



WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 listopada 2023 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Dariusz Zawistowski (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Monika Koba

SSN Karol Weitz

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym 17 listopada 2023 r. w Warszawie
skargi kasacyjnej Narodowego Funduszu Zdrowia – D. Oddziału Wojewódzkiego w
W.

od wyroku Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu

z 27 lutego 2020 r., I ACa 167/20,

w sprawach z powództwa Wojewódzkiego Centrum Szpitalnego w J.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia – D. Oddziałowi Wojewódzkiemu w
W.

o zapłatę,

**oddala skargę kasacyjną i zasądza od pozwanego na rzecz
powoda kwotę 10 800 zł (dziesięć tysięcy osiemset) tytułem zwrotu
kosztów postępowania kasacyjnego, wraz z odsetkami
ustawowymi w przypadku opóźnienia, rozpoczynającego bieg po
upływie tygodnia od dnia doręczenia postanowienia
w przedmiocie kosztów postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 8 listopada 2019 r. Sąd Okręgowy we Wrocławiu zasądził od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia – D. Oddziału Wojewódzkiego w W. na rzecz powoda Wojewódzkiego Centrum Szpitalnego w J. kwoty 1 368 809, 39 zł i 203 131, 82 zł wraz z ustawowymi odsetkami, a dalej idące powództwo oddalił.

Sąd Okręgowy ustalił, że powód i jego poprzednicy prawni zawarli z pozwanym szereg umów, których przedmiotem było udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ustalonym w tych umowach. Do umów strony zawierały aneksy, ugody i postanowienia, w których powód i jego poprzednik prawni składał oświadczenia, że kwota zobowiązania pozwanego wobec świadczeniodawcy wyczerpywała wszystkie jego roszczenia wynikające z zawartych umów. Strony przyjmowały, że przyznane świadczenia będą stanowiły ostateczne kwoty należności z tytułu udzielonych świadczeń. Świadczeniodawca zrzekał się dochodzenia roszczeń wynikających z poszczególnych porozumień, zarówno istniejących, jak i mogących powstać w przyszłości.

Strona pozwana nie sfinansowała świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego udzielonych przez powoda i jego poprzedników prawnych ponad limity wyznaczone umowami na 2011 r. Powód kilkakrotnie zwracał się o zapłatę za świadczenia udzielone ponad limit umowy. W dniu 18 kwietnia 2012 r. złożył oświadczenie o uchyleniu się od skutków prawnych oświadczenia woli zawartego we wskazanych przez powoda ugodach, że zapłata przez pozwanego wyczerpuje wszelkie roszczenia świadczeniodawcy, który zrzeka się istniejących i mogących powstać w przyszłości roszczeń. Powód, niezależnie od sprawozdań w formie elektronicznej i faktur wystawianych na podstawie rachunków wygenerowanych w systemie informatycznym pozwanego, wystawiał i przysyłał pozwanemu samodzielnie wystawione faktury, które nie zostały rozliczone i uwzględnione w systemie z uwagi na przekroczenie limitu. Pozwany odsyłał powodowi faktury dotyczące świadczeń ponadlimitowych. W sytuacji, gdy limity umowne zostały wyczerpane powód zwracał się do pozwanego o zwiększenie limitu środków na leczenie konkretnych pacjentów. W przypadkach, gdy pozwany dysponował wolną kwotą w planie finansowym proponował powodowi zawarcie aneksu do poszczególnych umów,

podwyższających kwoty zobowiązań pozwanego. Nie było możliwości negocjowania tej kwoty. Dokumenty były redagowane przez pozwanego według powtarzalnego schematu. Niejednokrotnie widniały już na nich podpisy organu reprezentującego pozwanego. Powód mógł zawrzeć aneks, ugodę lub porozumienie jedynie o treści proponowanej przez pozwanego, bez możliwości wprowadzenia zmian. W przypadku odmowy podpisania takich dokumentów powód nie uzyskałby dodatkowych środków na finansowanie świadczeń ponad limity ustalone w pierwotnych umowach.

Wszystkie świadczenia będące przedmiotem postępowania zostały udzielone pacjentom z chorobami nowotworowymi. Świadczenia te były udzielane w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia pacjentów albo w sytuacjach, w których brak natychmiastowego udzielenia świadczenia spowodowałby nieodwracalne negatywne skutki dla życia i zdrowia pacjenta.

Sąd pierwszej instancji uznał powództwo za zasadne w przeważającej części. Wskazał, że pomiędzy stronami nie było w istocie sporu co do zawarcia umów o świadczenia opieki zdrowotnej w zakresach leczenia szpitalne, leczenie szpitalne - chemioterapia i terapeutyczne programy zdrowotne oraz wypłacenia przez pozwanego wynagrodzenia za świadczenia medyczne udzielone na podstawie tych umów, do wysokości maksymalnych kwot zobowiązania pozwanego. Pozwany nie kwestionował również samego faktu udzielenia przez powoda i jego poprzedników prawnych świadczeń opieki zdrowotnej wskazanych przez powoda, a w istocie także wartości tych świadczeń, oraz tego, że udzielone świadczenia przekraczały limity ustalone w umowach zawartych pomiędzy stronami.

Sąd Okręgowy stwierdził, że powód może dochodzić zapłaty za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone ponad limity obowiązujące w umowach zawartych z pozwanym Narodowym Funduszem Zdrowia, pod warunkiem, że świadczeń tych udzielił w okolicznościach wypełniających hipotezę art. 15 ustawy o działalności leczniczej, art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Sąd pierwszej instancji ocenił, że wyniki przeprowadzonego w sprawie postępowania dowodowego pozwalały na ustalenie,

że świadczenia, za które powód dochodził wynagrodzenia, stanowiły świadczenia ratujące życie i zdrowie, udzielone w warunkach przymusu ustawowego.

Sąd Okręgowy uznał także, że rozliczenie wartości udzielonych przez powoda świadczeń ponadlimitowych może nastąpić odpowiednio na podstawie stawek przewidzianych dla świadczeń wykonywanych na podstawie zawartych z pozwanym umów. Za nieuzasadniony uznał zarzut pozwanego dotyczący „zrzeczenia się” spornych roszczeń przez powoda, a tym samym wygaśnięcia zobowiązania, wskazując, że nie było to zrzeczenie się długu a ponadto sposób zawierania aneksów i umów oraz warunki, w których je zawierano są sprzeczne z zasadami współżycia społecznego, a zatem nieważne. Sąd pierwszej instancji wskazał także, że strona powodowa uchyliła się od skutków prawnych tych oświadczeń woli. Odnośnie kwestii oznaczania świadczeń w ramach ich raportowania do NFZ, Sąd Okręgowy wskazał, że doszło jedynie do naruszenia zarządzenia Prezesa NFZ. Nie zostały natomiast naruszone przepisy rangi ustawy. Ponadto istnieje możliwość pełnej weryfikacji świadczeń udzielonych konkretnym pacjentom.

Wyrokiem z dnia 27 lutego 2020 r. Sąd Apelacyjny we Wrocławiu zmienił wyrok Sądu pierwszej instancji wyłącznie w zakresie kosztów postępowania. Oddalił apelację w zakresie obu połączonych spraw (o zasądzenie kwoty 203 131,82 zł oraz o zasądzenie kwoty 1 368 773,42 zł).

Sądu Apelacyjnego podzielił ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji. Podkreślił, że Sąd pierwszej instancji przeprowadził dowód z opinii biegłego i dokonał jego prawidłowej oceny. Biegły poddał analizie każdy z przypadków medycznych zgłoszonych przez powoda i stwierdził, że zachodziły w nich bezwzględne wskazania do natychmiastowego udzielenia pomocy z uwagi na stan zagrożenia dla życia i zdrowia pacjentów. Oceniał, że Sąd Okręgowy zasadnie oddalił żądanie pozwanego o wyłączenie biegłego. Sąd Apelacyjny uznał, że brak jest podstaw, aby zakwestionować opinię biegłego ze względu na zarzucaną przez pozwanego niechęć biegłego do strony pozwanej.

Sąd Apelacyjny stwierdził, że w przypadku wyczerpania limitów świadczeń objętych umowami, konieczność udzielenia świadczeń zdrowotnych ratujących życie i zdrowie pacjentów nakazuje ich sfinansowanie ze środków Narodowego Funduszu

Zdrowia. Oceniając zgromadzony materiał dowodowy podzielił ocenę Sądu pierwszej instancji, że zawarte przez strony aneksy, ugody i porozumienia, o ile zawierały klauzule dotyczące różnych form rezygnacji z dalszych form finansowania, nie wywarły skutków prawnych jako sprzeczne w tym zakresie z zasadami współżycia społecznego, w kontekście przyjętych zarówno przez Konstytucję jak i art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, zasad finansowania publicznej służby zdrowia. W okolicznościach rozpoznawanej sprawy, dotyczącej szeroko rozumianych świadczeń onkologicznych, nie można przyjąć, że zrealizowane przez podmiot publiczny świadczenia o charakterze ratującym życie i zdrowie mogą pozostać bez finansowania. Rozwiązanie takie zakładałoby, że w sytuacji ścisłej realizacji kontraktu pozostałyby poza sferą finansowania świadczenia udzielone w ramach tzw. przymusu ustawowego. Dlatego też w ocenie Sądu Apelacyjnego bezskuteczne jest zrzeczenia się przez świadczeniodawcę usług medycznych wynagrodzenia za udzielone świadczenia. Udzielanie takich świadczeń, przez zobowiązany do nich podmiot na mocy określonych przez Sąd pierwszej instancji regulacji prawnych, a następnie podpisanie aneksu (ugody) zawierającego klauzulę zrzeczenia się takiego wynagrodzenia, zakładałoby braku ich rozliczenia. Byłby to mechanizm, który musiałby prowadzić do likwidacji kolejnych jednostek publicznej służby zdrowia lub do ich zadłużenia, a ostatecznie do niemożności spełniania swojej ustawowej funkcji.

Sąd Apelacyjny wskazał, że wynikający z ustawy obowiązek udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia, po jego ustanowieniu, został włączony do stosunku prawnego łączącego Narodowy Fundusz Zdrowia ze świadczeniodawcami, którzy zawarli z nim umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej o określonej charakterystyce (art. 56 i 354 k.c.) i stał się obowiązkiem umownym finansowanym ze środków publicznych. W rezultacie, umowne reguły spełnienia na rzecz beneficjenta systemu świadczenia opieki zdrowotnej nie odnoszą się wyłącznie do sfery wykonania usługi zdrowotnej przez świadczeniodawcę, ale także do jej rozliczenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia, ponieważ tak jak obowiązek udzielania takiego świadczenia wyprzedza obowiązek udzielenia innych świadczeń zdrowotnych, tak obowiązek zapłaty za nie

wynagrodzenia wyprzedza ograniczenia finansowe wynikające z umowy. Oświadczenia woli należy tak tłumaczyć, jak tego wymagają ze względu na okoliczności, w których złożone zostało, zasady współżycia społecznego oraz ustalone zwyczaje, a w umowach należy raczej badać, jaki był zgodny zamiar stron i cel umowy, aniżeli opierać się na jej dosłownym brzmieniu.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego Sąd pierwszej instancji prawidłowo ocenił zebrany materiał dowodowy interpretując zawierane umowy i ich uzupełnienia oraz przyjmując, że strona pozwana naruszyła zasady współżycia społecznego przy zawieraniu ugód i aneksów. Z zeznań świadków wynikało, że w aneksach i ugodach zawierano klauzule o zrzeczeniu się dalszych roszczeń, ponieważ „w ten sposób chcieli się ustrzec przed dalszymi niespodziewanym roszczeniami”, a jednocześnie pozwany zdawał sobie sprawę, że powód posiada nierozliczone świadczenia z zakresu chemioterapii. Decydujące znaczenia co do kwestii finansowania świadczeń miał bowiem plan finansowy i dyscyplina budżetowa, a nie rodzaj udzielanych świadczeń, w tym ratujących życie i zdrowie. Świadkowie opisali procedurę zarówno zawierania umowy podstawowej jak i aneksów do niej, zwiększających limit kontraktu oraz ugód, które miały na celu pokrycie tzw. nadwykonań. Jak wynika z ich zeznań już na etapie podpisywania umów dochodziło do różnic pomiędzy zapotrzebowaniem a ofertą świadczeniodawcy. Natomiast zawieranie ugód było inicjowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, powód otrzymywał telefon z delegatury pozwanego w J., aneks był już przygotowany i podpisany przez pozwanego, a ugodę można było podpisać lub nie. Powód w takiej sytuacji, godził się na przedstawiane mu propozycje. Dyrektor powoda wyjaśnił, że nie zrzekł się świadczeń należnych za nadwykonania ratujące życie i zdrowie, a w każdym razie nie było to jego zamiarem i tak tego nie traktował.

Sąd Apelacyjny uznał, że Sąd pierwszej instancji prawidłowo ocenił zarówno wolę stron przy zawieraniu umów, aneksów i ugód (pozwany dążył do zabezpieczenia swojego planu finansowego, a powód do uzyskania jakichkolwiek środków w celu prowadzenia dalszej działalności leczniczej), jak i kontekst ich zawierania. To pozwany dyktował warunki umów a następnie aneksów i ugód, mając pełną świadomość, że oferowany przez niego zakres finansowania świadczeń zdrowotnych już na etapie zawierania umowy zasadniczej nie jest wystarczający.

Także fakt, że do zawierania aneksów i ugód doszło kilkanaście razy dowodzi, że Narodowy Fundusz Zdrowia próbował tą metodą zaspokoić, choć w części, koszty ponoszone przez podmiot świadczący usługi medyczne a jednocześnie chciał się zabezpieczyć przed roszczeniami powoda. Ponadto sam pozwany zrzeczenia się roszczeń z tytułu udzielonych świadczeń medycznych nie traktował jako ostatecznego, skoro dochodziło do zawierania dalszych ugód za kolejne okresy lub rodzaje świadczeń.

Sąd drugiej instancji wskazał, że świadczeniodawca związany z Narodowym Funduszem Zdrowia umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które ze względu na ich charakterystykę wymagają podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia, spełnia te świadczenia na rzecz beneficjentów systemu opieki zdrowotnej jako świadczenia im należne, w związku z łączącą go z Narodowym Funduszem Zdrowia umową, nawet wówczas, gdyby działał już po wyczerpaniu oznaczonej w umowie liczby świadczeń, które na rzecz beneficjentów systemu miał spełnić w okresie rozliczeniowym. Do takiego wniosku prowadzi uwzględnienie także treści art. 56 i 354 k.c. (społeczno-gospodarczego celu nawiązania stosunku prawnego między Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcą, oraz gwarancji, jakie z tego stosunku prawnego mają wynikać dla beneficjentów systemu opieki zdrowotnej w świetle Konstytucji i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych). Ustalenie ustawowego obowiązku spełniania na rzecz beneficjentów systemu świadczeń ratujących życie lub zdrowie w sytuacjach nagłych w orzecznictwie zostało nawet użyte w charakterze argumentu przemawiającego za nieważnością umownego zastrzeżenia limitu świadczeń tego rodzaju możliwych do wykonania przez konkretnego świadczeniodawcę, chyba że strony umowy określiły niezbędne przedsięwzięcia organizacyjne, zapewniające udzielenie tych świadczeń potrzebującym.

Odnosząc się zatem do zarzutu pozwanego, że powód nie wskazał kiedy przekroczono ustalony umową limit i w tym kontekście nie wykazał czy wszystkie wykazane przez niego świadczenia miały charakter świadczeń ponadlimitowych, Sąd drugiej instancji wskazał, iż sposób rozliczania usług świadczonych przez powoda następował co miesiąc, ponieważ suma kontraktu była dzielona na 12 części.

Rozliczenie danego pacjenta w określonym miesiącu i zaliczenie go do finansowania w ramach limitu nie oznaczało, że w późniejszym okresie nie zostanie uznany za podmiot niesfinansowany i będzie stanowił tzw. nadwykonanie (świadczenie ponadlimitowe). Niewątpliwie zatem trudno wskazać kiedy skończył się limit i które z świadczeń były realizowane w warunkach ratowania życia i zdrowia poza limitem. Co do zasady świadczenia ratujące życie i zdrowie najpierw winny być udzielane w ramach limitu umownego, a dopiero po jego wyczerpaniu w ramach tzw. przymusu ustawowego (stanowiąc nadwykonania). Sposób rozliczania świadczeń medycznych jest ustalany przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zarządzeniach Prezesa Funduszu, a zatem powód nie może być obciążony niedoskonałościami tego systemu. Ponadto powód przedstawił zestawienie dotyczące wykonywania świadczeń ratujących życie i zdrowie ponad limit umowy, a pozwany w piśmie datowanym na dzień 10 lipca 2014 r. wprowadził to zestawienie zakwestionował, ale nie wskazał konkretnych zarzutów.

Zdaniem Sądu drugiej instancji brak było podstaw do podzielenia stanowiska apelującego co do kwestii braku wykazania przekroczenia limitów z powołanie się na uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 19 marca 2019 r., III CZP 80/18. Ta uchwała dotyczyła bowiem sposobu ustalania wynagrodzenia za udzielone świadczenia ponadlimitowe wykonywane w stanie nagłym. Sąd Najwyższy uznał w niej, że „do ustalania wysokości wynagrodzenia należnego świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej za świadczenie ponadlimitowe wykonane w stanie nagłym, nie ma zastosowania art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W takim wypadku wynagrodzenie ustala się w wysokości świadczenia uzyskiwanego na podstawie umowy”. W rozpoznawanej sprawie było bezsporne, że świadczenia objęte pozwem rozliczono według zasad i wartości wynikających z umowy. Ma to w sprawie marginalne znaczenie, gdyż w apelacji nie podniesiono zarzutów dotyczących kwestii prawidłowości rozliczenia świadczeń ponadlimitowych.

Ostatecznie zatem rozstrzygnięcie Sądu pierwszej instancji, o ile dotyczy żądania, głównego było prawidłowe Sąd drugiej instancji apelację oddalił.

W skardze kasacyjnej od wyroku Sądu Apelacyjnego pozwany zarzucił naruszenie prawa materialnego, art. 65 § 1 i 2 k.c., art. 5 k.c., art. 5 w zw. z art. 56, art. 65 § 2 i art. 354 k.c., art. 353¹ w zw. z art. 917 k.c., art. 508 k.c., art. 354 w zw. z art. 56 k.c., a także naruszenie art. 224 § 1 k.p.c. Skarżący wniósł o uchylenie w całości zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi drugiej instancji do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Podstawa kasacyjna obejmująca naruszenie przepisów postępowania była nieuzasadniona. W jej ramach skarżący zarzucił wyłącznie naruszenie art. 224 § 1 k.p.c., wiążąc ten zarzut z wadliwym przeprowadzeniem postępowania dowodowego i pominięciem „poczynienia ustaleń co do daty przekroczenia limitu przez powoda w umowach”. Artykuł 224 § 1 k.p.c. jest przepisem regulującym zamknięcie rozprawy przed sądem pierwszej instancji. Zarzuty skargi kasacyjnej mogą być zaś formułowane jedynie w kontekście naruszenia przepisów postępowania przez Sąd drugiej instancji, które zawierają między innymi odrębną regulację dotyczącą prowadzenia postępowania dowodowego w postępowaniu apelacyjnym. Dlatego też zarzut naruszenia jedynie art. 224 § 1 k.p.c., nie mógł stanowić uzasadnionej podstawy kasacyjnej do stwierdzenia naruszenia przepisów postępowania przez Sąd Apelacyjny.

Nieuzasadnione były również zawarte w skardze kasacyjnej zarzuty naruszenia prawa materialnego. Brak jest podstaw do przypisania Sądowi Apelacyjnemu dokonania błędnej wykładni oświadczeń woli stron zawartych w ugodach, aneksach i porozumieniach przez uznanie, że nie stanowiły one zrzeczenia się roszczeń. Przeczy temu wyraźnie uzasadnienie zaskarżonego wyroku, w którym Sąd drugiej instancji odwołał się do reguł wykładni oświadczeń woli i wyraźnie podkreślił, że dokonał oceny klauzul umownych o „zrzeczeniu się dalszych roszczeń”. Oceniając skutki tych postanowień podkreślił między innymi, że „pozwana zrzeczenia się roszczeń z tytułu udzielonych świadczeń medycznych nie traktowała jako ostatecznych” i stwierdził, że „w ocenie sądu Apelacyjnego bezskuteczne jest zrzeczenie się przez świadczeniodawcę usług medycznych wynagrodzenia za udzielone świadczenia”. Powyższe stwierdzenia, niezależnie od ich jednoznacznego

brzemienia, a także rozważania dotyczące oceny skutków oświadczeń woli składanych przez powoda, byłoby zupełnie bezprzedmiotowe w przypadku, gdyby Sąd Apelacyjny rzeczywiście przyjął, że powód nie składał oświadczeń o zrzeczeniu się roszczeń, co zarzucił skarżący.

Stanowisku skarżącego przeczy jednocześnie zawarty w skardze kasacyjnej zarzut, że zrzeczenie się przez pozwanego części roszczeń o zapłatę wynagrodzenia za świadczenia opieki zdrowotnej zostało błędnie uznane za naruszające zasady współżycia społecznego (zarzut naruszenia art. 5 k.c.). Zarzucając naruszenie art. 5 k.c. w zw. z art. 56, art. 65 § 2 i art. 354 k.c. skarżący bezpodstawnie stwierdził, że Sąd Apelacyjny przyjął iż wynikający z ustawy obowiązek udzielania świadczeń opieki zdrowotnej ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia i wynikający z niego obowiązek umowny dotyczący ich sfinansowania ze środków publicznych wyłącza dopuszczalność zrzeczenia się roszczeń przez powoda. W istocie Sąd Apelacyjny nie wyraził takiego stanowiska. Przeczy temu przedstawienie przez Sąd drugiej instancji poglądu o konieczności dokonania pogłębionej argumentacji oceniającej zawarte przez strony aneksy i ugody z uwagi na wyrażony już w orzecznictwie pogląd „o niemożności dochodzenia dalszych roszczeń z tytułu wykonanych świadczeń ponadlimitowych, o ile świadczeniodawca się ich zrzekł, zamykając swoje oświadczenie w różnych wyżej wskazanych formułach”. Gdyby istotnie Sąd Apelacyjny przyjął stanowisko przypisywane mu przez skarżącego, bezprzedmiotowe byłoby także dokonywanie oceny treści aneksów, ugód i porozumień zawieranych przez strony oraz okoliczności ich zawarcia w kontekście oceny skutków prawnych oświadczeń woli złożonych przez powoda, której to oceny dokonały sądy obu instancji.

Sąd Apelacyjny stwierdził zasadnie, że świadczenia zdrowotne udzielone przez powoda w przypadkach, gdy występowało zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjentów, także w sytuacji ich wykonania ponad limit określony w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia, powinny być sfinansowane ze środków publicznych, o ile powód nie zrzekł się tych kwot, co zarzucał pozwany. Sąd Apelacyjny wskazał prawidłowo na zasady wykładni oświadczeń woli, które zastosował do oceny oświadczeń powoda, interpretowanych przez pozwanego jako zrzeczenie się roszczeń. Podkreślił zasadnie, że należało uwzględnić między innymi

kontekst, w którym te świadczenia zostały złożone. Zwrócił w szczególności uwagę na brak rzeczywistego wpływu powoda na treść przedstawianych mu propozycji zawarcia ugód, aneksów i porozumień, a także konsekwencje ewentualnej odmowy ze strony powoda zaakceptowania dokumentów przygotowanych przez pozwanego, co w praktyce oznaczałoby nieuzyskanie jakichkolwiek kwot na poczet nieopłaconych tzw. świadczeń ponadlimitowych. Argumentacja w tym zakresie przytoczona w uzasadnieniu zaskarzonego wyroku uzasadniała stwierdzenie, że oświadczenia powoda obejmujące zrzeczenie się roszczeń zostały złożone w okolicznościach uzasadniających stwierdzenie naruszenia zasad współżycia społecznego. Z tych względów zarzut naruszenia art. 5 k.c. był nieuzasadniony.

Przedstawione wyżej uwagi wskazują jednoznacznie, że Sąd Apelacyjny uznał, iż zrzeczenie się przez powoda należności za świadczenia ponadlimitowe nie sprzeciwiało się uwzględnieniu powództwa z uwagi na nieważność w tym zakresie oświadczeń woli powoda, stwierdzoną na podstawie art. 5 k.c. Oznacza to, że wbrew twierdzeniu skarżącego, Sąd Apelacyjny nie uznał postanowień umów, ugód i porozumień „za nieskuteczne” w wyniku nieprawidłowego zastosowania art. 353¹ k.c. w zw. z art. 917 k.c. Zarzut naruszenia tych przepisów był zatem nieuzasadniony.

Sąd Apelacyjny w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku wskazał, że „podziela stanowisko Sądu I instancji o sprzeczności zawartego oświadczenia o zrzeczeniu się dalszych kwot z zasadami współżycia społecznego”. Z uwagi na to stanowisko dokonał oceny zarzutów apelacji dotyczących naruszenia art. 56 k.c., art. 65 § 1 i § 2 k.c., art. 58 i art. 5 k.c. Brak jest zatem podstaw do uznania, że Sąd drugiej instancji uznał, iż strony zawarły umowę o zwolnienie z długu „wbrew literalnemu brzmieniu zawartych ugód i aneksów zawierających oświadczenia woli w § 2 o zrzeczeniu się roszczeń”, co stanowiło podstawę zawartego w skardze kasacyjnej zarzutu naruszenia art. 508 k.c., poprzez jego niewłaściwe zastosowanie.

Wbrew zarzutowi skarżącego Sąd drugiej instancji nie wyraził oceny, że obowiązek współdziałania stron w wykonaniu umowy nie obejmuje obowiązku prawidłowego sprawozdania finansowego dotyczącego udzielonych świadczeń zdrowotnych. Potwierdzeniem braku takiego stanowiska przypisywanego Sądowi Apelacyjnemu przez skarżącego są jednocześnie rozważania tego Sądu związane

z ustaleniami faktycznymi dotyczącymi sposobu informowania przez powoda o wykonanych świadczeniach oraz oceny zasadności żądania pozwu w związku z zarzutem apelacji, że powód nie wykazał kiedy został przekroczony limit świadczeń określony w umowach zawartych przez strony. Nieuzasadniony był zatem zarzut naruszenia art. 354 w zw. z art. 56 k.c.

Z tych względów skarga kasacyjna była pozbawiona uzasadnionych podstaw i podlegała oddaleniu na podstawie art. 398¹⁴ k.p.c.

[a!]

