



WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

7 marca 2024 r.

Sąd Najwyższy w Izbie Cywilnej w składzie:

SSN Marta Romańska (przewodniczący)

SSN Władysław Pawlak

SSN Monika Koba (sprawozdawca)

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym 7 marca 2024 r. w Warszawie
skargi kasacyjnej Narodowego Funduszu Zdrowia - [...] Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w O.
od wyroku Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu
z 18 listopada 2020 r., I ACa 950/20,
w sprawie z powództwa B. spółki akcyjnej w K.
przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia - [...] Oddziałowi Wojewódzkiemu
Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w O.
o zapłatę,

1) oddala skargę kasacyjną,

2) zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 5417 (pięć tysięcy czterysta siedemnaście) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania kasacyjnego z odsetkami w wysokości odsetek ustawowych za opóźnienie w spełnieniu świadczenia pieniężnego za czas po upływie tygodnia od dnia doręczenia niniejszego wyroku pozwanemu do dnia zapłaty.

Monika Koba Marta Romańska Władysław Pawlak

UZASADNIENIE

Wyrokiem z 2 lipca 2020 r. Sąd Okręgowy w Opolu oddalił powództwo B. spółki akcyjnej w K. przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia - [...] Oddziałowi Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w O. (dalej także jako: „NFZ” lub „Fundusz”) o zapłatę kwoty 1 337 080 zł z ustawowymi odsetkami od 17 stycznia 2014 r. do 31 grudnia 2015 r. oraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie od 1 stycznia 2016 r. tytułem nienależnego świadczenia.

Sąd pierwszej instancji ustalił, że zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ z 16 listopada 2011 r., celem wyłonienia świadczeniodawcy długoterminowych usług pielęgnacyjnych i medycznych, pozwany organizował konkursy, w wyniku których wyłaniał świadczeniodawców. Pozwany wybrał powódkę jako świadczeniodawcę na terenach powiatów: [...], [...]1, [...]2, [...]3, [...]4, [...]5, [...]6, [...]7. Powódka albo nie stawiała do konkursu albo jej oferta nie została wybrana w przypadku powiatów: [...]8, [...]9, [...]10.

Pierwszą umowę strony zawarły 7 stycznia 2011 r. na okres od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2013 r., ale z okresem rozliczeniowym obejmującym tylko 2011 r. Druga umowa z 3 stycznia 2012 r. obowiązywała w okresie od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2013 r. 10 lipca 2012 r. strony zawarły umowę na okres od 1 lipca 2012 r. do 31 grudnia 2013 r., która obejmowała udzielanie świadczeń wyłącznie na terenie powiatu [...]10. 26 kwietnia 2013 r. strony zawarły kolejną umowę o udzielanie długoterminowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych.

Przedmiotem świadczenia powódki było kompleksowe i całodobowe organizowanie i udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych lub domowych. Powódka, jako świadczeniodawca zobowiązana była wykonać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności w warunkach zawierania i realizacji umów na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa NFZ wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze

środków publicznych (Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027, ze zm. – dalej: „ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych” lub „u.ś.o.z”), ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. (Dz. U. Nr 81, poz. 484 – dalej: „ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” lub „załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r.”) oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. nr 140, poz. 1147 – dalej: „Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r.”).

Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową określał plan rzeczowo - finansowy, będący załącznikiem do umowy. Umowy przewidywały również kary umowne za niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy z przyczyn leżących po stronie powódki.

Powódka na podstawie skierowania lekarza przyjmowała pacjentów spoza obszaru, na którym miała zakontraktowaną działalność albo spoza powiatu, w którym mieściła się jej jednostka organizacyjna. Pozwany nie miał zastrzeżeń do jakości świadczeń wykonanych przez powódkę.

Wszyscy pacjenci objęci opieką długoterminową wymagali pomocy pielęgniarstwa umożliwiającej funkcjonowanie w środowisku domowym. Pacjent, który otrzymuje taką opiekę nie jest w stanie funkcjonować samodzielnie. Długoterminowa opieka pielęgnarska nie dotyczy świadczeń ratujących życie.

Pozwany dokonał kontroli realizacji świadczeń przez powódkę. W wystąpieniach pokontrolnych, negatywnie ocenił rozliczanie wykonanych świadczeń oraz sprawozdawczość dotyczącą ich realizacji. Stwierdził, że w okresie do 30 czerwca 2012 r. powódka prowadziła dokumentację medyczną niezgodnie z obowiązującymi przepisami, w wyniku czego przekazywano niepełne dane sprawozdawcze; w pierwszym kwartale 2012 r. wykonywała świadczenia na rzecz pacjentów zamieszkałych na terenie powiatu [...]10 i [...]8, nie posiadając umowy z NFZ na realizację świadczeń na tych terenach; wykonywane świadczenia rozliczała

w ramach umowy [...]; za I kwartał 2012 r., zawyżyła także świadczenia na terenach powiatu [...]4, [...]3, [...]2 i [...]7 o kwotę 5 677, 85zł (cena osobodnia w powiecie opolskim była wyższa niż w pozostałych powiatach, wchodzących w zakres umowy); nie przedstawiła w sprawozdawczości okresowych zastępstw za pielęgniarki stale opiekujące się pacjentem.

Pozwany obciążył powódkę obowiązkiem zwrotu kwoty 5 677, 85 zł oraz karą umowną w kwocie 26 604,65zł na podstawie § 30 ust. 1 pkt 2 lit. c o.w.u., tj. za objęcie opieką 10 pacjentów z powiatu [...]10 i [...]8 (7 601,33 zł) oraz za zawyżenie świadczeń za 59 pacjentów (19 003,32 zł).

W zaleceniach pokontrolnych stwierdził, że w przypadku, kiedy do powódki zgłosił się pacjent z powiatu, na który nie miała zawartej umowy, powinna była poinformować go, że nie może udzielić mu świadczeń w ramach NFZ. Jeżeli dany podmiot wyczerpał limit to zgłaszający powinien czekać w kolejce.

W związku z wynikiem kontroli pozwany nakazał między innymi: od 1 listopada 2012 r. zaprzestać rozliczania świadczeń wykonywanych na rzecz pacjentów zamieszkałych na terenie powiatu [...]8, pacjentów objętych tam opieką przekazać pod opiekę właściwego POZ; pacjentów rozliczanych z powiatu [...] zamieszkałych w innych powiatach przesunąć w zasobach informatycznych [...]NFZ do właściwych powiatów (wyróżników w umowie) i skorygować rozliczenia z [...] NFZ 0 za I kwartał 2012 r. Korekta miała być dokonana w oparciu o dołączoną tabelę, zgodnie z którą kwota podlegająca rozliczeniu została zawyżona o 5 677, 85 zł; podobnych korekt dla powiatu [...] dokonać należało także we własnym zakresie za okres od 1 kwietnia 2012 r. do 31 sierpnia 2012 r.; ponadto należało przeprowadzić weryfikację miejsc udzielania i rozliczania świadczeń w pozostałych powiatach, dokonać odpowiednich korekt w rozliczeniach od 1 stycznia 2012 r. oraz ująć w nich wszystkie przypadki rozliczania pacjentów z innego powiatu niż ich miejsce zamieszkania.

Powódka złożyła zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego, które zostały oddalone, nie zostało także uwzględnione przez Prezesa NFZ zażalenie powódki.

Powódka zwróciła się również do Ministra Zdrowia, który w piśmie z 13 marca 2013 r. wezwał pozwanego do złożenia wyjaśnień, wskazując, że oznaczenie

obszaru przy ogłaszanych postępowaniach konkursowych odnosi się jedynie do świadczeniodawcy, który na wskazanym terenie musi posiadać zarejestrowaną jednostkę organizacyjną (poradnię/ambulatorium). Nie może to ograniczać dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej osobom spoza danego powiatu.

Pismem z 28 sierpnia 2013 r. pozwany wezwał powódkę do zwrotu kwoty 5 677,85 zł i do zapłaty kary umownej w kwocie 26 604,65 zł oraz do dokonania korekty rozliczeń za okres styczeń - sierpień 2012 r. - w terminie 14 dni, pod rygorem potrącenia tych kwot z kolejnej należnej powódce płatności. Pozwany ponowił wezwanie w piśmie z 31 października 2013 r. Obciążył także powódkę odsetkami w kwotach odpowiednio 8 214,27 zł i 1 343,56 zł.

W dniach 12 listopada 2013 r. i 19 listopada 2013 r. NFZ dokonał potrącenia na łączną kwotę 33 626,06 zł obejmującą kwoty: 5 677,85 zł; 26 604,65 zł i 1 343,56 zł. W dniach 29-30 listopada 2013 r. powódka wystawiła faktury korygujące za lata 2012 - 2013 na łączną kwotę 1 300 917,97 zł. Zostały one rozliczone w drodze potrąceń dokonanych przez pozwanego 18 grudnia 2013 r. i 31 grudnia 2013 r. na łączną kwotę 386 137,80 zł.

Pozostałą kwotę 914 780,17 zł powódka zapłaciła 16 stycznia 2014 r. powiększając kwotę przelewu o odsetki do kwoty 926 000 zł. W tytule przelewu podała, że wpłaty dokonała w celu uniknięcia egzekucji. 17 stycznia 2014 r. pozwany zwrócił powódce kwotę 3 005,56 zł jako nadpłaconą. Pozostałą kwotę zaliczył w następujący sposób: 914 780,17 zł (należność główna); 8 214,27 zł (odsetki).

6 grudnia 2013 r. pozwany wypowiedział umowę, a następnie cofnął wypowiedzenie, ponieważ powódka dokonała korekty rozliczeń za okres wskazany w wezwaniu i zaleceniach pokontrolnych.

Pismem z 10 stycznia 2017 r. powódka wezwała pozwanego do zwrotu świadczenia nienależnego w kwocie 1 337 080,45 zł. Wystąpiła także przeciwko pozwanemu z zawezwaniem do próby ugodowej; do zawarcia ugody jednak nie doszło.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Okręgowy uznał, że powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie.

Stwierdził, że spór dotyczył wyłącznie kwestii prawnych związanych ze sposobem rozliczania przez powódkę świadczeń w sposób określony w protokole pokontrolnym. Bezspornym natomiast było, że powódka udzieliła świadczeń osobom uprawnionym, wymagającym długotrwałej opieki, a pozwany nie miał zastrzeżeń do jakości wykonanych przez nią usług.

Podkreślił, że 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 (art. 155 ust. 1 u.ś.o.z.). Miał na względzie, że umowa nie precyzowała szczegółowych zasad rozliczania świadczeń. W tym zakresie odwoływała się do stanowiących załącznik do niej planów rzeczowo - finansowych, które określały liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych. Nadto, w § 1 umowy zaznaczono, że powódka zobowiązana była wykonać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności w warunkach zawierania i realizacji umów na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa NFZ wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 u.ś.o.z. Pośredni sposób wprowadzenia tego zarządzenia do umowy prowadzi do uznania, że określone w nim warunki stanowiły wzorzec kwalifikowany wyznaczający i oddziaływujący na treść stosunku prawnego. Zakres praw i obowiązków stron został nadto ukształtowany przepisami prawa, w tym ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r.

W ocenie Sądu Okręgowego u podstaw roszczenia powódki legło przekonanie, że skoro udzieliła świadczeń określonych w umowie, tj. zapewniła opiekę długoterminową wymagającym tego pacjentom, to pozwany zobowiązany był do zapłacenia wynagrodzenia za te usługi. Sąd Okręgowy uznał jednak, że nie jest wystarczające, że powódka jako świadczeniodawca osiągnęła możliwie najlepszy efekt medyczny udzielanych świadczeń, skoro nastąpiło to wbrew zakontraktowanej puli i niezgodnie z określoną w umowie metodą postępowania przy ich udzielaniu, czyli sprzecznie z jej celem.

Stwierdził, że § 4 umowy nie pozostawiał wątpliwości, że świadczenia w poszczególnych zakresach miały być udzielane zgodnie z planem rzeczowym określonym w załączniku do umowy, który określał także miejsce ich realizacji tj. wymienione powiaty w województwie opolskim oraz stawki za te świadczenia, związane z miejscem ich wykonywania. Oznacza to, że powódka mogła świadczyć usługi wyłącznie na zakontraktowanym obszarze oraz według stawek określonych w planie rzeczowym dla tego obszaru.

Nie podzielił argumentacji powódki, że miejsce zamieszkania pacjentów nie powinno mieć znaczenia dla rozliczenia. Stwierdził, że powódka nie wykazała by w powiecie [...]8 oraz [...]10, w okresie, kiedy udzielała tam pozakontraktowych świadczeń, pozwany nie zapewnił usług tego rodzaju, jak w umowie łączącej strony. Pozwany wykazał natomiast, że na tym obszarze świadczeń udzielały inne podmioty na podstawie zakontraktowanych umów. Dbłość o dobro pacjenta, nie mogła być zatem czynnikiem, który uzasadniał postępowanie powódki, nie było bowiem ryzyka, że pacjenci zostaną pozbawieni gwarantowanej opieki medycznej. Podzielił stanowisko pozwanego, że wykonywanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej powinno zmierzać do sprawiedliwej dystrybucji środków publicznych, zarządzanych przez NFZ, i do maksymalnego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych osób uprawnionych do korzystania z tych środków.

W ocenie Sądu Okręgowego udzielanie świadczeń poza zakontraktowanym obszarem było również zmianą miejsca świadczeń, co wymagało zgody Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, której powódka nie uzyskała (§ 7 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r.).

Podzielił stanowisko pozwanego, że specyfika opieki długoterminowej oznacza, że w zasadzie świadczenia te są udzielane pacjentom w ich miejscu zamieszkania. Nie było też podstaw do przyjęcia, że były to świadczenia w przypadkach nagłych w razie zagrożenia życia lub zdrowia człowieka lub w innych przypadkach niecierpiących zwłoki, o których mowa w art. 19 u.ś.o.z.

W konsekwencji przyjął, że powódka udzielała świadczeń niezgodnie z postanowieniami umowy i nie przedstawiła przekonującej argumentacji, która

uzasadniałaby takie działania. W tej sytuacji, pozwany miał podstawy, by stosownie do § 28 o.w.u. domagać się zwrotu wypłaconych środków.

Wyrokiem z 18 listopada 2020 r. Sąd Apelacyjny we Wrocławiu - orzekając na skutek apelacji powódki - zmienił zaskarżony wyrok w ten sposób, że zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 922 994, 44 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 24 kwietnia 2017 r. oraz oddalił powództwo w pozostałym zakresie i orzekł o kosztach postępowania za obie instancje.

Sąd Apelacyjny podzielił ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd Okręgowy i uczynił je podstawą także swojego rozstrzygnięcia.

Dodatkowo ustalił, że wartość świadczeń z rodzaju usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze zrealizowanych przez powódkę w powiatach: [...], [...].2, [...].3, [...].5, [...].4, [...].7 i [...].6 w roku 2012 z uwzględnieniem przewidzianych w umowie stawek za osobodzień: 29 zł (miasto O., powiat [...].1 i [...].1); 28 zł (powiat [...].2); 27,99 zł, (powiat [...].3 i [...].5); 27,40 zł (powiat [...].4); 26,10 zł (powiat [...].7 i [...].6), wynosiła łącznie 617.619,08 zł. Wartość świadczeń wykonanych przez powódkę w okresie od maja do grudnia 2013 r. w powiecie namysłowskim wynosiła 8.729,64 zł. Łączna wartość powyższych świadczeń wynosiła zatem 626.348,72 zł. Powódka zaraportowała wykonanie w 2012 r. w powiecie [...].8 usług w wymiarze 764 osobodni.

Wartość świadczeń z rodzaju usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze zrealizowanych przez powódkę w powiatach: [...], [...].2, [...].3, [...].5, [...].7, [...].6 i [...].10 w 2013 r. z uwzględnieniem przewidzianych w umowie stawek za osobodzień w wysokości: 27,84 zł - miasto O. i powiat [...].1 (611 osobodni); 26,88 zł - powiat [...].2 (2.066 osobodni); 26,87 zł - powiat [...].3 (323 osobodni), powiat [...].5 (30 osobodni); 26,30 zł - powiat [...].4 (3.783 osobodni); 25,06 zł - powiat [...].7 (4.370 osobodni), powiat [...].6 (1.533 osobodni), powiat [...].10 (1.834 osobodni), powiat [...].3 (123 osobodni rozliczone według niższej stawki), powiat [...].4 (328 osobodni rozliczone według niższej stawki), wynosiła 386.713,61 zł. Powódka zaraportowała wykonanie w 2013 r. w powiecie oleskim usług w wymiarze 5.982 osobodni. Ustalenie czy pozwany zapewnił dostateczny poziom świadczeń pielęgnarskiej opieki

długoterminowej na terenie powiatów [...]10 i [...]8 uznał natomiast za okoliczność nieistotną dla rozstrzygnięcia sprawy.

W tak ustalonym stanie faktycznym uzupełnionym ustaleniami poczynionymi w postępowaniu odwoławczym Sąd Apelacyjny nie podzielił poczynionych przez Sąd Okręgowy rozważań prawnych uznając, że Sąd ten naruszył art. 410 § 1 i 2 k.c. oraz art. 411 pkt 1 k.c.

Wyjaśnił, że przedmiotem sprawy jest zwrot świadczenia spełnionego nienależnie na rzecz pozwanego w sytuacji, gdy strony związane były umową o wykonanie usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych w latach 2012-2013 finansowanych ze środków publicznych. Po przeprowadzeniu kontroli u powódki i stwierdzeniu nieprawidłowości w rozliczaniu oraz raportowaniu usług, częściowo wykonanych na rzecz pacjentów w powiatach [...]8 i [...]10, które według pozwanego nie były objęte umową stron, a częściowo polegających na zastosowaniu przez powódkę zawyżonych stawek za osobodzień opieki, pozwany sformułował zalecenia pokontrolne, w których oprócz nałożenia kary umownej i zobowiązania do zwrotu zawyżonej wartości świadczenia powódka została zobowiązana do odpowiedniego przeliczenia i skorygowania wystawionych faktur. Powódka dokonała takich korekt: za rok 2012 na kwotę 702.950,04 zł i za rok 2013 na kwotę 597.967,93 zł (łącznie 1.300.917,97 zł).

Stwierdził, że dokonując wskazanych korekt i przeliczeń powódka przekroczyła nawet zakres wynikający z zaleceń pokontrolnych. Obejmowały one: przesunięcie w zasobach informatycznych pacjentów rozliczanych z powiatu [...] zamieszkałych w innych powiatach, do właściwych powiatów i skorygowanie rozliczenia za I kwartał 2012 r. zgodnie z tabelą (korekta wynosiła łącznie 5,677,85 zł) ; dokonanie podobnych korekt we własnym zakresie za okres od 01.04.2012 r. do 31.08.2012 r., przeprowadzenie weryfikacji miejsc udzielania i rozliczania świadczeń w pozostałych powiatach i dokonanie odpowiednich korekt w rozliczeniach od 01.01.2012 r.; rozliczanie świadczeń od września 2012 r. według wyróżników zgodnych z miejscami zamieszkania pacjentów.

Podkreślił, że w aktach sprawy (k. 216) znajdują się zestawienia ilości świadczeń udzielonych przez powódkę we wszystkich powiatach objętych umową

oraz w powiatach, co do których zaistniał spór. W stosunku do części pacjentów - mieszkańców powiatów innych niż miasto O. i powiat [...] - została zastosowana stawka z powiatu [...] (jednakowa dla powiatu [...]11 i [...]12) wynosząca 29 zł, podczas gdy świadczenia te powinny być rozliczane według właściwych dla danych powiatów stawek, poza powiatem [...]1 niższych od stawki dla miasta O. i powiatu [...], która była stawką najwyższą. Doprowadziło to do zawyżenia wynagrodzenia naliczonego przez powódkę. Reakcją na nieprawidłowe rozliczenie i zgłoszenie należności było przeprowadzenie kontroli i sformułowanie przywołanych zaleceń pokontrolnych.

Konieczne stało się zatem przeliczenie wykonanych przez powódkę świadczeń z uwzględnieniem niższych, lecz prawidłowych stawek dla poszczególnych powiatów. Stawki te wynosiły odpowiednio: w roku 2012 (28,00 zł - powiat [...]2, 27,99 zł - powiat [...]3, powiat [...]5 27,40 zł - powiat [...]4, 26,10 zł - powiat [...]7, powiat [...]6); w roku 2013 (27,84 zł - powiat [...], powiat [...]1, 26,88 zł - powiat [...]2, 26,87 zł - powiat [...]3, powiat [...]5, 26,30 zł - powiat [...]4, 25,06 zł - powiat [...]7, powiat [...]6, powiat [...]10).

Omawiane tabele oraz podane w nich sumaryczne wartości w zestawieniu z wartościami wynikającymi z pierwotnie wystawionych przez powódkę faktur wskazują, że powódka, zamiast skorygować faktury w zakresie różnicy pomiędzy zastosowaną błędnie stawką dla powiatu [...] a prawidłowymi stawkami dla pozostałych powiatów, dokonała takiej korekty poprzez „wyzerowanie” stanu należności, które zawierały jedynie w części świadczenia błędnie zaraportowane i rozliczone.

W konsekwencji powódka dokonała na rzecz NFZ zwrotu świadczenia, które w znacznej części odpowiadało zgodnym z umową i niekwestionowanym przez pozwanego wartościom wykonanych usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Zapłata stanowiła tym samym świadczenie nienależne, skoro zwrócona została nie tylko nadwyżka błędnego rozliczenia nad rozliczeniem prawidłowym, ale także wartość wynagrodzenia zgodna z umową.

To samo odnosi się do rozliczenia stron przeprowadzonego poprzez potrącenia dokonane przez pozwanego w dniach: 12 listopada 2013 r., 19 listopada

2013 r., 18 grudnia 2013 r. oraz 31 grudnia 2013 r. na łączną kwotę 419.763,86 zł w części, w jakiej potrącone zostały należności wyższe od wskazanej nadwyżki.

W ramach powyższych rozliczeń za świadczenie nienależne nie może też zostać uznany zwrot przez powódkę lub potrącenie przez pozwanego wartości świadczeń wykonanych w spornych powiatach, o ile wykonanie usług w tych powiatach przez powódkę byłoby usprawiedliwione. Zdaniem Sądu Apelacyjnego powódka miała bowiem prawo domagać się wynagrodzenia za świadczenia udzielone na rzecz mieszkańców innych powiatów niż wskazane w kontrakcie.

Wskazał Sąd, że zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, zaś warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. Zgodnie zaś z art. 15 ust. 1 i ust. 2 pkt 6 u.ś.o.z., świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Artykuł 65 pkt 1 i 2 u.ś.o.z. stanowi natomiast, że ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach równego traktowania oraz solidarności społecznej, a także zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców spośród tych, którzy zawarli umowę z Funduszem, z wyjątkiem sytuacji wskazanych w przepisach szczególnych, które nie znajdują zastosowania w sprawie.

Świadczeniobiorcy przysługują świadczenia pielęgnacyjne lub opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (art. 33a ust. 1 u.ś.o.z.). Według § 3 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. świadczenia pielęgnacyjne lub opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej dzielą się na domowe i stacjonarne. Z kolei § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych wskazuje, że świadczeniobiorca składa skierowanie lekarskie bezpośrednio do wybranego przez siebie zakładu opiekuńczego. Oznacza to, że ustawodawca pozostawił świadczeniobiorcy wyraźne prawo wyboru placówki, w której będzie świadczona na

jego rzecz opieka długoterminowa. Pozbawienie lub ograniczenie takiego prawa wyboru pacjentów korzystających z domowych świadczeń opieki długoterminowej byłoby zatem niezasadnym różnicowaniem statusu świadczeniobiorców i ograniczeniem ich uprawnień.

Mając na uwadze powyższe unormowania Sąd Apelacyjny doszedł do przekonania, że postanowienia umów zawartych pomiędzy NFZ a świadczeniodawcami nie mogą naruszać bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, co oznacza w szczególności zakaz ingerencji w prawo pacjenta do skorzystania z usług wybranego przez siebie świadczeniodawcy posiadającego kontrakt zawarty z NFZ. Zastosowana w umowie „rejonizacja” miała natomiast charakter pomocniczy i jej celem winno być zapewnienie świadczenia usług medycznych na terenie danego powiatu, a nie zobowiązanie jego mieszkańców do korzystania z usług wyłącznie wskazanego w umowie świadczeniodawcy.

Stwierdził, że Zarządzenie nr [...]Prezesa NFZ z dnia 16 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej definiuje: lokalizację jako budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem, w którym zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń, miejsce udzielania świadczeń jako pomieszczenie lub zespół pomieszczeń w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu, świadczenia wykonywane w warunkach domowych jako świadczenia udzielane w miejscu pobytu świadczeniobiorcy, a także wskazuje, że pielęgnarska opieka długoterminowa jest to opieka nad przewlekle chorymi przebywającymi w domu, którzy nie wymagają hospitalizacji w oddziałach leczenia stacjonarnego, a ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej, intensywnej opieki pielęgnacyjnej udzielanej w warunkach domowych.

W świetle powyższego – zdaniem Sądu Apelacyjnego - nie można przyjąć, że ujęta w § 1 pkt 17 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. definicja zakresu świadczeń dopuszczała, by zakres taki mógł być również określony terytorialnie do granic powiatu. Wskazanie w ogłoszeniach o konkursie ofert o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej obszaru, na terenie którego ma zostać

udzielone zlecenie, nie może być rozumiane w ten sposób, że świadczenie dotyczyć będzie jedynie mieszkańców danego powiatu. W ocenie Sądu Apelacyjnego chodzi o zapewnienie dostępu do określonych świadczeń medycznych w danym powiecie, przy jednoczesnym braku obowiązku korzystania przez mieszkańców danego powiatu wyłącznie z usług zakontraktowanego w tym powiecie podmiotu oraz możliwości korzystania z takich świadczeń przez osoby mające miejsce zamieszkania na obszarze innych powiatów.

Wskazał, że w tabelach stanowiących załącznik nr 1 do umowy (plan rzeczowo-finansowy) wskazane są wyłącznie miejsca, w których znajdują się punkty ambulatoryjne powódki zakontraktowane w ramach konkursu ofert. Łącząca strony umowa wskazuje jednostkę organizacyjną powódki na terenie danego powiatu, stanowiącą nominalne jedynie miejsce świadczenia, natomiast przy takim rodzaju świadczeń jak opieka pielęgnarska świadczona na rzecz pacjenta w miejscu jego pobytu, miejsc spełnienia świadczenia w rozumieniu cywilnoprawnym było wiele. Placówka powódki wskazuje w istocie na miejsce świadczenia rozumiane jako punkt kontaktowy czy też koordynacyjny, gdzie konkretny pacjent może zgłosić potrzebę świadczenia opiekuńczego. Świadczeniobiorca może w tym zakresie skorzystać z przysługującego mu prawa wyboru, podobnie, jak dokonuje wyboru placówki POZ.

W konsekwencji nie podzielił stanowiska Sądu Okręgowego, że udzielenie świadczeń poza zakontraktowanym obszarem stanowi zmianę miejsca świadczenia. Przychylił się do stanowiska powódki, że Sąd pierwszej instancji nieprawidłowo zinterpretował umowę stron pomijając przepisy bezwzględnie obowiązujące. Podkreślił, że celem umowy było zapewnienie dostępu do świadczeń medycznych dla mieszkańców powiatów zakontraktowanych przez strony postępowania, a nie zobowiązanie mieszkańców poszczególnych powiatów do korzystania wyłącznie z usług świadczeniodawców właściwych terytorialnie stosownie do postanowień umowy stron zawartej na gruncie cywilnoprawnym. Stwierdził, że pacjenci posiadający prawo do wyboru świadczeniodawcy usług medycznych bez ograniczeń terytorialnych na obszarze Polski nie mają obowiązku uwzględniać przy swoim wyborze postanowień umowy pomiędzy NFZ a świadczeniodawcą.

Zastrzeżenie umowne o tej treści, iż oferent zobowiązuje się do udzielania świadczeń wyłącznie na rzecz pacjentów zamieszkałych na stałe lub czasowo na terenie powiatu nie znalazłoby oparcia w przepisach prawa, a także mogłoby prowadzić do ograniczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Stanowisko to poparł również Minister Zdrowia w piśmie z dnia 13 marca 2013 r. wskazując, że jedyną cechą, przy pomocy której można indywidualizować pacjentów, na rzecz których została zawarta umowa, jest status osoby ubezpieczonej lub uprawnionej do świadczeń. Określenie w ogłoszeniu o konkursie miejsca spełnienia świadczenia może mieć na celu jedynie ograniczenie kręgu adresatów uprawnionych do przystąpienia do konkursu do tych świadczeniodawców, którzy posiadają swoje jednostki organizacyjne odpowiedzialne za realizację danych świadczeń na wskazanym w ogłoszeniu obszarze. Wskazanie tego obszaru nie może natomiast ograniczać dostępności do świadczeń świadczeniobiorcom.

Stwierdził Sąd Apelacyjny, że postanowienia umowne ograniczające prawa osób trzecich nie są wiążące, za zasadny uznał zatem także zarzut naruszenia art. 353¹ k.c. Warunki realizacji świadczeń na rzecz pacjenta stanowią zawarcie przez świadczeniodawcę i NFZ umowy o udzielanie świadczeń oraz posiadanie przez świadczeniobiorcę ważnego skierowania od lekarza i objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym. Warunki realizacji świadczeń zostały przez powódkę spełnione, udzieliła świadczeń osobom uprawnionym, a wobec jakości wykonanych usług pozwany nie zgłaszał zastrzeżeń.

Zwrócił uwagę, że zasadniczym przedmiotem umowy z 3 stycznia 2012 r. oprócz określenia rodzaju świadczeń i zasad organizacji ich udzielania było określenie warunków finansowania tych świadczeń, w szczególności określenie limitu wynagrodzenia powódki jako świadczeniodawcy. Limit ten wynosił: w roku 2012 (3.860.886,34 zł), w roku 2013 (4.052.843,59 zł). Wystawione pierwotnie przez powódkę faktury opiewały natomiast odpowiednio na sumy: w roku 2012 (3.693.834,12 zł), w roku 2013 (3.596.345,69 zł), zaś aneks rozliczający umowę opiewał na 3.927.229,59 zł. Powódka nie wyczerpała zatem umownego limitu. W takiej zaś sytuacji nie zachodziła przeszkoda do wykonania świadczeń nie przekraczających zakresu ilościowego i wartości przewidzianych w umowie.

Uznał za słuszny zarzut naruszenia przez Sąd pierwszej instancji art. 410 § 2 k.c. i art. 411 pkt 1 k.c. w zakresie, w jakim Sąd ten stanął na stanowisku, że powódka nie mogła domagać się wynagrodzenia za prawidłowo zrealizowane świadczenia opieki zdrowotnej na rzecz uprawnionych pacjentów, niezależnie od ich miejsca zamieszkania, a zatem również co do pacjentów zamieszkujących na terenie innych powiatów niż wskazane w załączniku nr 1 do umowy. W konsekwencji przyjął, że powódka nie była zobowiązana do zwrotu środków otrzymanych tytułem wynagrodzenia (naliczonego według prawidłowych, zgodnych z umową stawek), zaś pozwany nie mógł skutecznie potrącić tych należności z wierzytelnościami przysługującymi powódce.

Wskazał, że 16 stycznia 2014 r. powódka przełała na rzecz pozwanego 914.780,17 zł wraz z odsetkami wynoszącymi 8.214,27 zł (łącznie 922.994,44 zł), z zastrzeżeniem zwrotu i w celu uniknięcia przymusu, ponieważ w przypadku niedokonania zwrotu wskazanej kwoty pozwany zagroził rozwiązaniem umowy. Broniąc się przed utratą zleceń na kolejne okresy, powódka zwróciła pozwanemu środki w wysokości nieznajdującej uzasadnienia w okolicznościach sprawy.

Powódka wiedziała, że nie jest zobowiązana do świadczenia na rzecz pozwanego i prezentowała takie stanowisko już od chwili przedstawienia jej wniosków wynikających z wystąpienia pokontrolnego, zaś zapłata została dokonana z zastrzeżeniem zwrotu. Zgodnie z art. 411 pkt 1 k.c. powódka ma więc prawo żądania zwrotu świadczenia nienależnego. Nie znalazł natomiast podstaw do zakwestionowania stanowiska Sądu Okręgowego, że udzielane przez powódkę świadczenia medyczne nie mogą być kwalifikowane jako objęte art. 19 u.ś.o.z.

Przyjął, że zwrotowi na rzecz powódki co do zasady winna zatem podlegać co najmniej kwota 1.013.062,33 zł (626.348,72 zł za rok 2012 + 386.713,61 zł za rok 2013), stanowiąca prawidłowo naliczoną wartość usług wykonanych na terenie powiatów niespornych. Doliczeniu do tego podlegałaby wartość świadczeń wykonanych na terenie powiatów [...]10 i [...]8, jednakże ustalenie tej wartości na podstawie zgromadzonego w tej sprawie materiału dowodowego nie jest możliwe, albowiem nie wiadomo, jak przedstawiały się stawki bazowe w latach 2012-2013 stosowane przez pozwanego w umowach zawartych z innymi świadczeniodawcami.

Orientacyjnie wskazał, iż wartość świadczeń w powiecie [...]8 - przy przyjęciu stawki dla sąsiedniego powiatu [...]2 - kształtowałyby się na poziomie: w roku 2012 - 764 osobodni x 28 zł = 21.392,00 zł, w roku 2013 - 5.982 osobodni x 26,88 zł = 160.796,16 zł. Zwiększyłyby to wartość zwrotu na rzecz powódki do kwoty 1.195.250,49 zł.

Ostatecznie jednak Sąd Apelacyjny doszedł do przekonania, że zwrot na rzecz powódki nie obejmuje pełnej należności dochodzonej pozwem ani nawet sumy wskazanej powyżej, albowiem częściowo uzasadniony okazał się podniesiony przez pozwanego zarzut przedawnienia.

Stwierdził, że do częściowego rozliczenia doszło na skutek złożenia przez NFZ oświadczeń o potrąceniu wierzytelności na łączną kwotę 419.763,86 zł w dniach: 12 listopada 2013 r., 19 listopada 2013 r., 18 grudnia 2013 r. oraz 31 grudnia 2013 r. Roszczenie powódki o zapłatę wskazanej sumy uległo zatem przedawnieniu po upływie trzech lat liczonych od kolejnych, wskazanych dat, najpóźniej z dniem 1 stycznia 2017 r. (art. 118 k.c.)

Nie doszło natomiast do przedawnienia kwoty 922.994,44 zł zapłaconej 16 stycznia 2014 r., z uwagi na przerwanie biegu przedawnienia wnioskiem o zawezwanie do próby ugodowej (art. 123 § 1 pkt 2 k.c.). O odsetkach Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 481 § 1 k.c. w zw. z art. 455 k.c.

W skardze kasacyjnej pozwany zaskarżył wyrok Sądu Apelacyjnego w części zasądzającej kwotę 922 994,44 zł oraz rozstrzygającej o kosztach postępowania za obie instancje wnosząc o jego uchylenie w zaskarżonej części i przekazanie sprawy w tym zakresie do ponownego rozpoznania temu Sądowi, przy uwzględnieniu kosztów postępowania kasacyjnego, ewentualnie o uchylenie wyroku w zaskarżonej części i rozstrzygnięcie sprawy co do istoty oraz zasądzenie na rzecz pozwanego kosztów postępowania za obie instancje wraz z kosztami postępowania kasacyjnego.

Zaskarżonemu wyrokowi zarzucił:

1. rażące naruszenie art. 233 § 1 k.p.c., przez pominięcie mocy dowodowej aneksu nr 18 z 14 lutego 2014 r. zawierającego w § 3 klauzulę, że kwota nim objęta wyczerpuje wszystkie roszczenia świadczeniodawcy;

2. naruszenie prawa materialnego:
 1. art. 410 § 1 i § 2 k.c. w zw. z art. 405 k.c. i w zw. z art. 411 pkt 1 k.c. przez błędną wykładnię i zastosowanie polegające na przyjęciu, że przepisy te stanowią podstawę zasądzenia na rzecz powódki świadczenia nienależnego w sumie wyliczonej i orzeczonej w skarżonym wyroku, a także, że za świadczenia zdrowotne rozliczone z obszarów nie objętych umową i bez zarejestrowanych tam komórek organizacyjnych i z obszarów objętych umową, lecz rozliczanych w zawyżonych stawkach obowiązujących w innych powiatach należy się powódce wynagrodzenie przeliczone do wysokości stawek przypisanych w umowie właściwym ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorców obszarom;
 2. § 28 ust. 1-3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. przez jego pominięcie i niezastosowanie, mimo że stanowi samodzielne źródło zobowiązania do zwrotu na rzecz Funduszu przekazanych powódce środków, w przypadku stwierdzenia przekazania świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych;
 3. § 29 ust. 1 i ust. 4 do 6 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r., przez jego pominięcie i niezastosowanie mimo, że uprawnia skarżącego do nałożenia kary umownej w razie stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy (ust. 1), a w razie bezskutecznego upływu terminu wyznaczonego do zapłaty kary, oraz wyczerpania procedury zażaleniowej, uprawnia Fundusz do potrącenia należności z tytułu kary umownej wraz z odsetkami (ust. 4-6);
1. art. 65 § 1 i § 2 w związku z art. 353¹ k.c. w związku z § 4 ust 2 umowy, polegającego na niewłaściwej wykładni i zastosowaniu przez wykładnię oświadczenia woli, a właściwie stosunku prawnego łączącego strony, dokonaną niezgodnie z przesłankami i w konsekwencji nieprawidłowe przyjęcie, że umowa wbrew prawu ograniczała możliwości realizacji, przez zakontraktowane w poszczególnych powiatach jednostki świadczeniodawcy świadczeń na rzecz uprawnionych pacjentów z różnych powiatów;

2. art. 353¹ k.c. przez nieprawidłową wykładnię i zastosowanie uznające, że umowa zawierała ograniczenia sprzeczne z bezwzględnie obowiązującymi przepisami (art. 65 pkt 1 i pkt 2 u.ś.o.z.);
3. § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo - leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych (Dz.U. z 2012 r., poz. 73, ze zm. – dalej: „ rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r.” przez błędne zastosowanie *per analogiam* w zakresie w jakim Sąd przyjął, że skoro pacjent ma prawo wyboru świadczeniodawcy, składając skierowanie lekarskie bezpośrednio do wybranego przez siebie zakładu opiekuńczego, to oznacza także, że pozbawienie lub ograniczenie takiego prawa wyboru pacjentów korzystających z domowych świadczeń opieki długoterminowej byłoby niezasadnym różnicowaniem statusu świadczeniobiorców i ograniczeniem ich uprawnień;
4. art. 65 pkt 2 u.ś.o.z. przez błędne zastosowanie w zakresie w jakim Sąd Apelacyjny przyjął, że powódka miała zawartą umowę na wszystkich wskazanych w pozwie obszarach (także na tych spornych);
5. § 21 i 43 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r., przez pominięcie i niezastosowanie konieczności uzgadniania z Funduszem kwartalnych zmian w zakresach i ilości kontraktowanych świadczeń oraz innych zmian w umowie na świadczenia opieki zdrowotnej;
6. art. 107 w zw. z art. 106 ust. 3 pkt 6 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r (Dz.U. nr 112, poz. 654 z późn.zm. – dalej: „ ustawa o działalności leczniczej”) przez ich pominięcie i niezastosowanie;
7. przez pominięcie rozporządzenia dotyczącego obowiązku rejestrowania komórek organizacyjnych na obszarach działalności podmiotów prowadzących działalność leczniczą, skutkujące przyjęciem, że nie miały znaczenia dla legalności działania świadczeniodawcy na terenach nie objętych kontraktem. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej z dnia 16 lipca 2004 r. (Dz. U. z 2004 r, nr 169, poz. 1781) w treści par 6 ust 1 pkt 6 część VIII kodu resortowego,

wpisuje się (4 znakowy kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej - 2142 - pielęgniarstwa opieka długoterminowa).

Powódka w odpowiedzi na skargę wniosła o jej oddalenie i zasądzenie kosztów postępowania kasacyjnego.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

W ramach drugiej podstawy kasacyjnej skarżący zgłosił jedynie zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c., który uchyla się od kontroli Sądu Najwyższego w postępowaniu kasacyjnym. Skarga kasacyjna jest bowiem instrumentem prawidłowości stosowania prawa przez sądy, a nie instrumentem kontroli ustaleń faktycznych przyjętych za podstawę zaskarżonego orzeczenia. Nie można zatem przenosić do postępowania kasacyjnego sporów dotyczących stanu faktycznego, gdyż jego ustalenie należy do sądów *meriti*, a Sąd Najwyższy nie ma w tym zakresie żadnych, ustrojowych ani procesowych kompetencji (zob. m.in. wyrok Sądu Najwyższego z 14 stycznia 2000 r., I CKN 1169/99, OSNC 1169/99, OSNC 2000, nr 7-8, poz. 139 oraz postanowienie Sądu Najwyższego z 18 lipca 2014 r., IV CSK 671/13, niepubl.). W konsekwencji kwestionowanie ustaleń i oceny dowodów jest w postępowaniu kasacyjnym niedopuszczalne (art. 398³ § 3 i art. 398¹³ § 2 k.p.c.).

Zarzut pominięcia przez Sąd Apelacyjny przy konstruowaniu podstawy faktycznej rozstrzygnięcia aneksu z 14 czerwca 2014 r. (nr 18), który zdaniem pozwanego powinien wpłynąć na pomniejszenie zasądzonej na rzecz powódki należności o kwotę 159 768,34 zł, skarżący mógł zgłosić w ramach zarzutu naruszenia art. 382 k.p.c., czego nie uczynił. Sąd Najwyższy w postępowaniu kasacyjnym jest przy tym związany nie tylko zakresem zaskarżenia, ale także podstawami skargi i poza uwzględnianą z urzędu nieważnością postępowania przed sądem drugiej instancji, nie może wykraczać poza te granice (art. 398¹³ § 1 k.p.c.). Nie wyprowadzenie zatem przez Sąd Apelacyjny z aneksu nr 18 - w kontekście całokształtu zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego - wniosków oczekiwanych przez skarżącego nie może być przedmiotem analizy Sądu Najwyższego w postępowaniu kasacyjnym.

Na uwzględnienie nie zasługują także zarzuty naruszenia prawa materialnego. Z wiążącej Sąd Najwyższy w postępowaniu kasacyjnym podstawy faktycznej zaskarżonego orzeczenia wynika, że strony łączyły umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostały prawidłowo wykonane na rzecz uprawnionych pacjentów, w ramach przewidzianego w umowie limitu. Przedmiotem sporu między stronami było natomiast to czy powódka mogła na podstawie skierowania lekarza przyjmować pacjentów spoza obszaru, na którym mieściły się jej jednostki organizacyjne. Sąd Apelacyjny odpowiedział na to pytanie twierdząco i stanowisko to zasługuje na podzielenie.

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 (zob. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z 25 marca 2004 r., II CK 207/03, niepubl.; z 10 grudnia 2004 r., III CK 134/04, OSP 2005, z.6, poz. 79; i z 22 maja 2014 r., IV CSK 536/13, niepubl.). Zgodnie z art. 155 u.ś.o.z do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy tej ustawy nie stanowią inaczej. Także w tych stosunkach umownych dłużnik powinien wykonać zobowiązanie zgodnie z jego treścią i w sposób odpowiadający jego celowi społeczno-gospodarczemu oraz zasadom współżycia społecznego, a jeżeli istnieją w tym zakresie ustalone zwyczaje – także w sposób odpowiadający tym zwyczajom i w taki sam sposób powinien współdziałać przy wykonywaniu zobowiązania wierzyciel (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 22 maja 2014 r., IV CSK 536/13, niepubl.).

W umowie łączącej strony, zgodnie z art. 65 § 2 k.c., należało zatem, obowiązki kontraktowe powódki wyklądać z uwzględnieniem zamiaru stron i celu umowy oraz tłumaczyć tak, jak tego wymagają zasady współżycia społecznego. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej mają zapewnić, aby pacjent uzyskał przysługujące mu świadczenia zgodnie z zasadami wynikającymi z wiedzy medycznej oraz by trafiały one do osób, które mają do tego prawo.

Szczegółowe postanowienia umowy, w tym współkształtujące jej treść normy wymienione w § 2 ust. 2 umowy, należało zatem interpretować uwzględniając nadrzędny cel, któremu miały służyć. W konsekwencji treść umowy ukształtowana

z uwzględnieniem stosowanych przez pozwanego wzorców umownych w postaci zarządzeń Prezesa NFZ czy rozporządzeń Ministra Zdrowia nie może naruszać przepisów prawa bezwzględnie obowiązujących lub innych - określonych w art. 353¹ k.c. – granic swobody kontraktowania (zob. wyroki Sądu Najwyższego z 30 marca 2012 r., III CSK 217/11; z 29 stycznia 2016 r., II CSK 91/15 oraz z 19 maja 2016 r., IV CSK 550/15).

Postanowienia umowy określające rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz świadczeń wzajemnych są – co do zasady – wiążące dla stron umowy (zob. m.in. wyrok Sądu Najwyższego z 22 maja 2014 r., IV CSK 536/13, OSNC – ZD 2015, nr C, poz. 41). Jednak ocenę zgodności z prawem i zasadami współżycia społecznego indywidualnych postanowień umowy musi poprzedzić kompleksowe ustalenie i wykładnia jej treści. Wątpliwości co do treści oświadczeń zawartych w dokumencie powinny być tłumaczone na niekorzyść jego autora, czyli w analizowanym przypadku NFZ, który zreagował umowę (zob. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z 9 października 2014 r., IV CSK 10/14, niepubl.; z 8 stycznia 2010 r., IV CSK 269/09, niepubl.; z 5 marca 2010 r., IV CSK 382/09, niepubl.; i z 15 września 2010 r., II CK 69/05, niepubl.).

Wbrew zarzutom skargi Sąd Apelacyjny nie naruszając ustalonych w orzecznictwie Sądu Najwyższego kryteriów wykładni oświadczeń woli trafnie przyjął, że umowa nie ograniczała terytorialnie możliwości realizacji przez powódkę świadczeń na rzecz pacjentów, a nawet nie mogła tego czynić z uwagi na kolizję z przepisami bezwzględnie obowiązującymi. Jej celem – wykładanym zgodnie z art. 65 u.ś.o.z. – było bowiem zapewnienie dostępu do świadczeń medycznych w danym powiecie, przy braku obowiązku pacjentów w nim zamieszkałych korzystania wyłącznie z usług zakontraktowanego w tym powiecie świadczeniodawcy oraz możliwości korzystania z takich świadczeń przez osoby mające miejsce zamieszkania na obszarze innych powiatów. Zasadą ubezpieczenia zdrowotnego jest bowiem możliwość wyboru przez ubezpieczonego świadczeniodawcy spośród tych, którzy zawarli umowę z NFZ, bez względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego.

Powódka zapewniła także punkty ambulatoryjne wymagane w załączniku nr 1 do umowy, które - czego nie uwzględnia skarżący - wobec specyfiki świadczeń

objętych umową w postaci opieki pielęgniarskiej realizowanej na rzecz pacjenta w miejscu jego pobytu, były w istocie punktami koordynacyjnymi w których uprawniony do świadczeń pacjent mógł zgłosić potrzebę ich udzielenia. Obowiązek utrzymywania przez powódkę punktów ambulatoryjnych w miejscach określonych dokumentacją umowną, nie może być zatem identyfikowany z ograniczeniem zakresu terytorialnego udzielanych przez powódkę świadczeń. Zgodzić należy się także ze stanowiskiem Sądu Apelacyjnego, że ani umowa, ani dokumentacja kontraktowa nie ograniczały zakresu terytorialnego realizowanych przez powódkę świadczeń, a wskazanie powiatów miało charakter organizacyjny i służyło zarejestrowaniu i utrzymywaniu przez powódkę punktów ambulatoryjnych.

Realizacja świadczenia w miejscu zamieszkania pacjenta spoza powiatu, w którym powódka miała zarejestrowane placówki ambulatoryjne nie stanowi zmiany miejsca realizacji świadczenia wymagającego zgody pozwanego i nie uzasadnia zarzutu nienależytego wykonania umowy poprzez zmianę miejsca realizacji świadczenia bez zmiany warunków umowy. Prezentując stanowisko przeciwne skarżący usiłuje ingerować w prawo pacjenta do wyboru świadczeniodawcy i pomija, że powódka udzielała świadczeń w ramach limitów. Nie uwzględnia także, że prawo wolnego wyboru świadczeniodawcy w istocie sprzyja konkurencji między świadczeniodawcami, wysoka jakość usług powinna mieć bowiem co do zasady wpływ na liczbę ubezpieczonych korzystających z usług danego świadczeniodawcy. Teza, że pacjenci powinni oczekiwać w kolejce medycznej celem skorzystania z usług świadczeniodawcy funkcjonującego na terenie danego powiatu, w sytuacji, gdy mieli prawo do wyboru świadczeniodawcy, bez względu na swoje miejsce zamieszkania, który udzielał świadczeń w ramach przewidzianych w umowie limitów, jako oczywiście sprzeczny z art. 65 ust. 2 u.ś.o.z. nie wspiera stanowiska skarżącej. Zarzut naruszenia § 21 i § 43 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. nie zasługuje zatem na uwzględnienie.

Prezentując stanowisko przeciwne skarżący konsekwentnie nie uwzględnia, że pacjent miał prawo wyboru podmiotu, który świadczył usługi, o ile tylko posiadał on kontrakt z NFZ, a pacjent spełniał warunki do uzyskania świadczenia, które mieściło się w limitach przewidzianych umową. Pozwany nie ma natomiast prawa do limitowania praw pacjenta do wybranych przez siebie placówek kontraktowych,

a korzystanie przez pacjenta ze swoich praw nie może uznawać za nieprawidłową praktykę świadczeniodawcy. Nie może także dokonywać wyboru za pacjenta przewlekle chorego przebywającego w domu uprawnionego do długoterminowej opieki pielęgniarstwa twierdząc, że najlepszym dla niego rozwiązaniem jest wybór świadczeniodawcy spośród zakontraktowanych na danym terenie. Zasada wyboru świadczeniodawcy, który zawarł umowę z Funduszem oraz dostępu do świadczeń na równych zasadach dla każdego z pacjentów jest jedną z nadrzędnych zasad organizacji służby zdrowia (art. 65 u.ś.o.z.). Wykładnia umowy proponowana przez pozwanego jest z tą zasadą sprzeczna i nie dostarcza argumentów, dla których pacjenci objęci opieką długoterminową w miejscu zamieszkania mieliby być potraktowani w sposób sprzeczny z art. 65 ust. 2 u.ś.o.z.

Bezzasadny jest także zarzut naruszenia § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 25 czerwca 2012 r. Okoliczność, iż w rozporządzeniu tym wskazano, że świadczeniobiorca składa skierowanie bezpośrednio do wybranego przez siebie zakładu opiekuńczego, w żadnym wypadku nie oznacza, że wyboru takiego jest pozbawiony pacjent korzystający z domowych świadczeń opieki długoterminowej. Skarżący nie wskazuje żadnej podstawy prawnej uzasadniającej jego stanowisko, że w przypadku takich pacjentów art. 65 u.ś.o.z. nie znajduje zastosowania ograniczając się do analizy aktów podrzędnych w stosunku do ustawy.

Teza skarżącego, że przyjęta przez Sąd Apelacyjny interpretacja umowy łączącej strony oraz art. 65 ust. 2 u.ś.o.z. prowadzi do akceptacji realizowania świadczeń w sposób nienależyty, jest sprzeczne z podstawą faktyczną rozstrzygnięcia. Wynika z niej, że wszystkie świadczenia realizowane przez powódkę zostały wykonane prawidłowo, a pozwany nie miał żadnych zastrzeżeń do ich jakości.

Cele związane z rozpoznawaniem potrzeb świadczeniobiorców na danym obszarze na określony rodzaj usług zdrowotnych, zapobieganie zawyżaniu przez świadczeniodawców stawek za świadczenie usług na rzecz pacjentów nie mających miejsca zamieszkania na terenie danego powiatu a także zapewnienia odpowiedniej jakości i konkurencyjności świadczeń realizowanych przez świadczeniobiorców, skarżący musi realizować przy użyciu dostępnego mu instrumentarium, bez naruszania art. 65 ust. 2 u.ś.o.z.

Inaczej rzecz ujmując w razie kolizji między formalizmem i organizacją procesu udzielania świadczeń zdrowotnych związanych z wydatkowaniem środków publicznych, a prawami pacjenta, prymat należy przyznać prawom i dobru pacjenta, które powinno być przesłanką nadrzędną przy wykładni i realizacji tego typu umów.

Skarżący nie może również stosować tworzonych przez siebie wzorców umownych czy też rozporządzeń Ministra Zdrowia stanowiących akt podrzędny wobec ustawy w sposób sprzeczny z nadrzędnymi zasadami sformułowanymi w art. 65 u.ś.o.z.

Nie jest także jasne stanowisko skarżącego w zakresie niemożności realizacji umowy zgodnie z planem rzeczowo – finansowym dla danego świadczenia. Punktem wyjścia powinna być bowiem zgodność umowy z nadrzędnymi zasadami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz realizacja umowy w ramach przyznanych świadczeniodawcy limitów, które co pomija skarżący w analizowanym przypadku nie zostały przekroczone.

Nie można nie dostrzec, że stanowisko skarżącego – preferującego w procesie wykładni akty niższego rzędu w stosunku do ustawy – jest także sprzeczne ze stanowiskiem Ministra Zdrowia prezentowanym w piśmie kierowanym do powódki z dnia 10 września 2013 r. (k. 61). Stwierdzono w nim jednoznacznie, że tego rodzaju pogląd prowadzi do naruszenia elementarnej hierarchii aktów prawnych, a „terytorialne” ograniczenia wprowadzane na mocy zapisu do protokołu końcowego negocjacji w postępowaniach konkursowych nie mogą wyłączać stosowania zasad ustawowych.

Teza, że Sąd Apelacyjny przyjął, iż obowiązkiem pozwanego w ramach łączącej strony umowy jest zapewnienie efektywnej opieki zdrowotnej wszystkim zgłaszającym się do powódki pacjentom uprawnionym do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, jest oparta na nieporozumieniu. Sąd przyjmując, że powódka miała prawo i obowiązek udzielania świadczeń na rzecz zgłaszających się do niej pacjentów spoza powiatów, wyraźnie bowiem zastrzegł, że uprawnienie to może być przez powódkę realizowane tylko w ramach przysługujących jej w umowie limitów.

Z podstawy faktycznej rozstrzygnięcia wynika przy tym, że w sprawie nie było sporu, że świadczenia te były realizowane w ramach niewykorzystanego limitu

środków na ich realizację, a przedmiotem sporu było wyłącznie limitowanie terytorialne możliwości wyboru świadczeniodawcy przez uprawnionego pacjenta.

W konsekwencji Sąd Apelacyjny prawidłowo uznał, że wynik wykładni umowy proponowany przez skarżącego naruszałby zasadę swobody umów przez sprzeczność z ustawą (art. 65 ust. 2 u.ś.o.z.) i pozbawienie pacjenta prawa do wyboru świadczeniodawcy. Nie ma podstaw do przyjęcia, że pacjent pozbawiony jest prawa wyboru, gdy świadczenie dotyczy długoterminowej opieki domowej. Zarzuty naruszenia art. 65 k.c. oraz art. 353¹ k.c. a także art. 65 pkt 2 u.ś.o.z. nie zasługiwały zatem na uwzględnienie.

W konsekwencji zrealizowanie przez powódkę świadczeń na rzecz uprawnionych pacjentów w ramach przewidzianego w umowie limitu, nie może być traktowane jako nienależyte wykonanie umowy uzasadniające żądanie zwrotu wypłaconego świadczenia jako nienależnego.

Nieprzekonująca jest także argumentacja skarżącego nakierowana na kwestionowanie wysokości zasądzzonego świadczenia.

Po pierwsze nie uwzględnia ona, że ocena przez Sąd Najwyższy zarzutów naruszenia prawa materialnego musi się odbywać w ramach wiążącej Sąd Najwyższy w postępowaniu kasacyjnym podstawy faktycznej zaskarżonego rozstrzygnięcia, która nie potwierdza nieprawidłowości wskazywanych przez skarżącego w ramach zasądzonej przez Sąd Apelacyjny kwoty. Skarżący nie zgłosił natomiast w tym zakresie żadnych zarzutów naruszenia prawa procesowego, prezentując swoje wyliczenia na bazie proponowanej przez siebie oceny dowodów, przy założeniu, że strony dokonały rozliczeń w aneksie nr 18, a powódka nie mogła świadczyć usług na obszarach spornych. Kwestionowanie dokonanej przez Sąd drugiej instancji oceny dowodów jest niedopuszczalne także wtedy, gdy następuje pod pozorem naruszenia prawa materialnego.

Po wtóre skarżący prezentując swoje rozumienie motywów zaskarżonego rozstrzygnięcia nie bierze pod uwagę, że Sąd Apelacyjny oddalił powództwo ponad kwotę 922 994,44 zł, z uwagi na uwzględnienie zgłoszonego przez niego zarzutu przedawnienia. W konsekwencji oddaleniu podlegały dochodzone pozwem kwoty potrącone przez skarżącego (k. 735 – 736). Zarzuty naruszenia art. 410 § 1 i § 2 k.c.

w zw. z art. 411 pkt 1 k.c. są zatem bezzasadne. Zarzut naruszenia art. 405 k.c. nie zasługiwał natomiast na uwzględnienie, przepis ten nie znajduje bowiem zastosowania do rozliczeń stron (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 25 lutego 2015 r., IV CSK 343/14, niepubl.).

Wymienione w § 28 o.w.u. określenie „ nienależnych środków finansowych” nie zostało zdefiniowane ani w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych, ani w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. Należy je zatem rozumieć jako świadczenie nienależne w rozumieniu kodeksu cywilnego, wymagające wystąpienia przesunięcia majątkowego bez podstawy prawnej (art. 410 § 2 k.c. w zw. z art. 155 ust. 1 u.ś.o.z.). W orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmuje się, że świadczenie, o którym mowa w § 28 o.w.u. należy traktować jako odpowiadające kondycji *indebiti*, które nie może być identyfikowane z odszkodowaniem umownym. Uznaje się, że stanowi ono samodzielne źródło zobowiązania, skoro nie powinno się konstruować roszczeń w reżimie bezpodstawnego wzbogacenia wewnątrz stosunków zobowiązaniowych (zob. wyroki Sądu Najwyższego z 25 lutego 2015 r., IV CSK 343/14 i z 30 marca 2012 r., III CSK 217/11). Skoro w sprawie nie wykazano, by pozwany – w zakresie zasądzonym przez Sąd Apelacyjny - przekazał powódce nienależne środki finansowe, nie zasługiwał także na uwzględnienie zarzut naruszenia § 28 ust. 1-3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r.

Bezzasadny jest także zarzut naruszenia § 29 ust. 1 i ust. 4 -6 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r.

Sąd Apelacyjny nie negował uprawnienia pozwanego do naliczenia kary umownej w razie stwierdzenia w czasie kontroli niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy (zawyżenie stawek, przekazywanie niepełnych danych sprawozdawczych, nie przedstawienie w sprawozdawczości okresowych zastępstw za pielęgniarki stale opiekujące się pacjentem), (zob. wyroki Sądu Najwyższego z 6 grudnia 2012 r., IV CSK 159/12, niepubl. i z 25 lutego 2015 r., IV CSK 343/14, niepubl.). Stwierdził jedynie, że nie jest nienależytym wykonaniem umowy z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy udzielanie świadczeń na rzecz osób mających miejsce zamieszkania na obszarze innych powiatów, które to stanowisko z przyczyn wyżej przytoczonych zasługuje na

podzielenie.

Ponadto, stawiając zarzut naruszenia § 29 ust. 1 i ust. 4-6 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. skarżący nie uwzględnia, że naliczona przez niego kara umowna w kwocie 26 604, 65 zł została przez niego potrącona z wzajemnymi wierzytelnościami powódki, co oznacza, że żądanie zasądzenia kwoty dochodzonej przez powódkę z tego tytułu zostało oddalone, jako objęte - skutecznie w tej części zgłoszonym - zarzutem przedawnienia (strona 17 uzasadnienia Sądu Apelacyjnego).

Zarzuty naruszenia art. 107 w zw. z art. 106 ust. 3 pkt 6 ustawy o działalności leczniczej oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej są bezzasadne. W stanie faktycznym sprawy brak jakichkolwiek podstaw do stwierdzenia, że powódka nie spełniła wymogów formalnych spoczywających na podmiocie prowadzącym działalność leczniczą. Okoliczność, że powódka nie miała punktów ambulatoryjnych na terenach powiatu [...]10 (do 1 lipca 2012 r.) oraz powiatu [...]8 – z przyczyn wyżej podniesionych – nie ograniczał praw pacjentów zamieszkałych na terenie tych powiatów w zakresie przysługującego im prawa wyboru powódki jako świadczeniodawcy.

Z przytoczonych względów na podstawie art. 398¹⁴ k.p.c. Sąd Najwyższy orzekł, jak w sentencji, a o kosztach postępowania kasacyjnego na podstawie art. 98 § 1 i 3, art. 98 § 1¹ k.p.c., art. 99 w zw. z art. 391 § 1 w zw. z art. 398²¹ k.p.c., a także § 2 pkt 7 i § 10 ust. 4 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za radców prawnych (Dz.U. z 2018 r., poz. 265).

[SOP]

[ms]