

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 4 stycznia 2018 roku (...) Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa z siedzibą w Ł. wniosła o zasądzenie od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia na rzecz powódki kwoty 343.581,24 zł, wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie:

1) od kwoty 3.312 zł, wynikającej z faktury VAT nr (...) z dnia 30 czerwca 2015 r., przekazanej pozwanemu w dniu 01 lipca 2015 r. z terminem płatności do dnia 15 lipca 2015 r. - odsetki liczone od dnia 16 lipca 2015 r. do dnia zapłaty;

2) od kwoty 2.560 zł, wynikającej z faktury VAT nr (...) z dnia 31 grudnia 2015 r., przekazanej pozwanemu w dniu 11 stycznia 2016 r. z terminem płatności do dnia 25 stycznia 2016 r. - odsetki liczone od dnia 26 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;

3) od kwoty 180 zł, wynikającej z faktury VAT nr (...) z dnia 31 grudnia 2015 r., przekazanej pozwanemu w dniu 11 stycznia 2016 r. z terminem płatności do dnia 25 stycznia 2016 r. - odsetki liczone od dnia 26 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;

4) od kwoty 300 zł, wynikającej z faktury VAT nr (...) z dnia 31 grudnia 2015 r., przekazanej pozwanemu w dniu 11 stycznia 2016 r. z terminem płatności do dnia 25 stycznia 2016 r. - odsetki liczone od dnia 26 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;

5) od kwoty 600 zł, wynikającej z faktury VAT nr (...) z dnia 31 grudnia 2015 r., przekazanej pozwanemu w dniu 11 stycznia 2016 r. z terminem płatności do dnia 25 stycznia 2016 r. - odsetki liczone od dnia 26 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;

6) od kwoty 300 zł, wynikającej z faktury VAT nr (...) z dnia 31 grudnia 2015r., przekazanej pozwanemu w dniu 11 stycznia 2016 r. z terminem płatności do dnia 25 stycznia 2016 r. - odsetki liczone od dnia 26 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;

7) od kwoty 4.736 zł, wynikającej z faktury VAT nr (...) z dnia 31 grudnia 2015 r., przekazanej pozwanemu w dniu 11 stycznia 2016 r. z terminem płatności do dnia 25 stycznia 2016 r. - odsetki liczone od dnia 26 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;

8) od kwoty 7.440 zł, wynikającej z faktury VAT nr (...) z dnia 31 grudnia 2015 r., przekazanej pozwanemu w dniu 11 stycznia 2016 r. z terminem płatności do dnia 25 stycznia 2016 r. - odsetki liczone od dnia 26 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;

9) od kwoty 897,90 zł, wynikającej z faktury VAT nr (...) z dnia 31 grudnia 2015 r., przekazanej pozwanemu w dniu 11 stycznia 2016 r. z terminem płatności do dnia 25 stycznia 2016 r. - odsetki liczone od dnia 26 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;

10) od kwoty 80 zł, wynikającej z faktury VAT nr (...) z dnia 31 grudnia 2015 r., przekazanej pozwanemu w dniu 11 stycznia 2016 r. z terminem płatności do dnia 25 stycznia 2016 r. - odsetki liczone od dnia 26 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;

11) od kwoty 160 zł, wynikającej z faktury VAT nr (...) z dnia 31 grudnia 2015 r., przekazanej pozwanemu w dniu 11 stycznia 2016 r. z terminem płatności do dnia 25 stycznia 2016 r. - odsetki liczone od dnia 26 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;

12) od kwoty 960 zł, wynikającej z faktury VAT nr (...) z dnia 31 grudnia 2015 r., przekazanej pozwanemu w dniu 11 stycznia 2016 r. z terminem płatności do dnia 25 stycznia 2016 r. - odsetki liczone od dnia 26 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;

13) od kwoty 96 zł, wynikającej z faktury VAT nr (...) z dnia 31 grudnia 2015 r., przekazanej pozwanemu w dniu 11 stycznia 2016 r. z terminem płatności do dnia 25 stycznia 2016 r. - odsetki liczone od dnia 26 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;

14) od kwoty 1.280 zł, wynikającej z faktury VAT nr (...) z dnia 31 grudnia 2015 r., przekazanej pozwanemu w dniu 11 stycznia 2016 r. z terminem płatności do dnia 25 stycznia 2016 r. - odsetki liczone od dnia 26 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;

15) od kwoty 69.821,60 zł, wynikającej z faktury VAT nr (...) z dnia 31 grudnia 2015 r., przekazanej pozwanemu w dniu 21 stycznia 2016 r. z terminem płatności do dnia 4 lutego 2016 r. - odsetki liczone od dnia 5 lutego 2016 r. do dnia zapłaty;

16) od kwoty 756 zł, wynikającej z faktury VAT nr (...) z dnia 31 grudnia 2015 r., przekazanej pozwanemu w dniu 21 stycznia 2016 r. z terminem płatności do dnia 4 lutego 2016 r. - odsetki liczone od dnia 5 lutego 2016 r. do dnia zapłaty;

17) od kwoty 144 zł, wynikającej z faktury VAT nr (...) z dnia 31 grudnia 2015 r., przekazanej pozwanemu w dniu 21 stycznia 2016 r. z terminem płatności do dnia 4 lutego 2016 r. - odsetki liczone od dnia 5 lutego 2016 r. do dnia zapłaty;

18) od kwoty 1.872 zł, wynikającej z faktury VAT nr (...) z dnia 31 grudnia 2015 r., przekazanej pozwanemu w dniu 21 stycznia 2016 r. z terminem płatności do dnia 4 lutego 2016 r. - odsetki liczone od dnia 5 lutego 2016 r. do dnia zapłaty;

19) od kwoty 6.609,10 zł, wynikającej z faktury VAT nr (...) z dnia 31 grudnia 2015 r., przekazanej pozwanemu w dniu 21 stycznia 2016 r. z terminem płatności do dnia 4 lutego 2016 r. - odsetki liczone od dnia 5 lutego 2016 r. do dnia zapłaty;

20) od kwoty 3.000,30 zł, wynikającej z faktury VAT nr (...) z dnia 31 grudnia 2015 r., przekazanej pozwanemu w dniu 21 stycznia 2016 r. z terminem płatności do dnia 4 lutego 2016 r. - odsetki liczone od dnia 5 lutego 2016 r. do dnia zapłaty;

21) od kwoty 78.265,20 zł, wynikającej z faktury VAT nr (...) z dnia 31 grudnia 2015 r., przekazanej pozwanemu w dniu 26 stycznia 2016 r. z terminem płatności do dnia 9 lutego 2016 r. - odsetki liczone od dnia 10 lutego 2016 r. do dnia zapłaty;

22) od kwoty 8.859,60 zł, wynikającej z faktury VAT nr (...) z dnia 31 grudnia 2015 r., przekazanej pozwanemu w dniu 26 stycznia 2016 r. z terminem płatności do dnia 9 lutego 2016 r. - odsetki liczone od dnia 10 lutego 2016 r. do dnia zapłaty;

23) od kwoty 534,60 zł, wynikającej z faktury VAT nr (...) z dnia 31 grudnia 2015 r., przekazanej pozwanemu w dniu 26 stycznia 2016 r. z terminem płatności do dnia 9 lutego 2016 r. - odsetki liczone od dnia 10 lutego 2016 r. do dnia zapłaty;

24) od kwoty 2.740,40 zł, wynikającej z faktury VAT nr (...) z dnia 31 grudnia 2015 r., przekazanej pozwanemu w dniu 27 stycznia 2016 r. z terminem płatności do dnia 10 lutego 2016 r. - odsetki liczone od dnia 11 lutego 2016 r. do dnia zapłaty;

25) od kwoty 639,90 zł, wynikającej z faktury VAT nr (...) z dnia 31 grudnia 2015 r., przekazanej pozwanemu w dniu 27 stycznia 2016 r. z terminem płatności do dnia 10 lutego 2016 r. - odsetki liczone od dnia 11 lutego 2016 r. do dnia zapłaty;

26) od kwoty 147.436,64 zł, wynikającej z faktury VAT nr (...) z dnia 31 stycznia 2016 r., wystawionej na kwotę 179.702,35 zł, częściowo przez Pozwanego zapłaconej w wysokości 32.265,71 zł w dniu 12 lutego 2016 r. (pozostała do zapłaty kwota 147.436,64 zł), tj. faktury przekazana pozwanemu w dniu 2 lutego 2016 r. z terminem płatności do dnia 16 lutego 2016 r. - odsetki liczone od dnia 17 lutego 2016 r. do dnia zapłaty.

W uzasadnieniu pozwu strona powodowa wskazała, że prowadziła w 2015 r. działalność leczniczą pod firmą (...) Zakład Opieki Zdrowotnej Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością. W ramach prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej powódka zawarła z pozwanym Narodowym Funduszem Zdrowia szereg umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, w tym umowę nr (...) z dnia 5 stycznia 2012 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego, a ponadto umowy o specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne, pielęgnacyjne, opiekuńcze oraz w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Zgodnie z uchwałą nr 1 Nadzwyczajnego Zgromadzenia Wspólników Spółki (...) Zakład Opieki Zdrowotnej sp. z o.o. z dnia 8 września 2017 r. (Rep. (...)) spółka ta została przekształcona na zasadzie art. 551 §1 k.s.h. w spółkę komandytową pod firmą (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa. Powódka za udzielone na podstawie zawartych z pozwanym umów świadczenia zdrowotne wystawiła dla pozwanego opisane w pozwie faktury datowane na 30 czerwca 2015 r., 31 grudnia 2015 r. i 31 stycznia 2016 r., jednakże świadczenia pieniężne odpowiadające treści tych faktur nie zostały przez pozwanego spełnione – pozwany oświadczył powódce, że dokonał potrącenia należności z tych faktur ze swoimi własnymi należnościami pieniężnymi w stosunku do powódki, jednakże powódka zaprzeczyła temu, aby takie należności po stronie pozwanego kiedykolwiek powstały.

(pozew, k. 2-9)

W dniu 10 stycznia 2018 roku Sąd Okręgowy w Łodzi w sprawie o sygn. akt II Nc 5/18 wydał nakaz zapłaty w postępowaniu upominawczym uwzględniający powództwo.

(nakaz zapłaty – k. 276-277)

W złożonym w ustawowym terminie sprzeciwie od nakazu zapłaty strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości. Pozwany podniósł zarzut wygaśnięcia roszczeń pieniężnych powódki opisanych w pozwie na skutek:

- potrącenia ich z wierzytelnościami pieniężnymi pozwanego powstałymi w wyniku przeprowadzonego przez NFZ w szpitalu prowadzonym przez powodową spółkę postępowania kontrolnego nr (...) (potrącenie i umorzenie wierzytelności powoda do kwoty 336.241,16 zł),

- wystawienia przez samą powódkę faktur korygujących nr (...) które skutkowały zmniejszeniem należności powódki wobec pozwanego o łączną kwotę 7.340,08 zł.

Pozwany podniósł, że potrącenia zostały dokonane na skutek postępowania kontrolnego nr (...). Pozwany wyjaśnił, że przedmiot kontroli stanowiło sprawdzenie prawidłowości realizacji umów zawartych przez powodową spółkę z (...) Oddziałem Wojewódzkim (...) na lata 2014-2015 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie dotyczącym leczenia szpitalnego. W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli podpisanym w dniu 22 maja 2015 roku, zespół kontrolny powołany przez stronę pozwaną negatywnie ocenił między innymi:

1) ze względu na kryterium legalności - sposób prowadzenia dokumentacji medycznej,

2) ze względu na kryterium legalności - warunki lokalowe: jeden gabinet diagnostyczno-zabiegowy wspólny dla oddziałów chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, neurochirurgii, chirurgii urazowo-ortopedycznej oraz oddziału ginekologiczno-położniczego,

3) ze względu na kryterium legalności - pobranie opłat za świadczenia udzielone pacjentce na podstawie karty onkologicznej (DILO),

4) ze względu na kryterium rzetelności - sposób kwalifikowania i rozliczania udzielonych świadczeń z (...) Oddziałem Wojewódzkim (...).

Wedle stanowiska strony pozwanej wyżej przywołane wyniki kontroli oznaczają, że powodowa spółka powinna skorygować wystawione uprzednio dla pozwanego faktury VAT o kwotę łączną 311.233 zł, co dotyczy umowy stron o nr (...).

W szczególności pozwany podniósł następujące zarzuty wobec sposobu wykonania umowy przez stronę powodową:

- a) niezasadność hospitalizacji, w sytuacji gdy cel leczenia mógł zostać zrealizowany w toku leczenia ambulatoryjnego,
- b) nieprawidłowe zakwalifikowanie poszczególnych świadczenia do grup JGP (jednorodnych grup pacjentów) w ramach rozliczania wykonanych już świadczeń z NFZ.

Strona pozwana wezwała także powodową spółkę do zapłaty kar umownych o następującej wysokości:

- 649,48 zł co stanowi 0,2% wartości umowy w kontrolowanym zakresie – co do świadczeń opieki zdrowotnej: leczenie szpitalne – urologia, hospitalizacja planowa,
- 569,57 zł z tytułu kary umownej, co stanowi 0,2% wartości umowy w kontrolowanym zakresie – co do świadczeń opieki zdrowotnej: leczenie szpitalne – gastroenterologia, hospitalizacja planowa,
- 1.529,08 zł z tytułu kary umownej, co stanowi 0,2% wartości umowy w kontrolowanym zakresie – co do świadczeń opieki zdrowotnej: leczenie szpitalne - chirurgia ogólna, hospitalizacja planowa,
- 1.317,68 zł z tytułu kary umownej, co stanowi 0,2% wartości umowy w kontrolowanym zakresie – co do świadczeń opieki zdrowotnej: leczenie szpitalne - chirurgia onkologiczna, hospitalizacja planowa,
- 4590,00 zł z tytułu kary umownej, co stanowi 0,6% wartości umowy w kontrolowanym zakresie – co do świadczeń opieki zdrowotnej: leczenie szpitalne - chirurgia ogólna, hospitalizacja planowa (za pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy),
- 1638,83 zł z tytułu kary umownej, co stanowi 0,4% wartości umowy w kontrolowanym zakresie – co do świadczeń opieki zdrowotnej: leczenie szpitalne – neurochirurgia, hospitalizacja planowa (z uwagi na braki w dokumentacji zbiorczej i indywidualnej dokumentacji medycznej),
- 1592,13 zł z tytułu kary umownej, co stanowi 0,4% wartości umowy w kontrolowanym zakresie – co do świadczeń opieki zdrowotnej: leczenie szpitalne – okulistyka (braki w dokumentacji zbiorczej i indywidualnej dokumentacji medycznej),
- 1530,00 zł z tytułu kary umownej, co stanowi 0,2% wartości umowy w kontrolowanym zakresie – co do świadczeń opieki zdrowotnej: leczenie szpitalne - chirurgia ogólna, hospitalizacja planowa (za udzielanie świadczeń w warunkach nieodpowiadających warunkom określonym w materiałach szczegółowych),
- 1970,38 zł z tytułu kary umownej, co stanowi 0,2% wartości umowy w kontrolowanym zakresie – co do świadczeń opieki zdrowotnej: leczenie szpitalne - chirurgia onkologiczna, hospitalizacja planowa (z uwagi na udzielanie świadczeń w warunkach nieodpowiadających warunkom określonym w materiałach szczegółowych),
- 1056,32 zł z tytułu kary umownej, co stanowi 0,2% wartości umowy w kontrolowanym – co do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne – neurochirurgia, hospitalizacja planowa (z uwagi na udzielanie świadczeń w warunkach nieodpowiadających warunkom określonym w materiałach szczegółowych),
- 1780,99 zł (jeden tysiąc siedemset osiemdziesiąt zł 99/100) z tytułu kary umownej, co stanowi 0,2% wartości umowy w kontrolowanym zakresie – co do świadczeń opieki zdrowotnej: leczenie szpitalne - ortopedia i traumatologia

narządu ruchu, hospitalizacja planowa (z uwagi na udzielanie świadczeń w warunkach nie odpowiadających warunkom określonym w materiałach szczegółowych).

Łączna wysokość nałożonej kary umownej wynosiła 18 224,46 zł.

Pozwany oświadczył, że złożył powodowej spółce oświadczenie o potrąceniu wyżej opisanych wierzytelności z wierzytelnościami powoda opisanymi w pozwie, co skutkowało ich wygaśnięciem.

(sprzeciw pozwanego od nakazu zapłaty – k.282-297)

W złożonej na rozprawie w dniu 17 kwietnia 2018 roku pisemnej odpowiedzi na sprzeciw pozwanego od nakazu zapłaty strona powodowa podtrzymała powództwo w całości i zaprzeczyła ustaleniom zawartym w protokole kontroli, na który powołała się strona pozwana, jak również temu, aby kiedykolwiek w toku postępowania kontrolnego przyznała zasadność podniesionych przez kontrolujących zastrzeżeń. Strona powodowa podniosła, że wierzytelności pieniężne pozwanego zgłoszone przez niego do potrącenia nigdy nie powstały, a zatem oświadczenia pozwanego o potrąceniu pozostały bezskuteczne. Strona powodowa zarzuciła ponadto, że oświadczenia o potrąceniu w imieniu pozwanego zostały podpisane przez osobę do tego nieuprawnioną, tj. osobę pełniącą obowiązki zastępcy dyrektora (...) Oddziału Wojewódzkiego (...). Powodowa spółka podniosła ponadto, że to na stronie pozwanej spoczywa ciężar udowodnienia okoliczności faktycznych mających uzasadniać powstanie i wysokość jej wierzytelności pieniężnej w stosunku do powódki, tj. wierzytelności z tytułu kary umownej i zwrotu nienależnego świadczenia, a dowodem na powstanie i wysokość tej wierzytelności nie jest protokół kontroli pochodzący od strony pozwanej, gdyż nie jest to dokument urzędowy w rozumieniu art. 244 k.p.c. Dodatkowo strona powodowa zarzuciła, że wysokość kary umownej nie została określona w sposób prawidłowy w treści §30 przywołanych przez pozwanego ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (stanowiących załącznik do przywołanego w sprzeciwie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku), gdyż zgodnie z treścią art. 483 k.c. wysokość kary umownej powinna być określona kwotowo (tj. powinna być skonkretyzowana) a nie za pomocą przedziału procentowego odniesionego do wartości świadczenia pieniężnego jednej ze stron umowy. Powódka zaprzeczyła temu, aby zaszyły podstawy do obciążenia jej jakimikolwiek karami umownymi.

(odpowiedź powoda na sprzeciw pozwanego od nakazu zapłaty – k. 1676-1679, protokół rozprawy z dnia 17 kwietnia 2018 roku, 1-2 minuta; protokół skrócony rozprawy k. 1065)

Na rozprawie w dniu 12 lutego 2019 roku strona pozwana przyznała, że wierzytelności pieniężne powoda opisane w pozwie powstały w wysokości podanej przez powoda, jednakże wygasły następnie na skutek potrącenia.

(protokół rozprawy z dnia 12 lutego 2019 roku, 1 godzina 17 minuta – 1 godzina 17 minuta)

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

(...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa z siedzibą w Ł., której wspólnikiem reprezentującym jest (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, zajmuje się m.in. prowadzeniem szpitala i oferowaniem świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z uchwałą nr 1 Nadzwyczajnego Zgromadzenia Wspólników Spółki (...) Zakład Opieki Zdrowotnej sp. z o.o. z dnia 8 września 2017 r. (Rep. (...)) spółka ta została przekształcona na zasadzie art. 551 §1 k.s.h. w spółkę komandytową pod firmą (...) spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa.

(okoliczność niesporna, wydruk zawierający treść wpisów w rejestrze przedsiębiorców KRS – k. 10-16)

Powodowa spółka oraz pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia w okresie od 6 stycznia 2012 r. do dnia 29 grudnia 2015 roku zawarli szereg umów i aneksów do umów, dotyczących ich spełniania przez powoda świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – dotyczących leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego oraz opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

(kopie umów i aneksów – k. 20-207)

W dniu 5 stycznia 2012 roku strony zawarły umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne. Umowa została zawarta na okres od dnia 1 stycznia 2012 roku do dnia 31 grudnia 2014 roku. Zgodnie z §1 ust. 1 i 2 umowy, jej przedmiotem było udzielanie przez świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik nr 1 do umowy, na mocy którego w okresie rozliczeniowym od dnia 01-01-2012 r. do dnia 31-12-2012 r. zakres świadczeń obejmował m.in. hospitalizację planową neurochirurgii oraz ortopedię i traumatologię narządu ruchu.

(umowa – k. 59-87)

W dniach od 9 marca 2015 roku do 22 maja 2015 roku Narodowy Fundusz Zdrowia przeprowadził w szpitalu należącym do powodowej spółki kontrolę prawidłowości wykonywania przez powódkę umów stron o świadczenia opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne, tj. umów opatrzonych numerami (...) oraz (...).

Kontrolę tą przeprowadzili kontrolerzy z (...) Oddziału Wojewódzkiego (...) z Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej: M. F., W. J., P. L. i B. Z.. Przedmiot kontroli stanowiło sprawdzenie prawidłowości realizacji umów zawartych z (...) Oddziałem Wojewódzkim (...) na lata 2014/2015 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w następujących rodzajach świadczeń: Leczenie szpitalne - Gastroenterologia - hospitalizacja planowa, Chirurgia ogólna - hospitalizacja planowa, Chirurgia onkologiczna - hospitalizacja planowa, Neurochirurgia - hospitalizacja planowa, Ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja planowa, Okulistyka - hospitalizacja planowa i zakres skojarzony, Okulistyka - hospitalizacja planowa, Urologia - hospitalizacja planowa. Założonym celem kontroli było sprawdzenie prawidłowości realizacji świadczeń umów, ze szczególnym uwzględnieniem oceny prawidłowości rozliczania świadczeń, personelu realizującego świadczenia, jego kwalifikacji, sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej, wyposażenia i warunków lokalowych, sposobu prowadzenia kolejek oczekujących. Kontroli podlegał okres od dnia 1 stycznia 2014 r. do dnia kontroli.

W sporządzonym przez siebie protokole kontroli, opatrzonym datą 22 maja 2015 roku, kontrolerzy NFZ stwierdzili, co następuje.

W toku kontroli podczas oględzin dokonanych dnia 2 kwietnia 2015 r. w zakresie warunków lokalowych kontrolerzy ustalili, że:

- 1) oddział okulistyki znajduje się na I piętrze budynku z windami - wejście do budynku bez barier architektonicznych, w skład oddziału wchodzi: sala 4 - łóżkowa, sala operacyjna, gabinet zabiegowy, toaleta przystosowana dla osób niepełnosprawnych (łazienka na II piętrze) oraz blok operacyjny,
- 2) oddział gastroenterologiczny znajduje się na I piętrze budynku z windami, a w jego skład wchodzi: sala 4 - łóżkowa z toaletą przystosowaną dla osób niepełnosprawnych (łazienka znajduje się na II piętrze), sala zabiegowa, pomieszczenie na gastroskopy i osprzęt, pomieszczenie z 2 stanowiskami do mycia gastrooskopów i sprzętu oraz myjka ultradźwiękowa,
- 3) oddział urologiczny znajduje się na I piętrze, natomiast w skład oddziału wchodzi: sala 4 - łóżkowa z toaletą przystosowaną dla osób niepełnosprawnych (łazienka na II piętrze), gabinet zabiegowy, sala operacyjna, pomieszczenie na sprzęt do zabiegów,
- 4) oddział chirurgii ogólnej - w skład oddziału wchodzi dwie sale 2-łóżkowe z węzłem sanitarnym,
- 5) oddział chirurgii onkologicznej - w skład oddziału wchodzi 1 sala 2-łóżkowa z węzłem sanitarnym,
- 6) oddział neurochirurgiczny - w skład oddziału wchodzi: trzy sale 2 - łóżkowe z węzłem sanitarnym,
- 7) oddział chirurgii urazowo- ortopedycznej - w skład oddziału wchodzi: dwie sale 2 - łóżkowe z węzłem sanitarnym.

Oddziały 4, 5, 6 znajdują się na II piętrze razem z salą wybudzeń z dyżurką pielęgniarską z zapewnieniem kontaktu wzrokowego z pacjentem oraz aparaturą umożliwiającą monitorowanie podstawowych funkcji życiowych. W sali wybudzeń znajduje się jedno łóżko intensywnego nadzoru z pełnym wyposażeniem. Na II piętrze budynku szpitalnego znajduje się jeden gabinet zabiegowy, który jest wspólny dla oddziałów: chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, neurochirurgii, chirurgii urazowo ortopedycznej oraz dla oddziału ginekologiczno-położniczego (ten ostatni oddział nie był jednak objęty przedmiotową kontrolą).

Kontrolujący uznali, że dane dotyczące sprzętu i aparatury medycznej zawarte w systemie informatycznym (...) Oddziału Wojewódzkiego (...) w załączniku nr (...) do umowy stron, są zgodne z wykazem sprzętu i aparatury medycznej przedstawionym przez świadczeniodawcę w trakcie kontroli a przedstawiony przez świadczeniodawcę sprzęt i aparatura medyczna są sprawne technicznie i posiadają aktualne przeglądy techniczne.

W toku postępowania kontrolnego poddano ocenie indywidualną dokumentację medyczną pacjentów prowadzoną w 2014 roku - kontroli poddano świadczenia, których udzielono w 2014 roku:

- 160 pacjentom hospitalizowanym w Oddziale Okulistycznym,
- 220 pacjentom hospitalizowanym w Oddziale Urologicznym,
- 84 pacjentom hospitalizowanym w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
- 286 pacjentom hospitalizowanym w Oddziale Gastroenterologii,
- 172 pacjentom hospitalizowanym w Oddziale Chirurgii Ogólnej,
- 58 pacjentom hospitalizowanym w Oddziale Chirurgii Onkologicznej,
- 39 pacjentom hospitalizowanym w Oddziale Neurochirurgii.

Kontrolerzy NFZ uznali za nieprawidłowe to, że na drugim piętrze budynku szpitalnego należącego do powodowej spółki znajduje się jeden gabinet zabiegowy, który jest wspólny dla oddziałów: chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, neurochirurgii, chirurgii urazowo ortopedycznej, a ponadto sformułowali w protokole zastrzeżenia co do sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej przez pracowników powoda.

W piśmie datowanym na 29 kwietnia 2015 roku powód poinformował pozwanego o tym, że na drugim piętrze budynku szpitala przy ul. (...) w Ł. znajduje się gabinet diagnostyczno - zabiegowy, wspólny dla oddziałów chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, neurochirurgii, chirurgii urazowo-ortopedycznej oraz oddziału ginekologiczno-położniczego. Gabinet jest powiązany funkcjonalnie i organizacyjnie ze wszystkimi tymi oddziałami w celu wykonywania świadczeń gwarantowanych. Z uwagi na to, że hospitalizacja na wspomnianych oddziałach zazwyczaj nie wymaga przeprowadzania procedur diagnostyczno-zabiegowych w gabinecie, przez co jest on wykorzystywany sporadycznie, gabinet ten pozwala na zaspokojenie potrzeb wszystkich pacjentów wyżej wymienionych oddziałów przy jednoczesnym zagwarantowaniu odpowiedniej dostępności dla pacjentów. Inne oddziały szpitalne, które wymagają przeprowadzania częstych procedur w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym, tj. oddział gastroenterologiczny, urologiczny oraz okulistyczny, posiadają swoje odrębne, w pełni wyposażone gabinety zabiegowe.

W protokole kontroli NFZ odnotowano także skargę złożoną w dniu 30 marca 2015 roku przez pacjentkę A. K. dotyczącą postępowania placówki leczniczej (...) w Ł. mieszczącej się przy ulicy (...) – pacjentce tej w dniu 23 stycznia 2015 r. pacjentce wystawiono Kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego. W szpitalu powodowej spółki wyznaczono pacjentce termin zabiegu na dzień 11 lutego 2015 r. zobowiązując jednocześnie pacjentkę do wykonania pełnopłatnych badań: morfologii krwi, jonogramu, EKG, antygenu HBs, przeciwciała HCV, grupę krwi (koszt 144 zł). Pacjentka twierdziła także, że obciążono ją kosztem konsultacji anestezjologa - 80 zł, natomiast po zabiegu operacyjnym przeprowadzonym w powodowej jednostce lekarz prowadzący dr J. P., oświadczył, że w dniu 23 lutego

2015 r. pacjentka ma zgłosić się do (...) w Ł. ul. (...) celem zdjęcia szwów – koszt 100 zł. Pacjentka do pisma dołączyła do skargi kserokopie faktur za wyżej wymienione usługi medyczne.

Pismem z dnia 12 maja 2015 r. powód poinformował pozwanego o zwrocie nienależnie pobranych od pacjentki opłat.

(...) Oddział Wojewódzki (...) zwrócił się do 28 pacjentek, którym udzielono świadczeń w zakresie chirurgii onkologicznej, z prośbą o udzielenie odpowiedzi na pytanie: „Czy w trakcie diagnozowania i leczenia pobierano opłaty na które wystawiono faktury np. badania laboratoryjne, zabiegi chirurgiczne, konsultacje lekarskie, zdjęcie szwów itp.?” Wszystkie pacjentki na zadane pytanie odpowiedziały negatywnie.

Protokół kontroli – poza będącymi jego autorami kontrolerami wyznaczonymi przez NFZ – podpisał także M. L. jako dyrektor ZOZ (...), któremu w dniu 22 maja 2015 roku doręczono jeden egzemplarz protokołu.

(kopia protokołu kontroli – k. 600 – 623 odwrot)

W skierowanym do pozwanego piśmie datowanym na 29 maja 2015 roku, podpisanym przez prezesa zarządu W. L., powód zgłosił szereg zastrzeżeń co do treści protokołu kontroli. W odniesieniu do twierdzeń kontrolerów NFZ co do braków w dokumentacji medycznej powód podał, że:

- każda dokumentacja medyczna w jego jednostce posiada opis lekarskiego badania podmiotowego i przedmiotowego,
- informacja o godzinach rozpoczęcia i zakończenia zabiegów operacyjnych znajduje się m.in. w protokołach pielęgniarzkich z operacji oraz w kartach przebiegu znieczulenia, a od sierpnia 2014 roku także w kartach bloku operacyjnego.

W piśmie tym powód wskazał także, pozwany w protokole kontroli nie sformułował żadnego medycznego uzasadnienia swoich twierdzeń o braku potrzeby leczenia części pacjentów w warunkach szpitalnych oraz o nieprawidłowej kwalifikacji części przeprowadzonych świadczeń do tzw. grup JGP (jednorodnych grup pacjentów).

(kopia zastrzeżeń powoda do protokołu kontroli k. 624-628)

Dyrektor (...) Oddziału Wojewódzkiego (...) w piśmie datowanym na 18 czerwca 2015 roku przedstawił powodowej spółce następujące oceny oparte na wyżej przywołanym protokole kontroli:

- pozytywnie ze względu na kryterium legalności oceniono wypełnienie wymogu dotyczącego posiadania aktualnych przeglądów technicznych przez sprzęt wykorzystany do realizacji świadczeń,
- pozytywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono kwalifikacje personelu realizującego świadczenia w kontrolowanych oddziałach,
- pozytywnie ze względu na kryterium legalności oceniono monitorowanie zakażeń szpitalnych, stosowanie kontroli antybiotykoterapii oraz okresowe przekazywanie raportów do państwowego inspektora sanitarnego,
- pozytywnie ze względu na kryterium legalności oceniono sposób prowadzenia listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego,
- negatywnie ze względu na kryterium legalności oceniono sposób prowadzenia dokumentacji medycznej jako niezgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (wskazano, że w dokumentacji brak jest godziny rozpoczęcia i zakończenia zabiegu w raporcie z przebiegu zabiegu, w dokumentacji z kilku oddziałów brak jest numeracji stron, w dokumentacji z oddziału okulistyki brak opisu badania lekarskiego, w dokumentacji z oddziału neurochirurgii brak jest obserwacji lekarskich po wykonanym zabiegu),

- negatywnie ze względu na kryterium legalności oceniono warunki lokalowe: jeden gabinet diagnostyczno-zabiegowy wspólny dla oddziałów chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, neurochirurgii, chirurgii urazowo-ortopedycznej oraz oddziału ginekologiczno-położniczego,

- negatywnie ze względu na kryterium legalności oceniono pobranie opłat za świadczenia udzielone pacjentce na podstawie karty onkologicznej (DILO), które to świadczenia powinny być udzielane na podstawie umowy zawartej z (...) Oddziałem Wojewódzkim (...),

- negatywnie, ze względu na kryterium rzetelności oceniono sposób kwalifikowania i rozliczania udzielonych świadczeń z (...) Oddziałem Wojewódzkim (...).

Z uwagi na zakwestionowanie kwalifikacji części pacjentów do leczenia w warunkach szpitalnych (a nie ambulatoryjnych) oraz na twierdzenia kontrolerów NFZ o błędnym rozliczeniu spełnionych świadczeń w ramach tzw. grup JGP w tym samym piśmie wezwano powoda do złożenia dokumentów korygujących uprzednio wystawione dla pozwanego faktury o następujące kwoty:

- 105 716,00 zł w ramach świadczeń „urologia - hospitalizacja planowa”,
- 106 575,00 zł w ramach świadczeń „gastroenterologia - hospitalizacja planowa”,
- 74 568,00 zł w ramach świadczeń „chirurgia onkologiczna - hospitalizacja planowa”,
- 199 968,00 zł w ramach świadczeń „chirurgia ogólna - hospitalizacja planowa”,
- 3 840,00 zł w ramach świadczeń „chirurgia ortopedyczno-urazowa”.

Ponadto, w tym samym piśmie wezwano powodową spółkę do zapłaty na rzecz pozwanego (przytoczonych powyżej także w treści sprzeciwu od nakazu zapłaty) kar umownych w łącznej wysokości 18 224,46 zł

(kopia wystąpienia pokontrolnego - k. 589-599)

W piśmie datowanym na 29 czerwca 2015 roku, które wpłynęło w dniu następnym do jednostki pozwanego funduszu, powodowa spółka zgłosiła swoje zastrzeżenia do wyżej opisanego wystąpienia pokontrolnego – wskazując, że rzekome nieprawidłowości opisane w wystąpieniu pokontrolnym, zwłaszcza dotyczące zakwestionowania trybu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej (zasadność udzielenia świadczenia w trybie szpitalnym), nie zostały przez kontrolujących należycie uzasadnione. Powód oświadczył także, że niemożliwe jest szczegółowe odniesienie się do wskazanych nieprawidłowości z uwagi na brak ich merytorycznego uzasadnienia nie tylko w treści protokołu kontroli, ale także w treści wystąpienia pokontrolnego.

W swoim piśmie powód zanegował twierdzenia pozwanego o powstaniu po stronie powodowej spółki obowiązku zwrotu rzekomo nienależnie przekazanych środków pieniężnych oraz roszczenia pozwanego z tytułu kar umownych, jednakże przyznał fakt jednorazowego pobrania od pacjentki opłat za świadczenia, które winny zostać rozliczone na podstawie zawartej z NFZ umowy. Powód wskazał jednak, że żądana przez pozwanego kara umowna w kwocie 4590 zł jest niewspółmiernie wysoka do stopnia naruszenia – wobec jego jednorazowości oraz wobec tego, że wartość świadczeń, za które zostały pobrane dodatkowe opłaty od pacjenta, wynosiła ok. 350 zł, a ponadto wszelkie kwoty pobrane od pacjentki zostały jej zwrócone.

(kopia pisma powoda zawierającego zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego – k. 398-409)

Zastrzeżenia powodowej spółki nie zostały przez organy pozwanego funduszu uwzględnione, w szczególności co do wysokości sum pieniężnych, zapłaty których pozwany zażądał z tytułu zwrotu nienależnych świadczeń pieniężnych i z tytułu kar umownych.

(okolicość niesporna)

Pozwany fundusz na początku roku 2016 skierował do powodowej spółki szereg pisemnych oświadczeń o potrąceniu wierzytelności, podpisanych przez M. J. (pełniącą wówczas obowiązki zastępcy dyrektora (...)) – na podstawie umocowania udzielonego jej przez dyrektora (...) w dniu 23 września 2015 roku obejmującego m.in. pełnomocnictwo do składania w imieniu NFZ oświadczeń o potrąceniu należności:

1. pismo z dnia 22 stycznia 2016 roku – o potrąceniu z należności powódki wynikającej z faktur opiewających na łączną kwotę 19.589,90 złotych należności pozwanego w łącznej kwocie 25.888,62 złote wynikającej z: postępowania kontrolnego (...) na kwotę 18.224,46 zł, noty odsetkowej dotyczącej (...) na kwotę 316,56 zł i faktury korygującej (...) na kwotę 7.347,60 złotych,
2. pismo z dnia 28 stycznia 2016 roku - o potrąceniu z należności powódki wynikającej z faktur na łączną kwotę 82.203,00 zł należności pozwanego w łącznej kwocie 322.223,04 zł wynikającej z postępowania kontrolnego (...) na kwotę 311 233,00 zł, noty odsetkowej na kwotę 6.122,34 zł i faktur korygujących: (...) na kwotę 121,50 zł, (...) na kwotę 121,50 zł, (...) na kwotę 558,90 zł, (...) na kwotę 283,50 zł, (...) na kwotę 782,00 zł,
3. pismo z dnia 5 lutego 2016 roku - o potrąceniu z należności powódki wynikającej z faktur na łączną kwotę 87.659,40 zł należności pozwanego w łącznej kwocie 240.250,20 złotych wynikającej z postępowania kontrolnego (...) na kwotę 240.020,04 zł, noty odsetkowej dotyczącej (...) na kwotę 230,16 zł,
4. pismo z dnia 8 lutego 2016 roku - o potrąceniu z należności powódki wynikającej z faktur na łączną kwotę 3.380,30 zł należności pozwanego w łącznej kwocie 240.250,20 złotych wynikającej z postępowania kontrolnego (...) na kwotę 152.590,80 zł, noty odsetkowej dotyczącej (...) na kwotę 29,26 zł; faktur korygujących: (...) na kwotę 105,30 zł, (...) na kwotę 396.90 zł i (...) na kwotę 680,40 zł,
5. pismo z dnia 10 lutego 2016 roku - o potrąceniu z należności powódki wynikającej z faktur w łącznej kwocie 150.692,11 złotych należności pozwanego wynikającej z: postępowania kontrolnego (...) na kwotę 150.422,36 zł, noty odsetkowej dotyczącej (...) na kwotę 28,85 zł i faktury korygującej (...) na kwotę 240,90 zł.

(kopie pisemnych oświadczeń o potrąceniu wierzytelności – k. 267 – 271 oraz k. 305-327, kopia pełnomocnictwa k. 303)

Pismem datowanym na dzień 29 maja 2017 roku powódka wezwała pozwanego do dobrowolnego dokonania zapłaty zaległej należności w łącznej wysokości: 343.581.24 zł wraz ze szczegółowo opisanymi odsetkami ustawowymi za opóźnienie.

(kopia wezwania do zapłaty z dnia 29 maja 2017 roku – k. 248-249)

W odpowiedzi na wezwanie do zapłaty z dnia 29 maja 2017 roku pozwany poinformował powódkę, iż nie widzi podstaw prawnych i faktycznych do uznania zasadności roszczenia i odmawia zapłaty, gdyż wezwanie dotyczy kwot potrąconych na skutek zakończenia wyżej opisanego postępowania kontrolnego, którego ustalenia nie zostały w żaden sposób podważone.

(pismo – k. 255)

Raporty z przebiegu operacji w szpitalu prowadzonym przez powoda za okres od września 2014 roku zawierają informacje o godzinie rozpoczęcia i zakończenia zabiegu.

(kopie raportów z przebiegu operacji k. 631-638)

W treści ksiąg bloku operacyjnego prowadzonych za okres objęty kontrolą NFZ (tj. od 1 stycznia 2014 roku) do września 2014 roku w niektórych opisach zabiegów operacyjnych nie podano godzin rozpoczęcia i zakończenia

zabiegu, natomiast wszędzie podano opis przebiegu operacji – w części kart tych ksiąg, tj. dla części zabiegów, podano godzinę rozpoczęcia i zakończenia zabiegu.

(kopie kart ksiąg bloku operacyjnego k. 654-672)

Wskazanie godziny rozpoczęcia i zakończenia operacji zawierają także protokoły sporządzane przez osoby pełniące przy danym zabiegu funkcję pielęgniarki operacyjnej.

(kopie protokołów pielęgniarskich k. 639-648)

Dokumentacja medyczna pacjentów leczonych na oddziale okulistycznym szpitala prowadzonego przez powodową spółkę obejmuje kartę pierwszą zatytułowaną „Historia choroby” oraz kolejną kartę z opisem stanu pacjenta.

(kopie kart z historii choroby w klinice okulistycznej k. 705-903)

M. L. jest od ponad 5 lat dyrektorem szpitala prowadzonego przez powodową spółkę i posiada pełnomocnictwo do reprezentowania tej spółki w stosunkach z pozwanym funduszem.

(zeznania M. L. – protokół rozprawy z dnia 22 maja 2018 roku, 8 – 11 minuta)

Kontrola dokumentacji medycznej przez wyżej wskazanych pracowników NFZ miała charakter wyrywkowy.

(zeznania M. L. – protokół rozprawy z dnia 22 maja 2018 roku, 11 minuta)

Pracownicy pozwanego przeprowadzający kontrolę u powoda porównywali zapisy w dokumentacji medycznej z treścią uprzednio dokonanych przez powoda z pozwanym rozliczeń za zrealizowane świadczenia opieki zdrowotnej.

(zeznania M. F. - protokół rozprawy z dnia 22 maja 2018 roku, 56-58 minuta; zeznania W. J. - protokół rozprawy z dnia 22 maja 2018 roku, 1 godzina 12 minuta – 1 godzina 15 minuta)

Kwalifikacja zrealizowanych w szpitalu powodowej spółki świadczeń opieki zdrowotnej do poszczególnych tzw. grup JGP następuje na podstawie dokumentacji medycznej z przeprowadzonego leczenia, w szczególności w oparciu o rozpoznanie lekarskie na podstawie klasyfikacji (...)10 oraz w oparciu o oznaczenie zastosowanej procedury medycznej na podstawie klasyfikacji (...)9. Powód w zakresie dotyczącym kwalifikowania udzielonych już świadczeń do poszczególnych JGP korzystał i korzysta nadal z programu komputerowego wskazanego przez NFZ, opartego na opracowanym przez ten fundusz algorytmie.

(zeznania świadka Ł. R. – protokół rozprawy z dnia 8 stycznia 2019 roku, 20 – 22 minuta; zeznania świadka R. S. - protokół rozprawy z dnia 8 stycznia 2019 roku, 1 godzina 6 minuta – 1 godzina 10 minuta; zeznania świadka B. P. (1) – protokół rozprawy z dnia 12 lutego 2019 roku, 26 – 32 minuta oraz 46 minuta)

Powodowa spółka nie wystawiła dla pozwanego żadnych faktur korygujących, które uwzględniałyby sformułowane przez pozwanego wystąpienie pokontrolne.

(zeznania B. P. (2) - protokół rozprawy z dnia 22 maja 2018 roku, 52 minuta)

Wniosek pozwanego o zobowiązanie powoda do złożenia dokumentacji medycznej (k. 283 i 296) podlegał oddaleniu (postanowienie w protokole rozprawy k. 3122). Po pierwsze, pozwany w tym wniosku nie określił dokładnie, jakie właściwie dokumenty miałyby zostać przez powoda złożone – pozwany jedynie wskazał (w punkcie 7 sprzeciwu od nakazu zapłaty), że wnosi o dopuszczenie dowodu z dokumentacji „dotyczącej przypadków zakwestionowanych w toku kontroli”, bez wskazania jakich konkretnie pacjentów lub jakich oddziałów szpitalnych i jakiego okresu czasu dotyczy ten wniosek. Co więcej, wniosek ten podlegał oddaleniu także i dlatego, że pozwany – jak to wynika ze złożonego przez niego wykazu dokumentów (k. 340-342) z akt kontroli (którą pozwany przeprowadził i której aktami dysponuje) – do akt tych dołączył liczące ponad 2000 kart kopie dokumentacji medycznej (na k. 341-342 wskazano, że są to strony od

287 do 2700 akt kontroli), a skoro tymi kopiami dysponował, to mógł je złożyć do akt sprawy niniejszej – co zresztą następnie, na wezwanie Sądu, uczynił (zobowiązanie – punkt 3 zarządzenia z k. 1696). Przede wszystkim jednak ocena prawidłowości tej dokumentacji oraz prawidłowości decyzji o leczeniu pacjentów w warunkach szpitalnych, jak również prawidłowości kwalifikowania pacjentów do tzw. jednorodnych grup pacjentów (JGP) musiały się opierać na wiadomościach specjalnych, tj. wymagałyby opinii biegłego lub grupy biegłych, a żadna ze stron procesu tego rodzaju wniosku nie złożyła (rozważania pozwanego na w sprzeczanie – k. 296 – na temat ewentualnej tezy dowodowej dla biegłego mają charakter hipotetyczny, bo w piśmie tym pozwany wniosku o dopuszczenie takiego dowodu nie zgłosił).

Strona powodowa cofnęła zgłoszone przez siebie w toku postępowania wnioski o przeprowadzenie dowodu z zeznań świadków: J. S. (protokół skrócony rozprawy k. 1680) oraz M. S., R. K., S. J. i J. J. (protokół skrócony rozprawy k. 1738).

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

W niniejszej sprawie niesporny między stronami procesu był fakt zawarcia przez nie opisanych szczegółowo w pozwie umów o spełnienie na rzecz osób trzecich (świadczeniobiorców) świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych – w szczególności umów o leczenie szpitalne. Niesporne było także i to, że powodowa spółka komandytowa jest tożsama ze spółką (...) Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z .o.o., gdyż stanowi kontynuację tej spółki w innej formie prawnej, jako że powstała na skutek przekształcenia tej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w spółkę komandytową, wobec czego – stosownie do treści art. 553 § 1 k.s.h. – przejęła wszystkie prawa i obowiązki tejże spółki (por. wydruk treści wpisów w rejestrze przedsiębiorców KRS k. 10-11). Dodatkowo, niesporne było także i to, że z uwagi na treść umów o spełnienie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych przez strony oraz spełnienie tych świadczeń przez stronę powodową, powstało po stronie pozwanej zobowiązanie pieniężne do zapłaty należności pieniężnych w wysokości opisanej szczegółowo w pozwie, które stało się wymagalne w datach tam podanych. Pozwany twierdził natomiast, że następnie wierzytelność pieniężna powoda opisana w pozwie wygasła: w części na skutek korekty faktur dokonanej przez samą stronę powodową, natomiast w części w wyniku skutecznego złożenia przez pozwanego szeregu, opisanych w sprzeczanie od nakazu zapłaty, oświadczeń o potrąceniu wzajemnych roszczeń pieniężnych. Jedynie zasadność tak sformułowanego zarzutu strony pozwanej była zatem przedmiotem sporu między stronami w niniejszej sprawie.

W zakresie dotyczącym wniosków wywodzonych przez pozwanego z treści tzw. faktur korygujących wystawionych przez stronę powodową stwierdzić należy, co następuje. Fakt wystawienia tych faktur i ich treść nie była kwestionowana przez stronę powodową (faktury korygujące k. 329-339), jednakże już z samej treści tych faktur wynika, że dotyczą one korekty innych, wystawionych uprzednio przez powoda dla pozwanego, faktur VAT, niż faktury opisane w pozwie: faktury korygujące przywołane przez pozwanego dotyczą bowiem korekty faktur powoda z 31 sierpnia 2015 roku (k. 329), 30 listopada 2015 roku (k. 330) i 31 października 2015 roku (k. 332 i 333), a ponadto korekty 6 faktur wystawionych z datą 31 grudnia 2015 roku, jednakże innych niż wystawione z tą samą datą faktury wymienione w pozwie (k. 331, k. 334 oraz k. 336-339: korekcie podlegały faktury o numerach (...) i dwukrotnie faktura (...), podczas gdy pozew oparto na należnościach pieniężnych powoda, których dotyczyły faktury o numerach (...) i wyższych).

Zaznaczyć należy, że korekta faktur przez powoda miałyby samodzielne znaczenie w niniejszej sprawie, gdyby dotyczyła tych samych faktur, które obejmowały należności pieniężne powoda opisane w pozwie – wówczas korektę ujemną tych faktur należałoby traktować jak przyznanie przez samego powoda, że jego roszczenia pieniężne wobec pozwanego dotyczą kwot niższych niż te podane w pozwie. Ze względów wyżej omówionych taka sytuacja w sprawie niniejszej jednak nie zaistniała. Skoro tak, to korekta faktur dotyczących innych należności pieniężnych powoda wobec pozwanego niż te objęte pozwem złożonym w niniejszej sprawie miałyby znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy niniejszej tylko wówczas, gdyby zarazem pozwany twierdził, że zapłacił uprzednio te inne należności pieniężne na rzecz powoda, a na skutek korekty faktur okazało się następnie, że zapłacone na rzecz powoda kwoty z tego tytułu stanowiły świadczenia nienależne w rozumieniu art. 410 k.c. Żadnych twierdzeń tego rodzaju co do faktur korygujących wymienionych w sprzeczanie pozwany jednak nie sformułował, a tym bardziej nie wykazał w żaden

sposób, aby omawiana sytuacja miała miejsce (tj. aby powstała jakakolwiek, mogąca podlegać potrąceniu, nadpłata po jego stronie w ramach rozliczeń z powodem za świadczenia inne niż te, których dotyczy pozew). Sama w sobie korekta przez powoda innych faktur niż te, których dotyczy sprawa niniejsza, nie ma zatem żadnego znaczenia dla rozstrzygnięcia tej sprawy.

W dalszej kolejności należy odnieść się do podniesionego przez pozwanego zarzutu wygaśnięcia wierzytelności pieniężnej opisanej w pozwie na skutek potrącenia (art. 498 k.c.). Stanowisko powoda co do formalnych braków oświadczeń złożonych w imieniu pozwanego w przedmiocie wzajemnego potrącenia wierzytelności stron nie jest zasadne – należy przyjąć, że oświadczenia te złożyła osoba umocowana należycie do składania oświadczeń woli w imieniu pozwanego, tj. M. J. umocowana do tego upoważnieniem wydanym przez ówczesnego dyrektora (...) Oddziału Wojewódzkiego (...) z dnia 23 września 2015 roku (k. 303). Zgodnie z treścią art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135), dyrektor oddziału wojewódzkiego (...) kieruje oddziałem wojewódzkim (...) i reprezentuje NFZ na zewnątrz w zakresie właściwości danego oddziału – co jednak nie oznacza, że nie jest on uprawniony do udzielenia innym osobom pełnomocnictwa do dokonywania w imieniu NFZ czynności prawnych mieszczących się w wyżej wskazanym zakresie. Skoro dyrektor oddziału wojewódzkiego (...) jest – w zakresie określonym w wyżej przywołanym przepisie ustawowym – organem reprezentującym NFZ na zewnątrz, to w braku przepisu szczególnego ograniczającego dodatkowo tę jego kompetencję może on w takim samym zakresie udzielać innym osobom pełnomocnictw do reprezentowania NFZ, co wynika z art. 96 k.c. Dyrektor oddziału wojewódzkiego (...) jest organem tej osoby prawnej a nie jej pełnomocnikiem, a zatem nie dotyczy go dyspozycja art. 106 k.c. Z kolei treść art. 107 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczy kompetencji Prezesa NFZ do udzielania pełnomocnictw i w żaden sposób nie można z tego przepisu wywieść wniosku, jakoby dyrektorzy oddziałów wojewódzkich (...) nie mogli – w zakresie swojej ustawowej kompetencji do reprezentowania NFZ – udzielać tego rodzaju pełnomocnictw.

Podniesiony przez stronę pozwaną zarzut potrącenia jest jednak w zdecydowanie przeważającej części niezasadny z innych względów, tj. z uwagi na niewykazanie przez pozwanego istnienia i wysokości zgłoszonych do potrącenia wierzytelności pieniężnych pozwanego w stosunku do powodowej spółki. To, że na pozwanym tego rodzaju ciężar dowodowy spoczywał, jest oczywiste i wynika z treści art. 6 k.c. Pozwany twierdził, że sprostował temu ciężarowi przedkładając dokumenty powstałe w wyniku kontroli przeprowadzonej przez niego w jednostce służby zdrowia prowadzonej przez powodową spółkę, w postaci protokołu kontroli i wystąpienia pokontrolnego (pismo pozwanego k. 1748-1753) – co więcej, sformułował nawet twierdzenie, jakoby to rolę powodowej spółki było „wykazanie, że umowę realizuje zgodnie z jej zapisami” (k. 1751). Ten ostatni pogląd nie znajduje jednak podstaw prawnych, w szczególności wobec treści art. 6 k.c. Na powódzie w niniejszej sprawie spoczywał ciężar wykazania okoliczności faktycznych pozwalających na przyjęcie, że powstała i stała się wymagalna wierzytelność pieniężna powoda wobec pozwanego o wysokości podanej w pozwie. Jak jednak wynika pośrednio z treści sprzeciwu (pozwany twierdził, że wierzytelność powoda wobec niego opisana w pozwie wygasła na skutek potrącenia, a skoro wygasła, to musiała najpierw powstać), a wyraźnie ze stanowiska pozwanego przedstawionego w końcowym oświadczeniu na rozprawie w dniu 12 lutego 2019 roku, pozwany w istocie powstania wymagalnej wierzytelności pieniężnej powoda o wysokości opisanej w pozwie nie kwestionował, a mówiąc ściślej – przyznał te okoliczności. Skoro zaś pozwany zarazem twierdził, że już istniejąca wierzytelność pieniężna powoda wygasła na skutek oświadczeń pozwanego o potrąceniu, to na pozwanym spoczywał ciężar wykazania tego, że powstała po jego stronie wierzytelność pieniężna przeciwko powodowi zgłoszona do potrącenia.

Pozwany istotnego znaczenia upatrywał przede wszystkim w treści sporządzonego przez osoby działające na jego zlecenie protokołu kontroli (k. 600-623) oraz w fakcie podpisania tego dokumentu także przez dyrektora kontrolowanej jednostki, tj. M. L.. Stwierdzić wobec tego należy, że żaden przepis ustawy nie wiąże z podpisaniem lub odmową podpisania protokołu kontroli skutków prawnych dotyczących mocy dowodowej tak powstałego dokumentu – tym bardziej zaś żaden przepis prawa nie daje podstaw do uznania, że podpisanie protokołu kontroli zleconej przez NFZ przez osobę działającą w imieniu świadczeniodawcy usług zdrowotnych jest tożsame z uznaniem przez tego ostatniego wyników kontroli lub jakichkolwiek roszczeń pieniężnych NFZ wobec świadczeniodawcy.

Przywołać w tym miejscu należy treść odpowiednich przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2018 roku, poz. 1510). Zgodnie z treścią art. 64 ust. 1 te same ustawy podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (tj. NFZ) może przeprowadzić kontrolę udzielania świadczeń świadczeniobiorcom. Z przebiegu przeprowadzonej kontroli sporządza się protokół, który jest podpisywany przez kontrolera i świadczeniodawcę (art. 64 ust. 6 ustawy), przy czym świadczeniodawca może w terminie 7 dni od dnia otrzymania protokołu kontroli zgłosić na piśmie zastrzeżenia do tego protokołu (ust. 6a) - zastrzeżenia do protokołu kontroli rozpatruje kontroler w terminie 14 dni. Kontroler dokonuje ich analizy i w miarę potrzeby podejmuje dodatkowe czynności kontrolne, a w przypadku stwierdzenia zasadności zastrzeżeń zmienia lub uzupełnia odpowiednią część protokołu kontroli (ust. 6b). W razie nieuwzględnienia zastrzeżeń w całości lub w części kontroler niezwłocznie przekazuje na piśmie swoje stanowisko zgłaszającemu zastrzeżenia (ust. 6c). Art. 64 ust. 6d ustawy stanowi o tym, że świadczeniodawca może odmówić podpisania protokołu, składając w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania pisemne wyjaśnienie tej odmowy – przepisy ustawy nie określają jednak tego, jakie są skutki prawne tego rodzaju odmowy ani jakie są skutki prawne podpisania protokołu kontroli przez świadczeniodawcę (tj. przez kontrolowany przez NFZ podmiot). Przepisy ustawy stanowią bowiem jedynie o tym, że o odmowie podpisania protokołu kontroli i złożeniu wyjaśnienia kontroler czyni wzmiankę w protokole (art. 64 ust. 6e) oraz o tym, że odmowa podpisania protokołu przez świadczeniodawcę nie stanowi przeszkody do podpisania protokołu przez kontrolera i realizacji ustaleń kontroli (ust. 6f). Zgodnie z treścią art. 64 ust. 7 ustawy podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych (tj. NFZ) sporządza następnie wystąpienie pokontrolne zawierające ocenę działalności kontrolowanego świadczeniodawcy i zalecenia pokontrolne w razie stwierdzenia nieprawidłowości, przy czym świadczeniodawca może, w terminie 7 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, zgłosić zastrzeżenia podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych (art. 64 ust. 8). Zastrzeżenia rozpatruje się w terminie 14 dni. W przypadku nieuwzględnienia zastrzeżeń niezwłocznie informuje się o tym świadczeniodawcę. Art. 64 ust. 9 ustawy stanowi ponadto o tym, że świadczeniodawca jest obowiązany, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego albo od dnia otrzymania informacji o nieuwzględnieniu zastrzeżeń, do poinformowania podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych o sposobie wykonania zaleceń pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

Jak wynika z treści wyżej przywołanych przepisów ustawowych, nie łączą one żadnych istotnych skutków prawnych ani z podpisaniem protokołu kontroli przez świadczeniodawcę ani z odmową podpisania tego dokumentu – wręcz przeciwnie, nawet umotywowana odmowa podpisania protokołu przez świadczeniodawcę nie stanowi przeszkody do realizacji ustaleń kontroli przez organy NFZ. Nie istnieją żadne podstawy prawne do tego, aby twierdzić, że podpisanie przez świadczeniodawcę protokołu kontroli, tj. dokumentu opisującego przebieg kontroli, stanowi zarazem przyznanie przez świadczeniodawcę jakichkolwiek uchybień po jego stronie, o zaistnieniu których kontrolerzy napisali w treści sporządzonego przez siebie protokołu. Wyżej przywołane przepisy ustawowe pozwalają co najwyżej stwierdzić, że przez podpisanie protokołu kontroli (tj. dokumentu – stosownie do treści art. 64 ust. 6 ustawy – mającego opisywać przebieg przeprowadzonej kontroli, a zatem zawierając opis podjętych w jej ramach czynności kontrolnych) świadczeniodawca potwierdza, że miała miejsce kontrola w jego placówce oraz że w jej ramach dokonano określonych czynności (np. analiza treści dokumentacji medycznej przez kontrolerów NFZ). Art. 64 ust. 6 ustawy nie przewiduje natomiast tego, aby protokół kontroli poza opisem przebiegu kontroli miał zawierać jakiegokolwiek zastrzeżenia lub zalecenia wobec świadczeniodawcy czyli wyniki kontroli rozumiane jako zespół tego rodzaju ocen czy wytycznych. Wręcz przeciwnie, z treści art. 64 ust. 7 ustawy wynika w sposób jednoznaczny, że dopiero kolejny dokument – sporządzany już nie przez kontrolerów lecz przez uprawniony do tego organ NFZ (tj. co do zasady przez dyrektora oddziału wojewódzkiego) – a zatem wystąpienie pokontrolne kierowane do świadczeniodawcy ma zawierać ocenę jego działalności i zalecenia pokontrolne. Przepisy ustawowe nie przewidują natomiast podpisywania lub odmowy podpisywania tego ostatniego dokumentu przez świadczeniodawcę.

W świetle wyżej przeprowadzonych rozważań fakt podpisania przez M. L. wyżej przywołanego protokołu kontroli oznacza jedynie potwierdzenie przez niego, że opisane w tym dokumencie czynności kontrolne w szpitalu prowadzonym przez powoda miały miejsce – nie oznacza natomiast potwierdzenia jakiegokolwiek ocen czy opartych

na ocenach ustaleń kontrolerów działających na zlecenie NFZ. Protokół kontroli przeprowadzonej w szpitalu powoda przez stronę pozwaną zawiera, poza opisem dokonanych czynności kontrolnych także umieszczone w tym dokumencie przez jego autorów, tj. kontrolerów działających na zlecenie pozwanego, oceny dotyczące rzekomo nieprawidłowej kwalifikacji niektórych świadczeń zdrowotnych do tzw. grup JGP oraz dotyczące tego, że pewne świadczenia spełnione w warunkach szpitalnych mogły lub wręcz powinny być zostać udzielone w warunkach ambulatoryjnych – brak jest jednak jakichkolwiek podstaw do przyjęcia, że strona powodowa oceny te kiedykolwiek zaakceptowała. Wobec treści złożonych w terminie 7 dni po podpisaniu protokołu kontroli, tj. w dniu 29 maja 2015 roku, zastrzeżeń powoda do protokołu kontroli (k. 624-628), nie sposób twierdzić, że powód zaakceptował oceny jego działalności zawarte w tym protokole.

Z kolei wystąpienie pokontrolne skierowane do powoda przez dyrektora (...) Oddziału Wojewódzkiego (...) (k. 589-599) zawierało niewątpliwie szereg ocen dotyczących sposobu realizacji i rozliczania świadczeń zdrowotnych przez powoda oraz zalecenia pokontrolne – niesporne jest jednak w sprawie niniejszej to, że powód nigdy nie złożył w żadnej formie oświadczenia, z którego wynikałoby (pośrednio lub wprost), że zgadza się z zawartymi w tym dokumencie krytycznymi ocenami swojej własnej działalności. Wręcz przeciwnie, powód w terminie ustawowymi złożył do właściwego organu pozwanego zastrzeżenia do treści wystąpienia pokontrolnego, tj. wykorzystał środek przewidziany w art. 64 ust. 8 wyżej przywołanej ustawy (por. k. 398-408) – w dokumencie tym zanegował zasadność wszystkich zarzutów wobec jego działalności zawartych w wystąpieniu pokontrolnym NFZ poza jednym, tj. poza zarzutem jednokrotnego nienależnego pobrania opłat w wysokości ok. 350 zł od pacjentki, która powinna była podlegać leczeniu onkologicznemu i nie powinna ponosić żadnych opłat z tym związanych (k. 407).

Wobec powyższego, pozwany nie może zasadnie twierdzić, że powód – poza jedną kwestią przywołaną powyżej - w jakiegokolwiek formie lub w jakikolwiek sposób zaakceptował lub potwierdził negatywne oceny jego działalności zawarte w protokole kontroli i wystąpieniu pokontrolnym. Nie doszło zatem do przyznania przez powoda tego rodzaju ocennych okoliczności, a zatem to na pozwanym nadal ciążył w niniejszym postępowaniu ciężar wykazania tych okoliczności, tj. ciężar udowodnienia tego, że doszło do uchybień zarzuconych powodowi w wystąpieniu pokontrolnym pochodzącym od pozwanego.

W tym miejscu odnieść należy się także do twierdzenia pozwanego, jakoby pochodzące od niego dokumenty, tj. protokół kontroli i wystąpienie pokontrolne, miały moc dowodową dokumentów urzędowych w rozumieniu art. 244 § 1 k.p.c. Przepis ten stanowi o tym, że dokumenty urzędowe, sporządzone w przepisanej prawem 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 – przepis ten stosuje się odpowiednio do dokumentów urzędowych sporządzonych przez inne podmioty w zakresie zleconych im przez ustawę zadań z dziedziny administracji publicznej (art. 244 § 2 k.p.c.). Aby dokument mógł zostać uznany za dokument urzędowy w rozumieniu art. 244 § 1 k.p.c. musi zatem zostać wystawiony przez organ władzy publicznej albo inny organ państwowy lub nawet podmiot prywatny, ale wykonujący z mocy ustawy zadania z zakresu administracji publicznej. Stwierdzić wobec tego należy, że protokół kontroli sporządzony na podstawie art. 64 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych pochodzi od pracowników NFZ wykonujących obowiązki kontrolerów w ramach kontroli danego świadczeniodawcy (tj. jest sporządzony i podpisany przez te osoby) – kontrolerzy ci, tj. osoby zatrudnione przez NFZ, z pewnością nie mają statusu organu władzy publicznej ani innego organu państwowego, są natomiast pracownikami państwowej osoby prawnej, jaką jest NFZ. Podobnie, dyrektor oddziału wojewódzkiego (...), w szczególności dyrektor (...) Oddziału Wojewódzkiego (...), od którego pochodzi wyżej przywołane wystąpienie pokontrolne, nie jest organem władzy publicznej lecz organem państwowej osoby prawnej, jaką jest NFZ.

Pozostaje zatem do rozważenia, czy kontrolerzy NFZ w zakresie, w jakim sporządzają protokół kontroli (art. 64 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) oraz dyrektor oddziału wojewódzkiego (...) w zakresie, w jakim sporządza wystąpienie pokontrolne na podstawie art. 64 ust. 7 tej samej ustawy, realizują w ten sposób zlecone im ustawowo zadania z dziedziny administracji publicznej (art. 244 § 2 k.p.c.), co sprowadza się do kwestii następującej: czy kontrola wykonywana przez pracowników i organy NFZ na podstawie art. 64 wyżej przywołanej ustawy stanowi działanie z zakresu administracji publicznej? W ocenie Sądu rozpoznającego

sprawę niniejszą odpowiedź na tak postawione pytanie musi być przecząca, gdyż art. 64 wyżej przywołanej ustawy umożliwia wprawdzie NFZ jako jednej ze stron umowy o świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych kontrolę sposobu wykonywania tej umowy przez drugą jej stronę (świadczeniodawcę), nie czyni to jednak tego rodzaju kontroli działaniem z zakresu administracji publicznej.

W orzecznictwie Naczelnego Sądu Administracyjnego za utrwalony uznać należy pogląd, który sąd rozpoznający sprawę niniejszą w pełni podziela, zgodnie z którym Narodowy Fundusz Zdrowia jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną, natomiast nie jest organem administracji publicznej w rozumieniu ustrojowym i nie przyznano mu ogólnej kompetencji do stosowania środków prawnych właściwych organom administracji publicznej (tj. do realizacji władczych uprawnień władzy publicznej – sfera tzw. imperium) – organy NFZ stosują środki prawne właściwe organom administracji publicznej jedynie na mocy konkretnych, mających charakter wyjątku od wyżej przytoczonej zasady, przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (por. postanowienia NSA z dnia 4 kwietnia 2008 r., sygn. akt II GSK 470/07 i z dnia 17 października 2008 r., sygn. akt II GSK 394/08, jak również z dnia 27 lipca 2011 r., sygn. akt II GSK 1208/11 oraz z dnia 19 października 2011 r., sygn. akt II GSK 2076/11). W orzecznictwie sądów administracyjnych wskazuje się na to, że czynności podejmowane przez NFZ w ramach kontroli przewidzianej w art. 64 wyżej przywołanej ustawy nie stanowią aktów ani innych czynności z zakresu administracji publicznej dotyczących uprawnień lub obowiązków wynikających z przepisów prawa publicznego (administracyjnego), w rozumieniu art. 3 § 2 pkt 4) ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi i z tego względu czynności te nie podlegają kontroli w trybie skargi do sądu administracyjnego. Podkreśla się natomiast, że kontrola przeprowadzona na podstawie art. 64 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej dotyczy realizacji umowy cywilnoprawnej zawartej między skarżącym a Narodowym Funduszem Zdrowia oraz nie prowadzi ona do zastosowania środków władczych (kar administracyjnych) lecz sankcji o charakterze cywilnoprawnym, tj. kar umownych lub wezwania do zwrotu nienależnie pobranych przez kontrahenta NFZ świadczeń zdrowotnych – tym samym kończące postępowanie kontrolne NFZ wystąpienie pokontrolne nie nakłada na świadczeniodawcę (kontrahenta NFZ) obowiązków wynikających bezpośrednio z mocy prawa (w szczególności obowiązków o charakterze publicznoprawnym), lecz wyłącznie obowiązki wynikające z uprzednio zawarte umowy cywilnoprawnej (por. uzasadnienie wyżej przywołanego postanowienia NSA z dnia 19 października 2011 r., sygn. akt II GSK 2076/11). Z tych względów nie sposób uznać, aby czynności kontrolne i wystąpienia pokontrolne NFZ dokonane w ramach omawianej tutaj procedury stanowiły czynności z zakresu administracji publicznej (tj. z zakresu, w ramach którego organy władzy publicznej wykonują swoje kompetencje władcze) lecz są to czynności dotyczące sfery tzw. dominium, tj. sfery realizacji zadań publicznych za pomocą środków prawa prywatnego – co tym samym wyklucza uznanie dokumentów powstałych w ramach tej procedury (w szczególności protokołu kontroli i wystąpienia pokontrolnego) za dokumenty urzędowe w rozumieniu art. 244 k.p.c.

Za wnioskiem tym stoją także inne, ważne argumenty. Uwzględnić należy w szczególności treść art. 7 Konstytucji RP, zgodnie z którą organy władzy publicznej działają na podstawie i w granicach prawa – co w szczególności oznacza, że kompetencji tych organów nie można domniemywać, a zatem przy braku wyraźnego przepisu ustawowego nie można m.in. przyjmować, że pewne uprawnienia podmiotów indywidualnych (tj. podmiotów prawa innych niż organy władzy publicznej ustanowione wyraźnymi przepisami ustawowymi), w tym także uprawnienia państwowych osób prawnych (m.in. funduszy państwowych), są uprawnieniami z zakresu władzy publicznej, tj. uprawnieniami do władczego (jednostronnego) ustalania sytuacji prawnej innych osób. Żaden przepis ustawy nie pozwala na przyjęcie, że procedura przewidziana w treści art. 64 ustawy o świadczeniach publicznych finansowanych ze środków publicznych jest procedurą, w ramach której organy lub tym bardziej pracownicy NFZ (kontrolerzy) sprawują władzę publiczną, tj. wykonują czynności władcze z zakresu administracji publicznej. W szczególności na gruncie przepisów wyżej przywołanej ustawy jako oczywista jawi się różnica między procedurą kontrolną z art. 64 tej ustawy (tj. procedurą dotyczącą kontroli realizacji umowy cywilnoprawnej przez jedną z jej stron, jaką jest NFZ) a procedurą nadzorczą przewidzianą w art. 163-184 tej samej ustawy, określającą kompetencje ministra właściwego do spraw zdrowia także w odniesieniu do świadczeniodawców – tylko w ramach tej drugiej procedury (w przeciwieństwie do procedury z art. 64 ustawy) przewidziane jest stosowanie przez właściwego ministra kar administracyjnych w stosunku do świadczeniodawców (art. 170 i 171 w związku z art. 183 ustawy), a zatem tylko ta druga procedura a nie

pierwsza stanowi element wykonywania władczych uprawnień państwa z zakresu administracji publicznej. Stosunek między NFZ, a świadczeniodawcą ma charakter zobowiązania umownego, którego powstanie i wykonanie w sprawach nieuregulowanych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych podlega ocenie z punktu widzenia prawa cywilnego (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 25 marca 2004 r., II CK 207/03, z dnia 10 grudnia 2004 r., III CK 134/04, OSP 2005, z. 6, poz. 79 oraz z dnia 22 maja 2014 r., IV CSK 536/13), wobec czego w braku wyraźnego przepisu ustawowego nie sposób jednej ze stron takiego stosunku cywilnego (tj. NFZ) przypisywać uprawnienia do władczego, jednostronnego ustalenia sytuacji prawnej drugiej strony stosunku albo do analogicznie jednostronnego ustalenia spornych między stronami okoliczności faktycznych. W przypadku zaistnienia między stronami takiego stosunku prawnego sporu co do faktów zastosowanie znajdują ogólne zasady ciężaru dowodu wynikające z art. 6 k.c. i szczegółowych przepisów prawa cywilnego.

Z powyższych względów nie ma żadnych podstaw do tego, aby przywołane przez pozwanego dokumenty od niego pochodzące traktować inaczej niż dokumenty prywatne w rozumieniu art. 245 k.p.c. – co z kolei oznacza, że potwierdzają one jedynie, że pracownicy i organy NFZ złożyli oświadczenia o treści zawartej w tych dokumentach, a zatem dokumenty te nie są dowodem na zaistnienie jakichkolwiek nieprawidłowości w funkcjonowaniu szpitala prowadzonego przez powodową spółkę. Z tych powodów podzielić należy pogląd, zgodnie z którym w sporach o roszczenia cywilnoprawne mające związek z wykonaniem umów o udzielanie świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej ustawodawca nie przypisał protokołowi kontrolnemu znaczenia dokumentu, który miałby rozstrzygać o stanie faktycznym sprawy (por. uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 24 listopada 2017 r. III CSK 296/16). Całkowicie inny status, wynikający z wyraźny przepisów ustawowych oraz odmiennej relacji między organem kontrolującym a podmiotem kontrolowanym, mają natomiast np. protokoły z kontroli prowadzonych przez ZUS (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 grudnia 2013 r., I UK 156/13). Zaznaczyć należy, że także w uzasadnieniu przywołanego przez pozwanego wyroku SA w Katowicach z dnia 7 czerwca 2017 r. (I ACa 88/17) nie twierdzi się, że protokół kontroli przeprowadzonej przez NFZ stanowi dokument urzędowy w rozumieniu przepisów k.p.c.

Stwierdzić wobec tego należy ponownie, że to na pozwanym funduszu – stosownie do treści art. 6 k.c. – spoczywał ciężar wykazania zaistnienia okoliczności faktycznych, które w świetle przepisów prawa i treści łączących strony umów cywilnych pozwalaby na przyjęcie, że po stronie pozwanego powstało roszczenie o zwrot nienależnych świadczeń na rzecz powoda (art. 410 w zw. z art. 405 k.c.) oraz roszczenie o zapłatę kar umownych (art. 483 § 1 k.c.) – które to roszczenia pozwany zgłosił do potrącenia z wierzytelnością powoda. Pozwany nie wykazał zaistnienia tego rodzaju okoliczności (poza wyżej przywołaną kwestią dotyczącą pobrania opłat od pacjentki podlegającej leczeniu onkologicznemu finansowanemu ze środków publicznych).

W zakresie dotyczącym roszczenia pozwanego o zwrot przez powoda nienależnego świadczenia stwierdzić w pierwszej kolejności należy, że pozwany nie wykazał, czy i w jakiej wysokości świadczenie takie spełnił. Ponadto, pozwany nie wykazał także tego, świadczenia takie – o ile zostały rzeczywiście spełnione na rzecz powoda – zostały spełnione bez podstawy prawnej, tj. z przekroczeniem granic zobowiązania wynikającego z umowy stron. Pozwany twierdził, że świadczenia pieniężne w łącznej kwocie podanej w jego sprzeciwie od nakazu zapłaty były w tej właśnie kwocie nienależne na skutek niezasadnego spełnienia części świadczeń zdrowotnych na rzecz świadczeniobiorców w warunkach szpitalnych a nie ambulatoryjnych (co przełożyło się na wyższy koszt tych świadczeń) oraz z uwagi na błędne „rozliczenie świadczeń”, co miało polegać na zakwalifikowaniu przez powoda w kierowanych do pozwanego na bieżąco sprawozdaniach do nieprawidłowych JGP (tzw. jednorodnych grup pacjentów), co również miało przekładać się na zawyżenie kosztów spełnianych świadczeń.

Stwierdzić wobec tego należy, że z pewnością ustalenie, czy dany pacjent z uwagi na jego schorzenia i okoliczności towarzyszące (wiek, stan zdrowia, podatność na inne schorzenia niż to podlegające leczeniu, etc.) wymagał leczenia w warunkach szpitalnych czy ambulatoryjnych jest okolicznością faktyczną, dla której ustalenia konieczne jest posiadanie wiadomości specjalnych z zakresu medycyny, co oznacza, że zaistnienie takich okoliczności można udowodnić w postępowaniu cywilnym wyłącznie za pomocą dowodu z opinii biegłego z właściwej dyscypliny medycznej (art. 278 § 1 k.p.c.). W niniejszej sprawie żadna ze stron dowodu takiego nie zgłosiła, a prowadzenie przez sąd postępowania dowodowego z urzędu co do tej kluczowej i spornej między stronami okoliczności (czy raczej:

całego zespołu okoliczności, gdyż pozwany zakwestionował konieczność leczenia szpitalnego ponad 100 pacjentów) stanowiłoby rażące naruszenie konstytucyjnej i kodeksowej zasady bezstronności sądu. Jak już wyżej wskazano, jeżeli pozwany (jak sam twierdził) najpierw spełnił świadczenie pieniężne na rzecz powoda uznając tym samym na tym etapie, że miało ono charakter należny (tj. że zasadne było wykonanie świadczeń zdrowotnych w warunkach szpitalnych), to skoro obecnie pozwany ten fakt kwestionuje i zgłasza z tego tytułu do potrącenia z innym roszczeniem powoda swoje roszczenie o zwrot nienależnego świadczenia, powinien stosownie do treści art. 6 k.c. wykazać, że świadczenie to zostało spełnione nienależnie, tj. że sporne świadczenia opieki zdrowotnej mogły i powinny być udzielone w warunkach ambulatoryjnych – okoliczności tej pozwany w żaden sposób nie wykazał, w szczególności nie zgłosił w niniejszej sprawie żadnego wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego lub biegłych.

Analogiczne uwagi należy sformułować w odniesieniu do zarzutu pozwanego dotyczącego tzw. rozliczania już spełnionych świadczeń zdrowotnych, tj. kwalifikacji świadczeń od tzw. jednorodnych grup pacjentów (JGP). Biorąc pod uwagę złożony charakter tzw. algorytmu JGP (opis algorytmu k. 3103-3109) oraz fakt, że kwalifikacja konkretnych świadczeń zdrowotnych udzielonych konkretnym pacjentom wymaga specjalistycznej wiedzy medycznej, gdyż odwołuje się m.in. do międzynarodowej klasyfikacji rozpoznań medycznych (...)10 oraz międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych (...)9 (zeznania świadka B. P., protokół rozprawy z dnia 12 lutego 2019 roku, 37-39 minuta), niewątpliwie także dokonanie ustaleń co do prawidłowości tego rodzaju szczegółowego rozliczenia wymaga wiadomości specjalnych, a zatem dowodu z opinii biegłego, którego to wniosku dowodowego pozwany nie zgłosił. Co więcej, w istocie pozwany nie przedstawił żadnych dowodów na poparcie swoich twierdzeń co do tego, że część świadczeń zdrowotnych faktycznie przez powoda zrealizowanych została błędnie „rozliczona”, tj. błędnie zakwalifikowana do poszczególnych JGP – zresztą pozwany pierwotnie (tj. na etapie akceptacji sprawozdań powoda) zaakceptował dokonaną przez powoda kwalifikację świadczeń, a zakwestionował ją częściowo dopiero w ramach kontroli z maja 2015 roku. Pozwany nie tylko nie przedstawił w tym zakresie dowodów pozwalających na ustalenie, które właściwie i z jakich powodów świadczenia zdrowotne miałyby zostać uznane za błędnie rozliczone (tj. błędnie zakwalifikowane do tzw. JGP), ale nawet nie sformułował w tym zakresie twierdzeń w swoich pismach procesowych (twierdzenia takie, w formie tabelarycznej, są zawarte w protokole kontroli, który jednak nie jest pismem procesowym ani dowodem na zaistnienie konkretnych zdarzeń innych niż sam fakt sporządzenia protokołu o określonej treści) – ze sprzeciwu pozwanego od nakazu zapłaty nie wynika bowiem, które konkretnie świadczenia zdrowotne i z jakich konkretnie przyczyn pozwany uznaje za błędnie „rozliczone” – pozwany nie przedstawił także żadnego wyliczenia pozwalającego ustalić, w jaki sposób określił wysokość rzekomo nienależnego świadczenia (podał jedynie globalne kwoty tego świadczenia dla poszczególnych oddziałów szpitalnych – k. 287).

Z tych względów należało przyjąć, że pozwany nie wykazał, aby po jego stronie powstało mogące podlegać potrąceniu z roszczeniem powoda pieniężne roszczenie o zwrot nienależnego świadczenia (art. 410 k.c.), jak również nie wykazał w żaden sposób wysokości tego roszczenia.

Pozwany, poza niewielką kwotą, która zostanie omówiona poniżej, nie wykazał także tego, aby po jego stronie powstało roszczenie wobec powoda o zapłatę kar umownych. Zgodnie z treścią art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kierując się interesem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia właściwego wykonania umów, przy czym stosownie do treści art. 137 ust. 1 pkt 5 ustawy wśród tych ogólnych warunków powinny się znaleźć także takie, które określają przesłanki, sposób ustalania wysokości oraz tryb nakładania kar umownych. Przepisy wydanego na podstawie wyżej przywołanej delegacji ustawowej (ściśle rzecz biorąc - na podstawie obowiązującego w 2008 roku brzmienia art. 137 ust. 9 ustawy) i obowiązującego do końca 2015 roku (tj. w całym okresie objętym kontrolą) rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 6 maja 2008 r. (Dz.U. Nr 81, poz. 484) przewidywały możliwość lecz nie obligatoryjność zastosowania tego rodzaju kar umownych. Zgodnie z treścią §29 ust. 1 załącznika do wyżej przywołanego rozporządzenia (zatytułowanego „Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”), umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej mogła zawierać zastrzeżenie o karze umownej w razie stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn

leżących po stronie świadczeniodawcy. Z kolei w treści §30 ust. 1 tego samego załącznika określono maksymalną wysokość kar umownych za poszczególne rodzaje uchybień ze strony świadczeniodawcy. Jak wynika z treści wyżej przywołanych przepisów, a dodatkowo także z treści art. 483 § 1 k.c. i z istoty (a nawet z samej nazwy) instytucji kary umownej kara umowna w określonych przypadkach musi zostać zastrzeżona w umowie – wyżej przywołane postanowienia załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia przewidują możliwość (§29 ust. 1) a nie obowiązek umieszczenia takiego zastrzeżenia, a dodatkowo określają pewne kwestie szczegółowe – m.in. termin spełnienia świadczenia z tytułu kary umownej (§29 ust. 4 i 5 załącznika) oraz maksymalną wysokość takiej kary w określonych wypadkach (§30 ust. 1 załącznika). Innymi słowy, postanowienia ogólnych warunków stanowiących załącznik do wyżej przywołanego rozporządzenia nie stanowią samodzielnej podstawy powstania obowiązku zapłaty kary umownej przez świadczeniodawcę, gdyż obowiązek ten przede wszystkim musi zostać zastrzeżony w umowie, co wynika z jasnej treści art. 483 § 1 k.c. i braku jakichkolwiek przepisów szczególnych rangi ustawowej, które w tym przypadku stanowiłyby wyjątek od tej regulacji kodeksowej (w szczególności nie zawierają żadnego wyjątku tego rodzaju przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Pozwany powinien był zatem przede wszystkim przywołać postanowienie umowy łączącej go z powodem, które to postanowienie stanowi jedyne możliwe źródło powstania obowiązku zapłaty kary umownej – tymczasem pozwany nie wskazał w żadnym ze swoich pism procesowych takiego postanowienia umownego, co już samo w sobie jest wystarczające do uznania, że nie wykazał w niniejszym procesie podstaw do nałożenia kar umownych na pozwanego (poza karą umowną dotyczącą pobrania opłat od pacjentki, która żadnych kosztów leczenia i diagnostyki nie powinna była ponieść – por. niżej).

Należy w tym miejscu wskazać na to, że roszczenia o zapłatę kar umownych zgłoszone przez pozwanego do potrącenia z wierzytelnością pieniężną powoda dotyczyły realizacji przez powoda umów o świadczenia opieki zdrowotnej w warunkach szpitalnych – numery i daty zawarcia tych umów są przywołane na drugiej stronie sprzeciwu pozwanego od nakazu zapłaty (k. 284: umowa nr (...) z dnia 30 grudnia 2013 roku oraz umowa nr (...) z dnia 7 stycznia 2015 roku), jednakże pozwany nie wykazał treści tych umów, gdyż nie złożył ich do akt sprawy – do sprzeciwu od nakazu zapłaty załączył jedynie dwa egzemplarze kopii tego samego aneksu do drugiej z wyżej przywołanych umów (k. 999 i k. 1001), tj. kopie aneksu z dnia 14 kwietnia 2015 roku, który to aneks w jakiegokolwiek części nie dotyczy kwestii kar umownych. Z kolei w wystąpieniu pokontrolnym NFZ, tj. w dokumencie, w którym pozwany po raz pierwszy określił wysokość sum pieniężnych, których zapłaty domaga się od powoda z tytułu kar umownych (k. 598 odwrót), wskazano, że kary te dotyczą wyłącznie umowy nr (...).

Dodać należy, że w samej treści sprzeciwu od nakazu zapłaty pozwany nie przywołuje jako dowodu żadnej z wyżej przytoczonych umów a jedynie odwołuje się ogólnikowo do umów załączonych przez stronę przeciwną do pozwu. Trzeba wobec tego stwierdzić, że do pozwu załączono kopię innej umowy niż umowy przywołane przez pozwanego, tj. umowy nr (...) z dnia 5 stycznia 2012 roku o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne (k. 59-61), która wprawdzie stosownie do treści jej §6 dotyczy okresu od 1 stycznia 2012 roku do 31 grudnia 2014 roku, jednakże ponownie stwierdzić należy, że pozwany domagając się od powoda zapłaty kar umownych nie powołał się na umowę z dnia 5 stycznia 2012 roku, lecz na umowy z dnia 30 grudnia 2013 roku i 7 stycznia 2015 roku, których treści nie wykazał. Do pozwu załączono ponadto kopię jednego aneksu do umowy nr (...) (k. 148) oraz kopie dwóch aneksów do umowy nr (...) (k. 137 i 145), jednakże żaden z tych aneksów nie zawiera postanowień dotyczących nakładania kar umownych. Tym samym pozwany nie wykazał, aby treść umów, w oparciu o które domagał się zapłaty przez powoda kar umownych, w ogóle przewidywała obowiązek zapłaty takich kar. Dodać należy, że o ile niesporny był fakt zawarcia przez strony umowy o świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego i obowiązywania tego rodzaju umowy (lub umów) w latach 2014-2015, to nie była niesporną okolicznością dotyczącą tego, czy treść umów przywołanych w sprzeciwie i mających uzasadniać nałożenie kar umownych w ogóle dopuszczała taką możliwość oraz w jakim zakresie i co do jakich uchybień (poza jedną karą umowną dotyczącą pobrania opłat od pacjentki – w tym zakresie strona powodowa w swoich pismach przedsądowych przyznała w istocie, że umowa łącząca strony przewidywała karę umowną za tego rodzaju postępowanie świadczeniodawcy, natomiast wnosila o miarkowanie tej kary, por. pisma powoda k. 497 i k. 372).

Dodać należy, że nawet gdyby pozwany wykazał, że treść umowy łączącej strony oraz przywołanej w sprzeciwie od nakazu zapłaty i we wcześniejszym wystąpieniu pokontrolnym, tj. umowy nr (...), zawiera postanowienia dotyczące kar umownych, to i tak pozwany nie wykazał zasadności nałożenia tych kar w konkretnych okolicznościach niniejszej sprawy (poza jedną karą, która zostanie omówiona poniżej). Zakładając – co nie zostało wykazane i poza karą dotyczącą pobrania opłat od pacjentki nie jest okolicznością niesporną w niniejszej sprawie – że wyżej przywołana umowa stron nr (...) zawierała postanowienia dotyczące kar umownych analogiczne do treści §5 wcześniejszej umowy stron nr (...) (k.60 odwrot), to nadal na pozwanym spoczywał ciężar wykazania tego, że doszło do konkretnych naruszeń obowiązków umownych po stronie powodowej.

W odniesieniu do czterech pierwszych kwot zgłoszonych do potrącenia z tytułu kar umownych (k. 287) pozwany w sprzeciwie nawet nie wskazał, za jakie konkretnie uchybienie obowiązkowi umownemu kary te miałyby zostać zapłacone – co już jest okolicznością wystarczającą do uznania zarzutu potrącenia tych kar za niezasadny. W samym wystąpieniu pokontrolnym (k. 597 odwrot) pozwany powołał się jednak na treść §30 ust. 1 pkt 2c wyżej przywołanego załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia, który określa górną granicę kary umownej za przedstawienie przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz dokonał płatności nienależnych środków finansowych. Zakładając, że pozwany odwołuje się w tym zakresie do wyników przeprowadzonej przez siebie kontroli i sformułowanych na jej podstawie zastrzeżeń dotyczących tzw. zaliczania świadczeń do tzw. JGP, to - jak już wyżej wskazano - zasadności swoich zastrzeżeń w tym zakresie pozwany w żaden sposób nie udowodnił.

Z kolei dalsze kary umowne wymienione w sprzeciwie pozwanego (k. 288) miałyby dotyczyć okoliczności przywołanych w §30 ust. 1 pkt 3a i pkt 3e wyżej wskazanego załącznika (tj. ogólnych warunków umów), a zatem – odpowiednio - gromadzenia informacji lub prowadzenia dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej, w sposób rażąco naruszający przepisy prawa (pkt 3a) oraz udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie (pkt 3e). Ponownie jednak pozwany w swoim sprzeciwie oraz w dalszych pismach procesowych nie wskazał, na czym konkretnie miałyby polegać rażące naruszenie przez powoda zasad prowadzenia dokumentacji medycznej (w sprzeciwie jedynie bardzo ogólnie odwołano się do niezgodności postępowania powoda z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania – k. 285) oraz na czym miałyby polegać udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez powoda w sposób nieodpowiadający umownym lub prawnym wymogom. W tej ostatniej kwestii wprawdzie w innej części sprzeciwu sformułowano konkretny zarzut (punkt 2 na k. 285) dotyczący warunków lokalowych (tj. istnienia jednego gabinetu diagnostyczno-zabiegowego) dla kilku oddziałów szpitalnych, jednakże nie podano, jaki przepis prawa został w ten sposób przez powoda naruszony – przywołany przez pozwanego w tym kontekście akt normatywny (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego – Dz.U. poza 1441 z 2014 roku) nie zawiera bowiem tego rodzaju regulacji. Tym samym pozwany nie wykazał, aby powód naruszył wymogi prawne lub umowne dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej – w tym co do warunków lokalowych. Pozwany nie udowodnił także okoliczności faktycznych pozwalających na przyjęcie, że doszło do rażącego (tj. niezwykle poważnego) naruszenia wymogów prawnych dotyczących prowadzenia przez powoda dokumentacji medycznej – ani w sprzeciwie od nakazu zapłaty ani we wcześniejszym wystąpieniu pokontrolnym pozwany nie wskazał, który konkretnie przepis rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. nr 252, poz. 1697 – tekst jedn. Dz.U. z 2014 roku, poz. 177) miałyby zostać przez powoda rażąco naruszone.

Odnosząc się do bardziej już skonkretyzowanych zarzutów dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej, które pozwany sformułował w wystąpieniu pokontrolnym (lecz nie przytoczył ich w żadnym ze swoich pism procesowych), dodać należy, że nie sposób uznać ewentualnego braku numeracji stron dokumentacji medycznej za rażące naruszenie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 roku – wymóg z §5 ma bowiem charakter porządkowy i trudno twierdzić, że sam brak numeracji stron narusza jakiegokolwiek dobro lub interes podlegający ochronie prawnej. Z kolei ustalenie, czy dokumentacja z oddziałów okulistyki i neurochirurgii, była prowadzona prawidłowo przez

powodowy podmiot, wymagałaby wiadomości specjalnych, tj. dowodu z opinii biegłego właściwej specjalności, gdyż konieczna byłaby merytoryczna (a nie jedynie formalna) ocena tej dokumentacji – pozwany dowodu takiego w niniejszej sprawie nie zgłosił. Wreszcie wynikający z kopii dokumentów załączonych do akt brak w części ksiąg bloku operacyjnego godzin rozpoczęcia i zakończenia zabiegów również nie może być uznany za rażące naruszenie przepisów wyżej przywołanego rozporządzenia – w szczególności dlatego, że pozwany nie tylko nie wykazał, w jakim procencie przypadków sytuacja taka miała miejsce oraz czy i jaki miała wpływ na rzetelność treści dokumentacji medycznej oraz możliwość jej merytorycznej kontroli, ale nawet nie sformułował w tym zakresie żadnych twierdzeń. Jak już wyżej wskazano, jedynie rażące naruszenie przez powoda obowiązków dotyczących prowadzenia dokumentacji mogłoby stanowić podstawę powstania obowiązku zapłaty kar umownych na rzecz pozwanego.

Dodatkowo wskazać należy na to, że pozwany w żaden sposób nie uzasadnił swojego stanowiska co do wysokości wymierzonych kar umownych, tj. co do przyjęcia wartości procentowych określonych w wystąpieniu pokontrolnym (k. 597 odwrót – k. 598) i następnie w sprzecznie od nakazu zapłaty: poza tym, że wartości te są niższe od maksymalnych wartości przewidzianych w ogólnych warunkach umów, to nie sposób ustalić, dlaczego pozwany wybrał taką a nie inną wartość procentową dla kary umownej za dane – rzekome – uchybienie powoda.

Wobec powyższego przyjęć należało, że pozwany nie wykazał zaistnienia okoliczności stanowiących przesłankę powstania po stronie powoda zobowiązania do zapłaty opisanych w sprzecznie pozwanego kar umownych – z wyjątkiem kary umownej nałożonej z odwołaniem się do §30 ust. 1 pkt. 1c wyżej przywołanego załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia określającego ogólne warunki umów o świadczenia opieki zdrowotnej, tj. kary dotyczącej pobrania przez powoda nienależnych opłat od świadczeniobiorcy za świadczenia będące przedmiotem umowy.

Jak już wyżej wskazano, powód w pismach przedsądowych wymienianych ze stroną pozwaną (k. 497 i k. 372) w istocie przyznał, że doszło w objętym kontrolą NFZ okresie do pobrania nienależnych opłat w kwocie ok. 350 zł od pacjentki podlegającej leczeniu onkologicznemu ze środków publicznych, która żadnych opłat tego rodzaju ponieść nie powinna – powód wnosił wobec tego o miarkowanie nałożonej z tego tytułu kary w kwocie 4590 zł, obliczonej przez pozwanego jako 0,6% wartości umowy w kontrolowanym zakresie (pismo pozwanego – wystąpienie pokontrolne k. 598). Z pism przedsądowych powoda wynika, że nie kwestionował on także tego, że w razie pobrania tego rodzaju opłat od świadczeniobiorcy umowa stron rzeczywiście przewidywała obciążenie go karą umowną.

Zaznaczyć należy, że wyżej opisana kara umowna – wobec niespornych w tym zakresie okoliczności faktycznych – rzeczywiście podlegała zapłacie, jednakże jej wysokość przez stronę pozwaną została ustalona w sposób dowolny. Strona pozwana nie wykazała tego, aby umowa stron w sposób dokładny precyzowała wysokość tej kary umownej, wobec czego w omawianym zakresie odwołać się można wyłącznie do treści wyżej przywołanego załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia: §30 ust. 1 pkt. 1c załącznika przewiduje wyłącznie górną granicę kary umownej w wysokości 2% zobowiązania wynikającego z umowy (tj. wartości świadczeń zakontraktowanych przez NFZ z zakresu szpitalnego leczenia onkologicznego), jednakże §29 ust. 2 załącznika określa, że wysokość kary umownej ustala się z uwzględnieniem rodzaju i wagi stwierdzonych nieprawidłowości – skoro wyżej opisana nieprawidłowość w działaniu powoda dotyczyła jednej pacjentki i pobrania od niej opłat rzędu ok. 350 zł, to uznać należy za adekwatną karę umowną w kwocie 1000 zł (ok. 3-krotność pobranych od pacjentki opłat), natomiast karę umowną w większej wysokości, której zapłaty domagał się pozwany, uznać należy za zawyżoną i nieodpowiadającą dyspozycji §29 ust. 2 ogólnych warunków umów o świadczenia opieki zdrowotnej.

Tym samym pozwany mógł skutecznie zgłosić do potrącenia z wierzytelnościami pieniężnymi powoda jedynie swoje roszczenie o zapłatę kwoty 1000 zł – zgodnie z treścią pisemnego oświadczenia o potrąceniu (k. 305) doręczonego powodowi w dniu 26 stycznia 2016 roku (k. 306), do potrącenia doszło z wierzytelnością powoda wynikającą z faktury VAT nr (...) (tj. z fakturą wymienioną w punkcie I. 2 pozwu), a zatem łączna kwota wierzytelności powoda zmalała na skutek potrącenia do kwoty 342.581,24 zł, a ponadto w zakresie opóźnienia w zapłacie należności wynikającej z wyżej opisanej faktury powstał po stronie pozwanego obowiązek zapłaty odsetek ustawowych za opóźnienie jedynie od kwoty 1560 zł a nie 2560 zł.

Ostatecznie zatem powództwo podlegało uwzględnieniu, na podstawie art. 132 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zdecydowanie przeważającej części, tj. poza kwotą 1000 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie, gdyż tylko w zakresie tej ostatniej kwoty doszło do skutecznego złożenia przez pozwanego oświadczenia o potrąceniu i do wzajemnego umorzenia wierzytelności pieniężnych stron (art. 498 k.c.). Podstawę prawną zasądzenia odsetek ustawowych za opóźnienie od kwot szczegółowo opisanych w pozwie stanowiły przepisy art. 481 § 1 i 2 k.c. – pozwany nie kwestionował podanych w pozwie terminów płatności poszczególnych należności powoda.

Z uwagi na to, że powód wygrał sprawę w ponad 99%, na podstawie art. 100 k.p.c. należało obciążyć pozwanego obowiązkiem zwrotu całości poniesionych przez powoda kosztów procesu w łącznej kwocie wynoszącej 27.997 zł, obejmującej uiszczoną przez powoda opłatę sądową od pozwu (17.180 zł), wynagrodzenie pełnomocnika procesowego powoda (10.800 zł) i opłatę skarbową od pełnomocnictwa procesowego.

ZARZĄDZENIE

Doręczyć odpisy wyroku wraz z uzasadnieniem pełnomocnikom stron.