



Sygn. akt III CSK 304/16

## **WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 17 listopada 2017 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Katarzyna Tyczka-Rote (przewodniczący)

SSN Marta Romańska (sprawozdawca)

SSN Anna Kozłowska

Protokolant Bożena Kowalska

w sprawie z powództwa Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego w [...] przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia - [...] Oddziałowi Wojewódzkiemu NFZ w [...]

o ustalenie,

po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej

w dniu 17 listopada 2017 r.,

skargi kasacyjnej strony pozwanej oraz skargi kasacyjnej strony powodowej

od wyroku Sądu Apelacyjnego w [...]

z dnia 8 kwietnia 2016 r.,

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

## UZASADNIENIE

Powód Zakład Opiekuńczo Lecznicy w [...] wniósł o ustalenie, że Narodowemu Funduszowi Zdrowia - [...] Oddziałowi Wojewódzkiemu w [...] nie przysługują w stosunku do niego roszczenia o zapłatę kwoty 4.420.503,80 zł jako podlegającego zwrotowi nienależnie przekazanego wynagrodzenia za wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej objętych umową nr 61/100017/SPO/2011 z 31 grudnia 2010 r. oraz o zapłatę kwoty 166.252,35 zł z tytułu kary umownej za nienależyte wykonanie tej umowy i umowy nr 61/100017/PSY/2011 z 12 stycznia 2011 r.

Pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej: NFZ) wniósł o oddalenie powództwa.

Wyrokiem z 18 października 2015 r. Sąd Okręgowy w [...] oddalił powództwo. Sąd Okręgowy ustalił, że 31 grudnia 2010 r. strony zawarły umowę nr 61/100017/SPO/2011 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej na okres od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2015 r. Aneksiem nr 1/2011 z 29 marca 2011 r. strony zobowiązały się do stosowania od 1 stycznia 2011 r. zarządzenia Prezesa NFZ nr 84/2009/DSOZ z 11 grudnia 2009 r., zmienionego zarządzeniem nr 93/2009/DSOZ z 30 grudnia 2009 r., zarządzeniem nr 25/2010/DSOZ z 9 czerwca 2010 r. oraz zarządzeniem nr 89/2010/DSOZ z 30 grudnia 2010 r. Aneksiem nr 1/2012 z 28 listopada 2011 r. strony zobowiązały się do stosowania od 1 stycznia 2012 r. zarządzenia Prezesa NFZ nr 83/2011/DSOZ z 16 listopada 2011 r. Od tego dnia nie obowiązywały już zarządzenia wymienione w aneksie nr 1/2011. Aneksiem nr 5/2012 z 2 sierpnia 2012 r. strony zobowiązały się do stosowania od 29 marca 2012 r. zarządzenia Prezesa NFZ nr 83/2011/DSOZ z 16 listopada 2011 r., zmienionego zarządzeniem nr 20/2012/DSOZ z 29 marca 2012 r. Aneksiem nr 5/2013 z 29 listopada 2012 r. strony zobowiązały się do stosowania od 1 stycznia 2013 r. zarządzenia Prezesa NFZ nr 83/2011/DSOZ z 16 listopada 2011 r., zmienionego zarządzeniem nr 20/2012/DSOZ z 29 marca 2012 r., zmienionego zarządzeniem nr 78/2012/DSOZ z 13 listopada 2012 r.

12 stycznia 2011 r. powód zawarł z pozwanym umowę nr 61/100017/PSY/2011 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której przedmiotem było organizowanie i udzielanie przez powoda świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Strony zobowiązały się do stosowania zarządzenia Prezesa NFZ nr 60/2009/DSOZ z 2 listopada 2009 r. Aneks nr 5/2012 z 2 sierpnia 2012 r. strony zobowiązały się do stosowania zarządzenia Prezesa NFZ nr 65/2011/DSOZ z 17 października 2011 r., zmienionego zarządzeniem nr 36/2012/DSOZ z 19 czerwca 2012 r., zarządzeniem nr 44/2012/DSOZ z 18 lipca 2012 r. oraz zarządzeniem nr 46/2012/DSOZ z 25 lipca 2012 r. Zmiany obowiązywały od 18 lipca 2012 r., z wyjątkiem zmian wynikających z zarządzenia nr 46/2012/DSOZ, które obowiązywały od 25 lipca 2012 r. Od tego czasu nie obowiązywało już zarządzenie nr 60/2009/DSOZ. Aneks nr 6/2012 z 31 grudnia 2012 r. strony zobowiązały się do stosowania zarządzenia Prezesa NFZ nr 65/2011/DSOZ z 17 października 2011 r. zmienionego zarządzeniem nr 36/2012/DSOZ z 19 czerwca 2012 r., zarządzeniem nr 44/2012/DSOZ z 18 lipca 2012 r. zarządzeniem nr 46/2012/DSOZ z 25 lipca 2012 r. oraz nr 84/2012/DSOZ z 29 listopada 2012 r. Aneks obowiązywał od 29 listopada 2012 r.

W okresie od 22 października 2012 r. do 30 września 2013 r. pozwany przeprowadził kontrolę wykonywania przez powoda obu umów za lata 2011 i 2012 (do 30 września). W protokole kontroli stwierdzono, że w związku z wykonywaniem obu umów występował brak zabezpieczenia udzielania świadczeń przez lekarzy w odpowiedniej ilości etatów przeliczeniowych; co do umowy nr 61/100017/SPO/2011 za 2011 r. w poszczególnych miesiącach wynosił on 2,7, 1,9, 0,9, 0,9, 0,8, 0,8, 0,9, 0,9, 1,1, 0,9, 1,0, 1,5, a co do umowy nr 61/100017/SPO/2011 za okres od 1 stycznia 2012 r. do 30 września 2012 r. w poszczególnych miesiącach - 1,9, 1,31, 3,5, 3,08, 3,07, 3,11, 3,11, 2,92, 1,54; co do umowy nr 61/100017/PSY/2011 w czerwcu 2012 r. - 0,08, a lipcu 2012 r. - 0,07; co do umowy nr 61/100017/PSY/2011 za 2011 r. nie stwierdzono nieprawidłowości.

W protokole kontroli stwierdzono też, że w związku z wykonywaniem obu umów w 2011 r. w 196 przypadkach przedstawiono do rozliczenia pacjentów

za żywienie dojelitowe dietą miksowaną mimo braku kwalifikacji szpitalnej pacjenta do żywienia dojelitowego, a w 2012 r. miało to miejsce w 116 przypadkach.

Powód nie prowadzi żywienia pozajelitowego. Dyrektor powoda zwracał się do pracowników różnych szpitali czy dokonają kwalifikacji jego pacjentów do żywienia dojelitowego. Nigdy nie zwracał się jednak do dyrektorów szpitali ani też nie informował pozwanego, że któreś z postanowień umownych z przyczyn obiektywnych nie może być realizowane.

Protokół kontroli został przedstawiony dyrektorowi powoda do podpisu 18 listopada 2013 r., a ten podpisał go bez zastrzeżeń 22 listopada 2013 r.

W wystąpieniu pokontrolnym z 18 grudnia 2013 r. pozwany zarzucił powodowi, że: w 2011 r. w 196 przypadkach żywił pacjentów dojelitowo dietą miksowaną przy braku kwalifikacji szpitalnej do takiego żywienia oraz karmit pacjentów przez zgłębnik żołądkowy, gdy brak było adnotacji w dokumentacji, że pacjent nie jest w stanie przełykać; w 2012 r. stosował u 116 pacjentów żywienie dojelitowe przy braku kwalifikacji szpitalnej lub poradni prowadzącej leczenie żywieniowe do użycia kompletnej diety przemysłowej; w 2011 r. i 2012 r. nie zabezpieczył udzielania świadczeń przez lekarzy w odpowiedniej ilości etatów przeliczeniowych. W konsekwencji pozwany wezwał powoda do zwrotu nienależnie wypłaconej kwoty wynagrodzenia 3.791.286,80 zł oraz kwoty 629.217 zł, tj. łącznie 4.420.503,80 zł. Stanowi ona różnicę pomiędzy podwyższoną stawką za żywienie dojelitowe, a zwykłą stawką żywieniową dla 196 pacjentów w 2011 r. i 116 pacjentów w 2012 r. Pozwany wezwał powoda do zapłaty także kar umownych w łącznej wysokości 166.252,35 zł.

Powód złożył zarzuty do wystąpienia pokontrolnego, ale nie zostały one uwzględnione. W trakcie postępowania kontrolnego i związanego z rozpoznaniem zarzutów do protokołu powód nie przedłożył oświadczeń lekarzy o zgodzie na pracę w wymiarze ponad 48 godzin tygodniowo. Uczynił to dopiero w postępowaniu sądowym.

W ocenie Sądu Okręgowego powód bezzasadnie żądał ustalenia nieistnienia obowiązku zwrócenia pozwanemu kwoty 4.420.503,80 zł jako nadpłaconego wynagrodzenia za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w związku z jego naliczeniem według stawki należnej jak za żywienie dojelitowe. Do umowy łączącej

strony bezpośrednio zastosowanie miały zawsze odpowiednie zarządzenia Prezesa NFZ. W przypadku zmiany zarządzenia zawierano aneks do umowy. W 2011 r. zasady kwalifikacji do żywienia dojelitowego regulowało zarządzenie Prezesa NFZ z 11 grudnia 2009 r. nr 84/2009/DS0Z, a kwalifikacja świadczeniobiorcy do żywienia dojelitowego miała odbywać się w szpitalu. Za żywienie dojelitowe stosowano współczynnik korygujący wynagrodzenia 2,8. W 2012 r. zasady kwalifikacji do żywienia dojelitowego regulowało zarządzenie Prezesa NFZ z 16 listopada 2011 r., nr 83/2011/DS0Z ze zmianami. Kwalifikacja świadczeniobiorcy do żywienia dojelitowego miała odbywać się w szpitalu lub w poradni prowadzącej leczenie żywieniowe. Dla zastosowania współczynnika w 2012 r. pacjent musiał być ponadto żywiony tylko kompletną dietą przemysłową. Współczynniki korygujące rozliczanie wynagrodzenia za pacjentów żywionych normalnie i dojelitowo, w zależności od innych okoliczności, wynosiły 1,2; 1,5; 2,6. Pacjenci, w związku z żywieniem których powód zastosował wyższe stawki wynagrodzenia nie byli zakwalifikowani do żywienia dojelitowego w sposób określony w zarządzeniu Prezesa NFZ, a zatem powód nie mógł stosować przyjętych współczynników korygujących. Pacjenci przedstawieni do rozliczenia według wyższych stawek w 2012 r. nie byli żywieni kompletną dietą przemysłową. Wystąpienie pokontrolne nakazujące powodowi, by zwrócił pozwanemu kwotę 4.420.503,80 zł było zatem uzasadnione.

Sąd Okręgowy za nieuzasadniony uznał zarzut powoda, że ten nie mógł - z uwagi na ilość pacjentów - dokonać jednorazowego przewiezienia wszystkich do szpitala celem dokonania kwalifikacji do żywienia dojelitowego. Podkreślił, że przewiezienie 196 pacjentów w 2011 r. i 116 pacjentów w 2012 r. jednorazowo do szpitala byłoby niemożliwe, ale powód nie wykazał, że trzeba ich było przewieźć jednorazowo. Powód znał treść zarządzeń Prezesa NFZ już wtedy, gdy zawierał odwołujące się do niego umowy i mógł kwestionować zaproponowane mu warunki albo zażądać wskazówek, jak należy rozwiązać sygnalizowany obecnie problem. Skoro rzeczywiście oddziały szpitalne odmawiały kwalifikacji pacjentów do żywienia dojelitowego, to powód powinien zwrócić się najpierw do dyrektora szpitala, a ostatecznie do pozwanego o wskazanie mu szpitala, który dokona kwalifikacji pacjentów do żywienia jelitowego. Gdyby tego rodzaju zabiegi okazały się

nieskuteczne, to można by rozważać niemożliwość wykonania tych postanowień umowy, które odnosiły się do sposobu uzyskania kwalifikacji do żywienia dojelitowego. Powód mógł też wystąpić z wnioskiem o zmianę umowy w trybie § 43 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2008, Nr 81, poz. 484), ale tego nie uczynił.

Zdaniem Sądu Okręgowego podstawą do oceny czy doszło do naruszenia umowy mogło być tylko wystąpienie pokontrolne, a nie decyzje i postanowienia wydane w związku z rozpoznawaniem odwołania powoda. Za bezzasadny uznał zarzut, że zwrot świadczenia przekazanego powodowi jako wynagrodzenie za wykonanie umowy doprowadzi do bezpodstawnego wzbogacenia pozwanego, gdyż w zaistniałej sytuacji to powoda można uznać za bezpodstawnie wzbogaconego, bowiem otrzymał wynagrodzenie obliczone według wyższej stawki, chociaż zgodnie z umową nie był do tego uprawniony.

Zgodnie z ogólnymi warunkami umów stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej podstawą naliczenia kary umownej mogło być przedstawienie przez świadczeniodawcę do rozliczenia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których NFZ dokonał płatności nienależnych środków finansowych. W przypadku ocenianych w sprawie umów chodziło o stan uprawniający do zastosowania wyższej stawki za żywienie pacjentów. Relevantnym stanem faktycznym w sprawie było żywienie dojelitowe i dokonanie we właściwy sposób kwalifikacji do żywienia dojelitowego w 2011 r. i w 2012 r., co decydowało o rozliczeniu wynagrodzenia według wyższej stawki. Powód podał do rozliczenia dane niezgodne ze stanem faktycznym w tym sensie, że żywieni w ten sposób pacjenci nie zostali właściwie zakwalifikowani do takiego żywienia. To działanie w myśl warunków umów uzasadniało naliczenie kary, którą powód został obciążony. Wysokość kary mieściła się w dopuszczalnych granicach i była adekwatna do stwierdzonych naruszeń umowy.

Podstawę do zastosowania kary za niezapewnienie odpowiedniej obsady lekarskiej przy udzielaniu świadczeń stanowił § 30 ust. 1 pkt 3.e ogólnych warunków umów, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia

z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Na tej podstawie pozwany może nałożyć karę za udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w przepisach lub umowie. Protokół kontroli stwierdzał, że powód nie zapewnił odpowiedniej ilości etatów lekarzy w relacji do ilości pacjentów. Powód tego ustalenia nie kwestionował i dopiero w postępowaniu sądowym przedłożył oświadczenia lekarzy o zgodzie na pracę powyżej 48 godzin tygodniowo. Wysokość kary naliczonej z tego powodu mieściła się w dopuszczalnych granicach. Sąd uznał zastosowaną karę za adekwatną do naruszeń umowy.

Odnośnie do interesu prawnego powoda w dochodzeniu roszczenia, to Sąd Okręgowy zakwestionował go co do kwoty 1.327.502,75 zł, gdyż powód wystawił faktury za bieżące świadczenia opiewające na taką kwotę i jeżeli pozwany jej nie zapłaci potrącając sporną w niniejszej sprawie należność, to powód może wystąpić z roszczeniem o zapłatę.

Wyrokiem z 8 kwietnia 2016 r. - w częściowym uwzględnieniu apelacji powoda od wyroku Sądu Okręgowego - Sąd Apelacyjny w [...] zmienił wyrok Sądu Okręgowego w ten sposób, że ustalił, iż pozwanemu nie przysługuje w stosunku do powoda roszczenie o zapłatę kwoty 4.420.503,80 zł określonej w wystąpieniu pokontrolnym z 18 grudnia 2013 r. z tytułu nienależnie przekazanej należności za wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej objętych umową nr 061/100017/SPO/2011 z 31 grudnia 2010 r. oraz roszczenie o zapłatę kwoty 25.474,23 zł określonej w tym wystąpieniu jako kara umowna za nienależyte wykonanie tej umowy i umowy nr 061/100017/PSY/2011 z 12 stycznia 2011 r., a w pozostałym zakresie oddalił powództwo i apelację powoda.

Sąd Apelacyjny zasadniczo zaakceptował ustalenia faktyczne Sądu Okręgowego i podzielił pogląd, że strony łączy stosunek cywilnoprawny, a zatem wystąpienie pokontrolne Prezesa [...] Oddziału Wojewódzkiego NFZ w [...] z 18 grudnia 2013 r. wzywające do zwrotu spełnionego świadczenia oraz naliczające karę umowną z powodu nienależytego wykonania umowy należy potraktować jako oświadczenie woli podmiotu cywilnoprawnego i poddać go kontroli co do skutków prawnych, jakie wywołuje w kontekście postawionych w tym oświadczeniu zarzutów i postanowień umowy oraz przepisów mających zastosowanie do stosunku

prawnego łączącego strony.

Odnosnie do żądania przez pozwanego zwrotu spełnionego świadczenia w kwocie 4.420.503,35 zł, to Sąd Apelacyjny stwierdził, że zarzuty pozwanego w stosunku do powoda dotyczą jedynie braku wymaganej kwalifikacji pacjentów do zastosowania żywienia dojelitowego, ale nie tego, żeby powód zaniechał takiego żywienia, czy tego, że zastosowana dieta miksowana była nieprawidłowa z punktu widzenia ochrony zdrowia i życia pacjenta, albo że w ogóle nie było podstaw do jej stosowania. Uchybienie powoda polegało w 2011 r. na braku dokumentu wystawionego przez szpital, a w 2012 r. - przez szpital lub zewnętrzną poradnię dietetyczną, kwalifikującego do takiego żywienia, a w niektórych przypadkach ma braku adnotacji w dokumentacji pacjenta o niemożności połykania. Pacjentów powoda do takiego żywienia kwalifikowali jednak lekarze powoda, ci sami, którzy od 2012 r. pracują w wyodrębnionej w jego strukturach poradni, świadczącej tego rodzaju usługi dla powoda.

Sąd Apelacyjny stwierdził, że gdyby sprawę rozpoznać wyłącznie w oparciu o przepisy kodeksu cywilnego, to żądanie zwrotu zapłaconego wynagrodzenia za wykonane już usługi - poza nadzwyczajnymi sytuacjami związanymi z nieważnością umowy, odstąpieniem od niej lub jej rozwiązaniem - byłoby uzasadnione tylko wówczas, gdyby po wykonaniu umowy ujawniono, że w rzeczywistości usługi nie zostały wykonane lub gdyby na podstawie przepisów o rękojmi za wady odstąpiono od umowy. Musiałoby przy tym chodzić o istotne uchybienie w wykonaniu umowy. Taka sytuacja w niniejszej sprawie nie występuje.

Umowa powinna być wykonywana zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniach Prezesa NFZ, wydanych na podstawie delegacji ustawowej przewidzianej w art. 146 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2017, poz. 1938 ze zm.; dalej: „u.ś.o.z.”), ale i w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. Nr 140, poz. 1143), albowiem akty te zostały powołane w umowie.



W ocenie Sądu Apelacyjnego umowy zawierane przez pozwanego z podmiotami świadczącymi usługi medyczne mają przede wszystkim zapewnić pacjentom otrzymywanie świadczeń i leków zgodnie z potrzebami wynikającymi z wiedzy medycznej oraz zapewnienie, że trafią one do osób, które mają do nich prawo zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz które rzeczywiście ich potrzebują w ilościach tylko niezbędnych. Szczegółowe postanowienia umów o świadczenie usług medycznych mają zapewnić, że zakłady lecznicze będą postępowały tak, aby ten cel osiągnąć. Jeśli jednak zakładowi nie stawia się zarzutów nienależytego wykonania umowy w świetle wymienionych zasad, to nie każdy brak w samej dokumentacji powinien przesądzać o obowiązku zwrotu środków finansowych. Najważniejsze, aby pacjenci otrzymali na czas niezbędne świadczenia, a braki w dokumentacji powinny być oceniane indywidualnie pod kątem znaczenia danego dokumentu dla wykonania umowy oraz oceny rzetelności funkcjonowania danego zakładu. W niniejszej sprawie nie jest sporne, że pacjenci powoda otrzymali niezbędne dla ich życia i zdrowia wyżywienie, którego jakość nie została w niniejszej sprawie skutecznie podważona. Przyjęcie, że doszło do nienależnego przekazania świadczeniodawcy środków finansowych w rozumieniu § 28 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wymaga ustalenia, iż świadczeniodawca nie realizował świadczeń, za które przekazano te środki albo zrealizował je na tyle wadliwe, iż nie została osiągnięta istota danego świadczenia. Brak kwalifikacji pacjentów do żywienia dojelitowego przez szpital lub przychodnię prowadzącą żywienie dojelitowe może być rozpatrywany wyłącznie w kontekście naruszenia zarządzeń Prezesa NFZ (§ 10 ust. 5 zarządzenia nr 84/2009/DS0Z lub § 10 ust. 6 pkt 1 zarządzenia nr 83/2011/DS0Z) i nienależytego wykonania umowy, skutkującego koniecznością zapłaty kary umownej.

Zgodnie § 30 ust. 1 pkt 2 lit. c rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej karę nalicza się za przedstawienie przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których pozwany dokonał płatności nienależnych środków finansowych. Skoro powód przedstawił do

rozliczenia dane niezgodne ze stanem faktycznym, gdyż zapewniał o wykonaniu umowy z wszelkimi narzuconymi mu wymogami, przez co należy rozumieć również odpowiednie zaświadczenia zewnętrznej placówki o specjalnej diecie, to pozwany zasadnie naliczył karę umowną w wysokości 140.778,12 zł. Obiektywne trudności w uzyskaniu zaświadczeń o potrzebie specjalistycznego żywienia pacjentów mogłyby przemawiać za miarkowaniem kary, gdyby taki zarzut został zgłoszony. Nałożenie takiej kary było adekwatne do zawinienia powoda.

Sąd Apelacyjny uznał, że z § 2 ust. 2, § 14 ust. 7 i 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego i § 10 ust. 7 zarządzenia nr 83/2011/DSOZ Prezesa NFZ z 16 listopada 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz § 10 ust. 7 zarządzenia nr 83/2011/DSOZ Prezesa NFZ z 16 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej nie wynikało, że obowiązkiem powoda było stosowanie przy żywieniu dojelitowym wyłącznie kompletnej diety przemysłowej. Uznał, że jeśli stan zdrowia pacjenta to dopuszczał, to możliwe powinno być stosowanie dodatków.

Sąd Apelacyjny uznał, że powód niezasadnie został obciążony karą umowną w wysokości 25.474,23 zł za brak odpowiedniej obsady etatowej w czasie wykonywania umowy. Stwierdził, że zasadność stawianych świadczeniobiorcy zarzutów będących podstawą do nałożenia kary umownej w związku z tym brakiem jest badana w toku postępowania sądowego niezależnie od wyniku postępowania kontrolnego i odwoławczego, które toczyło się przed dyrektorem Oddziału NFZ. Skoro powód przedłożył wymagane dokumenty w czasie nie powodującym przedłużenia postępowania, to okoliczność tę należy uznać za udowodnioną.

Sąd Apelacyjny nie podzielił stanowiska Sądu Okręgowego, iż powód nie ma interesu prawnego w zakresie żądania ustalenia nieistnienia roszczenia o zapłatę kwoty 1.327.502,75 zł. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, powód ma oczywisty interes prawny w żądaniu ustalenia, że pozwanemu nie przysługuje wobec niego roszczenie o zapłatę należności wskazanych w pozwie, skoro pozwany żąda zapłaty i zapowiada potrącenie z wzajemną wierzytelnością, kiedy tylko ta stanie

się wymagalna, gdy powód przedstawi fakturę za bieżące świadczenia. Za przyznaniem powodowi interesu prawnego w zgłoszeniu osądzonego żądania miał przemawiać brak „potrzeby dalszego eskalowania sporu” i potrzeba stwierdzenia, czy pozwanemu rzeczywiście przysługują wobec powoda jakieś wierzytelności.

Wyrok Sądu Apelacyjnego zaskarżyły skargami kasacyjnymi obie strony.

Powód zaskarżył wyrok Sądu Apelacyjnego w części, w której Sąd oddalił jego apelację od wyroku Sądu Okręgowego i zarzucił, że orzeczenie to zostało wydane z naruszeniem prawa materialnego (art. 398<sup>3</sup> § 1 pkt 1 k.p.c.), tj. art. 30 ust. 1 pkt 2 lit. c rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez wadliwe zastosowanie i przyjęcie, że w niniejszej sprawie zachodziły przesłanki do nałożenia na powoda kary umownej za przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których pozwany dokonał płatności nienależnych środków finansowych.

Powód wniósł o uchylenie wyroku w zaskarżonej części i ustalenie, że pozwanemu nie przysługuje w stosunku do niego także roszczenie o zapłatę kwoty 140.770 zł jako kary umownej naliczonej w wystąpieniu pokontrolnym.

Pozwany zaskarżył wyrok Sądu Apelacyjnego w części, w której Sąd uwzględnił powództwo i zarzucił, że orzeczenie to wydane zostało z naruszeniem prawa materialnego przez błędną jego wykładnię i niewłaściwe zastosowanie (art. 398<sup>3</sup> § 1 pkt 1 k.p.c.), tj.: - art. 65 § 2 k.c. w zw. z § 1 ust. 2 umowy nr 61/100017/SPO/2011 z 31 grudnia 2010 r., § 10 ust. 5, § 14 ust. 8 w zw. z § 16 ust. 1 zarządzenia Prezesa NFZ z 11 grudnia 2009 r. nr 84/2009/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, § 10 ust. 6 pkt 1 i ust. 7, § 14 ust. 7 i 8 w zw. z § 16 ust. 1 zarządzenia Prezesa NFZ z 16 listopada 2011 r. nr 83/2011/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej przez błędną wykładnię postanowień umowy i przyjęcie, że niedopełnienie umownego obowiązku wymogu uzyskania uprzedniej kwalifikacji do żywienia dojelitowego przez szpital lub poradnię jest jedynie brakiem

w dokumentacji medycznej, gdyż kwalifikacji pacjentów do żywienia dojelitowego mogli dokonać lekarze powoda, podczas gdy postanowienia umowy wprost wykluczają taką możliwość, a warunek uzyskania kwalifikacji zewnętrznej jednostki jest prawnie doniosły i uprawnia do otrzymania wyższego w stosunku do podstawowego wynagrodzenia a ponadto przez przyjęcie, że otrzymanie wyższego od podstawowego wynagrodzenia nie jest uzależnione od podania pacjentowi wyłącznie kompletnej diety przemysłowej, gdyż pozwany w ramach podwyższonej stawki leczenia dojelitowego nie finansuje podania zmiksowanej diety kuchennej, bądź innego rodzaju mieszanin, a odmienne stanowisko pomija specyfikę stosunku zobowiązaniowego stron, w zakresie którego pozwany nie pokrywa kosztów zakwaterowania i wyżywienia pacjentów; - § 28 ust. 1 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez błędną wykładnię i przyjęcie, że nie zachodziły przesłanki do domagania się przez pozwanego od powoda zwrotu nienależnie przekazanych środków za świadczenia wykonane niezgodnie z postanowieniami umowy; - § 28 ust. 1 w zw. z § 30 ust. 1 pkt 2 lit. c ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej poprzez błędną wykładnię i przyjęcie, że pozwany jest uprawniony do nałożenia na powoda kary umownej w przypadku przedstawienia mu do rozliczenia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonał płatności nienależnych środków finansowych, a nie jest uprawniony do jednoczesnego żądania zwrotu tych nienależnych środków, chociaż przesłanką zastosowania obu przepisów jest ustalenie, że doszło do „nienależnie przekazanych środków”; - art. 64 ust. 6a w zw. z art. 64 ust. 5, 6d i 8 oraz w zw. z art. 160 i 161 ust. 1-3b u.ś.o.z. w zw. z art. 354 k.c. poprzez błędną wykładnię i przyjęcie, że pomimo niezgłoszenia jakichkolwiek zastrzeżeń do ustalonego w toku kontroli stanu faktycznego oraz niekwestionowania wykazanych uchybień oraz nałożonych sankcji nie tylko w terminie uprawniającym do złożenia zastrzeżeń, ale i podczas czterostopniowego postępowania odwoławczego, powód może także w postępowaniu sądowym

przedłożyć nieokazane, a wcześniej znane mu dokumenty, prowadzące do ustalenia w ten sposób nowego stanu faktycznego, podczas gdy prowadzi to do wypaczenia procedury kontrolnej oraz podważenia sensu prowadzenia jakichkolwiek kontroli; - § 30 ust. 1 pkt 2 lit. e ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej poprzez jego niezastosowanie, podczas gdy w toku kontroli wykazano uchybienia w zabezpieczeniu personelu medycznego, których to uchybień powód nie kwestionował na żadnym etapie postępowania pokontrolnego; - art. 354 § 1 i 2 k.c. poprzez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie sprowadzające się do uznania, że powód wykonał swoje zobowiązanie zgodnie z jego treścią; - art. 4 oraz art. 44 ust. 1-2 ustawy z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2013 r., poz. 885 ze zm.) oraz art. 11 ustawy z 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2013 r., poz. 168 ze zm.) przez ich niezastosowanie, co skutkuje niemożliwością dochodzenia od powoda zwrotu nienależnie pobranych środków finansowych w sytuacji wystąpienia przesłanek ku temu, powodując tym samym uszczuplenie środków finansów publicznych, podczas gdy w toku kontroli wykazano, że powodowi, wskutek wykonania umowy sprzecznie z jej treścią, przekazano środki publiczne w zawyżonej wysokości.

Pozwany zarzucił też, że zaskarżony wyrok został wydany z naruszeniem prawa procesowego (art. 398<sup>3</sup> § 1 pkt 2 k.p.c.), tj.: - art. 328 § 2 k.p.c. przez nieujawnienie w uzasadnieniu orzeczenia ustaleń faktycznych dokonanych przez ten Sąd drugiej instancji odmiennych od ustaleń Sądu pierwszej instancji, niewyjaśnienie odmiennej wykładni i niezastosowania mających znaczenie dla rozstrzygnięcia postanowień zarządzeń Prezesa NFZ; - art. 233 § 1 w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. przez poczynienie ustaleń sprzecznych z zebrany w sprawie materiałem dowodowym, w szczególności co do treści stosunku prawnego łączącego strony i celu umowy.

Pozwany wniósł o uchylenie wyroku Sądu Apelacyjnego w zaskarżonej części i oddalenie w tym zakresie powództwa względnie o uchylenie wyroku Sądu

Apelacyjnego w zaskarżonej części i przekazanie sprawy Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

1. Ocenę zasadności skarg kasacyjnych trzeba zacząć od odniesienia się do zarzutów pozwanego zgłoszonych w ramach drugiej podstawy kasacyjnej (art. 398<sup>3</sup> § 1 pkt 2 k.p.c.), bowiem badanie, czy w konkretnej sprawie prawo materialne zostało właściwie zastosowane jest możliwe po wykluczeniu takich uchybień procesowych, które by mogły wpłynąć na ustaloną podstawę faktyczną rozstrzygnięcia w związku z odstępstwami od standardów postępowania, jakich miał się dopuścić sąd drugiej instancji. Podstawą skargi kasacyjnej nie mogą być jednak zarzuty dotyczące ustalenia faktów lub oceny dowodów (art. 398<sup>3</sup> § 3 k.p.c.), co wyklucza możliwość skutecznego podniesienia w skardze kasacyjnej zarzutu naruszenia tych przepisów, które regulują bezpośrednio i wyłącznie uprawnienia sądu odnoszące się do skonstruowania podstawy faktycznej rozstrzygnięcia i przesłanek, jakimi powinien kierować się oceniając dowody (por. także np. wyrok Sądu Najwyższego z 4 lutego 2015 r., IV CSK 183/14, nieopubl., postanowienie Sądu Najwyższego z 4 września 2014 r., II CSK 659/13, nieopubl.). Do kategorii takich przepisów należy art. 233 § 2 k.p.c., także w związku z art. 391 § 1 k.p.c., a zatem zarzut skargi kasacyjnej pozwanego, że Sąd Apelacyjny miał dokonać ustaleń sprzecznych z zebraniem w sprawie materiałem dowodowym, w szczególności poprzez błędne ustalenie treści stosunku prawnego łączącego strony, nie mógł być skuteczny.

Osobną kwestią jest natomiast to, czy ustalenia dokonane przez Sąd i stanowiące podstawę rozstrzygnięcia były dostateczne do prawidłowego zastosowania w sprawie prawa materialnego. Trzeba dostrzec, że korzystanie z reguł wykładni oświadczeń woli oznaczonych w art. 65 k.c. lokuje się w płaszczyźnie stosowania prawa materialnego, a ich niewłaściwe użycie może wypaczyć sens oświadczeń woli złożonych przez kontraktujące strony i następnie prowadzić do wadliwego odtworzenia przedmiotu, celu i treści zawartej przez nie umowy. Tego rodzaju uchybienie, jako odnoszące się do stosowania prawa materialnego, może być skutecznie podniesione w skardze kasacyjnej.

Punktem wyjścia do oceny zasadności roszczeń konstruowanych w związku z zarzutem niewykonania lub nienależytego wykonania umowy musi być prawidłowe odtworzenie jej przedmiotu, charakteru, celu i konkretnych postanowień o świadczeniach, jakie miały na jej podstawie spełniać strony, gdyż bez tego nie da się ocenić, czy umowa została wykonana.

W ramach drugiej podstawy kasacyjnej mieszczą się naruszenia takich przepisów procesowych, które Sąd drugiej instancji miał obowiązek zastosować z urzędu lub też na wniosek strony, ale zasadność tego rodzaju zarzutów zależy od stwierdzenia, że konkretne uchybienie mogło mieć istotny wpływ na wynik sprawy. Sposób, w jaki sporządzone zostało uzasadnienie nie może wpływać na treść wydanego już wcześniej orzeczenia, ale niewątpliwie może uniemożliwiać dokonanie jego kontroli w postępowaniu kasacyjnym czy też ujawniać uchybienia w zakresie stosowania prawa procesowego i materialnego przez sąd, który je wydał. W takim przypadku zarzut naruszenia art. 328 § 2 w zw. art. 391 § 1 k.p.c. może być samodzielnie dostatecznym powodem uwzględnienia skargi kasacyjnej.

W niniejszej sprawie, Sąd Apelacyjny oparł rozstrzygnięcie na ustaleniach odpowiadających tym, które poczynił Sąd Okręgowy, gdyż zadeklarował, że je akceptuje i przyjmuje za swoje, jednak „poza faktami omówionymi w dalszej części uzasadnienia”. Problem jednak w tym, że z „dalszej części uzasadnienia” Sądu Apelacyjnego nie sposób jest wyłowić informacji o tym, w jakim zakresie Sąd ten dokonał zapowiedzianych na wstępie innych ustaleń co do faktów niż Sąd Okręgowy. Ze sposobu uzasadnienia orzeczenia zdaje się wynikać, że Sąd Apelacyjny nie poczynił jednak na podstawie zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego innych ustaleń faktycznych niż Sąd Okręgowy, a jedynie odmiennie niż ten Sąd ocenił charakter stosunku prawnego łączącego strony, przedmiot i treść ich wzajemnych zobowiązań, co wiązało się z udzieleniem odmiennej odpowiedzi na pytanie, czy doszło do naruszenia umowy przez powoda i jakie konsekwencje mają być przypisane temu naruszeniu. Wywód Sądu Apelacyjnego wiąże się ze stosowaniem prawa materialnego w odniesieniu do ustalonych faktów i budzi wątpliwości.

2. W ramach oceny prawnej sprawy Sąd Apelacyjny zaakcentował, że pozwany w związku z wykonaniem obu umów nie zarzucił powodowi, żeby ten nie żywił pacjentów dojelitowo albo żeby dieta miksowana była nieprawidłowa z punktu widzenia zdrowia lub życia pacjenta, lecz że powód zastosował to żywienie bez właściwej - w świetle zawartej umowy - kwalifikacji. Stwierdził zarazem, że gdyby stosunek prawny stron ocenić tylko na podstawie przepisów kodeksu cywilnego, to już po wykonaniu przez powoda umówionych świadczeń zdrowotnych i zapłaceniu za nie wynagrodzenia pozwany nie mógłby domagać się zwrotu tego, co świadczył w wykonaniu umowy, chyba żeby okazało się, że „usługi nie zostały wykonane lub gdyby na podstawie przepisów o rękojmi za wady odstąpiono od umowy”. Taką ocenę prawną trzeba zakwestionować, i to nie tylko w kontekście umowy stron i przepisów, na podstawie których została zawarta, o czym niżej, ale także w świetle przepisów kodeksu cywilnego o zobowiązaniach umownych.

Podstawą normą, która reguluje stosunki umowne jest art. 353<sup>1</sup> k.c., z którego wynika, że strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego. Strony nie muszą kontraktować trzymając się ściśle konstrukcji poszczególnych typów umów ustalonej schematycznie przez ustawodawcę w kodeksie cywilnym. Mogą zawrzeć taką umowę, jaka będzie możliwie najpełniej realizowała ich interesy. Gdyby zatem strony niniejszego postępowania zawierając umowę odwołały się tylko do przepisów kodeksu cywilnego (art. 750 i art. 393 k.c.), to z powodzeniem można sobie wyobrazić, że wykreują stosunek umowny, w którym jedna z nich zobowiąże się do wykonywania pewnych usług nie na rzecz kontrahenta, lecz na rzecz osób trzecich o określonych przez kontrahenta cechach, a kontrahent zadeklaruje, że zapłaci wynagrodzenie za świadczenie tych usług, ale wyłącznie pod warunkiem, że świadczący usługi w określony sposób udokumentuje technikę swojego działania w związku ze świadczeniem usług lub przesłanki, które spowodowały podjęcie przez niego określonych czynności, zwiększających pulę środków, jakie wydatkował w celu spełnienia umówionego świadczenia. Zawarcie tego rodzaju umowy oczywiście nie upoważniałoby świadczącego usługi do zażądania



wynagrodzenia za sam fakt ich wykonania, o ile nie byłby w stanie wykazać, że spełnił także te przesłanki umowne, od których zależało powstanie po jego stronie uprawnienia do wynagrodzenia w konkretnej wysokości (art. 354 § 1 k.c.).

Stworzenie warunków i określenie zasad udzielania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych jest zadaniem ustawodawcy i władzy wykonawczej. Jeżeli do wykonania zadań publicznych przez zaangażowane w ten proces podmioty ma dojść przy wykorzystaniu umów, jako niewładczych form działania administracji, ustawodawca - w przepisach innych niż kodeks cywilny, zwykle znacznie bardziej szczegółowych, w których dominują normy *ius cogens* - określa cechy podmiotów, z którymi dana umowa może być zawarta lub sposób ich wyszukania (np. prawo zamówień publicznych, ale też art. 139-154 u.ś.o.z.) oraz treść przynajmniej istotnych postanowień takiej umowy. Regulacje te powstają z uwagi na potrzebę racjonalnego dysponowania środkami publicznymi, skrupulatnego rozliczenia się z ich wydatkowania, gdy wiadomo, że nie są to środki dostateczne dla zaspokojenia absolutnie wszystkich potrzeb z pewnego zakresu, ale także z uwagi na konieczność stworzenia warunków do uczciwego konkurencyjnego uzyskania statusu kontrahenta dla podmiotu dysponującego środkami publicznymi.

Zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i warunki ich udzielania określa ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, której przepisy mają zastosowanie do regulowanych nią umów z wyprzedzeniem kodeksu cywilnego (art. 155 ust. 1 u.ś.o.z.). Takie umowy muszą precyzować świadczenia, do wykonywania których zobowiązuje się świadczeniodawca, ich zakres, warunki udzielania oraz zasady wynagradzania za ich wykonanie.

Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym także umowy, w związku z wykonywaniem których doszło do sporu, zawierane są z odwołaniem się także do postanowień rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego o treści relewantnej dla daty zawarcia umowy. Powyższe rozporządzenia Ministra Zdrowia mają charakter

wzorca normatywnego umów, wydanego na podstawie delegacji ustawowej. W nieopublikowanych wyrokach z 19 maja 2016 r., IV CSK 550/15 i z 29 stycznia 2016 r., II CSK 91/15, Sąd Najwyższy stwierdził, że ze względu na ogólny charakter tych wzorców normatywnych, złożoność objętej nimi materii, konieczność indywidualizacji i uszczegółowienia postanowień umów dotyczących poszczególnych rodzajów świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej niemożliwe jest oznaczenie praw i obowiązków stron konkretnych umów tylko na ich podstawie. Za dopuszczalne uznał przy tym włączenie do umowy postanowień zarządzeń Prezesa NFZ, wydawanych w oparciu o przepis kompetencyjny dotyczący postępowania konkursowego. Dla związania stron kontraktu tymi zarządzeniami muszą być one wprowadzone do umowy wprost lub pośrednio (przez odwołanie się do nich). Jeżeli nie zostały przeniesione wprost i w całości, tylko przez wskazanie, że „mają zastosowanie” należy je uznać za wzorzec kwalifikowany, wyznaczający i oddziałujący na treść stosunku prawnego, ale zewnętrzny wobec umowy (*lex contractus*), który podlega zasadom kontroli wzorców umownych (por. nieopubl. wyroki Sądu Najwyższego z 30 marca 2012 r., III CSK 217/11, z 29 stycznia 2016 r., II CSK 91/15). W literaturze i w orzecznictwie przyjmuje się jednak, że także do wykładni wzorca umownego stosuje się przepis art. 65 k.c. (por. wyrok Sądu Najwyższego z 30 listopada 2000 r., I CKN 970/98, OSNC 2001, nr 6, poz. 312). W zakresie norm względnie obowiązujących dopuszczalne jest samodzielne określenie treści umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez jej strony.

Postanowienia umowy określające rodzaj, zakres i warunki spełnienia świadczeń opieki zdrowotnej przez zobowiązanego do tego podmiot oraz świadczeń wzajemnych przez NFZ są - co do zasady - wiążące dla stron umowy. O ile między stronami takiej umowy dojdzie zatem do sporu co do tego, czy umowa została wykonana przez obie jej strony (art. 354 k.c.), to odpowiedź na tak postawione pytanie wymaga najpierw stwierdzenia, jakie obowiązki przyjęły na siebie strony umowy i jakie uprawnienia przysługiwały im wobec kontrahenta. Także w tych stosunkach umownych dłużnik powinien bowiem 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 wykonaniu zobowiązania wierzyciel (por. wyrok Sądu Najwyższego z 22 maja 2014 r., IV CSK 536/13, nieopubl.).

Nieprawidłowe jest założenie Sądu Apelacyjnego, że dla uznania, iż podmiot świadczący usługi zdrowotne wykonał umowę o ich udzielanie zawartą z pozwanym wystarczy stwierdzenie, że podmiot ten w ogóle świadczył usługi o takim charakterze i osiągnął ich cele medyczne wobec pacjentów. Na podstawie umowy zawartej ze świadczeniodawcą pozwany zobowiązany jest bowiem do zapłacenia wynagrodzenia nie za to, że świadczeniodawca osiągnął możliwie najlepszy medyczny efekt udzielanych świadczeń, ale za samo zrealizowanie świadczeń w ramach zakontraktowanej ich puli z zachowaniem określonych umową metod postępowania przy ich udzielaniu. Dla udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy powód w niniejszej sprawie wykonał umowę zawartą z pozwanym w sposób usprawiedliwiający zażądanie od pozwanego wynagrodzenia obliczonego według wyższych niż podstawowe stawek konieczne jest wskazanie, jakie świadczenia pozwany zakontraktował u powoda na podstawie umów, w związku z którymi doszło do sporu, jaki mechanizm rozliczenia wynagrodzenia za ich wykonanie przyjęty strony oraz czy powód spełnił wymagania odnośnie do możliwości żądania wynagrodzenia według tego wskaźnika, w oparciu o który je obliczył.

Z ustaleń Sądu Okręgowego wynika, że powód wystąpił o wypłacenie mu wyższego wynagrodzenia za żywienie pacjentów dojelitowo na podstawie umów wymagających, aby podstawą zażądania wynagrodzenia według podwyższonej stawki było uzyskanie w 2011 r. kwalifikacji szpitalnej do żywienia pacjenta dojelitowo, a w 2012 r. ewentualnie także kwalifikacji poradni żywieniowej. Podpisując bez zastrzeżeń umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na takich warunkach powód godził się zatem na to, że będzie musiał je spełnić dla ubiegania się o podwyższone wynagrodzenie za żywienie pacjentów dojelitowo. W niniejszym sporze powód powołuje się jednak na to, że warunek ten był niemożliwy do spełnienia zarówno w momencie podpisania umowy, jak i w toku jej wykonywania przez 2011 i 2012 r., aż do czasu, gdy zatrudnieni przez niego lekarze nie uruchomili odrębnie zarejestrowanej działalności, w zakresie której dokonywali takiej kwalifikacji. Powstaje zatem kwestia, czy pozwany - jako

wierzyciel zobowiązany do współdziałania z dłużnikiem przy wykonywaniu jego zobowiązania - wprowadzając omawiane wymagania do zarządzeń Prezesa NFZ mających stać się integralną częścią zawieranych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej miał na uwadze obiektywnie istniejące warunki świadczenia usług medycznych mieszczących się w zakresie zakontraktowanym z powodem i czy rzeczywiście powyższe wymaganie było możliwe do spełnienia przez powoda w okresie, którego dotyczy spór. Trzeba mieć też na uwadze, że powód był świadczeniodawcą określonych usług z zakresu opieki zdrowotnej zanim jeszcze podpisał z pozwanym umowy, w związku z którymi doszło do sporu rozpoznawanego w niniejszej sprawie, świadczył opiekę zdrowotną osobom o określonej kondycji zdrowotnej i jest możliwe, że świadczeniobiorcy powoda już w momencie zawarcia umów z 31 grudnia 2010 r. i z 12 stycznia 2011 r. byli żywieni dojelitowo, a ten sposób ich żywienia nie mógł być przerwany z uwagi na samo podpisanie umowy na nowych warunkach oraz poszukiwanie podmiotów gotowych do dokonania oczekiwanej przez pozwanego kwalifikacji. Co do grona pacjentów w takiej kondycji kontynuowanie żywienia dojelitowego po zawarciu umów określających dodatkowe wymagania ich rozliczenia mogło być niezbędne z uwagi na obowiązek określony w art. 30 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn. Dz.U. z 2017 r. poz. 125 ze zm.; dalej: „u.z.l.”). Z przepisu tego wynika, że lekarz ma obowiązek udzielać pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Natomiast według art. 19 ust. 1 u.ś.o.z. w sytuacjach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Z regulacji tych wynika ustawowy obowiązek udzielenia świadczenia pacjentowi, w sposób bezzwłoczny (natychmiastowy), jeżeli wymaga tego stan pacjenta (zagrożenie życia i zdrowia). Wskazane formuły ustawowe mają charakter ogólny i powinny być uściślane m.in. w zależności od rodzaju i stanu chorobowego zagrożenia życia i zdrowia pacjenta, a te z kolei mogą determinować rodzaj i zasięg zastosowanej terapii medycznej (por. wyroki Sądu Najwyższego z 17 marca 2016 r., II CSK 275/1, z 25 lutego 2015 r., IV CSK 343/14, nieopubl.). Jest prawdopodobne, że i inni pacjenci, których powód żywił

dojelitowo w 2011 r. i do września 2012 r. wymagali zastosowania tego sposobu żywienia z uwagi na okoliczności wynikające z art. 30 u.z.l. i art. 19 ust. 1 u.ś.o.z., a powód przed przystąpieniem do żywienia ich w ten sposób nie był w stanie uzyskać zgodnej z umową kwalifikacji, o ile obiektywnie nie było to możliwe do czasu, aż zorganizował współpracę z poradnią założoną przez zatrudnionych przez siebie lekarzy. Okoliczności te nie były jednak badane w sprawie. Powód nie był jedyną placówką medyczną, z którą pozwany zakontraktował na takich samych warunkach udzielanie tożsamyh świadczeń zdrowotnych. Jeśli trudności, na które powołuje się powód dotyczyły wszystkich świadczących te same usługi zdrowotne, w tym samym czasie i były dla nich niemożliwe do pokonania, to niespełnienie przez powoda wymagań co do przesłanek zastosowania żywienia dojelitowego u jego pacjentów prezentować się będzie inaczej niż w sytuacji, gdyby okazało się, że tylko powód nie mógł poradzić sobie ze spełnieniem wymagań umowy, którą zawarł.

Pozwany trafnie wskazał, że w przepisach art. 64 ust. 6a w zw. z art. 64 ust. 5, 6d i 8 oraz w zw. z art. 160 i 161 ust. 1-3b u.ś.o.z. ustawodawca określił procedurę kontrolną, której zastosowanie pozwala mu zebrać dane niezbędne do oceny, czy poszczególni świadczeniodawcy wywiązują się z zawartych z nim umów. Świadczeniodawcy poddani przewidzianej w tych przepisach procedurze kontrolnej powinni współdziałać z kontrolującymi, korzystać z dostępnych im środków wyjaśniania wątpliwości i kwestionowania poczynionych ustaleń, niemniej jednak ustawodawca nie zamknął im możliwości powoływania się na okoliczności nieobjęte ustaleniami protokołu pokontrolnego ze względu na zaniedbania ich samych. Ustawodawca nie zakazał bowiem powołania się w sporach o roszczenia cywilnoprawne mające związek z wykonaniem umów o udzielanie świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej na okoliczności nieobjęte ustaleniami protokołu pokontrolnego ani też nie przypisał takiemu protokołowi i stwierdzonemu w nim stanowi znaczenia dokumentu, który by miał rozstrzygać o stanie faktycznym sprawy. Tym samym Sąd Apelacyjny nie mógł pominąć wyników dowodów z dokumentów złożonych przez powoda dopiero w postępowaniu sądowym dla wykazania, że w wykonanie umowy z pozwanym zaangażowana była zgodna z umową obsada lekarska.

Trafnie obie strony zarzucają, że w myśl § 28 ust. 1 i § 30 ust. 1 pkt 2 lit. c ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych ustaloną przez strony przesłanką naliczenia przez pozwanego kary umownej było przedstawienie przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których pozwany dokonał płatności nienależnych powodowi środków finansowych. Oznacza to, że gdyby Sąd doszedł do wniosku, że środki finansowe wypłacone powodowi przez pozwanego jako wynagrodzenie za wykonanie umowy były należne, gdyż istniała podstawa do naliczenia przez powoda wynagrodzenia w wysokości, którą pobrał ze względu na wykazanie określonych świadczeń do rozliczenia, to w świetle powołanych przepisów nie było podstaw do obciążenia powoda karą umowną. O ile jednak okaże się, że powód pobrał od pozwanego nienależne mu środki finansowe, a dla ich uzyskania przedstawił dane niezgodne ze stanem faktycznym, to właśnie ta okoliczność w świetle umowy łączącej strony uzasadnia obciążenie powoda karą umowną.

Mając powyższe na uwadze, na podstawie art. 398<sup>15</sup> § 1 k.p.c. oraz art. 108 § 2 w związku z art. 398<sup>21</sup> k.p.c., Sąd Najwyższy orzekł, jak w sentencji.

kc

jw