------	--------------------------