

Sygn. akt II Ca 752/16

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 lutego 2017 roku

Sąd Okręgowy w Lublinie II Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący Sędzia Sądu Okręgowego Dariusz Iskra (sprawozdawca)

Sędziowie: Sędzia Sądu Okręgowego Joanna Misztal-Konecka

Sędzia Sądu Rejonowego Krzysztof Niezgoda (delegowany)

Protokolant Maciej Bielak

po rozpoznaniu w dniu 9 lutego 2017 roku w Lublinie, na rozprawie

sprawy z powództwa M. H.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia z siedzibą w W.

o zapłatę kwoty 26527,59 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 18 grudnia 2013 roku do dnia zapłaty

na skutek apelacji powódki od wyroku Sądu Rejonowego Lublin-Zachód w Lublinie z dnia 30 czerwca 2016 roku, w sprawie I C 95/16

**I.** oddala apelację;

**II.** zasądza od M. H. na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W. kwotę 2404,20 zł (dwa tysiące czterysta cztery złote dwadzieścia groszy) tytułem zwrotu kosztów postępowania odwoławczego.

Joanna Misztal-Konecka Dariusz Iskra Krzysztof Niezgoda

Sygn. akt II Ca 752/16

## UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 27 listopada 2015 roku, wniesionym w tym samym dniu do Sądu Rejonowego Lublin-Zachód w Lublinie, powódka – M. H., reprezentowana przez pełnomocnika, wniosła o zasądzenie od pozwanego – Narodowego Funduszu Zdrowia w W. kwoty 26527,59 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 18 grudnia 2013 roku do dnia zapłaty oraz o zasądzenie zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu powódka wskazała, że Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Medycyny Rodzinnej w L. jest „podmiotem leczniczym” prowadzącym działalność leczniczą, z którym (...) Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawarł umowy nr (...) (z aneksami) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotna. W dniach od 21 lipca 2011 roku do 12 sierpnia 2011 roku Narodowy Fundusz Zdrowia przeprowadził kontrolę w siedzibie świadczeniodawcy (powódki), której przedmiotem była ocena realizacji wskazanych wyżej umów. W wyniku kontroli stwierdzono nieprawidłowości w realizacji zawartych umów, z czym nie zgodził się świadczeniodawca, nie podpisując protokołu kontroli i wnosząc zastrzeżenia. Zastrzeżenia dotyczyły zarówno podstawy przeprowadzenia kontroli, to jest naruszenia przepisów ustawy z 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej i rozporządzenia Ministra Zdrowia z 15 grudnia 2004 roku w sprawie

określenia szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania opieki zdrowotnej ze środków publicznych, jak i samych ustaleń kontrolnych w pkt 4. W odpowiedzi na zastrzeżenia, pismem z 23 sierpnia 2011 roku Dyrektor (...) Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wskazał, że przepisów ustawy o swobodzie nie stosuje się do przedmiotowej kontroli. Podobne stanowisko Dyrektor zajął w wystąpieniu pokontrolnym z 18 października 2011 roku, stwierdzając zawyżenie wartości świadczeń o kwotę 15752,18 zł, i nałożył karę umowną w wysokości 10775,41 zł. W piśmie z 26 października 2011 roku powódka złożyła zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego, podnosząc argumenty o niezgodności z prawem przeprowadzonej kontroli i nieuzasadnionej wysokości nałożonej kary. W odpowiedzi na te zastrzeżenia w piśmie z 7 listopada 2011 roku Zastępca Dyrektora (...) Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wskazał jako podstawę przeprowadzenia kontroli art. 64 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i rozporządzenie o kontroli. Wyjaśnił ponownie, że przepisy ustawy o swobodzie działalności nie miały zastosowania, zaś skutek finansowy kontroli wynika z Zarządzenia nr (...) Prezesa NFZ z 5 listopada 2008 roku i załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 października 2005 roku, w tym kara umowna została nałożona i wyliczona zgodnie z § 29 ust. 4 i § 30 ust. 1 pkt 2 lit. c) ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 roku (Dz. U. Nr 81, poz. 484). W konsekwencji utrzymał swoje dotychczasowe stanowisko. Nie zgadzając się z takim stanem rzeczy, powódka złożyła w dniu 23 listopada 2011 roku zażalenie na czynność Dyrektora (...) Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, podnosząc ponownie bezprawność przeprowadzonej kontroli i brak oparcia skutków finansowych w przepisach prawa. W odpowiedzi z dnia 2 października 2012 roku na zażalenie Zastępcy Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wyjaśnił, że nie znaleziono podstaw do uwzględnienia zażalenia, bowiem do postępowań kontrolnych nie mają zastosowania przepisy ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, gdyż są to kontrole umów cywilnoprawnych. Wskazał ponadto, że skutki finansowe są związane z definicją porady znajdującą się w zarządzeniu nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 roku, zaś możliwość przedłużenia kontroli wynika z rozporządzenia o kontroli, art. 64 ustawy o świadczeniach oraz zarządzenia (...). W odpowiedzi na złożony wniosek o ponowne rozpatrzenie zażalenia, Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w piśmie z 22 maja 2013 roku podtrzymał poprzednie stanowisko w całości. W konsekwencji w dniu 17 grudnia 2013 roku (...) Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia potrącił kwotę 26527,59 zł.

\*

W dniu 31 grudnia 2015 roku Sąd Rejonowy Lublin-Zachód w Lublinie wydał nakaz zapłaty w postępowaniu upominawczym w sprawie sygn. akt I Nc 987/15, uwzględniając powództwo w całości (k. 65)

\*

Od nakazu zapłaty z dnia 31 grudnia 2015 roku Narodowy Fundusz Zdrowia w W. – (...) Oddział Wojewódzki w L., reprezentowany przez pełnomocnika, wniósł sprzeciw, którym zaskarżył nakaz zapłaty w całości. Pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie na swoją rzecz kosztów postępowania.

W ocenie pozwanego powódka została zasadnie obciążona obowiązkiem uiszczenia kary umownej, bowiem w wyniku kontroli ustalono, że realizując umowę przedstawiła Narodowemu Funduszowi Zdrowia dane niezgodne ze stanem faktycznym. Stanowiło to wykonanie umowy niezgodnie z jej postanowieniami. Wysokość kary umownej została ustalona na kwotę 10775,41 zł. Zasadność kary umownej uprawniała stronę pozwaną do dokonania potrącenia.

\*

Wyrokiem z dnia 30 czerwca 2016 roku Sąd Rejonowy Lublin-Zachód w Lublinie oddalił powództwo i zasądził od M. H. na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia w W. kwotę 2417 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

W uzasadnieniu wyroku Sąd Rejonowy ustalił, że M. H. prowadzi działalność gospodarczą pod firmą Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia (...) w L. w zakresie praktyki lekarskiej ogólnej ( (...) 86.21.Z). Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia (...) w L. jest podmiotem leczniczym prowadzącym działalność leczniczą.

Sąd Rejonowy ustalił, że M. H. zawierała z Narodowym Funduszem Zdrowia – (...) Oddziałem Wojewódzkim w L. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podstawowej opiece zdrowotnej – umowa nr (...), umowa nr (...) i umowa nr (...). Strony zobowiązane były do wykonywania umowy na warunkach określonych w umowie, w ogólnych warunkach umowy, odrębnych przepisach i zgodnie z warunkami określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Sąd Rejonowy ustalił, że zgodnie z § 14 ust. 1 i 4 umowy, dyrektor Oddziału Funduszu mógł nałożyć karę umowną w razie niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy. Nałożenie kary umownej następowało w trybie i na zasadach określonych w ogólnych warunkach umów.

Sąd Rejonowy wskazał, że w § 12 ust. 2 pkt 1 zarządzenia Nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 listopada 2008 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna podano, że w stosunku do świadczeniobiorcy zadeklarowanego do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej roczna stawka kapitulacyjna – w przypadku osoby, której udzielono porady w związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby układu krążenia – korygowana była współczynnikiem 3,0.

Sąd Rejonowy ustalił, że w dniach od 21 lipca do 12 sierpnia 2011 roku Narodowy Fundusz Zdrowia w L. przeprowadził kontrolę w siedzibie świadczeniodawcy (powódki), której przedmiotem była ocena realizacji umów: nr (...). Celem postępowania kontrolnego nr (...) (...) była ocena zasadności kwalifikowania i sprawdzenia zbieżności zapisów zawartych w wytypowanej do kontroli dokumentacji medycznej z danymi przekazywanymi w postaci raportów statystycznych z porad udzielonych pacjentom w związku z leczeniem cukrzycy i/lub chorób układu krążenia, które stanowią podstawę do finansowania świadczeń z zastosowaniem stawki kapitulacyjnej korygowanej współczynnikiem 3,0. Postępowanie kontrolne obejmowało okres od dnia 1 października 2008 roku do 31 sierpnia 2010 roku. W toku kontroli ocenie i analizie poddano dokumentację medyczną 494 pacjentów, za których na przestrzeni 21 miesięcy, to jest za okres od 1 października 2008 roku do 31 sierpnia 2010 roku, świadczeniodawca otrzymywał środki finansowe w wysokości stawki kapitulacyjnej korygowanej współczynnikiem 3,0. Kontroli poddano 6237 wykazanych w sprawozdaniach do (...) Oddziału (...) porad lekarza podstawowej opieki zdrowotnej o kodach usługi szczegółowej 5.01. (...) i 5.01. (...), udzielonych 494 świadczeniobiorcom. W wyniku analizy dokumentacji medycznej ustalono, że:

1) w 4321 przypadkach kontrolowane porady zawierały elementy porady diagnostyczno-terapeutycznej (rozpoznanie, badanie podmiotowe, przedmiotowe i/lub zlecenie na badania lub wpisano wyniki badań, przepisanie leków), a zapisy w dokumentacji medycznej świadczeniobiorców potwierdziły zasadność kwalifikowania dla celów rozliczeniowych porad lekarskich udzielonych w związku z leczeniem osób przewlekle chorych na choroby układu krążenia i/lub cukrzycę, finansowanych stawką kapitulacyjną korygowaną współczynnikiem 3,0 w wykazie świadczeń objętych postępowaniem kontrolnym w kolumnie UWAGI: BU;

2) w 1799 przypadkach porada lekarska wiązała się tylko i wyłącznie z przepisaniem leków i nie skutkowała podjęciem dodatkowych czynności diagnostyczno-terapeutycznych niezbędnych do postawienia diagnozy, oceny stanu klinicznego pacjenta, kontynuacji prowadzonego przez lekarza procesu leczenia, w wykazie świadczeń objętych postępowaniem kontrolnym w kolumnie UWAGI: P-Rp.; w niektórych przypadkach wykazane porady dotyczyły wyłącznie przepisania recepty, po którą zgłosił się członek rodziny pacjenta, co potwierdzają wpisy w dokumentacji medycznej;

3) w 4 przypadkach porady lekarskie w sprawozdaniu do NFZ zostały wykazane podwójnie, w wykazie świadczeń objętych postępowaniem kontrolnym w kolumnie UWAGI: PWP;

4) w 88 przypadkach według zapisów w dokumentacji medycznej podstawową przyczyną udzielenia porad była inna jednostka chorobowa według ICD-IO niż cukrzyca i/lub choroby układu krążenia, w wykazie świadczeń objętych postępowaniem kontrolnym w kolumnie UWAGI: PRAWIDŁOWY KOD ICD-10;

5) w 16 przypadkach porady lekarskie związane były z wydaniem skierowania/zaświadczenia/analizą wyników badań, w wykazie świadczeń objętych postępowaniem kontrolnym w kolumnie UWAGI: SKIER., ZAŚW., WYN. BAD.

Sąd Rejonowy ustalił, że w wyniku kontroli stwierdzono nieprawidłowości w realizacji zawartych umów, z czym nie zgodził się świadczeniodawca, nie podpisując protokołu kontroli i wnosząc zastrzeżenia.

Sąd Rejonowy ustalił, że pismem z dnia 10 sierpnia 2011 roku zespół kontrolujący zwracał się z prośbą o pisemne wyjaśnienie przyczyn i okoliczności powstania uchybień stwierdzonych w trakcie kontroli, do czego M. H. ustosunkowała się na piśmie.

Sąd Rejonowy ustalił, że pismem z dnia 16 sierpnia 2011 roku M. H. wniosła zastrzeżenia do ustaleń zawartych w protokole kontroli, które dotyczyły zarówno podstawy przeprowadzenia kontroli, to jest naruszenia przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej i rozporządzenia Ministra Zdrowia z 15 grudnia 2004 roku w sprawie określenia szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania opieki zdrowotnej ze środków publicznych, jak i samych ustaleń kontrolnych w pkt 4.

Sąd Rejonowy ustalił, że w odpowiedzi na zastrzeżenia, pismem z dnia 23 sierpnia 2011 roku Dyrektor (...) Oddziału Wojewódzkiego (...) wskazał, że przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej nie stosuje się do przedmiotowej kontroli. Podobne stanowisko Dyrektor ten zajął w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 18 października 2011 roku, stwierdzając zawyżenie wartości świadczeń o kwotę 15752,18 zł, i nałożył karę umowną w wysokości 10775,41 zł.

Sąd Rejonowy ustalił, że w piśmie z dnia 26 października 2011 roku M. H. złożyła zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego, podnosząc argumenty o niezgodności z prawem przeprowadzonej kontroli i nieuzasadnionej wysokości nałożonej kary. W odpowiedzi na te zastrzeżenia w piśmie z dnia 7 listopada 2011 roku Dyrektor (...) Oddziału (...) wskazał jako podstawę przeprowadzenia kontroli art. 64 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i rozporządzenie o kontroli. Wyjaśnił ponownie, że przepisy ustawy o swobodzie działalności gospodarczej nie miały zastosowania, zaś skutek finansowy kontroli wynika z Zarządzenia nr (...) Prezesa NFZ z 5 listopada 2008 roku i załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 października 2005 roku, w tym kara umowna została nałożona i wyliczona zgodnie z § 29 ust. 4 i § 30 ust. 1 pkt 2 lit. c) ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 roku (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

Sąd Rejonowy ustalił, że M. H., jako „kierownik (...) Przychodnia (...) w L.”, złożyła zażalenie na czynność Dyrektora (...) Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, podnosząc ponownie bezprawność przeprowadzonej kontroli i brak oparcia skutków finansowych w przepisach prawa.

W odpowiedzi z dnia 2 października 2012 roku na zażalenie Prezes NFZ wyjaśnił, że nie znaleziono podstaw do uwzględnienia zażalenia, bowiem do postępowań kontrolnych nie mają zastosowania przepisy ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, gdyż są to kontrole umów cywilnoprawnych. Wskazał ponadto, że skutki finansowe są związane z definicją porady znajdującą się w zarządzeniu nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 roku, zaś możliwość przedłużenia kontroli wynika z rozporządzenia o kontroli, art. 64 ustawy o świadczeniach oraz zarządzenia (...).

Sąd Rejonowy ustalił, że w dniu 31 lipca 2013 roku (...) Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w L. wystawił Notę Księgową Nr (...), którą obciążył powódkę, zgodnie z wystąpieniem pokontrolnym z dnia

18 października 2011 roku, stwierdzającym zawyżenie wartości świadczeń o kwotę 15752,18 zł i nakładającym karę umowną w wysokości 10775,41 zł, to jest łącznie na kwotę 26527,59 zł.

Sąd Rejonowy ustalił, że pismem z dnia 17 grudnia 2013 roku (...) Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w L. oświadczył pozwanej, że na podstawie art. 498 k.c. dokonał kompensaty swoich wierzytelności z wierzytelnościami świadczeniodawcy, to jest z faktury nr (...) z dnia 30 listopada 2013 roku, wystawionej na kwotę 56871,10 zł, potrącił kwotę 26527,59 zł wynikającą z Noty Księgowej Nr (...).

Sąd Rejonowy wskazał, że w rozpoznawanej sprawie M. H., prowadząca działalność gospodarczą pod firmą Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia (...) w L., domagała się zasądzenia od Narodowego Funduszu Zdrowia w W. – (...) Oddziału Wojewódzkiego w L. kwoty 26527,59 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 18 grudnia 2013 roku do dnia zapłaty, to jest kwoty 15152,18 zł, jako skutku finansowego postępowania kontrolnego nr (...) oraz kary umownej w wysokości 10775,41 zł.

Sąd Rejonowy wskazał, że umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ma charakter umowy wzajemnej. Fundusz ma wierzytelność względem świadczeniodawcy o świadczenie zakontraktowanych usług zdrowotnych, a równocześnie, jako dłużnik, jest zobowiązany do zapłaty za udzielone świadczenia. Świadczeniodawca, jako dłużnik, jest zobowiązany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a jako wierzyciel posiada wierzytelność względem Funduszu o zapłatę za wykonane usługi. Pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcą powstaje więc prawna o charakterze cywilnoprawnym, znajdująca swe źródło w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Stosunek między Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcą, którym z reguły jest zakład opieki zdrowotnej, ma charakter umownego zobowiązania, którego powstanie i wykonanie podlega ocenie z punktu widzenia prawa cywilnego.

Sąd Rejonowy wskazał, że do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 155 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego. Na gruncie tego Kodeksu należy zatem oceniać odpowiedzialność kontraktową, to jest odpowiedzialność z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy zawartej pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcą (art. 471 k.c.). Roszczenie odszkodowawcze powstaje dopiero wtedy, gdy zobowiązanie nie zostało wykonane albo zostało wykonane nienależycie.

Sąd Rejonowy wskazał, że umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach, których wzory stanowią załączniki do zarządzeń Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń, zawierają zastrzeżenie o możliwości dochodzenia kar umownych w razie stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy. Dodatkowo zastrzegają możliwość dochodzenia kar umownych w przypadku wystawiania recept osobom nieuprawnionym lub też w przypadkach nieuzasadnionych. Przy tym określenie rodzajów naruszeń przez precyzyjny opis konkretnych przykładów niespełnienia świadczenia lub jego nienależytego spełnienia oraz maksymalna wysokość kary umownej zostały zawarte w § 30 i 31 Ogólnych Warunków Umów o Udzielanie Świadczeń Opieki Zdrowotnej (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej).

Sąd Rejonowy wyjaśnił, że zakres odpowiedzialności z tytułu kary umownej pokrywa się w pełni z zakresem ogólnej odpowiedzialności dłużnika za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania (art. 471 k.c.). Dla zaistnienia obowiązku zapłaty kary umownej niezbędne jest istnienie skutecznego postanowienia umownego, z którego wynika obowiązek świadczenia kary umownej, a także niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania lub pojedynczego obowiązku, za które dłużnik ponosi odpowiedzialność.

Sąd Rejonowy wskazał, że zgodnie z postanowieniem zawartym w § 29 ust. 7 ogólnych warunków umów, Narodowy Fundusz Zdrowia jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej. Oznacza to, że w przypadku poniesienia przez Fundusz szkody przewyższającej wysokość zastrzeżonej kary umownej ma on prawo dochodzenia roszczeń uzupełniających. O ile strony zgodzą się na możliwość żądania odszkodowania

przenoszącego karę umowną, ma ona charakter zaliczalny, co oznacza, iż musi być zaliczona na poczet odszkodowania i zasądzeniu może podlegać tylko odszkodowanie w kwocie przewyższającej karę umowną.

Sąd Rejonowy wyjaśnił, że realizacja świadczeń podlega kontroli. Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzi kontrolę w dwóch obszarach. Po pierwsze, jest to kontrola udzielania świadczeń świadczeniobiorcom. Szczegółowy zakres tej kontroli oraz zasady jej prowadzenia określone są w art. 64 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 roku w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (Dz. U. Nr 274, poz. 2723). Po drugie, jest to kontrola wystawiania przez lekarzy recept na refundowane leki i wyroby medyczne oraz realizacji tych recept przez apteki na podstawie przepisów ustawy o refundacji leków.

Sąd Rejonowy wyjaśnił, że Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzi kontrole koordynowane lub niekoordynowane. Kontrola koordynowana to kontrola prowadzona przez więcej niż jedną jednostkę organizacyjną NFZ (na przykład kilka oddziałów NFZ lub jeden lub kilka oddziałów i centralę NFZ), natomiast kontrole niekoordynowane to kontrole prowadzone przez oddział NFZ na terenie jego właściwości. Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzi kontrole u świadczeniodawców na podstawie rocznych planów kontroli – podzielonych na kwartały, zatwierdzanych przez Prezesa Funduszu (w przypadku kontroli koordynowanych) lub dyrektora oddziału (w przypadku kontroli niekoordynowanych realizowanych przez oddział NFZ na terenie danego województwa). Zasadą jest, że Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzi kontrole na podstawie przygotowanych wcześniej i zatwierdzonych na przedstawionych wyżej zasadach planów kontroli. Ponadto w razie potrzeby mogą być podjęte kontrole doraźne poza planem.

Kontrole doraźne podejmuje się w szczególności w przypadku: 1) potrzeby wstępnego zbadania określonych zagadnień dla opracowania projektu programu kontroli (kontrola rozpoznawcza); 2) badania sposobu wykorzystania uwag i wniosków przez adresatów wystąpień pokontrolnych (kontrola sprawdzająca); 3) rozpatrywania skarg i wniosków (kontrola skargowa); 4) konieczności zbadania uzyskanych informacji o występujących nieprawidłowościach.

Sąd Rejonowy wskazał, że w zasadzie każda informacja uzyskana przez Fundusz może być powodem wszczęcia postępowania kontrolnego, a decyzję w sprawie przeprowadzenia kontroli doraźnej podejmuje dyrektor oddziału z własnej inicjatywy lub na zlecenie Prezesa NFZ.

Dla kontroli planowanych oddziału NFZ oraz kontroli doraźnych opracowuje się tematykę, to jest jednoznaczne określenie obszarów działalności operacyjnej świadczeniodawców, które mają być zbadane w sposób zapewniający ich jednolite zrealizowanie przez poszczególnych kontrolerów we wszystkich podmiotach objętych kontrolą, i wskazówki metodyczne, to jest określenie sposobu i technik prowadzenia kontroli, zwłaszcza wskazanie zagadnień i obszarów, na które należy zwrócić szczególną uwagę w badaniach kontrolnych, dowodów niezbędnych do dokonania ustaleń i sposobu ich badania, powiązania tematyki z aktami normatywnymi, wskazówek o charakterze techniczno-organizacyjnym, wzorów wykazów i zestawień. Powyższe materiały wymagają zatwierdzenia przez dyrektora oddziału NFZ.

Kontrole powinny być przeprowadzane przez zespoły kontrolerów, a w skład zespołu prowadzącego kontrolę świadczeniodawcy powinien wchodzić lekarz. Kontrolę dokumentacji medycznej, jakości i zasadności udzielanych świadczeń zdrowotnych przeprowadzają upoważnieni pracownicy NFZ, posiadający wykształcenie medyczne odpowiadające zakresowi prowadzonej kontroli.

Sąd Rejonowy przytoczył treść przepisów § 2-7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 roku w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Sąd wskazał, że brzmienie przepisu art. 64 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wskazuje, że wyliczenie obszarów kontroli ma charakter przykładowy.

Sąd Rejonowy wskazał, że problematyka zastosowania przepisów dotyczących kontroli działalności gospodarczej przedsiębiorców do kontroli prowadzonej przez Fundusz od lat wzbudzała wiele kontrowersji. Nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 22 lipca 2014 roku rozstrzygnęła ten spór w zakresie, w jakim zastosowanie mają przepisy ustawy o swobodzie działalności gospodarczej do kontroli prowadzonych przez Fundusz. Zgodnie z art. 84ab dodanym przez art. 5 ustawy z dnia 22 lipca 2014 roku, przepisów art. 82 i art. 83 nie stosuje się w odniesieniu do kontroli świadczeniodawców dokonywanej przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych na podstawie tej ustawy. A contrario zatem pozostałe przepisy dotyczące kontroli działalności gospodarczej przedsiębiorców mają zastosowanie.

Sąd Rejonowy wskazał, że stosunki prawne pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcą mają charakter cywilnoprawny, natomiast przepisy, o których mowa w ustawie o swobodzie działalności gospodarczej, dotyczą stosunków administracyjnych, które nie występują w relacji Fundusz – świadczeniodawca. Kontrola Funduszu ma na celu stwierdzenie, czy świadczeniodawca – kontrahent Funduszu należycie wykonał zobowiązanie wynikające z umowy i w konsekwencji określa możliwość zastosowania sankcji cywilnoprawnej, jaką jest zastrzeżona w umowie kara umowna.

Sąd uznał, że w zakresie kontroli realizacji umów zawartych ze świadczeniodawcami nie należy kwalifikować Funduszu jako urząd, a relacji pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem jako relacji pomiędzy „urzędem” a „petentem”. Bowiem to, że Fundusz jest płatnikiem publicznym i jest postrzegany jako podmiot silniejszy, nie zmienia faktu, że stosunki pomiędzy tymi podmiotami w dalszym ciągu pozostają cywilne. Nie zmienia tego również okoliczność, że Fundusz „wchodzi w skład szeroko rozumianej administracji publicznej obejmującej podmioty o różnym statusie prawnym (organy władzy publicznej, agencje itd.)”, albowiem ten obszar funkcjonowania Funduszu nie dotyczy zasad współpracy pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, które przynajmniej formalnie mają charakter równorzędny.

Sąd Rejonowy uznał, że przepis art. 79 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, dotyczący trybu zawiadamiania o zamiarze wszczęcia kontroli oraz obowiązku prowadzenia kontroli w siedzibie kontrolowanego, nie miał zastosowania do kontroli prowadzonej przez (...) Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w L. w dniach od 21 lipca do 12 sierpnia 2011 roku w siedzibie świadczeniodawcy, której przedmiotem była ocena realizacji umów: nr (...). Celem postępowania kontrolnego nr (...) (...) była ocena zasadności kwalifikowania i sprawdzenia zbieżności zapisów zawartych w wytypowanych do kontroli dokumentacji medycznej z danymi przekazywanymi w postaci raportów statystycznych z porad udzielonych pacjentom w związku z leczeniem cukrzycy i /lub chorób układu krążenia, które stanowią podstawę do finansowania świadczeń z zastosowaniem stawki kapitałowej korygowanej współczynnikiem 3,0. Zatem zastosowanie w tym wypadku miała procedura określona w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz wydanego na podstawie art. 64 ust. 10 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 roku w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 roku w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych zawiadamia świadczeniodawcę o planowanej kontroli najpóźniej w chwili rozpoczęcia czynności kontrolnych.

Sąd Rejonowy uznał, że kontrolerzy (...) Oddziału Wojewódzkiego nie mieli obowiązku powiadomienia powódki o planowanej kontroli na 7 dni wcześniej (tak jak to reguluje art. 79 ust. 1 i 4 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej).

Sąd Rejonowy przytoczył treść przepisów art. 354 § 1 k.c. oraz art. 483 § 1 k.c. i wyjaśnił, że umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zastrzegają możliwość nałożenia kar umownych, które są nakładane na zasadach określonych w ogólnych warunkach umów, a dodatkowo Fundusz jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej. Podobne uregulowania znajdują się również w innych, dotyczących odmiennych rodzajów świadczeń umowach zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Sąd Rejonowy wskazał, że niewykonanie bądź nienależyte wykonanie zobowiązania skutkuje sankcjami dwojakiego rodzaju:

1) koniecznością zwrotu środków finansowych, które na podstawie stanu faktycznego ustalonego w toku postępowania kontrolnego zostały wypłacone nienależnie, z odsetkami ustawowymi od dnia bezpośrednio następującego po upływie terminu do zapłaty;

2) nałożeniem kar umownych obliczanych procentowo od wysokości kwoty zobowiązania określonego w umowie, w zależności od rodzaju i wagi stwierdzonego uchybienia.

Windykacja tych należności dokonywana przez Fundusz jest ułatwiona, albowiem w przypadku wymagalnych wierzytelności świadczeniodawcy względem Funduszu ma on prawo dokonania potrącenia z tych wierzytelności. Nienależyte wykonanie umowy może również stanowić powód rozwiązania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Sąd Rejonowy wskazał, że w stanie faktycznym rozpoznawanej sprawy potwierdzone zostało wykonanie umowy niezgodnie z jej postanowieniami, co uzasadnia nałożenie kar umownych. Powyższe zostało stwierdzone i udokumentowane w protokole kontroli, specyfikacji skutków postępowania kontrolnego (...) (...) oraz wykazie świadczeń objętych postępowaniem kontrolnym nr (...) (...). Powyższe ustalenia potwierdzili również w zeznaniach świadkowie A. Ż. i A. Z. – pracownicy Funduszu przeprowadzający kontrolę. W zasadzie powódka nie kwestionowała szczegółowych ustaleń postępowania kontrolnego, ani tego, że Fundusz, jako strona umowy, ma pełne prawo korzystać z uprawnień zawartych w postanowieniach umownych, czy też wynikających z przepisów ustawy o świadczeniach w ramach łączącego strony stosunku zobowiązaniowego.

Zgodnie z § 14 umowy zawartej z powódką, pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia mógł nałożyć karę umowną w razie niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.

Natomiast zgodnie z § 28 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku stwierdzenia przez oddział wojewódzki Funduszu przekazania świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych, kwota przekazanych środków podlega zwrotowi w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania Funduszu do ich zwrotu. W przypadku gdy termin określony w wezwaniu do zapłaty przypada wcześniej niż termin dokonania kolejnej płatności przez Fundusz, świadczeniodawca jest zobowiązany do dokonania zlecenia przelewu w dniu dokonania płatności przez Fundusz.

W przypadku gdy obowiązek zwrotu nienależnie pobranych środków finansowych wynika z zakwestionowania wykonanych świadczeń, świadczeniodawca jest zobowiązany do złożenia oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu korygujących dokumentów rozliczeniowych (§ 28 ust. 2).

W przypadku wyczerpania procedury, o której mowa w art. 64, 160 i 161 ustawy, oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu przysługuje prawo do dokonania potrącenia nienależnie przekazanych środków wraz z odsetkami ustawowymi z należności przysługującej świadczeniodawcy. Odsetki ustawowe nie przysługują Funduszowi za okres od dnia, w którym upłynął termin określony w ustawie, do rozpatrzenia zażalenia na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, do dnia jego rozpatrzenia (§ 28 ust. 3).



Sąd Rejonowy wskazał, że pismem z dnia 17 grudnia 2013 roku (...) Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w L. oświadczył M. H., że na podstawie art. 498 k.c. dokonał kompensaty swoich wierzytelności z wierzytelnościami świadczeniodawcy, to jest potrącił kwotę 26527,59 zł z faktury nr (...) z dnia 30 listopada 2013 roku.

W związku z powyższym Sąd uznał za niezasadne roszczenie powódki o zwrot na jej rzecz kwoty 26527,59 zł.

Jako podstawę prawną rozstrzygnięcia o kosztach procesu Sąd Rejonowy wskazał przepisy art. 108 § 1 k.p.c. oraz art. 98 § 1 i 3 k.p.c.

\*

Od wyroku z dnia 30 czerwca 2016 roku apelację wniosła powódka, zaskarżając wyrok w całości i zarzucając:

„1. Naruszenie prawa materialnego tj. art. 64 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ( Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.), poprzez jego zastosowanie i uznanie, że w przedmiotowej sprawie pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia mógł przeprowadzić kontrolę w oparciu o te przepisy.

2. naruszenie prawa materialnego tj. przepisów zawartych w rozdziale 5 ustawy z dnia 4 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej Dz. U. 10.220.14-47 (dalej swoboda działalności) w treści obowiązującej w okresie przeprowadzonej kontroli tj. w lipcu 2011 r. poprzez ich niezastosowanie i uznanie, że przedmiotowa kontrola nie musiała być przeprowadzona w myśl zawartych tam zasad”.

Powódka wniosła o:

„1. Uchylenie skarżonego wyroku i jego zmianę w taki sposób, że dochodzona pozwem kwota zostanie zasądzona na rzecz powódki wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 18 grudnia 2013 do dnia zapłaty.

2. Zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego wraz kosztami procesu za obie instancje” (k. 228-232).

÷

W odpowiedzi na apelację pozwany, reprezentowany przez pełnomocnika, wniósł o oddalenie apelacji oraz o zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych (k. 258-260).

Na rozprawie apelacyjnej pełnomocnicy stron podtrzymali dotychczasowe stanowiska (k. 266v).

\*

### **Sąd Okręgowy zważył co następuje:**

Apelacja powódki jest bezzasadna i w związku z tym podlega oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c.

Na wstępie należy wskazać, że Sąd Okręgowy podziela w całości ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji oraz dokonaną przez ten Sąd ocenę zebranego w sprawie materiału dowodowego. Ponowne przytaczanie tych ustaleń oraz rozważań w zakresie oceny dowodów jest zbędne.

Zwrócić należy także uwagę, że ustaleń faktycznych Sądu pierwszej instancji nie kwestionuje również powódka w apelacji. Powódka podnosi jedynie, że okoliczności faktyczne ustalone w wyniku kontroli dokonanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz uzyskane w związku z kontrolą dowody nie mogły być dla Narodowego Funduszu Zdrowia podstawą do „podjęcia decyzji skutkującej obciążeniami finansowymi dla kontrolowanego podmiotu”, a więc w istocie nie mogły prowadzić do powstania roszczenia o zwrot wypłaconych tytułem refundacji środków oraz roszczenia o zapłatę kary umownej.

Nie jest uzasadniony wniosek o uchylenie zaskarżonego wyroku. Jeżeli zamiarem powódki było wystąpienie z wnioskiem o uchylenie tego wyroku w celu przekazania sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji, to nie zachodzą podstawy faktyczne do wydania w rozpoznawanej sprawie takiego rozstrzygnięcia.

Z przepisów art. 386 § 2 i 4 k.p.c. wynika, że uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania sądowi pierwszej instancji może nastąpić tylko w razie stwierdzenia nieważności postępowania, w razie nierozpoznania przez sąd pierwszej instancji istoty sprawy albo gdy wydanie wyroku wymaga przeprowadzenia postępowania dowodowego w całości.

Dodatkową podstawę prawną uchylenia wyroku stanowi przepis art. 505<sup>12</sup> § 1 k.p.c., mający zastosowanie w postępowaniu uproszczonym. Przepis ten stanowi, że jeżeli sąd drugiej instancji stwierdzi, że zachodzi naruszenie prawa materialnego, a zgromadzone dowody nie dają wystarczających podstaw do zmiany wyroku, uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę do ponownego rozpoznania.

W ocenie Sądu Okręgowego w rozpoznawanej sprawie postępowanie przed Sądem pierwszej instancji nie jest dotknięte nieważnością. Sąd ten rozpoznał istotę sprawy, analizując zasadność żądania pozwu z punktu widzenia okoliczności faktycznych przytoczonych jako podstawa faktyczna powództwa i rozpoznając zarzuty podniesione przez pozwanego. Wydanie wyroku przez Sąd Okręgowy nie wymaga również przeprowadzenia postępowania dowodowego w całości, ani też nawet uzupełniania, czy powtarzania postępowania dowodowego. Sprawa niniejsza nie podlegała również rozpoznaniu w postępowaniu uproszczonym i nie została rozpoznana w tym postępowaniu.

Należy także zwrócić uwagę, że powódka nie przytacza w apelacji zarzutów, których uwzględnienie mogłoby skutkować uchyleniem zaskarżonego wyroku.

÷

Nie są uzasadnione zarzuty podniesione w apelacji.

Okolicznością bezsporną w rozpoznawanej sprawie był fakt, że kontrola dokonana przez Narodowy Fundusz Zdrowia w W. (...) Oddział Wojewódzki przeprowadzona została w dniach od 21 lipca 2011 roku do 12 sierpnia 2011 roku, a przedmiotem tej kontroli była ocena realizacji umów numer (...).

Celem postępowania kontrolnego nr (...) (...) była ocena zasadności kwalifikowania i sprawdzenia zbieżności zapisów zawartych w wytypowanej do kontroli dokumentacji medycznej z danymi przekazywanymi w postaci raportów statystycznych z porad udzielonych pacjentom w związku z leczeniem cukrzycy i/lub chorób układu krążenia, które stanowią podstawę do finansowania świadczeń z zastosowaniem stawki kapitałowej korygowanej współczynnikiem 3,0. Postępowanie kontrolne obejmowało okres od 1 października 2008 roku do 31 sierpnia 2010 roku.

Zasadniczym elementem sporu między stronami w rozpoznawanej sprawie było to, czy do postępowania kontrolnego przeprowadzonego przez pracowników pozwanego zastosowanie miały przepisy ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej i czy w konsekwencji tego, że czynności kontrolne nie zostały dokonane zgodnie z przepisami tej ustawy, zgromadzone w ten sposób dowody (ustalenia zawarte w protokołach) mogą być podstawą do nałożenia na powoda kar umownych przewidzianych w umowie łączącej strony oraz w ogólnych warunkach umów, ustalonych w formie załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81 z 2008 r., poz. 484).

Sąd Okręgowy nie podziela stanowiska powódki, aby przedmiotowe czynności kontrolne zostały dokonane z naruszeniem przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej, w brzmieniu obowiązującym w okresie, w którym kontrola została przeprowadzona, i aby przewidziana tam sankcja mogła być odnoszona również do nałożenia kar umownych przewidzianych w umowie cywilnoprawnej łączącej strony.

Przepis art. 77 ust. 1 ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej stanowił pierwotnie, że organy administracji publicznej kontrolują przedsiębiorców na zasadach określonych w niniejszej ustawie.

Z dniem 7 marca 2009 roku wskazany przepis otrzymał nowe brzmienie na podstawie art. 1 pkt 9 ustawy z dnia 19 grudnia 2008 roku o zmianie ustawy o swobodzie działalności gospodarczej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 18 z 2009 r., poz. 97 ze zm.).

Od dnia 7 marca 2009 roku przepis art. 77 ust. 1 ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej stanowi, że kontrola działalności gospodarczej przedsiębiorców przeprowadzana jest na zasadach określonych w niniejszej ustawie, chyba że zasady i tryb kontroli wynikają z bezpośrednio stosowanych przepisów powszechnie obowiązującego prawa wspólnotowego albo z ratyfikowanych umów międzynarodowych.

Obecne brzmienie przepisów art. 77 ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej nie zawiera ograniczenia do organów administracji publicznej, jako podmiotów kontrolujących, lecz wskazuje, że chodzi o każdą kontrolę działalności gospodarczej przedsiębiorców, a zatem przepisy te obejmują również kontrole podejmowane przez inne podmioty publiczne (w ramach przyznanych im kompetencji), do których niewątpliwie można zaliczyć państwową osobę prawną, jaką jest Narodowy Fundusz Zdrowia.

Nie jest to jednak równoznaczne z przyjęciem, że pozwany naruszył w toku przedmiotowych czynności kontrolnych przepisy ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej.

Omawiane zagadnienie było już przedmiotem rozważań Sądu Okręgowego w Lublinie w związku z rozpoznaniem i rozstrzygnięciem apelacji w sprawie II Ca 244/14 tego Sądu i wykładania omawianych przepisów, przedstawiona w uzasadnieniu wyroku wydanego w tej sprawie, zachowuje aktualność w sprawie II Ca 752/16.

W przepisach ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej chodzi o kontrolę działalności gospodarczej, a więc o podejmowane czynności, których celem jest zweryfikowanie prawidłowości sposobu prowadzenia działalności gospodarczej. Sam charakter ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, jak i pojęcie kontroli na gruncie tej ustawy, powinno być rozumiane w ten sposób, że chodzi o czynności podejmowane w celu zbadania sposobu funkcjonowania podmiotu gospodarczego pod kątem zgodności z szeroko rozumianymi unormowaniami prawa publicznego, a organ kontroli występuje tu z pozycji władczej, niezależnie od swego charakteru (organ administracji publicznej czy inna jednostka), wykonując w określonym zakresie uprawnienia, które należy uznać za mieszczące się w sferze władzy państwowej. Z wnioskiem tym koreluje brzmienie przepisu art. 77 ust. 5 ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku, który przewiduje swoistą sankcję za naruszenie norm regulujących sposób przeprowadzenia kontroli, a mianowicie dowody przeprowadzone w toku kontroli przez organ kontroli z naruszeniem przepisów prawa w zakresie kontroli działalności gospodarczej przedsiębiorcy, jeżeli miały istotny wpływ na wyniki kontroli, nie mogą stanowić dowodu w żadnym postępowaniu administracyjnym, podatkowym, karnym lub karno-skarbowym dotyczącym kontrolowanego przedsiębiorcy.

W ocenie Sądu Okręgowego ustawodawca pominął w przepisie art. 77 ust. 5 ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku postępowanie cywilne i nie jest to wynik przeoczenia, lecz konsekwencja tego, że proces cywilny toczy się pomiędzy podmiotami usytuowanymi na płaszczyźnie sporu równorzędnie, przy czym prawa i obowiązki stron wynikają z łączącego strony stosunku cywilnoprawnego, niejednokrotnie będącego wynikiem zawarcia określonej umowy cywilnoprawnej (niezależnie od tego, w jakim zakresie postanowienia tej umowy mogły zostać uzgodnione swobodnie w myśl art. 353<sup>1</sup> k.c., a w jakim zostały unormowane przepisami prawa, jak to ma miejsce w przypadku umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych).

W związku z powyższym przepisy ustawy o swobodzie działalności gospodarczej mają zastosowanie do tych kontroli (niezależnie od ich nazwy i powołanej przez pozwanego podstawy prawnej), które będzie należało zakwalifikować jako kontrole działalności gospodarczej przedsiębiorcy, wykonywane w ramach uprawnień władczych. Przepisy te nie mają natomiast zastosowania do tych czynności kontrolnych, które ograniczają się do stwierdzenia, czy

zawarta przez strony umowa jest należycie wykonywana, a których ustalenia mogą być jedynie podstawą do zastosowania sankcji cywilnoprawnych przewidzianych w umowie bądź w przepisach prawa cywilnego, a co do których ewentualne spory będą rozstrzygane w procesie cywilnym. W odniesieniu do okresu, w którym przeprowadzona została kontrola stanowiąca element stanu faktycznego rozpoznawanej sprawy, nie można zatem przyjmować, że kontrola podjęta przez podmiot publiczny w celu stwierdzenia, czy zawarta przez niego umowa cywilnoprawna jest należycie wykonywana przez kontrahenta, również podlega przepisom ustawy o swobodzie działalności gospodarczej.

Przeprowadzona w dniach od 21 lipca 2011 roku do dnia 12 sierpnia 2011 roku kontrola działalności prowadzonej przez powódkę dotyczyła wyłącznie prawidłowości wykonania trzech umów, obejmujących okres od dnia 1 października 2008 roku do dnia 31 sierpnia 2010 roku. Przedmiotem analizy była wyłącznie dokumentacja medyczna pacjentów związana z poradami udzielonymi pacjentom w związku z leczeniem cukrzycy i (lub) chorób krążenia, które stanowiły podstawę do finansowania świadczeń z zastosowaniem stawki kapitałowej korygowanej współczynnikiem 3,0.

Tym samym nie można podzielić stanowiska powoda, aby przedmiotowa kontrola została dokonana w sposób bezprawny z uwagi na jej sprzeczność z przepisami ustawy o swobodzie działalności gospodarczej i aby konsekwencją tego był zakaz wykorzystania zgromadzonych w ich toku dowodów do nałożenia na powódkę kar umownych.

Przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w brzmieniu obowiązującym w okresie, w którym przeprowadzona została kontrola wykonywania umów przez powódkę, regulowały samodzielnie zagadnienie tej kontroli.

Stanowiska tego nie zmienia wejście w życie w dniu 1 lipca 2011 roku przepisu art. 171 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654). Na podstawie tego przepisu do ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej dodany został przepis art. 84aa w następującym brzmieniu:

„Przepisów art. 79, art. 80a, art. 82 i art. 83 ustawy nie stosuje się w odniesieniu do kontroli działalności leczniczej dokonywanej przez organ prowadzący rejestr, ministra właściwego do spraw zdrowia, wojewodę i pomiot tworzący w zakresie zadań określonych w przepisach o działalności leczniczej”.

Powołany przepis dotyczy kontroli działalności leczniczej z znaczeniu określonym przez przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, nie zaś kontroli udzielania świadczeń świadczeniobiorcom przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, przewidzianej w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Przepis art. 171 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej nie wymienia Narodowego Funduszu Zdrowia, gdyż Fundusz nie jest podmiotem sprawującym kontrolę działalności leczniczej określonej w tej ustawie lub nadzór nad tą działalnością (art. 118 – art. 122 ustawy z dnia z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej).

÷

Mając na uwadze powyższe rozważania, należało oddalić apelację, jako bezzasadną.

\*

Na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c. i w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. zasądził od M. H. na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W. kwotę 2404,20 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania odwoławczego.

W związku z tym, że apelacja powódki została oddalona w całości, powódka jest stroną przegrywającą sprawę w całości w postępowaniu odwoławczym. Powinna zatem zwrócić pozwanemu koszty poniesione przez pozwanego w postępowaniu odwoławczym.

Koszty te obejmują:

a) wynagrodzenie pełnomocnika procesowego – 2400 zł, ustalone na podstawie § 2 pkt 5 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2015 roku, poz. 1804) w związku z § 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 roku zmieniającego rozporządzenie w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1667),

b) opłatę pocztową za przesłanie pełnomocnikowi powódki przesyłki poleconej zawierającej odpis odpowiedzi na apelację (k. 261).

\*

Z tych wszystkich względów i na podstawie powołanych wyżej przepisów Sąd Okręgowy orzekł jak w sentencji wyroku.

Joanna Misztal-Konecka Dariusz Iskra Krzysztof Niezgoda