

Sygn. akt I ACa 978/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 października 2012 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – Wydział I Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	<i>SSA Jan Kremer</i>
Sędziowie:	SSA Józef Wąsik SSA Jerzy Bess
Protokolant:	st.sekr.sądowy Katarzyna Wilczura

po rozpoznaniu w dniu 26 października 2012 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa (...) Zakładu (...)

w G.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. - (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w K.

o zapłatę

na skutek apelacji strony pozwanej

od wyroku częściowego Sądu Okręgowego w Krakowie

z dnia 15 września 2010 r. sygn. akt I C 634/10

oddala apelację w pozostałej części.

Sygn. akt I ACa 978/12

UZASADNIENIE

Powód, (...) Zakład (...) w G. wniósł o zasądzenie od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia w W. - (...) Oddziału Wojewódzkiego w K. kwoty 410 036,00 zł; z tym, że będący przedmiotem wyroku częściowego punkt I pozwu dotyczy żądania zasądzenia kwoty 377 408, 00 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 10 grudnia 2009 roku do dnia zapłaty. Uzasadniając żądanie pozwu w tym zakresie powód podał, że w dniu 26 stycznia 2007 roku zawarł ze stroną pozwaną umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, opieka długoterminowa - świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze. Strona pozwana po przeprowadzonej kontroli prawidłowości realizowania przez powoda świadczeń stwierdziła, że w okresie od 1 stycznia do 31 lipca 2008 roku Szpital udzielił świadczeń 22 nieuprawnionym do tego pacjentkom, a mianowicie tym, które według zmodyfikowanej skali B. uzyskały więcej niż 40 punktów. W wystąpieniu pokontrolnym strona pozwana zażądała zwrotu od powoda kwoty 276.660 zł. Żądanie uzasadnione było

brzmieniem § 12 pkt 3 ppkt 2 Zarządzenia nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa. Dalej strona powodowa podała, że w celu uniknięcia konieczności wypisania ze szpitala pacjentek, które uzyskały więcej niż 40 pkt według skali B., skierowanych na pobyt stały i których stan zdrowia nie pozwalał na samodzielne funkcjonowanie, w lipcu 2008 roku w szpitalu wyodrębniono zakład opieki długoterminowej o profilu psychiatrycznym, do którego pacjentki zostały przeniesione. Z datą 1 sierpnia 2008 roku Szpital zawarł z Oddziałem Funduszu umowę na świadczenie usług dla pacjentek przebywających na oddziale psychiatrycznym. Jednak za okres od 1 do 31 lipca 2008 roku strona pozwana nie zapłaciła za świadczenia udzielone 22 pacjentom skierowanym na pobyt przez jednostki administracyjne. Ponadto ze środków przekazanych stronie powodowej za świadczenia wykonane we wrześniu 2008 roku, pozwany potrącił kwotę 83.564 zł tytułem zwrotu nienależnie wypłaconych środków za świadczenia wykonane w lipcu 2008 r. Strona powodowa dodała następnie, że mając na uwadze chęć polubownego zakończenia sporu zawarła z pozwanym ugodę dotyczącą spłaty kwoty 276.660 zł wraz z naliczonymi odsetkami w kwocie 16.174,77 zł, co dało łącznie kwotę 292.843,77 zł. Jednak powód zastrzegł w ugodzie możliwość wystąpienia na drogę postępowania cywilnego. Zgodnie z ugodą powód dokonał spłaty spornej kwoty na rzecz pozwanego.

Strona pozwana w odpowiedzi na pozew wniosła o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Podniosła, że w wyniku kontroli przeprowadzonej u powoda stwierdzono, iż powód otrzymał zapłatę za świadczenia dla 22 pacjentek uzyskujących więcej niż 40 punktów według zmodyfikowanej skali B.. Zdaniem pozwanej, źródłem zobowiązań stron jest umowa nr (...), która do Zarządzenia Prezesa NFZ pośrednio się odwołuje. Na mocy aneksu nr (...) do w/w umowy powód zobowiązał się wykonywać umowę między innymi zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w Zarządzeniu Prezesa NFZ nr (...). Zatem powód nie miał prawa wykazywać pozwanemu pacjentek uzyskujących więcej niż 40 punktów według skali B. i uzyskiwać za nie od stycznia 2008 roku dofinansowanie ze strony funduszu. Pozwany dodał, że strona powodowa zawierając aneks do umowy zgodziła się na włączenie mechanizmu skali B. do treści stosunku zobowiązaniowego, zatem nie miał podstaw do żądania od funduszu wynagrodzenia za pacjentów, którzy przekraczali ilość punktów tej skali.

Sąd Okręgowy wyrokiem częściowym z dnia 15 września 2010 r. zasądził od strony pozwanej na rzecz powoda kwotę 292 843,77zł z ustawowymi odsetkami od dnia 9 stycznia 2010 r.

Sąd Okręgowy ustalił, że w dniu 26 stycznia 2007 roku strony zawarły umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej: opieka długoterminowa, świadczenia pielęgnacyjne i opiekunów. W dniu 19 listopada 2007 roku strony zawarły aneks nr (...) do umowy. W aneksie strony postanowiły, że na podstawie § 32 ust. 1 i 2 oraz § 38 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniając postanowienia protokołu z dnia 19 listopada 2007 roku oraz postanowienia § 24 zarządzenia nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa zmienionego zarządzeniem nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 października 2007 roku, z dniem 1 stycznia 2008 roku umowa nr (...) z dnia 26 stycznia 2007 r. otrzymuje nowe brzmienie o treści określonej w załączniku do niniejszego aneksu. W załączniku do aneksu nr (...) w § 1 ust. 2 strony ustaliły, że świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa zmienionym zarządzeniem nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 października 2007 roku. Załącznik w § 1 ust. 3 przewidywał, że warunki zawierania umów, o których mowa w ust. 2 obowiązują w okresie rozliczeniowym przypadającym na okres od dnia 1 stycznia 2008 roku do dnia 31 grudnia 2008 roku. Zarządzenie nr (...)

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa przewidywana w §12 ust. 3, że do zakładu pielęgniacyjno - opiekuńczego lub opiekuńczo-leczniczego o profilu ogólnym może zostać przyjęty pacjent, wymagający całodobowych świadczeń pielęgniacyjnych, z rozpoznaniem choroby przewlekłej, który w ocenie wg zmodyfikowanej skali B. uzyska od 0 do 40 punktów. W § 24 tego zarządzenia przewidziano, że dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu zaproponują świadczeniodawcom wprowadzenie zmian wynikających z mniejszego zarządzenia w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych przed dniem wejścia w życie zarządzenia. W lipcu 2008 roku w strukturze powodowego szpitala wyodrębniono zakład opieki długoterminowej o profilu psychiatrycznym, do którego przeniesiono cztery pacjentki. W dniach 22-26 września 2008 r. strona pozwana przeprowadziła kontrolę u strony powodowej i w protokole kontroli z dnia 4 listopada 2008 roku stwierdzono, że po skontrolowaniu dokumentacji indywidualnej wszystkich pacjentów Szpitala, tj. 131 pacjentek objętych opieką zakładu od stycznia do lipca 2008 roku ustalono, że spośród 72 pacjentek „zol-u dla dorosłych”, 1 pacjentka przekroczyła 40 punktów skali B. oraz 21 pacjentek, które w okresie od stycznia do lipca 2008 roku objęte były opieką szpitala, a po przekształceniu zakładu tj. od sierpnia są pacjentkami zakładu opiekuńczo-leczniczego o profilu psychiatrycznym przekroczyły 40 punktów w skali B.. W wystąpieniu pokontrolnym z dnia 13 stycznia 2009 roku pozwany wezwał stronę powodową do zwrotu nienależnie wypłaconej przez Narodowy Fundusz Zdrowia kwoty 276.660 zł na podstawie § 28 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz.U.08.81.484) oraz wystawienie faktury korygującej wraz z raportem statystycznym i sprawozdaniem za okres od stycznia do lipca 2008 roku. Powodowy szpital złożył zastrzeżenia do treści zawartych w wystąpieniu pokontrolnym. Po rozpatrzeniu tych zastrzeżeń strona pozwana częściowo je uwzględniła. Nie uwzględniła jednak zastrzeżeń dotyczących obowiązku zwrotu środków za świadczenia udzielone 22 pacjentkom, które przekroczyły liczbę 40 punktów w skali B., podnosząc, że od 1 stycznia 2008 roku w świetle obowiązującego zarządzenia nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 roku do zakładu opiekuńczo-leczniczego o profilu ogólnym może zostać przyjęty pacjent, wymagający całodobowych świadczeń pielęgniacyjnych, który w ocenie według skali B. uzyska od 0 do 40 punktów. Świadczeniodawca zaś w okresie od 1 stycznia do 30 czerwca 2008 r. obejmował opiekę pacjentki przekraczające ten poziom. Pacjentki, których dotyczyło wystąpienie pokontrolne przebywały, w powodowym szpitalu na podstawie decyzji administracyjnych kierujących je tam na pobyt stały na czas nieokreślony – 22 osoby. Spośród wspomnianych pacjentek, dziewięć została przyjętych w latach 1961-1972 w oparciu o decyzje wydane przez Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej, osiem w latach 1976-1998 na podstawie decyzji Urzędu Wojewódzkiego B., a pięć - w latach 1999-2006 na podstawie decyzji Starosty (...) wydanych w oparciu o art. 104 kodeksu postępowania administracyjnego, art. 2 ust. 1, art. 8 ust. 2 pkt 1, art. 34a ust. 1 i 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej oraz o przepisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 roku w sprawie sposobu i trybu kierowania osobami do zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach. W dniu 29 czerwca 2009 roku strony zawarły ugodę, w której strona pozwana wyraziła zgodę na rozwiązanie na 7 rat kwoty 276.660 zł. W § 3 strona powodowa zastrzegła, że uгода nie wyklucza możliwości wystąpienia przez świadczeniodawcę na drogę postępowania cywilnego, w celu poddania pod rozstrzygnięcie sądu powszechnego kwestii zakwestionowanych przez Oddział Funduszu w wystąpieniu pokontrolnym, świadczeń opieki zdrowotnej na łączną kwotę 276.660 zł. Strona powodowa spłaciła powyższą kwotę wraz

z odsetkami w kwocie 16.174,77 zł, a ich suma stanowi przedmiot rozstrzygnięcia. Stan faktyczny nie był sporny między stronami.

Sąd Okręgowy w rozważaniach prawnych wskazał, że powództwo w zakresie żądania zasądzenia (zwrotu) kwoty 292.843,77 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 9 stycznia 2010 r. zasługiwało w całości na uwzględnienie, gdyż zapłata tej kwoty przez stronę powodową na rzecz strony pozwanej nastąpiła w wyniku nienależnego świadczenia. Sąd odwołał się do art. 410 w zw. z art. 405 k.c., omówił ich treść i wskazał, że na kwotę 292.843,77 zł składają się następujące pozycje: kwota 276.660 zł, która została przekazana stronie powodowej przez pozwaną Narodowy Fundusz Zdrowia na sfinansowanie w okresie od dnia 1 stycznia 2008 r. do dnia 31 lipca 2008 r. świadczeń 22 pacjentkom, które uzyskały powyżej 40 pkt. wg zmodyfikowanej skali B., a którą strona powodowa musiała zwrócić, zobowiązana do tego przez stronę pozwaną w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 13 stycznia 2009 r. oraz kwota 16.174,77 zł tytułem naliczonych odsetek. Strona powodowa zwróciła powyższą kwotę stronie pozwanej w ratach w oparciu o postanowienia ugody, jaką strony zawarły w dniu 29 czerwca 2009 r. w K., ale - jak wynika z treści ugody - z zastrzeżeniem, że ugoda ta nie wyklucza jednocześnie możliwości wystąpienia przez stronę powodową na drogę sądową w celu dochodzenia zwrotu tej kwoty. Oznacza to, iż strona powodowa od początku kwestionowała trafność postępowania pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia, a potwierdza to również jej konsekwentne późniejsze postępowanie, tj. kierowanie pism do różnych podmiotów (m.in. premiera, Ministra Zdrowia, Marszałka Sejmu i in.), zawezwanie strony pozwanej przez stronę powodową do próby ugodowej przed Sądem Rejonowym dla Krakowa-Śródmieścia w Krakowie Wydział I Cywilny, sygn. akt I Co 1929/09/S, co nie doprowadziło do zawarcia ugody. Postępowanie strony powodowej przesądza równocześnie, że także w świetle art. 411 k.c. dopuszczalne żądanie zwrotu świadczenia, gdyż można przyjąć, że nastąpiło ono „z zastrzeżeniem zwrotu”.

Z ustaleń stanu faktycznego sprawy wynika, że strony łączyła umowa z dnia 26 stycznia 2007 r., Nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, opieka długoterminowa - świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, dotycząca współfinansowania przez stronę pozwaną świadczeń wykonywanych przez powodowy (...) Zakład (...) w G.. Umowa ta została następnie zmieniona aneksem z dnia 19 listopada 2007 r. nr (...), w którym powołano się m.in. na postanowienie § 24 zarządzenia nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa (dalej: Zarządzenie), obowiązującego od dnia 1 stycznia 2008 r. Na mocy tego aneksu wprowadzone zostało nowe, ujednoczone brzmienie umowy obowiązujące od dnia 1 stycznia 2008 r. Zgodnie z § 1 ust. 2 i 3 tej zmienionej umowy strona powodowa miała wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w Zarządzeniu, a warunki **zawierania** umów, o których mowa w ust. 2 obowiązują, w okresie rozliczeniowym przypadającym na okres od dnia 1 stycznia 2008 r. do dnia 31 grudnia 2008 r.

Strona pozwana żądając zwrotu kwoty 276.660 zł powoływała się na regulację § 12 pkt. 3 ppkt. 2 tego Zarządzenia. Zgodnie z nim w przypadku skierowania chorego do zakładu opiekuńczo-leczniczego na czas nieokreślony, ocena jego stanu samoobsługi odbywa się co 30 dni według załącznika nr 10 do Zarządzenia. W przypadku, gdy pacjent uzyskał więcej, niż 40 punktów według zmodyfikowanej skali B. (tzn. gdy jego stan zdrowia jest lepszy od minimalnego standardu wyznaczonego wspomnianą skalą ocen, ujednoczoną na płaszczyźnie międzynarodowej) Narodowy Fundusz Zdrowia nie finansuje dalszego jego pobytu. Jak wynika z bezspornego stanu faktycznego sprawy 22 pacjentki, posiadające powyżej 40 pkt. w skali B., których finansowania pobytu w przedmiotowym Zakładzie od stycznia do lipca 2008 r. dotyczy przedmiotowy spor, rozstrzygnięty wyrokiem częściowym, przebywają w powodowym (...) Zakładzie (...) w G. na podstawie decyzji administracyjnych/aktów administracyjnych kierujących je tam na pobyt stały, tj. na czas nieokreślony. Oznacza to, że obowiązkiem (...) Zakładu (...) w G. jest zapewnienie wszystkim tym pacjentkom należytej opieki i pomocy lekarskiej przez cały okres ich pobytu. Decyzje te jako ostateczne konkretyzują określony obowiązek strony powodowej i są dla niej wiążące, a dopuszczalność zmiany lub uchylecia tych decyzji jest możliwa wyłącznie w ustawowo określonym trybie i przez właściwy do tego organ. W przypadku tych decyzji nie doszło do ich wzruszenia w żaden przewidziany przez prawo sposób, obowiązują one zatem i wiążą tak długo, aż nie nastąpi obiektywna utrata ich mocy obowiązującej. Zatem, z jednej strony strona powodowa jest zobowiązana do udzielania tym osobom świadczeń, a z drugiej strony skutek wydania decyzji administracyjnych o skierowaniu tych pacjentek na pobyt stały do Zakładu strony powodowej nabyły one z mocy tych decyzji - aktów administracyjnych

określone prawo, a skoro decyzje te zostały wydane w oparciu o obowiązujące w dacie ich wydania prawo i nie zostały wzruszone, ani nie wygasły, zatem korzystają w konsekwencji z dobrodziejstwa zasady ochrony praw nabytych. Zmiana w zakresie ich sytuacji prawno-faktycznej miała być zdaniem strony pozwanej wywołana regulacją ww. Zarządzenia wprowadzonego aneksem do łączącej strony umowy. Zgodnie z jego § 25, Zarządzenie weszło w życie z dniem podpisania i ma zastosowanie do kontraktowania świadczeń na 2008 r. i lata następne. Wprowadzony zatem Zarządzeniem warunek dotyczący nie przekraczania 40 punktów według zmodyfikowanej skali B. obowiązuje od stycznia 2008 r. i dotyczy procedury **przyjąć nowych pacjentów** do Zakładu, tj. przyjmowanych po dniu 1 stycznia 2008 r., zwłaszcza, że z brzmienia § 1 ust. 3 umowy zmienionej aneksem wynika, że warunki z zarządzenia dotyczą „**zawierania umów**”, a więc nie dotyczą pacjentek objętych sporem o finansowanie pobytu. Odnośnie mocy obowiązującej samego zarządzenia należy przypomnieć, że zgodnie z art. 93 Konstytucji RP zarządzenia mają charakter wewnętrzny i obowiązują tylko jednostki organizacyjnie podległe organowi wydającemu te akty. Jako nie mające mocy źródeł powszechnie obowiązującego prawa same nie mogą stanowić podstawy decyzji wobec obywateli, osób prawnych oraz innych podmiotów. Zatem, poza treścią wynikającą z umowy, zarządzenie nie ma bezpośredniego zastosowania do umowy i nie dotyczy pacjentów, dla których wykonywanie świadczeń objęte jest jej przedmiotem. Ponadto Sąd odwołał się do zasady nie retroakcji przepisów – art. 3 k.c.

Istotne w sprawie jest również to, że w celu uniknięcia konieczności wypisania z (...) Zakładu (...) w (...) pacjentek, które uzyskały więcej, niż 40 punktów według zmodyfikowanej skali B. - a co należy jeszcze raz podkreślić - skierowanych tam na pobyt stały i których stan zdrowia nie pozwalał na samodzielne funkcjonowanie w środowisku (wymagających dalszej opieki całodobowej i dalszego leczenia chorób wrodzonych i nabytych), w lipcu 2008 roku w strukturze Zakładu w G. wyodrębniono zakład opieki długoterminowej o profilu psychiatrycznym, do którego je przeniesiono. Natomiast z datą 22 sierpnia 2008 r. strona powodowa zawarła ze stroną pozwaną umowę obowiązującą od dnia 1 sierpnia 2008 r. o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej "opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - na świadczenie usług dla pacjentek przebywających na oddziale psychiatrycznym. Jednakże za okres od dnia 1 do 31 lipca 2008 r. strona pozwana, wbrew postanowieniom umownym, nie zapłaciła (...) Zakładowi (...) w G. za świadczenia udzielone w tym czasie 22 pacjentkom, skierowanym tam przez właściwe jednostki administracyjne. Do końca lipca 2008 r. obowiązywała strony umowa z dnia 26 stycznia 2007 r., nr (...) wraz z aneksami, na podstawie której za udzielenie pacjentkom świadczeń zdrowotnych w okresie od stycznia do lipca 2008 roku przysługuje (...) Zakładowi (...) w G. należność, stosownie do postanowień umowy, także w zakresie objętym sporem. W kontekście wskazanej wyżej zmiany w organizacji Zakładu w G. i utworzenia w ramach istniejącego Zakładu dwóch oddziałów, w tym oddziału o profilu psychiatrycznym, należy z całym naciskiem podkreślić, że tego typu bariery techniczne, nie mogą przesądzać kwestii dotyczących finansowania świadczeń dla tych samych pacjentów przed i po przeniesieniu ich na inny oddział w tej samej strukturze Zakładu. Wszyscy bowiem pacjenci, zarówno ci ze skalą B. poniżej 40 pkt., jak i powyżej tej wielkości pozostali w Zakładzie i nadal tam przebywają, a ich pobyt jest współfinansowany przez NFZ. W okresie od sierpnia 2008r , za te same świadczenia , dla tych samych pacjentów tylko przebywających już na innym oddziale, NFZ dokonał już płatności bez żadnych zastrzeżeń. Zgodnie z treścią art. 354 k.c. 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. § 2 powołanego przepisu wskazuje, że w taki sam sposób powinien współdziałać przy wykonywaniu zobowiązania wierzyciel. Artykuł 354 k.c. obowiązkiem współdziałania - przy wykonywaniu zobowiązania - w równym stopniu obciąża wierzyciela, co dłużnika, a w doktrynie i judykaturze przyjmuje się jednakowe kryteria przy ocenie - wymaganej w tym zakresie - powinności każdego z nich (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 listopada 2000r. , II CKN315/00, Lex nr 52604). Strony przy wykonywaniu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej , opieka długoterminowa - świadczenia pielęgnacyjne winny zatem współpracować zgodnie z zasadą wyrażoną w przepisie art. 354 kc. Powodowy szpital z uwagi na umieszczenie w nim 22 pacjentek na mocy decyzji administracyjnych, kierujących je tam na pobyt stały, był zobligowany zapewnić pacjentkom wszelkie świadczenia, w tym w ramach opieki długoterminowej - świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze. Pozwany winien współdziałać przy regulowaniu płatności za udzielane świadczenia i oceniać obowiązki stron zgodnie z treścią umowy i w sposób odpowiadający celowi społeczno- gospodarczemu oraz zasadom współżycia społecznego, ewentualnie także ustalonym zwyczajom. Współdziałania NFZ zabrakło. Wszystkie te przesłanki wskazują, iż dokonana przez stronę powodową zapłata

przedmiotowej kwoty wraz z odsetkami (292.843,77 zł) była świadczeniem nienależnym w świetle art. 410 k.c. w związku z art. 405 k.c. Dodatkowo, uwzględniając specyfikę działalności strony powodowej oraz szczególną sytuację zdrowotną pacjentek (osób niepełnosprawnych, z których niektóre przebywały w Zakładzie nawet kilkadziesiąt lat), którym strona pozwana odmówiła współfinansowania leczenia w okresie od stycznia do lipca 2008 r. należy podkreślić, że - niezależnie od powołanej wyżej argumentacji - za takim finansowaniem przemawiają również zasady współżycia społecznego.

O odsetkach Sąd orzekł w oparciu o art. 481 k.c. przyjmując co do zasady, że roszczenie z tytułu nienależnego świadczenia, mającego taki charakter już w chwili spełnienia, staje się wymagalne od tej chwili (por. wyrok SN z dnia 22 marca 2001 r., V CKN 769/00, OSNC 2001/11/166) oraz biorąc pod uwagę żądanie strony powodowej zasądzenia odsetek od daty 9 stycznia 2010r., tj. od następnego dnia po realizacji ostatniej raty nienależnego świadczenia.

Wyrok ten zaskarżyła apelacją w całości strona pozwana, wnosząc o jego zmianę i oddalenie powództwa, oraz zasądzenie kosztów, ewentualnie o jego uchylenie i przekazanie sprawy sądowi I instancji do ponownego rozpoznania.

Apelująca zarzuciła naruszenie przepisów postępowania które miało wpływ na wynik sprawy, a to art. 227 i 233 § 1 k.p.c. przez poczynienie ustaleń sprzecznych z materiałem dowodowym i błędne ustalenie treści umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co spowodowało wypaczenie treści konkretnego zobowiązania wiążącego powoda z pozwanym, przy czym uchybienia te miały istotny wpływ na wynik sprawy, czyli na wydanie i treść zaskarżonego wyroku. Naruszenie przepisów prawa materialnego poprzez błędną jego wykładnię i zastosowanie: postanowień umowy nr (...) o udzielanie świadczeń zdrowotnych w brzmieniu nadanym jej aneksem nr (...) z dnia 19 listopada 2007 roku, w szczególności § 1 ust. 2 i 3 umowy, a także § 5 ust. 1 ogólnych warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2005, Nr 197, poz. 1643) oraz § 5 ust. 1 ogólnych warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2008, Nr81, poz.484), zwanych dalej OWU poprzez przyjęcie, że określone zarządzeniem Prezesa NFZ, inkorporowane do treści umowy zasady i warunki udzielania świadczeń w roku 2008 nie miały zastosowania do powoda; przepisu art.354§ k. c., poprzez nałożenie na stronę pozwaną niewynikającego z umowy zobowiązania, podczas gdy pozwany wykonał swoje zobowiązanie w całości zgodnie z jego treścią oraz w sposób odpowiadający jego celowi społeczno-gospodarczemu i zasadom współżycia społecznego, a dalsze obowiązki strony pozwanej nie znajdują umocowania w łączącej strony umowie oraz w przepisach prawa; przepisu art. 354 § 2 Kodeksu cywilnego, poprzez uznanie, że powód wykonał swoje zobowiązanie zgodnie z jego treścią, podczas gdy wykazał do rozliczenia świadczenia, których zgodnie z umową wykazać nie mógł; przepisu § 28 OWU poprzez uznanie, że świadczenie pozwanego nie było świadczeniem nienależnym, a co za tym idzie pozwanemu nie przysługiwała wierzytelność w stosunku do powoda, podczas gdy bezsporne między stronami było, że 22 pacjentki uzyskały ocenę według skali B. powyżej 40 punktów;

przepisów art. 410 w zw. z art. 405 Kodeksu cywilnego poprzez uznanie ich za podstawę rozstrzygnięcia, podczas gdy strony wiązała umowa i strona winna dochodzić swych roszczeń w oparciu o reżim kontraktowy;

art. 93 Konstytucji RP, określającego konstytucyjną regulację miejsca aktów mających charakter wewnętrzny w systemie prawa, gdzie decydujące znaczenie ma "hierarchiczne podporządkowanie" , określane w doktrynie jako jednostronna zależność osobowa i służbowa organu niższego stopnia od organu stopnia wyższego lub podmiotu podległego od podmiotu zwierzchniego, podczas gdy stosunek „Fundusz - świadczeniodawca” nie jest stosunkiem opartym na hierarchicznym, wewnętrznym podporządkowaniu, zależności osobowej, czy służbowej. Stosunek ten, co jest bezsporne w orzecznictwie, jest stosunkiem cywilnoprawnym, gdzie strony w umowie, określają wzajemne prawa i obowiązki. Ponadto wniosła o zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego i zwolnienie od kosztów.

Strona powodowa w odpowiedzi na apelację wniosła o jej oddalenie, obszernie odnosząc się do poszczególnych zarzutów.

Sąd Apelacyjny wyrokiem z dnia 16 lutego 2011 r. zmienił zaskarżony wyrok jedynie odnośnie daty wymagalności świadczenia z dnia 9 stycznia 2010 r., na 28 kwietnia 2010 r., a w pozostałej części apelację oddalił. Sąd II instancji podkreślił, że stan faktyczny w niniejszej sprawie był bezsporny i apelujący go nie kwestionował.

Odnosząc się do zarzutów apelacji wskazał, że z żadnego aktu prawnego będącego podstawą stosunku zobowiązaniowego stron nie wynika, aby regulowały one zasady współpracy stron retroaktywnie. Nie wskazuje też na to żaden przepis powołanego zarządzenia. Przeciwnie z § 25 zarządzenia wynika, że „zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania i ma zastosowanie do kontraktowania świadczeń na 2008 rok i lata następne”. Tym samym oznacza to, że odwołanie poczynione w umowie, po przyjęciu aneksu, do treści zarządzenia odnosiło się do zakresu regulacji zawartej w § 25 zarządzenia, a zatem do świadczeń na rzecz nowych pacjentów. Skoro strony nie uregulowały sposobu płatności na rzecz pacjentów już będących w powodowym szpitalu, to nie można domniemywać retroakcji aktów prawnych (art. 3 k.c.). Ponadto strona powodowa ma ustawowy obowiązek świadczenia usług, a odmowa udzielenia świadczeń pacjentom tego wymagającym skutkowałaby zagrożeniem ich życia lub zdrowia, dotyczy to m.in. 22 pacjentek, których finansowanie leczenia objęte jest sporem. Nadto, należy się zgodzić z Sądem I instancji, że zarówno cel istniejącego pomiędzy stronami stosunku prawnego w postaci finansowania usług opiekuńczo-zdrowotnych jak i prawa nabyte przez pacjentów skierowanych do powodowego szpitala na pobyt stały na podstawie decyzji administracyjnych sprzeciwiają się odmiennemu rozumieniu spornych przepisów umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Zasadnym było odwołanie się do przepisów o bezpodstawnym wzbogaceniu, zaś zarzuty naruszenia przepisów postępowania nie były skuteczne, nie wykazano ich naruszenia.

Strona pozwana wniosła skargę kasacyjną w której zaskarżając punkt drugi wyroku, to jest oddalenie apelacji w pozostałej części. Skargę kasacyjną oparła na następujących podstawach i zarzutach:

naruszeniu prawa materialnego przez błędną jego wykładnię i niewłaściwym zastosowaniu (art.398³ § 1 pkt. 1 k.p.c.) - art. 65 § 2 Kodeksu cywilnego, poprzez dokonanie błędnej wykładni postanowień umowy nr (...) o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka długoterminowa, w brzmieniu nadanym jej aneksem nr (...) z dnia 19 listopada 2007 roku, tj. § 1 ust. 2 i 3 umowy ustalającego warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez powoda w roku 2008, a także niezastosowania § 24 i błędnej wykładni § 25 Zarządzenia Prezesa NFZ, wbrew treści tych dokumentów i sprzecznie z ich literalnym brzmieniem, z pominięciem kontekstu sytuacyjnego, w jakim aneks do umowy został zawarty, celu, w jakim został zawarty, co skutkowało błędnym i sprzecznym treścią umowy przyjęciem, że Zarządzenie Prezesa NFZ ustalające warunki i zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w roku 2008, wydane na mocy delegacji ustawowej art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. 2008, Nr 164, poz. 1027), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, które na mocy zgodnej woli stron, poprzez zawarcie wskazanego wyżej aneksu, zostało inkorporowane do treści umowy, miało zastosowanie tylko do - jak to Sąd określa - „nowych” pacjentów; podczas gdy, postanowienia cyt. Zarządzenia Prezesa NFZ ustalające tak dla powoda, jak i wszystkich innych świadczeniodawców w Polsce posiadających analogiczne umowy (tak, już w 2007 obowiązujące, wieloletnie, o których stanowi § 24 Zarządzenia, jak i tych, które zostały zawarte wskutek kontraktowania świadczeń na rok 2008 i lata następne - vide: § 25 Zarządzenia), zasady i warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w roku 2008, wyraźnie stanowiło, że podopieczni świadczeniodawcy, którzy nie uzyskują wymaganej ilości punktów wg zmodyfikowanej skali B., a tym samym nie wymagają świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w umowie, nie są finansowani przez pozwanego; błędne dokonanie wykładni oświadczeń woli stron skutkowało błędnym przyjęciem, że pozwany zobowiązany był do współfinansowania podopiecznych powoda (pobyt oraz koszty hotelowe współfinansowane są z innych źródeł – ze świadczenia opieki społecznej), poprzez zapłatę za świadczenia opieki zdrowotnej, pomimo że sporni pacjenci wg umowy finansowanych świadczeń nie wymagali, stąd też nie mogli być wykazani do rozliczenia do Narodowego Funduszu Zdrowia. Powyższe jest sprzeczne tak z brzmieniem umowy, jak i jej celem, a spowodowało nałożenie na pozwanego niewynikającego ani z umowy, ani z ustawy o świadczeniach, zobowiązania, a tym samym i zobowiązanie pozwanego do wypłaty środków finansowych w sytuacji braku przesłanek do takiego działania; § 5 ust. 1 ogólnych warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z

dnia 6 października 2005 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2005, Nr 197, poz. 1643) oraz § 5 ust. 1 ogólnych warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2008, Nr 81, poz. 484), zwanych dalej OWU, wydanych na podstawie delegacji ustawowej art. 137 ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach, poprzez jego niezastosowanie, co skutkowało błędnym przyjęciem, że świadczeniodawca może udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w sposób dowolny, sprzecznie z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców, określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach, podczas gdy świadczeniodawca zobowiązany jest bezwzględnie przestrzegać zasad tamże określonych;

art. 3 Kodeksu cywilnego - poprzez niewłaściwe zastosowanie, skutkujące przyjęciem, **że skoro strony nie uregulowały sposobu płatności na rzecz pacjentów już będących w powodowym ZOL, to nie można domniemywać retroakcja aktów prawnych, podczas gdy strony w umowie określiły, że ocena samoobsługi wszystkich pacjentów** przebywających w zakładzie opiekuńczo-leczniczym na czas nieokreślony miała być dokonywana co 30 dni, a Fundusz finansował jedynie świadczenia dla pacjentów, którzy - według dokonywanej oceny pacjenta - uzyskali maksimum 40 pkt w skali B.;

art. 354 §1 k.c. poprzez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie przepisu, co spowodowało nałożenie na stronę pozwaną dodatkowego zobowiązania, podczas gdy pozwany wykonał swoje zobowiązanie w całości, zgodnie z jego treścią oraz w sposób odpowiadający jego celowi społeczno-gospodarczemu i zasadom współzycia społecznego, a dalsze obowiązki strony pozwanej nie znajdują umocowania w łączącej strony umowie oraz w przepisach prawa;

art. 354 § 2 k. c. poprzez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie przepisu, co spowodowało nałożenie na stronę pozwaną dodatkowego zobowiązania, a także uznanie, że powód wykonał swoje zobowiązanie zgodnie z jego treścią, podczas gdy tak nie było, albowiem wykazał on do rozliczenia świadczenia, których zgodnie z umową wykazać nie mógł;

art. 93 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej określającego konstytucyjną regulację miejsca aktów mających charakter wewnętrzny w systemie prawa - poprzez jego niewłaściwe zastosowanie, co skutkowało błędnym przyjęciem, że zarządzenia Prezesa NFZ są aktami wewnętrznymi, wydawanymi w stosunkach, gdzie decydujące znaczenie ma "hierarchiczne podporządkowanie" - określane w doktrynie jako jednostronna zależność;

osobowa i służbowa organu niższego stopnia od organu stopnia wyższego lub podmiotu podległego od podmiotu zwierzchniego, podczas gdy stosunek „Fundusz - świadczeniodawca” nie jest w żadnym razie stosunkiem opartym na hierarchicznym, wewnętrznym podporządkowaniu, zależności osobowej, czy służbowej; jest to stosunek cywilnoprawny, gdzie strony w umowie, określają wzajemne prawa i obowiązki;

§ 28 OWU - poprzez niezastosowanie tego przepisu i uznanie, że świadczenie pozwanego nie było świadczeniem nienależnym, a co za tym idzie pozwanemu nie przysługiwała wierzytelność w stosunku do powoda, podczas gdy bezsporne między stronami było, że 22 pensjonariuszki ZOL uzyskały ocenę według skali B. powyżej 40 punktów, a zatem, zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ, inkorporowanym przez strony do treści umowy, finansowaniu przez Fundusz nie podlegały;

art. 410 w zw. z art. 405 Kodeksu cywilnego - poprzez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie przepisów, co skutkowało uznaniem ich za podstawę rozstrzygnięcia, podczas gdy strony wiązała umowa cywilnoprawna i strona winna dochodzić swych roszczeń w oparciu o reżim kontraktowy;

art. 4, art. 35 ust.1-3 oraz art. 44 ust. 1-2 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 roku o finansach publicznych (Dz. U. 2005, Nr 249, poz. 2104) obligujących pozwanego, jako jednostkę sektora finansów publicznych, do ścisłego przestrzegania prawa w zakresie wydatków publicznych, pod rygorem odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych oraz art. 11 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 roku o odpowiedzialności za naruszenie

dyscypliny finansów publicznych (Dz. U. 2004, Nr 14, poz. 114) - poprzez ich nie zastosowanie, co skutkowało zobowiązaniem pozwanego do wypłaty środków finansowych w sytuacji braku przesłanek do takiego działania;

naruszeniu przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na wynik sprawy (art. 398³ § pkt. 2 k.p.c.), a to:

art. 328 § 2 oraz 378 § 1 w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. - poprzez brak merytorycznego stanowiska odnośnie zgłoszonego w apelacji zarzutu naruszenia przepisów postępowania, co utrudnia, czy wręcz uniemożliwia kontrolę kasacyjną;

art. 233 § 1 w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. - pomimo braku uzasadnienia i jedynie lakonicznego stwierdzenia o bezzasadności naruszenia tego przepisu przez Sąd I instancji, co utrudnia pozwanemu polemikę - poprzez poczynienie ustaleń sprzecznych z zebraniem w sprawie materiałem dowodowym, tj. błędne ustalenie treści umowy łączącej powoda z pozwanym o udzielenie oświadczenie opieki zdrowotnej, wysnucie z materiału dowodowego wniosków kontrfaktycznych, poprzez uznanie, że Zarządzenie Prezesa NFZ, ustalające warunki udzielania świadczeń w roku 2008, inkorporowane do treści umowy, ma zastosowanie jedynie do „nowych” pacjentów, podczas gdy, postanowienia cyt. Zarządzenia Prezesa NFZ ustalające tak dla powoda, jak i wszystkich innych świadczeniodawców w Polsce posiadających analogiczne umowy (tak, już w 2007 obowiązujące, wieloletnie, o których stanowi § 24 Zarządzenia, jak i tych, które izostały zawarte wskutek kontraktowania świadczeń na rok 2008 i lata następne - vide: § 25 Zarządzenia), zasady i warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w roku 2008, wyraźnie stanowiło, że podopieczni świadczeniodawcy, którzy nie uzyskują wymaganej ilości punktów wg zmodyfikowanej skali B., a tym samym nie wymagają świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w umowie, nie są finansowani przez pozwanego;

błędne ustalenie treści umowy skutkowało błędnym przyjęciem, że pozwany zobowiązany był do współfinansowania podopiecznych powoda (pobyt oraz koszty hotelowe współfinansowane są z innych źródeł - ze świadczenia opieki społecznej) poprzez zapłatę za świadczenia opieki zdrowotnej, pomimo że sporni pacjenci wg umowy finansowanych świadczeń nie wymagali, stąd też nie mogli być wykazani do rozliczenia do Narodowego Funduszu Zdrowia. Wszystko to spowodowało wypaczenie treści konkretnego zobowiązania wiążącego powoda z pozwanym, przy czym uchybienia te miały istotny wpływ na wynik sprawy, czyli na wydanie treść zaskarżonego wyroku.

Strona pozwana wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku w zaskarżonej części i jego zmianę poprzez orzeczenie co do istoty sprawy (art. 398¹⁶ zd. 1 k.p.c.), to jest oddalenie powództwa, w takim przypadku nadto wnosząc o orzeczenie o zwrocie świadczenia spełnionego na mocy zaskarżonego wyroku (art. 415 zd. 1 w zw. z art. 398¹⁶ zd. 2 k.p.c.), albo w razie uznania podstawy naruszenia przepisów prawa materialnego za nieuzasadnioną uchylenie zaskarżonego wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania (art. 398¹⁵ § 1 zd. 1 k. p.).

Wyrokiem z dnia 30 marca 2012 r. Sąd Najwyższy uwzględnił skargę kasacyjną i uchylił zaskarżony wyrok w części oddalającej apelację.

Sąd Najwyższy wskazał, że w ramach podstawy skargi kasacyjnej z art. 398 § 1 pkt 2 k.p.c. naruszenie art. 328 § 2 k.p.c., wobec treści § 3 tego przepisu, nie stanowi podstawy skargi kasacyjnej, jednak zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Sądu Najwyższego uchybienie przez sąd drugiej instancji treści art. 328 § 2 w związku z art. 391 § 1 k.p.c. przez sporządzenie uzasadnienia nie odpowiadającego wymaganiom, jakie stawia wymieniony przepis, może wyjątkowo wypełniać podstawę kasacyjną przewidzianą w art. 398³ § 1 pkt 2 k.p.c. Ma to miejsce wówczas, gdy wskutek uchybienia wymaganiom określającym zasady motywowania orzeczeń nie poddaje się ono kontroli kasacyjnej, w szczególności gdy uzasadnienie nie ma wszystkich koniecznych elementów, bądź zawiera takie braki, które ją uniemożliwiają. Wadami takimi w niniejszej sprawie są (1) sprzeczność wewnętrzna stanowiska Sądu polegająca na wskazaniu, że apelujący zarzucił naruszenie przepisów postępowania poprzez poczynienie ustaleń sprzecznych z materiałem dowodowym, w szczególności przez błędne ustalenie treści umowy o udzielenie świadczeń, co miało spowodować wypaczenie treści zobowiązania łączącego strony i bezpośrednio po tym stwierdzenie, że stan faktyczny był bezsporny, a apelujący go nie kwestionował, (2) niespójność i sprzeczność wewnętrzna argumentacji, używanie nieadekwatnych pojęć języka prawnego (przykładowo zdanie „Skoro strony nie uregulowały sposobu płatności na

rzecz pacjentów już będących w powodowym szpitalu to nie można domniemywać retroakcji aktów prawnych", „cel istniejącego między stronami stosunku prawnego w postaci finansowania usług opiekuńczo-zdrowotnych sprzeciwia się odmiennemu rozumieniu spornych przepisów umowy"), naruszenie zasad logicznego wnioskowania, (3) w zakresie podstawy prawnej m.in. jej niepełność, brak koniecznych rozróżnień między źródłami stosunku zobowiązaniowego jakimi są akty normatywne i umowa, między kształtującymi treść stosunku prawnego przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1643 z późn. zm.), a zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, oraz pominięcie następstw tych różnic dla praw i obowiązków stron, a w dalszej kolejności dla wynikających z nich praw podmiotowych jako źródeł roszczeń.

Przy szeregu zastrzeżeń Sąd Najwyższy odniósł się również do podstawy kasacyjnej z art. 398³ § 1 pkt 1 k.p.c. uznając to za celowe i niezbędne. Sądy obu instancji rozstrzygając spór pominęły bowiem jego istotę, wynikającą ze statusu prawnego stron i specyfiki łączącego je stosunku zobowiązaniowego. Zdaniem Sądu Najwyższego podstawą rozważań powinno być stwierdzenie, że zastosowanie mają przepisy prawne obowiązujące w dacie relewantnych zdarzeń faktycznych i prawnych (zawarcia umowy i jej obowiązywania w okresie od stycznia do 30 czerwca 2008 r.), tj. ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1643). Tylko powyższym aktom prawnym można przypisać walor źródeł prawa w rozumieniu art. 87 ust. 1 Konstytucji RP. Za kwalifikacją rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (wprawdzie wydanego w dniu 13 maja 2008 r., ale na podstawie tej samej delegacji ustawowej, tj. art. 137 uósz, obejmującego ten sam przedmiot regulacji) jako aktu wykonawczego należącego do systemu źródeł prawa, nie podlegającego zasadom kontroli wzorców umownych, opowiedział się Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 17 grudnia 2010 r., III CSK 93/10, nie publ. Przepisy zawarte we wskazanych aktach normatywnych, mające charakter bezwzględnie obowiązujący (*ius cogens*), ukształtowały *ex lege* treść stosunku prawnego łączącego strony (art. 353¹ k.c.). Odmiennie ocenić należy charakter prawny zarządzenia nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa, i zmieniającego je zarządzenia nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 października 2007 r. Mimo użycia w tytule zwrotu „warunków zawierania i realizacji umów” i posługiwania się paragrafami jako jednostkami redakcyjnymi tekstu zarówno podstawa ich wydania (art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 pkt 1 i 3 uósz), jak i treść (w tym § 1) wskazuje, że materia zarządzeń jest uregulowanie postępowania w sprawie zawarcia i realizacji umów oraz warunków wymaganych od świadczeniodawców, stworzenie jednolitego wzoru umowy o udzielanie świadczeń, odstępstwa od którego wymagały pisemnej zgody Prezesa Funduszu (§ 4 ust. 5), ponadto sprecyzowanie zakresu świadczeń ciążących na stronach w wypadku zawarcia umowy. Nie ulega zatem wątpliwości że, o ile cytowane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. jest aktem prawnym, w nauce prawa czasami określanym - z uwagi na przedmiot regulacji - jako wzorzec normatywny wydany na podstawie delegacji ustawowej, o tyle zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wydawane jedynie w oparciu o przepis kompetencyjny, zawierają postanowienia, które muszą być wprowadzone przez strony wprost lub pośrednio (przez odwołanie do nich) do umowy. Postanowienia takie, mieszcząc się w zasadzie swobody umów, stanowią sposób ukształtowania ich treści. Jeżeli nie zostały przeniesione wprost i w całości, tylko przez wskazanie, należy je traktować jako wzorzec kwalifikowany wyznaczający treść stosunku prawnego, oddziaływujący na treść, ale zewnętrzny wobec umowy (*lex contractus*). Konsekwentnie zmiana wzorca dokonywana zarządzeniem Prezesa NFZ, dla związania stron kontraktu, wymagała przyjęcia go przez adherenta. Z tej przyczyny naruszenia wskazanych postanowień umowy lub wzorca kwalifikowanego, mającego takie znaczenie jak umowa, nie mogą być powołane jako samodzielna podstawa kasacyjna naruszenia przepisów prawa materialnego (por. orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 24 lipca 1998 r., I CKN 774/97, z dnia 9 lutego 1999 r. CKN 891/98, z dnia 9 lipca 1999 r., II CKN 299/98, z dnia 31 maja 2001 r., V CKN 247/00). Nie uchylają się jednak spod kontroli kasacyjnej, która jest dokonywana na takich samych zasadach jak oświadczenie woli stron. Odpowiednio zatem (1) ustalenie treści zawsze należy do podstawy faktycznej, regulowanej przepisami prawa procesowego i zarzutami z podstawy art. 398³ § 1 pkt 2 k.p.c., (2) wykładnia oświadczeń woli

i wzorca kwalifikowanego, rozumiana jako ustalenie ich sensu, w celu stwierdzenia prawnie wiążącego znaczenia regulacji zawartej w oświadczeniu woli, dokonywana jest zgodnie z regułami określonymi w art. 65 k.c., stanowiąc zagadnienie prawa materialnego, (3) subsumcja nie wynika z woli stron, tylko z normy prawnej, która stanowiąc źródło stosunku prawnego determinuje jej kwalifikację jako zagadnienie prawa materialnego. W umowie stron, wskazano, że świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa, zmienionym zarządzeniem nr (...)/D.)Z Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 października 2007 r., zwanych dalej „warunkami zawierania umów”. Oznacza to że postanowienia wskazanego zarządzenia zostały przyjęte przez strony, obok umowy jako wzorzec kwalifikowany, i wiążą jako *lex contractus*. Konsekwentnie chybione jest stanowisko Sądu Apelacyjnego w zakresie stosowania prawa poprzez przyjęcie nieistniejących norm prawnych, nadto określenia ich jako wewnętrzzakładowe, obowiązujące wyłącznie jednostki organizacyjne podległe Prezesowi NFZ. Bezpodstawny jest także dychotomiczny podział postanowień zarządzenia i wywodzony stąd wniosek o możliwości jego zastosowania tylko w części dotyczącej zawierania umów. Zasady techniki legislacyjnej, często wykorzystywane przy konstruowaniu kontraktów, zezwalają na skrótowe określanie dłuższych zwrotów poprzez użycie formuły „zwanych dalej”. Takie sformułowanie § 1 ust. 2 zmodyfikowanej umowy, obowiązującej w 2008 r., było zatem dopuszczalne i nie powinno budzić wątpliwości do treści.

Trafna jest podstawa kasacyjna naruszenia prawa materialnego w zakresie wadliwej wykładni umowy łączącej strony oraz nieprawidłowej subsumcji (art. 65 § 2 k.c., art. 93 Konstytucji RP). Dokonując jej Sąd Apelacyjny powinien mieć na względzie również specyfikę stosunku prawnego, obejmującą kwestie podmiotowe i przedmiotowe. I tak powód nie miał statusu prawnego zakładu opieki zdrowotnej - szpitala, jak bezpodstawnie przyjął Sąd, a samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej - zakładu opiekuńczo- leczniczego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91 poz. 408 z późn. zm.), udzielającego na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w systemie stacjonarnym. W zakresie objętym sporem udzielane one były w rodzaju opieka długoterminowa, grupie - świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze. Umowa i cytowane zarządzenia nr (...), nr (...) Prezesa NFZ określały katalog zakresów tych świadczeń, tj. wykaz świadczeń kontraktowanych i wykonywanych przez świadczeniodawcę w opiece długoterminowej, w którym mieściły się procedury medyczne (pakiet świadczeń), ponadto sposób i kwoty ich finansowania. Zarządzenia określały, że świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w warunkach stacjonarnych przeznaczone były dla osób obłożnie i przewlekle chorych, nie wymagających hospitalizacji, u których występowały istotne deficyty w samoopiece i które wymagały całodobowej, profesjonalnej, intensywnej opieki i pielęgnacji oraz kontynuacji leczenia. Do zakładów takiej opieki o profilu ogólnym nie mogły być przyjmowane osoby kwalifikujące się do domów pomocy społecznej, lub u których podstawowym wskazaniem do objęcia opieką były trudna sytuacja socjalna, zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie. Sposób i tryb kierowania do zakładów oraz zasady ustalania odpłatności za pobyt w nich określało rozporządzenie Ministra Zdrowia (...) z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. Nr 166, poz. 1265). Przewidywało ono jednocześnie że zasadą jest odpłatność pobytu w zakładzie, obejmująca koszty wyżywienia i zakwaterowania, przy czym obowiązek pokrycia opłat spoczywał na osobie skierowanej lub opiece społecznej. Istotną nowością wprowadzoną w zarządzeniu nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia było stwierdzenie, że do zakładu pielęgnacyjno- opiekuńczego lub opiekuńczo- leczniczego o profilu ogólnym nie może zostać przyjęty pacjent, wymagający całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, z rozpoznaniem choroby przewlekłej, który w ocenie dokonanej wg zmodyfikowanej skali B. uzyskał od 0 do 40 punktów, w przypadku skierowania takiego pacjenta do zakładu opiekuńczo-leczniczego na czas nieokreślony, ocena jego stanu samoobsługi odbywa się co 30 dni według załącznika nr 10 zarządzenia. Zawarto w nim ponadto zastrzeżenie, że w przypadku gdy pacjent uzyskał więcej niż 40 punktów wg tej skali Narodowy Fundusz Zdrowia nie finansuje dalszego pobytu (§ 12). Trafnie podniósł pozwany w skardze, że chybione było odwołanie się przez Sąd do zakazu retroakcji (art. 3 k.c.). Powyższa norma stanowi, że ustawa nie ma mocy wstecznej, chyba że wynika to z jej brzmienia lub celu. Z oczywistych względów, skoro podstawą modyfikacji umowy nie była zmiana przepisów rangi ustawowej, nie mógł on mieć zastosowania w sprawie. Niemniej równoległe odwoływanie się

przez Sąd do zasady niezmienności świadczeń i ochrony praw nabytych pacjentów przebywających w zakładzie na podstawie decyzji administracyjnej, kierujących na pobyt stały, wymaga odniesienia się i do tych kwestii. Punktem wyjścia musi być stwierdzenie że, zgodnie z art. 15 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w brzmieniu mającym zastosowanie w sprawie, świadczeniobiorcy na zasadach określonych w ustawie mieli prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Prawo to było zapewnione i finansowane ze środków publicznych, na zasadach i w zakresie określonym w ustawie, także w odniesieniu do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Z ustawowych obowiązków Narodowego Funduszu Zdrowia polegających na zapewnieniu ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych na zasadzie bezpłatności lub częściowej odpłatności, organizowaniu świadczeń i redystrybucji środków finansowych nie można wywieść obowiązku zapłaty za każde świadczenie udzielone ubezpieczonemu. Jego źródłem zawsze musi bowiem być stosunek zobowiązaniowy wynikający z umowy, jednostronnej czynności prawnej, ustawy, aktu administracyjnego lub innych zdarzeń prawnych, ponadto istotą systemu jest limitowane zaspokajanie zmiennych, ale rzeczywiście istniejących, potrzeb świadczeniobiorców. Tych reguł nie zmienia specyfika stacjonarnych publicznych zakładów opieki długoterminowej, kwalifikowany tryb kierowania do nich i fakt, że podstawą przyjęcia jest decyzja administracyjna o skierowaniu na pobyt stały. Nie rodzi ona po stronie skierowanego prawa podmiotowego do nieodpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej, ani obowiązku zapewnienia takowych przez zakład. Podstawą świadczeń, wyznaczającą ich maksymalny zakres przedmiotowy, jest bowiem - co do zasady - umowa zawierana pomiędzy NFZ a zakładem jako świadczeniodawcą. Koszty świadczeń, wykraczających poza obowiązki NFZ wynikające z umowy, powinny być pokrywane z własnych środków pacjentów, a w ich braku finansowane w ramach systemu opieki społecznej. Chybione jest odwoływanie się do ochrony praw nabytych. Jakkolwiek, wyprowadzany przez Trybunał Konstytucyjny z przepisów Konstytucji RP, zakaz pozbawiania obywateli praw podmiotowych i ekspektatyw ukształtowanych przez ustawy, powstałych w wyniku realizacji praw podstawowych oraz zakaz ich ograniczania w stopniu naruszającym istotę danego prawa - bez pełnego ekwiwalentu praw (uprawnień) utraconych - obejmuje także prawa nabyte na podstawie decyzji administracyjnych przyznających świadczenia, to Konstytucja RP nie gwarantuje ani ich nienaruszalności, ani nie uniemożliwia dokonywania uzasadnionych zmian. W szczególności art. 68 Konstytucji RP, mający charakter gwarancyjny, stwierdzając że każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a Państwo zapewnia równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wskazuje, że zakres i warunki udzielania świadczeń określa ustawa. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. nie tylko dopuszcza, ale wręcz oparta jest na zasadzie kontraktów, rozliczanych następczo po weryfikacji niezbędności udzielonych świadczeń. Zmiany potrzeb pacjentów, przebywających w zakładach opieki długoterminowej, uzasadniają modyfikację zakresu usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych oraz odpowiednio sposobu i źródeł ich finansowania. Twierdzenie Sądu Apelacyjnego, że odmowa udzielenia takich świadczeń pacjentom tego wymagającym skutkowałaby zagrożeniem życia lub zdrowia, m.in. w odniesieniu do dwudziestu dwóch pacjentek, których finansowanie leczenia objęte jest sporem, należy uznać za całkowicie dowolne. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w braku cech nagłości i konieczności wykonania zabiegów ratujących życie i zdrowienie nie są objęte bezwzględny prawny obowiązek świadczenia (art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej), a ewentualne wyjątki uzasadniające odmienną ich kwalifikację nie zostały wskazane.

W dalszym toku postępowania strona pozwana odwołując się do orzeczenia Sądu Najwyższego podkreśliła przyjęcie przez powoda zmian w umowie, oraz jedynie dofinansowujące znaczenie świadczeń NFZ, podtrzymując wcześniejsze zarzuty.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje: Apelacja strony pozwanej nie jest zasadna, przy innym uzasadnieniu rozstrzygnięcia niż przyjęte przed orzeczeniem Sądu Najwyższego.

1. W pierwszej kolejności odnieść należy się do zarzutów naruszenia prawa procesowego, przypominając, że sprowadzał się on do poczynienia ustaleń sprzecznych z zebrany materiał dowodowy, w szczególności błędnie ustalono treść umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co spowodowało wypaczenie treści konkretnego zobowiązania wiążącego powoda z pozwanym. W uzasadnieniu skarżący odnosi się do wniosków Sądu I instancji, a

nie do ustaleń / nomen omen k. 233 akt /, np. „dokonał wadliwej interpretacji postanowień łączącej strony umowy”, „spór ... sprowadzał się do oceny prawnej stosunku zobowiązaniowego”. Apelacja nie wskazuje na jakiegokolwiek ustalenie faktyczne Sądu I instancji / k. 221 – 223 /, który podkreślił, że stan faktyczny był niesporny i dotyczył zagadnień prawnych. W tym stanie rzeczy wobec nie wykazania, ani nawet nie wskazania okoliczności nieprawidłowo ustalonej przez Sąd I instancji zarzuty apelacji muszą zostać uznane za niezasadne. Na marginesie jedynie nie sposób nie zauważyć, że Sąd Apelacyjny w uzasadnieniu wyroku z dnia 16 lutego 2011 r. stwierdził, że podziela ustalenia faktyczne Sądu I instancji. Utrwalone orzecznictwo Sądu Najwyższego wskazuje, że przepis art. 227 k.p.c. nie może być naruszony przez sąd, nie stanowi źródła obowiązków ani uprawnień jurysdykcyjnych sądu, /por. wyroki SN z dni : 13 maja 2011 r. V CSK 361/10, LEX nr 1001340, 7 października 2004 r. IV CK 75/04 LEX nr 142533, 28 września 2011 r. I UK 36/11, LEX nr 1102992 /. W sprawie nie zaistniał problem pominięcia dowodu, stąd dalsze rozważania dotyczące art. 227 k.p.c. były zbędne. Zarzutu naruszenia art. 217 k.p.c. nie było. Przepis art.233 k.p.c. w szczególności paragraf pierwszy określa granice swobodnej oceny dowodów, którymi są przepisy prawa procesowego, oraz reguły logicznego myślenia, doświadczenie życiowe, a sąd przy ich wykorzystaniu w bezstronny, racjonalny sposób wszechstronnie rozważa materiał dowodowy. / por. wyrok z dnia 10 czerwca 1999 r. II UKN 685/98 OSNP 2000, nr 17, poz. 655, a także z dnia 6 lipca 2005 r. III CK 3/05, LEX nr 180925, odpowiednio do apelacji, postanowienie z dnia 23 stycznia 2001 r., IV CKN 970/00; także rozważania uchwały 7 sędziów z dnia 23 marca 1999 r., III CZP 59/98, OSNC 1999 r., Nr 7 – 8, poz. 124 /. Przypomnienie to o tyle jest istotne, że podnosząc zarzut naruszenia tego przepisu strona apelująca, zobowiązane jest do określenia, które konkretnie ustalenie sądu narusza ten przepis i w jaki sposób, nie wystarcza podniesienie ogólnie zarzutu. Powyżej wskazano że apelujący w żadnym zakresie nie wskazał, które z ustaleń kwestionuje, zarzuty dotyczą, co pokazano cytatami interpretacji i wniosków sądu wyprowadzonych z ustaleń faktycznych, co powoduje niezasadność zarzutów naruszenia prawa procesowego, a w konsekwencji ustabilizowanie stanu faktycznego.

Podsumowując, zarzuty naruszenia prawa procesowego nie były zasadne. Sąd Apelacyjny podziela ustalenia faktyczne Sądu I instancji i przyjmuje je za własne.

W związku z wywodami Sądu Najwyższego Sąd Apelacyjny jedynie uzupełniająco i ilustracyjnie wskazuje dodatkowo na następujące okoliczności wynikające z przedłożonych i nie kwestionowanych dokumentów. W zastrzeżeniach strony powodowej do wyników kontroli / k. 43 /, wskazano, że na oddziale ogólnym przebywa między innymi czworo pacjentów o wzroście 122 i 127 cm, wadze 22 i 20 kg i wieku 26 i 29 lat, a także 130 i 140 cm, wadze 28 i 30 kg, w wieku 45 i 53 lata, a strona pozwana zastrzeżenia co do wielkości ich łóżek uwzględniła. Osoby których świadczenia zakwestionowano w dacie kontroli liczyły od 30 do 64 lat, z tym, że tylko jedna osoba liczyła lat trzydzieści, a kolejne już 40 i więcej lat / k. 40 i 41/. Wysokość świadczenia NFZ na osobę w oddziale – zakładzie opiekuńczo leczniczym dla dorosłych wynosiła dziennie 60 zł / k. 129 i k. 180 /, przed wydzieleniem nowego oddziału/ zakładu – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień i po jego powstaniu / k. 176/, zaś w opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – zakład opiekuńczo – leczniczy psychiatryczny – 68 zł osoba, / k. 175 i 194 /. Powyższe ustalono na podstawie dokumentów powyżej powołanych pochodzących od obu stron. Dla porządku podkreślenia wymaga, że dochodzona kwota żądania głównego wynika ze spełnionego przez NFZ i następnie zwróconego przez powoda, z zastrzeżeniem możliwości żądania zwrotu, świadczenia. Wynika z tego, że środki te zużyto na potrzeby 22 osób pozostających w opiece powoda.

2. Żądanie pozwu zakotwiczone jest w prawach obywatela wynikających z Konstytucji z dwóch odrębnych źródeł, prawa do opieki zdrowotnej i obowiązku organów państwa do respektowania i wykonywania obowiązków wynikających z orzeczeń organów państwowych, w tym wypadku decyzji administracyjnych o umieszczeniu konkretnych osób w zakładzie opiekuńczym. Art. 68 Konstytucji stanowi o prawie do ochrony zdrowia, przy czym przy zachowaniu równości w dostępie do świadczeń wskazuje na odrębność pozycji osób niepełnosprawnych, rozumianą autonomicznie. Niewątpliwie organy państwa wydając decyzje w okresie kilkudziesięciu lat o umieszczeniu osób z zakładzie opiekuńczo leczniczym musiały kierować się brakiem sprawności i niemożnością samodzielnego funkcjonowania osób objętych takimi decyzjami. Podsumowując, organy państwa zobowiązane są do przestrzegania prawa, a więc respektowania i wykonywania decyzji administracyjnych / por. wyrok NSA z dnia 16 stycznia 2007

r. I FSK 477/06 ONSAiWSA 2008, nr 2, poz. 32; wyrok SN z dnia 24 listopada 2006 r. III CSK 181/06 Lex nr 607569, dotyczy jednak innego zagadnienia, sfinansowania wzrostu wynagrodzeń, a nadto w sprawie są też decyzje indywidualne administracyjne/. W rezultacie te dwie nakładające się przesłanki i podstawy zobowiązywały organ wprowadzający zmiany w sytuacji tych osób do jej uregulowania, czego akty prawne prezesa NFZ nie zapewniały, pomijając zupełnie sytuację osób takich jak występujące w sprawie. NFZ jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną, jednak wykonującą władztwo państwowe w zakresie finansowania ochrony zdrowia, a więc w istocie wypełnia władzę państwową w tym ustawowo określonym zakresie – art. 96, 108 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych t. j. Dz. U. z 2008 r., Nr 164. Poz. 1027 ze zm. /. Zawierając umowy i finansując świadczenia zobowiązany jest do uwzględniania stosunków trwałych wynikających z innych regulacji. W zderzeniu polityki zawierania umów i finansowania zadań z indywidualnymi stosunkami trwałymi obywateli umowy ze świadczeniodawcami muszą respektować sytuację takich osób.

Przechodząc dalej w okolicznościach sprawy nie było sporne, że osoby w stosunku do których zakwestionowano udzielenie świadczeń w okresie od 1 stycznia 2008 r. do 31 lipca 2008 r., po formalnym utworzeniu oddziału opieki psychiatrycznej uzyskały finansowane przez NFZ świadczenie, w istocie w takim samym zakresie jak poprzednio, a więc nie kwestionowano tego, że są osobami wymagającymi opieki w zakładzie opiekuńczym w zakresie opieki psychiatrycznej, a jak wyżej wskazano środki finansowe z tym związane nie były niższe niż w oddziale opiekuńczo leczniczym. Dodatkowo z art. 10 oraz art. 38 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego / Dz. U. t. j. z 2011 r., Nr 231, poz. 1375 ze zm. / wynika, że od osób którym udzielane są świadczenia nie pobiera się opłat, nawet gdy nie są ubezpieczone, a przepis w merytorycznej treści nie ulegał zmianie, zaś dom pomocy społecznej to tym bardziej także oddział opieki psychiatrycznej. Uwzględniając okoliczności sprawy nie sposób obciążyć powoda, przy założeniach, że NFZ jedynie kontraktuje świadczenia i nic ponadto, odpowiedzialnością za osoby przebywające, jak w sprawie, w (...) w G.. Zarazem Zakład ten nie mógł po prostu pozbyć się osób powierzonych mu decyzjami, gdy nie są to osoby samodzielnie funkcjonujące, przebywające w zakładzie od kilkunastu do kilkudziesięciu lat, niezależnie od zmodyfikowanej skali B., nie o tak określoną samodzielność tu chodzi, nie ma też środków do zmuszenia ośrodka pomocy do przeniesienia kogokolwiek. Pytanie zresztą dokąd miałyby to nastąpić, przy uwzględnieniu dobra osoby objętej świadczeniami. Jeśli przyjąć, że świadczenia nie były objęte, jak to wskazuje Sąd Najwyższy umową, powód wykonał obowiązki obciążające organy państwa na mocy indywidualnych decyzji administracyjnych, za te organy, w związku z czym uprawniony jest do otrzymania za to zwykłego wynagrodzenia. Jego wysokość wobec wskazanych powyżej okoliczności nie wywołuje wątpliwości Sadu Apelacyjnego i odpowiada świadczeniom wcześniej ustalonym w umowie dla innych potrzeb. Wykonanie świadczenia potwierdził dokument pozwanego, protokół kontroli, a dodatkowa należenie się świadczeń konkretnym osobom przyjęcie i rozliczenie za dalszy okres w oddziale o innej nazwie. Także ta okoliczność jest istotna, niemoralna, naruszająca zasady współżycia społecznego, jest sytuacja gdy w zależności od formalnej nazwy oddziału przysługuje możliwość otrzymania świadczenia zdrowotnego, jak i rozliczenia świadczącego. Wreszcie brak świadczeń mógł otwierać roszczenia odszkodowawcze po stronie uprawnionych posiadających wykonalne decyzje, przed czym zabezpieczył organy państwa powód. Przekształcenia i zmiany zasad świadczeń nie zwalniały z wykonania decyzji, nie można pominąć też stanu psychicznego uprawnionych. Powyższe prowadzi do konkluzji, że skoro stron nie łączył w zakresie tych świadczeń, wedle Sądu Najwyższego stosunek umowny, to brak było stosunku zobowiązaniowego. Powód w pozwie / k. 7 / powołał jako podstawę żądania art. 410 k.c. odwołując się do bezpodstawnego wzbogacenia strony pozwanej, z tytułu zwrotu wypłaconych za świadczenie środków. Sytuacja o tyle jest inna, że nie zwrot środków, ale odmowa pokrycia kosztów świadczeń spełnionych w interesie i za organy państwa powoduje ich bezpodstawne wzbogacenie i uzasadnia żądanie zapłaty, przez podmiot działający w przekonaniu, że istnieje podstawa świadczenia, choć obiektywnie odpadła – art. 410 k.c. w zw. z art. 405 i n. k. c. / por. wyroki z dni : 9 lutego 2012 r., I PK 84/11 Lex nr 116 7734, 24 listopada 2011 r. I CSK 66/11 Lex nr 1133784, 20 lipca 2007 r. I CSK 105/07 Lex nr 287769 /. Z tej przyczyny apelacja nie była zasadna.

W związku z powyższym Sąd Apelacyjny nie odnosi się do innych zagadnień, jak choćby swoboda kontraktowania z NFZ, czy zastąpienie w kolejnych latach zarządzeń Prezesa NFZ rozporządzeniami.

W związku z powyższym orzeczono jak w sentencji.