



Sygn. akt I CSK 539/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 stycznia 2020 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Marta Romańska (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Paweł Grzegorzczak

SSN Agnieszka Piotrowska

Protokolant Ewa Krentzel

w sprawie z powództwa Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Lecznictwa
Otwartego W. w W.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W.

o ustalenie,

po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej w dniu 10 stycznia 2020 r.,

skargi kasacyjnej strony pozwanej od wyroku Sądu Apelacyjnego w (...)

z dnia 24 lipca 2017 r., sygn. akt VI ACa (...),

**uchyla zaskarżony wyrok i sprawę przekazuje Sądowi
Apelacyjnemu w (...) do ponownego rozpoznania, pozostawiając
temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania
kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego W. (poprzednio Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa Otwartego W.) wniósł o ustalenie, że okoliczności, w jakich wystawiano recepty dla pacjentów będących mieszkańcami Domu Pomocy Społecznej „L.” w W., nie uzasadniały obciążenia go karami umownymi na podstawie § 14 ust. 2 umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki podstawowej, które zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia - (...) Oddziałem Wojewódzkim w W. 14 stycznia 2008 r., 28 stycznia 2009 r. i 25 stycznia 2010 r.

Pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia - (...) Oddział Wojewódzki w W. wniósł o oddalenie powództwa.

Wyrokiem z 10 grudnia 2012 r. Sąd Okręgowy w W. uwzględnił powództwo po ustaleniu, że kontrolerzy pozwanego nie byli lekarzami, co - zdaniem Sądu Okręgowego - oznaczało, że nie mieli odpowiednich kwalifikacji zawodowych do zbadania prawidłowości i zasadności wystawienia recept.

Wyrokiem z 13 listopada 2013 r. Sąd Apelacyjny w (...) - z uwagi na nierozpoznanie istoty sprawy - uchylił wyrok Sądu Okręgowego z 10 grudnia 2012 r. i przekazał sprawę temu Sądowi do ponownego rozpoznania.

Wyrokiem z 23 listopada 2015 r. Sąd Okręgowy w W. oddalił powództwo. Sąd ten ustalił, że 14 stycznia 2008 r., 28 stycznia 2009 r. i 25 stycznia 2010 r. powód zawarł z pozwanym umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. W okresie od 21 kwietnia 2011 r. do 9 czerwca 2011 r. pozwany przeprowadził kontrolę sposobu wykonania przez powoda tych umów w zakresie prawidłowości i zasadności wystawiania przez lekarzy zatrudnionych przez powoda od 1 stycznia 2008 r. do 31 grudnia 2010 r. recept na refundowane leki i wyroby medyczne, w szczególności pod względem zgodności danych umieszczonych na receptach z prowadzoną przez powoda dokumentacją medyczną.

W postępowaniu kontrolnym stwierdzono szereg nieprawidłowości, które zostały opisane w protokole kontroli z 9 czerwca 2011 r. oraz w wystąpieniu pokontrolnym z 1 sierpnia 2011 r., a polegały m. in. na prowadzeniu dokumentacji medycznej niezgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. Nr 247, poz. 1819), zastąpionego od 1 stycznia 2011 r. przez rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. Nr 252, poz. 1697) oraz wystawianiu recept z naruszeniem rozporządzenia Ministra Zdrowia z 17 maja 2007 r. w sprawie recept lekarskich (Dz.U. Nr 97, poz. 646).

W związku ze stwierdzonymi w toku kontroli nieprawidłowościami pozwany nałożył na powoda kary umowne w łącznej wysokości 665.813 zł, na które składały się: 1) kara umowna w kwocie 624.701,82 zł, odpowiadającej wysokością nienależnej refundacji cen leków z odsetkami od dokonania refundacji na podstawie recept wymienionych w tabeli w protokole kontroli, nałożona na podstawie § 14 ust. 2 umów o świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z 14 stycznia 2008 r., z 28 stycznia 2009 r., z 25 stycznia 2010 r.; 2) kara umowna w kwocie 3.853,22 zł dotycząca zobowiązania wynikającego z umowy z 14 stycznia 2008 r. i wykonania świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej o kodzie 01.001009.201, nałożona na podstawie § 29 ust. 1 pkt 2 lit. a załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2005 r. Nr 197 poz.1643, dalej - o.w.u. z 2005 r.); 3) kara umowna w wysokości 37.257,96 zł dotycząca zobowiązań wynikających z umów z 28 stycznia 2009 r. i wykonania świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej o kodzie 4.01.001009.301 oraz z 25 stycznia 2010 r. i wykonania świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej o kodzie 4.01001009.301, nałożona na podstawie § 30 ust. 1 pkt 3 lit. a załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2008 r. Nr 81 poz. 484; dalej - o.w.u. z 2008 r.).

16 czerwca 2011 r. powód przesłał pozwanemu zastrzeżenia do protokołu kontroli, które pozwany uznał za bezzasadne.

Stan faktyczny stwierdzony w protokole był podstawą skierowania przez pozwanego do powoda wystąpienia pokontrolnego z 1 sierpnia 2011 r., w którym wezwał go do zapłaty kary umownej w łącznej wysokości 665.813 zł w ciągu 14 dni od doręczenia tego pisma. Pozwany stwierdził w nim, że powód nieprawidłowo realizuje umowy, czego konsekwencją była nienależna refundacja kosztów leków i wyrobów medycznych na kwotę 624.701,82 zł, podczas gdy jedynie 3% ordynacji lekarskich w okresie objętym kontrolą nie budziło zastrzeżeń. 16 sierpnia 2011 r. powód zgłosił zastrzeżenia do tego wystąpienia, które pozwany 23 sierpnia 2011 r. uznał za bezzasadne.

29 sierpnia 2011 r. pozwany skierował do powoda notę księgową obciążeniową dotyczącą kwoty 665.813 zł z tytułu nałożonych na powoda kar. Zażalenia powoda na tę czynność Dyrektora (...) Oddziału Wojewódzkiego NFZ nie zostały uwzględnione i pozwany, w celu zaspokojenia swojej wierzytelności, stosownie do § 30 ust. 3 o.w.u. z 2005 r. i § 29 ust. 6 o.w.u. z 2008 r., oświadczeniem z 8 sierpnia 2012 r. potrącił z bieżących płatności na rzecz powoda kwotę 82.182 zł, a oświadczeniem z 14 sierpnia 2012 r. kwotę 401.050 zł. Łącznie przez potrącenie pozwany rozliczył z powodem zobowiązania z tytułu kar umownych w kwocie 483.232 zł. Do rozliczenia między stronami pozostała zatem kwota 182.581 zł.

Sąd Okręgowy uznał, że powód powinien należycie wykonywać umowy łączące go z pozwanym, przestrzegając przy tym przepisów ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (w brzmieniu tekstu jednolitego: Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027, dalej - u.ś.o.z.), przepisów wykonawczych do tej ustawy oraz ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, będących załącznikami do rozporządzeń Ministra Zdrowia o ich ustaleniu. Odesłanie do ogólnych warunków umów w zakresie nieuregulowanym w umowie zostało przewidziane m.in. w § 14 ust. 4 umów łączących strony postępowania.

§ 5 ust. 1 o.w.u. z 2005 r. i z 2008 r. stanowi, że świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń

określonymi w ogólnych warunkach, odrębnych przepisach oraz zgodnie z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców, a określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 146 pkt 3 i art. 159 ust. 2 u.ś.o.z. Warunki zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna zostały określone w obowiązujących w okresie trwania umów łączących strony zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia: Nr 69/2007/DSOZ z 25 września 2007 r., Nr 105/2007/DSOZ z 5 grudnia 2007 r. oraz Nr 1/2008/DSOZ z 4 stycznia 2008 r. (zmieniającego zarządzenie Nr 69/2007/DSOZ), Nr 105/2008/DSOZ z 5 listopada 2008 r., Nr 72/2009/DSOZ z 3 listopada 2009 r., Nr 1/2009/DSOZ z 29 grudnia 2009 r. (zmieniającego zarządzenie Nr 2/2009/DSOZ).

Pozwany mógł kontrolować sposób wykonania każdej z umów, które zawarł z powodem na mocy art. 64 ust. 1 pkt 2 i pkt 5 u.ś.o.z., obowiązującego w czasie wykonywania przez strony umów, w związku z którymi pozostaje niniejszy spór.

Kontrola wystawiania recept przez lekarzy zatrudnianych przez powoda przebiegała według § 26 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 17 maja 2007 r. w sprawie recept lekarskich, stanowiącego, że kontrola wystawiania recept na refundowane leki i wyroby medyczne obejmuje badanie i ocenę prawidłowości działań osób wystawiających recepty, a w szczególności: 1) zgodność danych umieszczonych na receptach z prowadzoną dokumentacją medyczną; 2) prawidłowość i zasadność wystawienia recepty. Świadczeniodawca wykonujący umowę zobowiązany był zatem do prowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta, w której wpisywane są świadczenia medyczne udzielone pacjentowi, zaordynowane leki oraz opisywany jest przebieg leczenia. Obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej oraz to, co powinna ona zawierać, określały rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania, zastąpione od 1 stycznia 2011 r. przez rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania. Wpisy w dokumentacji medycznej dowodzą, jakich świadczeń pacjentowi udzielono

i czy były to świadczenia udzielone zgodnie z warunkami umowy. Dane zawarte w dokumentacji medycznej pacjenta miały istotne znaczenie ze względu na przewidziane w umowie warunki finansowania świadczeń, czyli dokonywania za nie zapłaty, ponieważ pozwany był zobowiązany do finansowania tylko świadczeń wykonanych zgodnie z umową. W przypadku stwierdzenia braku udokumentowanych faktów medycznych uzasadniających preskrypcję leku refundowanego, wydatkowaną ze środków publicznych refundację należy uznać za nienależną i odpowiadającą wysokości szkody pozwanego, który sfinansował refundację. Jeżeli świadczenia były udzielone niezgodnie z warunkami określonymi w umowie, dokumentacja medyczna nie potwierdza udzielenia świadczeń, nie zawiera wymaganych przepisami wpisów i jest prowadzona niezgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, to tym samym pozwany nie jest zobowiązany do zapłaty za świadczenia, które uznać należy za udzielone niezgodnie z umową. Zapłata za takie świadczenia byłaby nienależna i powinna zostać zwrócona.

§ 14 ust. 1 każdej z umów łączących strony stanowi, że w przypadku jej niewykonania lub nienależytego wykonania z przyczyn leżących po stronie powoda, Dyrektor Oddziału pozwanego może nałożyć na powoda karę umowną. Stosownie do § 14 ust. 2 każdej z umów, w przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, pozwany mógł nałożyć na powoda karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

Zdaniem Sądu Okręgowego, powód nie udowodnił roszczenia. Recepty wystawione na podstawie zawartych przez strony umów niewątpliwie dotyczyły mieszkańców Domu Pomocy Społecznej „L.” w W., ale powód nie wykazał, żeby przepisywanie pacjentom leków w danym momencie było zasadne i potwierdzone historią choroby. Nie wykazał również, aby stwierdzone u pacjentów wiele lat wcześniej choroby i zaburzenia psychiczne wymagały nadal określonych leków w określonych dawkach. Pozwany miał zatem tytuł do naliczenia kar umownych na podstawie § 14 ust. 2 umów z 14 stycznia 2008 r., z 28 stycznia 2009 r. oraz 25 stycznia 2010 r. i obciążenia powoda obowiązkiem ich zapłaty.

Wyrokiem z 24 lipca 2017 r. Sąd Apelacyjny w (...) zmienił wyrok Sądu Okręgowego z 23 listopada 2015 r. w ten sposób, że ustalił, iż nie istniały podstawy do nałożenia na powoda przez pozwanego kary umownej w wysokości 624.701,82 zł objętej notą księgową z 29 sierpnia 2011 r.

Sąd Apelacyjny zaakceptował ustalenia faktyczne Sądu Okręgowego. Stwierdził, że powód zmierza do ustalenia, że nie istnieje wierzytelność pozwanego o zapłatę kary umownej, a podstawą jego żądania jest art. 189 k.p.c. W zakresie, w jakim pozwany rozliczył sporną wierzytelność z wierzytelnością powoda dokonując potrąceń (kwota 483.232 zł), powodowi przysługują dalej idące roszczenia, a zatem powód nie ma interesu w uzyskaniu wyroku ustalającego. Interes prawny powoda w uzyskaniu takiego wyroku istnieje jednak co do wierzytelności w kwocie 182.581 zł, nierozliczonej dotąd między stronami.

Przeprowadzona przez pozwanego kontrola realizacji zawartych przez strony umów wykazała nieprawidłowości w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej i wystawiania recept dla pacjentów będących mieszkańcami Domu Pomocy Społecznej „L.” w W. Nałożone na powoda kary wynikały z dwóch podstaw: z § 14 ust. 2 umów łączących strony oraz z § 29 i 39 o.w.u. z 2005 i 2008 r. Powód kwestionuje jedynie zasadność nałożenia kar na podstawie § 14 ust. 2 umów łączących strony. Stosownie do § 30 o.w.u. z 2005 r. i § 31 ust. 1 o.w.u. z 2008 r. umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może zawierać zastrzeżenie, że w przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych pozwany może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnych refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji. Skoro strony w § 14 ust. 2 łączących je umów przewidywały wskazaną wyżej podstawę obciążenia świadczeniodawcy karami umownymi, to obciążenie powoda takimi karami było możliwe po stwierdzeniu, że wskutek działania jego personelu zaangażowanego w wykonanie umów doszło do „wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych”. W ocenie Sądu Apelacyjnego, tego rodzaju okoliczności nie zostały wykazane. Pozwany zakwestionował wprowadzenie recepty wystawione mieszkańcom Domu

Pomocy Społecznej „L.”, ale wyniki przeprowadzonej przez niego kontroli nie potwierdzają, że recepty zostały wystawione bezzasadnie, a więc osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych. Okoliczność ta nie została też wykazana przez pozwanego w toku postępowania dowodowego w niniejszej sprawie. Z wystąpienia pokontrolnego wynika bowiem, że w trakcie kontroli ujawniono co do jednego pacjenta wystawienie recepty na lek refundowany w czasie jego hospitalizacji, w wypadku dwu recept nieprawidłowo był wpisany numer PESEL, ponadto historie choroby nie zawierały adnotacji o udzielonych poradach, danych z wywiadu i badania, częściowo były one nieczytelne, częściowo brak było informacji o rozpoznaniu, sposobie leczenia, ordynowanych lekach z poradni specjalistycznej, w kilku przypadkach dokumentacja lekarska nie zawierała zaświadczeń uzasadniających rozpoznanie chorób upoważniających do oznaczenia recepty literą P. Zastrzeżenia zawarte w wystąpieniu pokontrolnym dotyczyły zatem wyłącznie błędów w zakresie prowadzenia dokumentacji lekarskiej, a to nie daje podstaw do stwierdzenia, że recepty na leki wystawione na podstawie tej dokumentacji otrzymały osoby nieuprawnione lub w przypadkach nieuzasadnionych.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych nie można utożsamiać z nienależytym wykonaniem przez świadczeniodawcę umowy, polegającym na prowadzeniu dokumentacji medycznej w sposób rażąco naruszający przepisy prawa. Ustawodawca w sposób zamierzony i racjonalny przewidział bowiem w takim przypadku odmienną podstawę nałożenia na świadczeniodawcę kary umownej. Zgodnie z § 30 ust. 1 pkt 3 lit. a o.w.u., w razie gromadzenia informacji lub prowadzenia dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej, w sposób rażąco naruszający przepisy prawa, wysokość zastrzeżonej w umowie kary umownej wynosi do 1% kwoty zobowiązania określonej dla danego zakresu świadczeń. Przyjęciu, że to samo zachowanie, tj. prowadzenie dokumentacji w sposób wadliwy, wyczerpuje równocześnie dyspozycję § 31 ust. 1 oraz § 30 ust. 1 o.w.u. z 2005 r. i z 2008 r., sprzeciwiają się również wyniki wykładni celowościowej. Zachowanie pozwanego polegające na nierzetelnym i nieprawidłowym prowadzeniu dokumentacji medycznej nie mogło zatem stanowić skutecznej podstawy

obciążenia powoda karą umowną na podstawie § 31 ust. 1, 2, 3 o.w.u. z 2005 r. i z 2008 r., który przewiduje sankcje na wypadek wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych.

Sąd Apelacyjny uznał, że warunkiem przypisania powodowi odpowiedzialności z tytułu kar umownych przewidzianych w § 14 ust. 2 umów łączących strony było stwierdzenie, że braki i inne wady w dokumentacji medycznej, którą prowadził pozostawały w adekwatnym związku przyczynowym z tym, że leki refundowane przez pozwanego trafiły w całości lub w części do osób nieuprawnionych lub wprowadzie uprawnionych, ale nieznajdujących się w sytuacji uzasadniającej ich podanie. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, tylko gdyby wadliwe prowadzenie dokumentacji medycznej pozostawało w adekwatnym związku przyczynowym z wadliwym wystawieniem recept, a to w konsekwencji spowodowałoby, że leki i świadczenia medyczne trafiły do osoby, która nie jest uprawniona do uzyskania ich ze środków publicznych, uzasadnione mogłoby być żądanie zwrotu refundacji od lekarza, który dopuścił się nienależytego wykonania umowy łączącej go z pozwanym. Bez wykazania, że ze względu na nienależyte wykonanie umowy przez lekarza, leki i świadczenia medyczne trafiły do osoby nieuprawnionej do otrzymania ich ze środków publicznych, żądanie zwrotu kosztów refundacji przepisanych przez lekarzy leków nie znajduje uzasadnienia.

W skardze kasacyjnej od wyroku Sądu Apelacyjnego z 24 lipca 2017 r. pozwany zarzucił, że orzeczenie to zostało wydane z naruszeniem prawa materialnego, tj.: - § 14 ust. 2 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podstawowej opiece zdrowotnej zawartych pomiędzy powodem a pozwanym 14 stycznia 2008 r., 28 stycznia 2009 r. i 25 stycznia 2010 r. w związku z § 30 ust. 1 o.w.u. z 2005 r. i z § 31 ust. 1 o.w.u. z 2008 r. przez błędną wykładnię i uznanie, iż prowadzenie wadliwej dokumentacji medycznej, w szczególności za względu na brak w niej adnotacji o udzielonych poradach, danych z wywiadu i badania pacjenta, brak informacji o rozpoznaniu i sposobie leczenia, nie uzasadnia uznania, że doszło do wystawienia recept w przypadkach nieuzasadnionych, co skutkowało po stronie pozwanego nienależną refundacją cen leków dokonaną na podstawie takich recept; - art. 4 i art. 41 ust. 1 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza

dentysty (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r. poz. 537) przez błędną wykładnię, a w konsekwencji niedostrzeżenie, że wpisy w dokumentacji medycznej prowadzonej przez lekarza i świadczeniodawcę stwarzają podstawę do ustalenia wskazań refundacyjnych dla leków przepisanych danemu pacjentowi; - art. 6 k.c. przez niewłaściwe zastosowanie i uznanie, że mimo prowadzenia przez powoda dokumentacji medycznej w sposób uniemożliwiający ocenę zasadności ordynacji lekarskiej leków refundowanych, na pozwanym ciążył obowiązek wykazania, że powód ordynował leki refundowane osobom nieuprawnionym lub w wypadkach nieuzasadnionych.

Pozwany wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania.

Powód wniósł o oddalenie skargi kasacyjnej.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są zawierane między podmiotem odpowiedzialnym za realizację zadań państwa w zakresie ochrony zdrowia (do 2003 r. - kasy chorych, od 2004 r. - Narodowy Fundusz Zdrowia) ze świadczeniodawcą, a zatem podmiotem deklaruującym zdolność do spełnienia świadczeń tego rodzaju na rzecz uprawnionych. Określają one w szczególności rodzaj i zakres świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej, których ma udzielać konkretny świadczeniodawca, warunki ich udzielania, zasady rozliczeń pomiędzy świadczeniodawcą a Narodowym Funduszem Zdrowia i ewentualnie innymi jeszcze świadczeniodawcami (świadczeniodawca może korzystać z podwykonawców) oraz kwotę zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawcy (art. 132 ust. 1 i art. 136 pkt 1, 2, 4 i 5 u.ś.o.z.). Beneficjentami świadczeń spełnianych na podstawie takich umów są osoby, wobec których państwo ma obowiązek zrealizować zadania określone w art. 68 Konstytucji. Kolejną cechą tych umów jest ograniczona swoboda Narodowego Funduszu Zdrowia w wyborze kontrahenta, gdyż musi nim być podmiot wyłoniony z grona zdolnych do spełniania świadczeń pewnego rodzaju przy zastosowaniu procedur przewidzianych ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej, ale też ograniczona swoboda stron w ułożeniu ich umownych praw i obowiązków, gdyż są one w większości zdeteminowane przez ustawę i przepisy wykonawcze do niej, zaś Narodowemu

Funduszowi Zdrowia, jako kontraktującemu świadczenia na rzecz innych osób, przyznane zostały w ustawie szerokie uprawnienia do weryfikowania sposobu, w jaki świadczeniodawca wykonuje umowy. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej były w orzecznictwie konsekwentnie kwalifikowane jako cywilnoprawne (zob. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK 365/03, nie publ.), akcentowano jednak, że umowy te zawierane są w celu zrealizowania zadania publicznoprawnego (zob. np. wyrok Sądu Najwyższego z 14 lutego 2008 r., II CSK 532/07, nie publ.), co ma wpływ na konstrukcję umowy, sposób jej wykonania, jak mechanizmy weryfikowania działań świadczeniodawcy prowadzących do wywiązania się z zaciągniętych zobowiązań.

W art. 155 ust. 1 u.ś.o.z. ustawodawca wskazał, że do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej o tyle stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, o ile przepisy tej ustawy nie stanowią inaczej. Jak wyjaśnił Sąd Najwyższy w uchwale składu siedmiu sędziów z 19 marca 2019 r., III CZP 80/19 (OSNC 2019, nr 7-8, poz. 72), odesłanie to należałoby uznać za zbędne, gdyby strony, pomiędzy którymi umowa jest zawierana, przedmiot ich zobowiązań i cel umawianych świadczeń były w istocie charakterystyczne dla cywilnych stosunków prywatnoprawnych, w obszarze których z natury rzeczy zastosowanie znajduje kodeks cywilny, bez potrzeby czynienia do niego odesłań. W odniesieniu do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest ono konieczne raczej z tego powodu, że ustawodawca nie stworzył dotąd kompletnej, normatywnej konstrukcji umowy, którą podmioty wykonujące zadania publicznoprawne zawierałyby w celu ich zrealizowania z kontrahentami mającymi z reguły status przedsiębiorców. Skoro jednak ustawodawca zdecydował się na odesłanie do uzupełniającego stosowania kodeksu cywilnego w materii, której samodzielnie nie uregulował w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej, to trzeba założyć, że uczynił to ze świadomością zarówno treści, jak i konsekwencji działania rozwiązań normatywnych, do których odesłał. Wniosek taki jest usprawiedliwiony i z tej przyczyny, że ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej nie jest pierwszym, lecz kolejnym aktem normatywnym, który reguluje relacje między świadczeniodawcami działającymi na rynku świadczeń opieki zdrowotnej oraz podmiotami realizującymi zadania publiczne i występującymi jako zamawiający wykonanie takich świadczeń na rzecz

beneficjentów systemu, mających w większości status ubezpieczonych, a zatem osób uczestniczących w finansowaniu działania systemu, a nadto jeszcze w warunkach, gdy zamawiający dysponuje ograniczonym z punktu widzenia oczekiwań i potrzeb społecznych budżetem na pokrycie kosztów zamawianych świadczeń.

Kolejną specyficzną cechą umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest masowy charakter spełnianych na jej podstawie świadczeń. Niemożliwość sprecyzowania właściwości, jakim powinno w szczegółach odpowiadać każde pojedyncze świadczenie mające podstawę w tych umowach sprawia, że właściwości te podlegają pewnej standaryzacji, tak samo jak wymagania stawiane świadczeniodawcy co do tego, w jaki sposób ma weryfikować status osoby, na rzecz której świadczy jako beneficjenta systemu oraz dokumentować okoliczności, w których spełnia świadczenie. Na system uregulowań wyznaczających poziom tej standaryzacji składają się nie tylko przepisy ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń poszczególnych rodzajów, ale też obowiązujące świadczeniodawców przepisy o obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej poszczególnych beneficjentów systemu oraz sposobie jej prowadzenia, w tym także wtedy, gdy dochodzi do wystawiania na ich rzecz recept upoważniających do korzystania z leków i wyrobów medycznych odpłatnie, ze zniżoną odpłatnością lub bezpłatnie.

Narodowy Fundusz Zdrowia jako zamawiający świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej u różnych świadczeniodawców nie działa na rzecz własnego gospodarczego interesu, ale w celu zrealizowania zadania publicznego finansowanego ze środków publicznych. Zadanie to nie ogranicza się do występowania w roli podmiotu pokrywającego koszty świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej spełnionych przez świadczeniodawców w konkretnych okolicznościach na rzecz beneficjentów systemu. Uczestniczenie przez Narodowy Fundusz Zdrowia w realizowaniu prawa do ochrony zdrowia gwarantowanego obywatelom w art. 68 ust. 1 Konstytucji wymaga, by podmiot ten dążył do zabezpieczenia beneficjentom systemu świadczeń o oczekiwanej jakości, a zatem odpowiadających aktualnej wiedzy medycznej, zrealizowanych z należytą starannością, przy użyciu dostępnych świadczeniodawcy metod i środków zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób.

Od dnia 1 stycznia 2010 r. pozwany, jako zamawiający świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, działa w uwarunkowaniach wyznaczonych przez przepisy ustawy z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r. poz. 869, art. 9 pkt 9). Gospodarka funduszami, którymi dysponuje musi zatem przebiegać ściśle według zasad określonych w tej ustawie, co wiąże się z obowiązkiem dochodzenia roszczeń powstałych na gruncie stosunków umownych, w których pozostaje ze świadczeniodawcami.

Każda ze stron umów cywilnoprawnych upoważniona jest do weryfikowania, w jaki sposób jej kontrahent wykonuje umowę, a w szczególności czy ma to miejsce w sposób gwarantujący osiągnięcie jej celu. W umowach, w których świadczenia zaspakajające interesy stron nie wyczerpują się w jednorazowej czynności, same strony mogą określić, przez kogo, w jaki sposób i z jakimi konsekwencjami ma być weryfikowana jakość świadczeń spełnianych przez nie w wykonaniu umowy. Masowy charakter umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki, w jakich te świadczenia są wykonywane, przy uwzględnieniu założenia, że poziom zaspokojenia potrzeb społecznych, których zaspokojeniu służą, wymaga stałego monitorowania, sprawiły, że sam ustawodawca ustalił zasady, według których pozwany powinien kontrolować działanie świadczeniodawcy. Właściwości świadczeń zdrowotnych sprawiają, że tylko wyjątkowo weryfikacja sposobu wykonania umowy o ich udzielanie może mieć miejsce na bieżąco, to znaczy wtedy, gdy świadczeniodawca wykonuje zamówione świadczenie na rzecz beneficjenta. Zwykle ma charakter następczy, a zamawiający świadczenie nie jest w stanie inaczej stwierdzić tego, komu, w jakich okolicznościach i w jaki sposób zostało udzielone, jak tylko na podstawie sporządzonej w związku z tym dokumentacji.

Świadczeniodawca, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zobowiązany jest ją wykonywać w sposób określony w samej umowie, ogólnych warunkach, które - inkorporowane do umowy - stają się jej integralną częścią, ale i z zachowaniem wszystkich innych przepisów w systemie prawa adresowanych do podmiotów udzielających świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej. Przepisy te wyznaczają technikę działania podmiotów świadczących usługi

z zakresu opieki zdrowotnej, wskazują na zakres i sposób, w jaki należy udokumentować poszczególne świadczenia udzielone beneficjentom i wystawione im recepty na leki, zarówno pełnopłatne, jak i refundowane przez płatnika publicznego.

Świadczeniodawca zawierający umowę o udzielenie świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ma świadomość, że zamawiający może skontrolować sposób wykonania umowy, a punktem odniesienia dla czynności kontrolnych zamawiającego i finalnie odpowiedzi na pytanie, czy zobowiązanie świadczeniodawcy wykonane zostało należycie jest dokumentacja, do prowadzenia której świadczeniodawca jest zobligowany na podstawie umowy i przepisów regulujących jego działanie. Na podstawie tej dokumentacji zamawiający stwierdza, w jaki sposób świadczeniodawca wykonał umowę, chyba że dysponuje dowodami, z których wynika, że dokumentacja prowadzona przez świadczeniodawcę nie oddaje prawdziwego obrazu okoliczności, w jakich konkretne świadczenie zostało spełnione i sposobu jego spełnienia. Dokumentacja wymagana od świadczeniodawcy prowadzona jest zatem nie tylko dla pacjenta i w celu zapewnienia mu źródła informacji, co do jego stanu zdrowia i zastosowanych wobec niego procedur medycznych, ale i dla tego podmiotu, który poniósł koszty świadczenia. Weryfikacja dokumentacji sporządzanej w związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej służy bowiem nie tylko odpowiedzi na pytanie, czy środki publiczne zostały na ten cel zasadnie wydatkowane, ale i na pytanie, czy samo świadczenie zostało celowo udzielone, a mianowicie, że w konkretnych okolicznościach służyło utrzymaniu lub poprawie zdrowia beneficjenta, bo taki jest ostateczny cel działania systemu.

W razie, gdy dokumentacja medyczna prowadzona przez świadczeniodawcę nie obrazuje tego, komu i w jakich okolicznościach udzielone zostały świadczenia zdrowotne, ciężar wykazania, iż świadczenia te zostały udzielone osobom uprawnionym do ich uzyskania i w uzasadniających to okolicznościach, spoczywa na świadczeniodawcy. To samo, odpowiednio, dotyczy leków ordynowanych pacjentom, których ceny są następnie refundowane przez pozwanego placówkom, które wydały je pacjentom.

Spór rozstrzygany w niniejszej sprawie dotyczy obowiązków powoda i pozwanego jako stron umów o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zawartych 14 stycznia 2008 r., 28 stycznia 2009 r. i 25 stycznia 2010 r. Strony w umowach odwołały się do o.w.u. z 2005 r. i następnie o.w.u. z 2008 r. ustalonych i powszechnie stosowanych w czasie, gdy zawarły umowy. Postanowienia tych ogólnych warunków stały się zatem integralną częścią zawartych przez nie umów. Wiążąc się postanowieniami tych ogólnych warunków umów, powód zaakceptował przewidziany nimi system kar za naruszenie zobowiązań, które zaciągnął, a mianowicie za ich niewykonanie lub nienależyte wykonanie (§ 28 ust. 1 o.w.u. z 2005 r. i § 29 ust. 1 o.w.u. z 2008 r.) mające postać takich zachowań, z którymi powiązane zostały poszczególne kategorie kar (kolejne ustępy § 29 o.w.u. z 2005 r. i § 30 o.w.u. z 2008 r., z zastrzeżeniem dopuszczalnego ich kumulowania). W § 30 ust. 1 o.w.u. z 2005 r. i w § 31 ust. 1 o.w.u. z 2008 r. ich autor przewidział, że umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może zawierać zastrzeżenie, iż w przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych pozwany może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnych refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji. Strony postępowania w § 14 ust. 2 umów z 14 stycznia 2008 r., 28 stycznia 2009 r. i 25 stycznia 2010 r. wprowadziły tę postać kary umownej w łączących je relacjach. Przystępując do wykonania każdej z umów powód wiedział zatem, że w razie wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych będzie zobowiązany do zapłacenia pozwanemu kary umownej w wysokości oznaczonej w umowie. Zachowaniem uzasadniającym obciążenie świadczeniodawcy karą umowną, której dotyczą § 30 ust. 1 o.w.u. z 2005 r. i § 31 ust. 1 o.w.u. z 2008 r. oraz w nawiązaniu do nich - § 14 ust. 2 umów z 14 stycznia 2008 r., 28 stycznia 2009 r. i 25 stycznia 2010 r., a będącym postacią nienależytego wykonania umowy jest wystawianie recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych. Wbrew stanowisku Sądu Apelacyjnego, zachowanie to oczywiście nie jest tożsame z nieprawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej, jako formą naruszenia zobowiązań umownych sankcjonowaną karą

umowną przewidzianą w § 29 o.w.u. z 2005 r. i § 30 o.w.u. z 2008 r., chociaż - o czym była już mowa - dokumentacja ta jest dla pozwanego podstawą bazą danych pozwalającą na weryfikację tego, komu i w jakich okolicznościach świadczeniodawca ordynował leki refundowane. Wykonanie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych ma przede wszystkim zapewnić, że pacjent otrzyma leki zgodnie z potrzebami wynikającymi z wiedzy medycznej oraz że leki te trafiają, w ilościach tylko niezbędnych, do osób, które mają do tego prawo zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i które rzeczywiście ich potrzebują (wyrok Sądu Najwyższego z 14 listopada 2014 r., I CSK 633/13, nie publ.).

W świetle charakteru umowy o udzielanie świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej oraz nałożonych na podmioty wykonujące takie świadczenia obowiązków dokumentowania poszczególnych przypadków, w których dochodzi do ich udzielania, za oczywiste trzeba uznać, że uprawnienia pozwanego do kontrolowania sposobu, w jaki świadczeniodawca wykonuje umowę i do wyciągania konsekwencji z jej nienależytego wykonywania muszą bazować na dokumentacji medycznej, do prowadzenia której zobowiązany jest świadczeniodawca. Dotyczy to także okoliczności, w jakich świadczeniodawca ordynuje leki refundowane. Dla pozwanego, którego przedstawiciele nie są w stanie towarzyszyć każdemu beneficjentowi systemu w momencie spełniania na jego rzecz zakontraktowanego świadczenia, jest to jedyny punkt odniesienia wtedy, gdy weryfikuje sposób działania świadczeniodawcy. Oczywiście nie jest wykluczone, że w pewnych przypadkach pozwany pozyska także z innych źródeł dane na temat tego, na czyją rzecz i w jakich okolicznościach zostało spełnione świadczenie zdrowotne. Do dokumentacji medycznej pacjentów i innej dokumentacji obrazującej działanie świadczeniodawcy, którą ten ma obowiązek prowadzić, pozwany sięga przez swoich upoważnionych do tego przedstawicieli, gdy dokonuje czynności kontrolnych w celu stwierdzenia, czy umowa ze świadczeniodawcą wykonana została należycie. Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z 24 listopada 2017 r., III CSK 296/16 (nie publ.), w sporach o roszczenia cywilnoprawne mające związek z wykonaniem umów o udzielanie świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej ustawodawca nie przypisał protokołowi pokontrolnemu znaczenia dokumentu, który

miałby rozstrzygać o stanie faktycznym sprawy. Trzeba jednak dostrzec, że jego sporządzenie na bazie dokumentacji, którą miał obowiązek prowadzić świadczeniodawca, a której nie prowadził należycie, oznacza, że to na nim spoczywa ciężar wykazania, że stan faktyczny na tle którego pozwany jako kontraktujący świadczenia zgłosił roszczenia wynikające z umowy, kształtuje się inaczej, niż na to wskazuje protokół pokontrolny opracowany z odwołaniem się do jego własnej, wadliwie prowadzonej dokumentacji (art. 6 k.c.). W niniejszej sprawie powód - przyznając, iż prowadzona przez niego dokumentacja medyczna jest wadliwa, ale zarazem bagatelizując stopień tej wadliwości - deklarował gotowość wykazania zasadności wszystkich zakwestionowanych przez pozwanego ordynacji lekarskich (k. 448, k. 806). Sąd Okręgowy pominął wnioski dowodowe powoda, oceniwszy, że na podstawie oferowanych przez niego dowodów nie sposób jest ustalić z dostateczną dozą pewności, iż wiele lat temu konkretne osoby potrzebowały takiej, a nie innej pomocy medycznej, skoro w prowadzonej dla tych osób dokumentacji medycznej nie ma żadnych lub dostatecznych informacji o tym, w jakim stanie zdrowia i z jakimi dolegliwościami były konsultowane przez lekarza. Sąd Apelacyjny do wniosków dowodowych powoda się nie odniósł, błędnie oceniwszy, że ciężar wykazania tego, iż powód ordynował leki osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych (a zatem okoliczności opisanych negatywnie) spoczywa na pozwanym.

Przy braku ustaleń, jakoby pozwany zawierał umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych bezpośrednio z lekarzami (czy innym personelem) zatrudnianym przez powoda, niezrozumiałe są stwierdzenia Sądu Apelacyjnego, że pozwany powinien dochodzić równowartości nienależnie dokonanej refundacji „od lekarza, który dopuścił się nienależytego wykonania umowy łączącej go z pozwanym”. Powód w relacji z kontrahentem odpowiada bowiem za to, w jaki sposób obowiązki umowne wykonują poszczególne osoby, które zaangażował do wykonania zobowiązań zaciągniętych wobec pozwanego i tak samo zresztą kształtuje się zakres odpowiedzialności pozwanego wobec powoda.

W niniejszej sprawie trafny zatem okazał się zarzut naruszenia przez Sąd Apelacyjny art. 6 k.c., a to z tego względu, że Sąd ten - dostrzegłszy wady w dokumentacji medycznej prowadzonej przez powoda dla pacjentów Domu

Pomocy Społecznej „L.” w W. - stwierdził, iż to pozwany powinien wykazywać inicjatywę dowodową w celu wykazania, że zatrudnieni przez powoda lekarze ordynowali leki osobom nieuprawnionym lub w sytuacjach, które nie usprawiedliwiały podjęcia terapii określonym lekiem. Obowiązujące przepisy i doświadczenie życiowe nie są dostateczną bazą do sformułowania domniemania, że ordynacja lekarska, skoro już miała miejsce, to zawsze dotyczyła osoby ubezpieczonej, która znajdowała się w sytuacji uzasadniającej podanie jej zapisanego leku. Wnioskowanie o tym musi nawiązywać do danych zebranych w danym czasie i sytuacji, w jakiej znajduje się ten a nie inny pacjent. Skoro istnieje obowiązek sporządzania dokumentacji medycznej o określonej szczegółowości, zarówno na potrzeby samego pacjenta, jak i systemu ubezpieczeń społecznych, z którego w całości lub w jakiejś części finansowane jest jego leczenie, to ta dokumentacja jest bazą do wyciągnięcia przez pozwanego wniosków co do tego, na czyją rzecz oraz w jakich okolicznościach świadczeniodawca spełnił konkretne świadczenie. Wadliwości dokumentacji obciążają świadczeniodawcę i sprawiają, że to on innymi środkami dowodowymi (jeżeli to w ogóle możliwe z uwagi na specyfikę świadczeń zdrowotnych) musi wykazać, iż udzielił świadczeń uprawnionym i w okolicznościach, które te świadczenia uzasadniały. To samo dotyczy ordynowanych przez niego leków.

Mając powyższe na uwadze, na podstawie art. 398¹⁵ § 1 k.p.c. oraz art. 108 § 2 w zw. z art. 391 § 1 i art. 398²¹ k.p.c., Sąd Najwyższy orzekł, jak w sentencji.