

Sygn. akt I ACa 225/18

I ACz 257/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 stycznia 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Józef Wąsik
Sędziowie:	SSA Jerzy Bess SSA Anna Kowacz-Braun (spr.)
Protokolant:	st. sekr. sądowy Urszula Kłosińska

po rozpoznaniu w dniu 10 stycznia 2019 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa (...) Szpitala (...) w K.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) w K.

o zapłatę

na skutek apelacji strony powodowej

od wyroku Sądu Okręgowego w Kielcach

z dnia 18 października 2017 r. sygn. akt I C 1120/16

oraz zażalenia strony pozwanej na postanowienie zawarte w punkcie II tego wyrok

1. oddala apelację;

2. oddala zażalenie;

3. zasądza od strony powodowej na rzecz strony pozwanej kwotę 18.750 zł (osiemnaście tysięcy siedemset pięćdziesiąt złotych) tytułem kosztów postępowania apelacyjnego;

4. zasądza od strony pozwanej na rzecz strony powodowej kwotę 1.800zł (jeden tysiąc osiemset złotych) tytułem kosztów postępowania zażaleniowego.

SSA Anna Kowacz-Braun SSA Józef Wąsik SSA Jerzy Bess

I ACa 225/18

UZASADNIENIE

wyroku Sądu Apelacyjnego

z dnia 24 stycznia 2019 r.

W pozwie złożonym w dniu 26 kwietnia 2016 roku powód (...)Szpital (...)w K. domagał się od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia (...) w K. zasądzenia kwoty 7 197 139,67 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 11 grudnia 2015 r. do dnia zapłaty oraz zasądzenia od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania.

W uzasadnieniu podano, że po stronie Funduszu doszło do wzbogacenia kosztem świadczeniodawcy to jest (...) w K., który poniósł koszty terapii drogimi lekami w warunkach, które uzasadniały ich podanie uprawnionym pacjentom ze względu na zagrożenie życia oraz zdrowia. Powód wskazywał, że żądanie pozwu to są jedynie koszty leków zakupionych i wydanych uprawnionym pacjentom, a brak zapłaty skutkowało oszczędnościami po stronie płatnika, który musiałby finansować realizowaną na ich rzecz terapię. Powód wyjaśniał, że strony łączyła umowa na realizację świadczeń zdrowotnych w ramach programów lekowych, jednak podstawą dochodzonego w tym postępowaniu roszczenia nie jest umowa, bowiem fakt wzbogacenia/zubożenia ujawnił się po zamknięciu i rozliczeniu umów za dany okres rozliczeniowy. Powód podkreślił, że niniejsze roszczenie nie obejmuje pacjentów oraz leków rozlicznych tytułu umowy, a dochodzone pozwem świadczenia zdrowotne – leki - należy kwalifikować jako zaoszczędzenie środków pieniężnych na organizację systemu opieki zdrowotnej finansowanego w ramach środków publicznych w części dotyczącej środków przeznaczonych na refundację produktów leczniczych z tak zwanego koszyka świadczeń gwarantowanych.

Pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia reprezentowany przez Dyrektora (...) w K. wnosił o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie kosztów procesu. Pozwany podniósł zarzuty:

1. na podstawie oświadczeń woli złożonych przez powoda – zarzut wygaśnięcia wszelkich roszczeń cywilnoprawnych wobec pozwanego z tytułu udzielonych w okresie od 1 lipca 2012 r. do 31 grudnia 2014 r. świadczeń zdrowotnych ponad ustalone w umowach limity finansowe wskutek zrzeczenia się w nich zawartych z pozwanym aneksach do umowy nr (...)oraz ugodach sądowych;
2. na podstawie art. 405 k.c. – zarzut braku przesłanek do zastosowania w przedmiotowej sprawie instytucji bezpodstawnego wzbogacenia, ponieważ wszelkie roszczenia powoda mają swoje źródło w umowie;
3. na podstawie art. 409 k.c. w przypadku uznania przez sąd, że instytucja bezpodstawnego wzbogacenia w okolicznościach przedmiotowej sprawy ma zastosowanie i że pozwany został wzbogacony (czemu pozwany stanowczo zaprzeczył) – zarzut, że pozwany w związku z tym, że wyżył się korzyści, nie ponosi odpowiedzialności wobec powoda z tego tytułu;
4. na podstawie art. 118 k.c. – zarzut przedawnienia roszczeń finansowych co do świadczeń wskazywanych jako zrealizowane przez powoda w okresie od 1 lipca do 31 grudnia 2012 r. i od 1 stycznia 2013 r. do dnia w roku 2013r. poprzedzającego dzień wniesienia pozwu – na skutek upływu trzyletniego okresu na dochodzenie roszczeń związanych z prowadzoną przez powoda działalnością gospodarczą;
5. dodatkowo, wskazując na zasadę wynikającą z art. 6 k.c., która nakłada na powoda obowiązek dowodzenia wszelkich faktów o zasadniczym znaczeniu dla rozstrzygnięcia sporu, podniósł zarzut nie przedstawienia przez powoda jednoznacznych dowodów, na podstawie których możliwe byłoby ustalenie czy w przedmiotowym okresie pozwany na podstawie przedłożonych kopii faktur zakupu leków i wskazany w zestawieniu nr(...) w ilości przekraczającej ilości, jakie sprawozdał do pozwanego w ramach realizacji umowy i za które pozwany zapłacił, a także czy ewentualne niezapłacone przez pozwanego ilości tych leków zostały pozyskane wyłącznie w drodze transakcji kupna – sprzedaży czy też poprzez darowizny producentów/dystrybutorów leków na rzecz szpitala, co przy hurtowych zakupach jest

dość powszechną praktyką. Pozwany podnosił, że istotne jest udowodnienie przez powoda, że przedmiotowe leki, o ile faktycznie zostały zakupione, zostały podane wskazanym w zestawieniu pacjentom czy też zalegają w magazynach powoda oraz

6. zarzut nie udowodnienia, że sporne świadczenia rzeczywiście zostały udzielone, że istniały wskazania medyczne do ich udzielenia, że zostały udzielone w ramach przymusu ustawowego oraz że zostały zrealizowane zgodnie z wymaganiami realizowanych przez powoda programów lekowych, podkreślając, że świadczenia te nigdy nie zostały pozwanemu sprawozdane mimo takiego obowiązku oraz że powód nie złożył także jako dowodu w sprawie dokumentacji medycznej pacjentów.

Pozwany podnosił również, że w przypadku przyjęcia bezpodstawnego wzbogacenia, ewentualne korzyści, które uzyskał pozwany, zostały już przez niego zużyte (w części poprzez zapłatę innych świadczeń lekowych ze środków uwolnionych z finansowania zakresów przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B i C na podstawie zawartych aneksów do umowy łączącej strony) lub utracone w taki sposób, że pozwany nie jest już wzbogacony. W pozostałej części, bowiem środki zostały zwrócone do Centrali NFZ poprzez powiększenie wyniku finansowego Oddziału za dany rok za niewykorzystane środki finansowe na programy lekowe.

Pozwany NFZ podniósł dodatkowo zarzut bezpodstawności roszczeń w zakresie kwoty 54 355,55 zł z powodu rozliczenia między stronami należności z tytułu leków wskazanych w zestawieniu w ramach rozliczenia w latach 2012 – 2014 umów, co jego zdaniem oznacza, że pozwany zapłacił powodowi za leki podane pacjentom wskazanym w tym zestawieniu (k. 1276 - 1267).

Wobec złożenia w toku procesu przez powoda oświadczeń o uchyleniu się od skutków prawnych oświadczeń woli o zrzeczeniu się w zakresie tych roszczeń (w aneksach i ugodach sądowych), które nie były powodowi znane co do zasady lub co do wysokości złożonych w dniu 9 grudnia 2016 roku, NFZ wskazał, że wymienione oświadczenia są nieskuteczne, ponieważ zrzeczenie się roszczeń, o których mowa w wymienionych dokumentach nie zostało wywołane przez pozwanego, ani też pozwany nie wiedział o tym, że powód działa w błędzie. Nadto zostały złożone po upływie rocznego terminu zawitego. Wskazał, że z faktury wystawionej przez powoda w dniu 30 listopada 2015 r. wynika, że powód najpóźniej w tym dniu dowiedział się o istnieniu niezapłaconych przez pozwanego świadczeń. Ponadto niewiedza Szpitala wynikała z braku nadzoru i rażących zaniedbań w zakresie prowadzenia finansów.

Powód zaprzeczył wszystkim zarzutom strony pozwanej, podtrzymał swe stanowisko i dodatkowo podał, że jako datę pewną, kiedy dowiedział się o błędzie, należałoby przyjąć dzień 15 grudnia 2015 r. tj. datę zawezwania do próby ugodowej.

Powód zarzucił też winę nadzorze oraz brak należytej staranności po stronie NFZ, wskazując, że pozwany nie kontrolował umów ze Szpitalem w zakresie chorób zakaźnych po ich wykonaniu jak i w trakcie, pomimo zmiany procedur przez NFZ, co skutkowało udzieleniem świadczenia bez finansowania i pojawieniem się szkody w znacznym rozmiarze po stronie Szpitala.

Pozwany NFZ zanegował zasadność roszczeń powoda opartych na zasadzie odpowiedzialności deliktowej, podnosząc, że nie wykazał on żadnej z przesłanek tej odpowiedzialności.

Sąd Okręgowy w Kielcach I Wydział Cywilny wyrokiem z dnia 18 października 2017 r. oddalił powództwo i nie obciążył (...) Szpitala (...) w K. kosztami procesu na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia (...) w K..

Orzeczenie to Sąd Okręgowy poprzedził następującymi ustaleniami:

W dniu 17 lipca 2012 r. Narodowy Fundusz Zdrowia – (...) w K. i (...) Szpital (...) w K. jako świadczeniodawca zawarł umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne – programy zdrowotne (lekowe). Przedmiotem umowy było udzielanie przez świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie programy zdrowotne (lekowe), w zakresach określonych w planie rzeczowo – finansowym,

stanowiącym załącznik nr(...)do umowy. Świadczeniodawca zobowiązał się wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe), ustalonych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 maja 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe), wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt. 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, zgodnie z Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z ustawą z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (§ 1).

Zgodnie z umową, świadczeniodawca zobowiązany był do zapewnienia świadczeniobiorcom zakwalifikowanym do leczenia bezpłatnego dostępu do leków będących przedmiotem umowy, bezpłatnego dostępu do badań wymienionych w opisach programów lekowych i zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom leczonym w ramach programów lekowych (§ 2 ust. 5, 6 i 7).

Umowa stanowiła, że świadczeniodawca nabywać miał leki objęte przedmiotem umowy, zaś zakres danych z ewidencji faktur zakupu sprawozdany miał być zgodnie z załącznikiem nr(...) do umowy (§ 2 ust. 9). Strony przewidziały również, że niezbędne do realizacji programów lekowych świadczenia nie objęte umową rozliczone będą na podstawie odrębnych umów (§ 2 ust. 11).

W umowie wskazano także, że dane dotyczące monitorowania leczenia, oceny efektów leczenia muszą zostać zapisane w rejestrze (...) (jeżeli dotyczy) – dostępnym za pomocą aplikacji internetowej wskazanej przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i udostępnionej przez OW NFZ w terminach wskazanych w opisie programu, jeśli są wskazane lub nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia. Przedmiotowe dane należało także gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ. Natomiast zakres informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych należało przekazywać do NFZ zgodnie z załącznikiem nr (...) do umowy (§ 2 ust. 12).

Zgodnie z ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (poz. 484), podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym był rachunek wraz z raportem statystycznym, zwany dalej „dokumentami rozliczeniowymi”. Świadczeniodawcy przysługiwało prawo korygowania raportu będącego podstawą wystawienia rachunku najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego (§ 23 ust. 1 owu). Dokumenty rozliczeniowe świadczeniodawca składać winien oddziałowi (...) Funduszu w terminie do 10 -go dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni (§ 23 ust. 3 owu). Rozliczenie wykonania umowy następować miało najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego (§ 27 ust. 2 owu) tj. do dnia 14 lutego, a dnia następnego następowała blokada systemu.

W umowie nr(...)określono, że kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy, w okresie od dnia 1 lipca 2012 roku do dnia 31 grudnia 2012 r. wynosiła maksymalnie 4 921 760 zł. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową określono, że będzie określać „plan rzeczowo – finansowy” stanowiący załącznik nr(...) do umowy (§ 4 ust. 1 i 2).

Umowa została zawarta na okres od dnia 1 lipca 2012 r. do dnia 30 czerwca 2015 r. (§ 6 ust. 1).

W załączniku nr(...) (planie rzeczowo – finansowym) przewidziano na leki w programie lekowym – leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C wartość świadczeń na kwotę 1 253 000 zł, a w przypadku leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B - 1 089 000 zł.

W dniu 23 listopada 2012 r. strony zawarły aneks nr (...) – (...)do wyżej wymienionej umowy, mocą którego, kierując się potrzebą właściwego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz uwzględniając postanowienia protokołu

z negocjacji umowy, strony postanowiły po uprzednim dokonaniu przesunięć między pozycjami umowy zwiększyć kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu o 120 936 zł. Określono na nowo wartość programu lekowego – leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C na kwotę w 473 824 zł, zaś na leki w programie lekowym - leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B na kwotę 1 065 160 zł.

Wcześniej w dniu 9 listopada 2012 r. strony zawarły aneks w przedmiocie ustalenia kwoty zobowiązania na okres rozliczeniowy od dnia 1 stycznia 2013 r. do dnia 31 grudnia 2013 r. do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – programy zdrowotne (lekowe). W załączniku nr (...) w przedmiocie ustalenia kwoty zobowiązania na 2013 r. określono wartość w przypadku leków w programie lekowym – leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B na kwotę 2 130 000 zł, a w przypadku leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C na kwotę 2 675 270 zł.

Aneks do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne – programy zdrowotne (lekowe) z dnia 31 stycznia 2013 r. strony nadały umowie nowe brzmienie, w szczególności wskazano, że zarządzenie nr (...) Prezesa NFZ zostało zmienione, a nadto określono aktualną kwotę zobowiązania na maksymalnie 9 893 218 zł.

Aneks do umowy (nr (...) (...)) z dnia 11 lutego 2013 r. strony dokonały przesunięć pomiędzy pozycjami umowy określając wartość świadczeń (leków) w przypadku WZW typu B na kwotę 1 010 662 zł, a w przypadku WZW typu C 1 382 531 zł.

Następnie aneksami z dnia 15 marca 2013 r. (nr (...)) i z dnia 3 czerwca 2013 r. (nr (...)) zwiększono kwotę zobowiązania określonego w umowie bez zmian w zakresie programów lekowych obejmujących przewlekłe leczenie wirusowego zapalenia wątroby typu B i C.

Z kolei aneksem nr (...) z dnia 24 grudnia 2013 r. ponownie zwiększono maksymalne zobowiązanie na kwotę 13 165 840 zł, przy czym wartość leków w programie lekowym w przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu B określono na kwotę 1 835 400 zł, a w przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu C na kwotę 5 590 530 zł.

W dniu 14 lutego 2014 r. strony zawarły ponownie aneks (nr (...) (...)) do umowy nr (...) (...) za okres rozliczeniowy od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2013 r., w którym postanowiły zwiększyć kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu o 409 338 zł.

Jednocześnie w aneksie zawarte zostało oświadczenie świadczeniodawcy, że zrzeka się i nie będzie dochodził w przyszłości jakichkolwiek dalszych roszczeń dotyczących zakresów świadczeń objętych aneksem – wskazanych w załączniku do protokołu z negocjacji umowy z dnia 07 lutego 2014 r. stanowiącym załącznik nr 2 aneksu, zarówno istniejących jak i mogących powstać w przyszłości za okres rozliczeniowy od dnia 1 stycznia 2013 r. do dnia 31 grudnia 2013 r.. W aneksie ustalono wartość leków w programie lekowym w leczeniu przewlekłym wirusowego zapalenia wątroby typu C na kwotę 5 771 584 zł, a w przypadku leków w leczeniu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B na kwotę 1 808 760 zł.

W dniu 20 listopada 2013 r. strony zawarły aneks do umowy nr (...) na dalszy okres tj. od 1 stycznia 2014 r. do 31 grudnia 2014r., w którym to określono wartość leków w programie lekowym leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C na kwotę 4 022 000 zł, zaś w przypadku typu B na kwotę 1 768 594 zł.

Z kolei w dniu 30 stycznia 2014 r. zawarto aneks nadający umowie nowe brzmienie wskazując na zmiany zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 10 maja 2012 r..

Następnie aneksem nr (...) z dnia 2 lipca 2014 r. zwiększono kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu z 11 964 644 zł do kwoty 13 006 632 zł. Natomiast w zakresie leków w programach leczenia wirusowego zapalenia wątroby typu C wskazano kwotę 5 028 277 zł, a odnośnie typu B kwotę 1 661 624 zł.

W dniu 13 lutego 2015 r. strony zawarły ponownie aneks do umowy (nr (...)) za okres rozliczeniowy od 01 stycznia 2014 r. do 31 grudnia 2014 r., w którym postanowiły zwiększyć kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu o 355 075 zł, która

została Szpitalowi wypłacona. Jednocześnie w aneksie zawarte zostało ponownie oświadczenie świadczeniodawcy, że zrzeka się i nie będzie dochodził w przyszłości jakichkolwiek dalszych roszczeń dotyczących zakresów świadczeń objętych aneksem, zarówno istniejących jak i mogących powstać w przyszłości za okres rozliczeniowy od dnia 1 stycznia 2014 r. do dnia 31 grudnia 2014 r.. Ustalono wartość leków w przedmiotowych programach lekowych jak w aneksie z dnia 2 lipca 2014 r..

(...) w K. w latach 2012 -2014 był także związany z NFZ innymi umowami w rodzajach i zakresach działalności leczniczej: rehabilitacja lecznicza, leczenie szpitalne – terapeutyczne programy zdrowotne / programy lekowe, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień. W związku z wykonaniem tych umów, jak również przedmiotowej, powód każdorazowo występował na drogę sądową przeciwko (...) w K. o zapłatę za świadczenia opieki zdrowotnej wykonane ponad limity określone w wymienionych umowach łączących go z NFZ za lata 2012, 2013 i 2014, udzielone, jak wskazywano każdorazowo w pismach inicjujących postępowania, w sytuacji konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

W dniu 18 września 2013 r. powód wniósł o zasądzenie od pozwanego kwoty 5 300 269,38 zł za rok 2012. Postępowanie toczyło się przed Sądem Okręgowym w K.w sprawie sygn. akt (...)i zostało zakończone ugodą zawartą przez strony przed Sądem w dniu 20 lutego 2015 r.. W ugodzie NFZ w zobowiązał się zapłacić Szpitalowi kwotę 490 345 zł, a powód oświadczył, iż „zrzeka się wobec(...) Narodowego Funduszu Zdrowia wszelkich pozostałych roszczeń za wykonane 2012 roku świadczenia ponadlimitowe”. Ugodę w imieniu Szpitala zawarła umocowana do tej czynności radczyni prawna K. K..

Następnie w dniu 13 czerwca 2014 r. powód wniósł o zasądzenie od pozwanego kwoty 2 973 749,11 zł za rok 2013 za świadczenia zrealizowane na rzecz pacjentów ponad limity określone przez pozwanego w umowach. Postępowanie toczyło się przed Sądem Okręgowym w K. w sprawie sygn. (...)i zostało zakończone na skutek zawarcia przez strony ugody przed Sądem w dniu 27 lutego 2015 r.. W ugodzie NFZ zobowiązał się zapłacić Szpitalowi kwotę 2 479 833,20 zł, a powód oświadczył, iż „zrzeka się wszelkich dalszych roszczeń za wykonane w 2013 roku świadczenia ponadlimitowe”. Jednocześnie powód oświadczył, że niniejszą ugodą wszelkie jego żądania związane ze świadczeniami ponadlimitowymi za 2013 rok zostają zaspokojone. Ugodę w imieniu Szpitala zawarła również umocowana do tej czynności radczyni prawna K. K..

W dniu 8 lipca 2015 r. (...) w K. wystąpił ponownie, tym razem z wnioskiem o zavezwanie NFZ do próby ugodowej o zapłatę kwoty 1 538 463,16 zł za świadczenia wykonane ponad limity w 2014 r.. W dniu 29 września 2015 r. strony zawarły przed Sądem Rejonowym w K.w sprawie sygn. akt (...)ugodę, w której NFZ zobowiązał się zapłacić na rzecz Szpitala kwotę 1 041 267,76 zł, zaś (...) w K. oświadczył, że „zrzeka się wszystkich pozostałych roszczeń za wykonane w 2014 roku świadczenia ponadlimitowe, to jest świadczenia wykraczające ponad ustalone we wszystkich umowach zawartych między stronami na 2014 rok limity finansowe”. Ugodę w imieniu Szpitala zawarła także umocowana do tej czynności radczyni prawna K. K..

Zawierając ugody sądowe, a także aneksy do umów, w których określano ostateczne kwoty do zapłaty przez pozwanego za dany rok, NFZ zwracał uwagę, aby świadczeniodawca jednocześnie składał oświadczenie o zrzeczeniu się dalszych roszczeń, które pozwany rozumiał w ten sposób, że świadczeniodawca nie będzie już dochodził żadnych należności za wszelkie inne świadczenia. Dla pozwanego było to o tyle istotne, że musiał zrealizować plan finansowy ustalany na każdy rok na podstawie przepisów ustawy z dnia 24 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, którego wykonanie podlegało ocenie ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych.

W lipcu 2015 r. A. D. (1) objął funkcję Dyrektora (...) w K.. W tym samym miesiącu, zapoznając się z kosztami funkcjonowania Szpitala przygotowanymi przez księgowość, zwrócił szczególną uwagę na wydatki na oddziale zakaźnym w pozycji wydatki na leki. Po uzyskaniu wstępnej informacji od Kierownika Kliniki (...) prof. W. K. o środkach jakimi dysponuje na leki, które nie odpowiadały tej wskazanej w wydatkach i po rozmowie z księgową oraz kierownikiem apteki, Dyrektor stwierdził, że podawane leki w Klinice (...) od pewnego czasu nie były ujmowane w

obowiązujących raportach statystycznych i rachunkach przekazywanych do NFZ i tym samym płatnik nie dokonywał zapłaty za świadczenia zdrowotne w postaci czterech rodzajów leków podawanych pacjentom zakwalifikowanym do programów lekowych chorych na wirusowe zapalenie wątroby typu B i C. Dokonując szacunkowych obliczeń ze wskazanych danych, Dyrektor A. D. (1) ocenił, że z powodu spostrzeżonych uchybień, za lata 2012-2014 Szpital nie otrzymał zapłaty za leki na kwotę około 7,2 miliona złotych.

Wobec powyższego, Dyrektor Szpitala zarządził przeprowadzenie postępowania wewnętrznego wyjaśniającego i w tym celu powołał komisję doraźną ds. kontroli programów lekowych realizowanych w Szpitalu. Dyrektor Szpitala na bieżąco również informował Marszałka Województwa o ujawnionych nieprawidłowościach. W notatce służbowej z dnia 11 września 2015 r. wskazano, że komisja sformułowała wnioski dotyczące występowania nieprawidłowości, które spowodowały określone skutki finansowe dla powoda. W notatce wskazano także na rekomendację odnośnie możliwości i zasadności dochodzenia na drodze cywilnoprawnej roszczeń z tytułu faktycznie zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej do (...).

Postępowanie wyjaśniające zarządzane przez Dyrektora miało też na celu ustalenie osób odpowiedzialnych za powstanie braku finansowego i ustalenie jego konkretnej wysokości.

Prace zmierzające do ustalenia i zweryfikowania świadczeń oraz ich precyzyjnych kosztów, które nie zostały sprawozdane do NFZ, prowadzone były od przełomu sierpnia i września 2015 r. i zostały zakończone pod koniec listopada 2015 r.. Procedura powyższa została zakończona w dniu 30 listopada 2015 r., kiedy to powód wystawił fakturę nr (...) na rzecz nabywcy Narodowego Funduszu Zdrowia w W. na kwotę 7 197 139,67 zł z tytułu zapłaty za substancje czynne podane pacjentom w ramach umowy Leczenie Szpitalne – Programy Lekowe nr(...)w okresie od 1 lipca 2012 r. do 31 grudnia 2014 r.

W dniu 4 grudnia 2015 r. Szpital wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 7 197 139,67 zł z tytułu udzielonych świadczeń zdrowotnych programów lekowych na podstawie umowy nr (...) zgodnie z fakturą w terminie 3 dni.

W odpowiedzi na otrzymane przedsądowe wezwanie do zapłaty wraz z fakturą (...) poinformował powoda pismem z dnia 10 grudnia 2015 r., iż przesłane wezwanie jest bezzasadne, gdyż wszelkie zobowiązania wynikające z zaraportowanych świadczeń wykonanych w ramach umowy w poszczególnych latach zostały przez Oddział w całości wypłacone. Dodatkowo wskazano, że zgodnie z § 27 ust. 2 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, rozliczenie wykonanej umowy następuje najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego. W tym terminie świadczeniodawca ma możliwość dodatkowego raportowania świadczeń, dokonywania korekt, poprawienia błędów i sporządzania do Oddziału ewentualnych obciążeń.

W dniu 11 grudnia 2015 r. (...) w K. wystąpił do Sądu Rejonowego w K. z wnioskiem o zawiązanie do próby ugodowej (...) w K. domagając się zapłaty kwoty 7 197 139,67 zł. Do zawarcia ugody nie doszło.

W dniu 22 marca 2016 r. Szpital ponownie wystosował przedsądowe wezwanie do zapłaty do NFZ wzywając do zapłaty kwoty 7 197 139,67 zł z tytułu bezpodstawnego wzbogacenia. Pozwany uznał ponownie żądanie za bezzasadne.

Pomimo toczącego się wewnętrznego postępowania wyjaśniającego, Dyrektor Szpitala nie był w stanie samodzielnie wyjaśnić: z jakiej przyczyny doszło do takiej sytuacji, że świadczenia nie były ujmowane w dokumentach rozliczeniowych z NFZ, a tym samym nie zostało za nie zapłacone. W związku z tym, złożył w styczniu 2016 r. zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa do organów ścigania.

W zawiadomieniu Dyrektor wskazał, że Klinika (...) prowadząca programy lekowe miała obowiązek prowadzić samodzielnie system rozliczeń programów lekowych w systemie informatycznym (sprawozdając dane pacjenta do systemu pacjenta, prowadząc w ten sposób jego historię choroby). Po wprowadzeniu zmian w zakresie procedur administracyjnych, nastąpił brak możliwości wykazania procedur z programów lekowych w systemie szpitalnym do NFZ w latach 2012 -2014. Dyrektor wskazał, że Klinika (...) realizowała jedynie częściową sprawozdawczość, która obejmowała przekazywanie do Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej oraz Działu Marketingu miesięczne

zestawienia pacjentów. Zaznaczył, iż w Klinice nie funkcjonował system rozliczeń programów lekowych w systemie informatycznym. Spowodowało to rozbieżności odnośnie sprawozdawczości z realizacji tych programów. Nadto Dyrektor podnosił, że stwierdzono brak należytej staranności w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej, polegający na notorycznych omyłkach w danych pacjentów, niewłaściwym określeniu daty udzielenia świadczeń zdrowotnych, dawek oraz postaci klinicznych ordynowanych produktów leczniczych i zamiennym trybie leczenia pacjentów (ambulatoryjnym/hospitalizacyjnym).

W toku postępowania przygotowawczego prokuratura ustaliła, że niewątpliwie (...) Szpital (...)w K. w wyniku nieprzekazania do Narodowego Funduszu Zdrowia kompletnych danych odnośnie ilości i wartości leków wydanych pacjentom – zakwalifikowanym uczestnikom programu lekowego w Klinice (...) – nie otrzymał stosownej kwoty pieniędzy od Funduszu ponosząc realną szkodę odpowiadającą wartości leków, których nabycie winno być zrefundowane. Prokuratura stwierdziła również, że niewątpliwym jest także, że faktycznie pacjenci otrzymali takie leki, co było dokumentowane przez pracowników Kliniki (...). Natomiast potraktowanie niektórych świadczeniobiorców – pacjentów – jako pacjentów ambulatoryjnych bez wytworzenia stosownej, pełnej dokumentacji medycznej stanowiącej podstawę statystycznego rozliczenia oraz podstawę wyliczenia należności od Funduszu, spowodowało sytuację, w której pacjenci tacy nie zostali zareportowani do systemu szpitalnego. Prokurator ustalił również, że w okresie, gdy miało dojść do rozpatrywanych nieprawidłowości ani dyrekcja szpitala, ani nikt w komórkach placówki nie stwierdził ich powstania bądź trwania. Wątpliwości zwłaszcza nie wzbudziła przez kilka lat różnica między kwotami wydawanymi przez Szpital na zakupywane leki a kwotami, które Szpital otrzymywał od NFZ jako refundacja takich leków. Również na poziomie samej Kliniki (...) nie pojawiły się jakiegokolwiek wątpliwości co do prawidłowości raportowania stosownych danych związanych z realizowanymi programami lekowymi.

W konsekwencji organy ścigania stwierdziły, że materiał dowodowy zgromadzony w sprawie nie pozwala na stwierdzenie, iż którakolwiek z osób to jest pracowników Kliniki, Działu Statystyki, Działu Marketingu lub Działu Księgowości, działała z zamiarem wyrządzenia Szpitalowi szkody majątkowej w wielkich rozmiarach nie dopełniając ciężących na niej obowiązków. Zdaniem prokuratora, przyczyn zaistniałej sytuacji należy upatrywać w braku właściwej komunikacji między poszczególnymi komórkami organizacyjnymi szpitala, braku odpowiedniego przeszkolenia wszystkich osób zaangażowanych w procedury, a także braku wdrożenia jasnego dla wszystkich tych osób algorytmu działania, weryfikowanego okresowo z uwagi na zakres zawartych z NFZ umów. Z tych też względów śledztwo w sprawie zostało umorzone wobec stwierdzenia braku znamion czynu zabronionego.

Podawane cztery rodzaje leków pacjentom (...) w K. chorym na wirusowe zapalenie wątroby typu B i C, które nie zostały zareportowane do NFZ, w okresie 2012 – 2014 należały do leków refundowanych tj. ujętych w załącznikach do obwieszczeń Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych wydawanych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych i refundowanych tylko w ramach programów lekowych, po spełnieniu warunków określonych szczegółowo w zakresie kryteriów kwalifikacji, schematu dawkowania leków i badań przy kwalifikacji w ramach programu w załącznikach B.1 i B.2 do obwieszczenia.

W latach 2012 – 2014, w przypadku realizacji programów lekowych, w sytuacji, jeśli świadczeniodawcy wykonali świadczenia z tego zakresu ponad ustalony w umowie limit, ale sprawozdali je w określonych w umowach terminach i zgodnie z umową, (...) zawsze płacił w 100 % świadczeniodawcom również za te wykonane świadczenia.

Po wytoczeniu powództwa w przedmiotowej sprawie, w dniu 9 grudnia 2016r., Dyrektor (...) w K. A. D. (1) złożył oświadczenie o uchyleniu się od skutków prawnych oświadczeń woli w zakresie programów lekowych, w którym wskazał, że działając w imieniu (...) Szpitala (...)w K., na podstawie art. 88 § 1 k.c., z powodu błędu uchyła się od skutków prawnych oświadczenia woli, jakie złożył w zawartych w latach 2015 oraz 2016 w porozumieniach oraz aneksach do umów w części dotyczącej zrzeczenia się wobec (...) Narodowego Funduszu Zdrowia wszystkich pozostałych roszczeń za wykonane w latach 2012, 2013 oraz 2014 świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie programów lekowych.

Oświadczenie tożsamej treści złożyła także radczyni prawny K. K., która w imieniu Szpitala zawierała umowy sądowe w 2015 r..

W oparciu o poczynione ustalenia Sąd Okręgowy uznał powództwo za nieuzasadnione.

Istotnymi dla rozstrzygnięcia sprawy ustaleniami stanu faktycznego są okoliczności, z których wynika bezspornie, że (...) w K. i NFZ łączyły umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym m.in. umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne – programy zdrowotne (lekowe) zawarta w 2012 r., która była zmieniana aneksami finansowymi dotyczącymi poszczególnych okresów rozliczeniowych w latach 2012 - 2014. W każdym roku rozliczeniowym, o jakim mowa w sprawie (2012, 2013 i 2014) powód wykonywał świadczenia ponad limity ustalone we wszystkich tych umowach i żądał dodatkowej zapłaty za te świadczenia. W tym przedmiocie toczyły się trzy postępowania sądowe, w których Szpital domagał się od NFZ zapłaty za świadczenia wykonane ponad limity umowne. Wszystkie trzy postępowania zakończyły się w 2015 r. zawarciem ugód sądowych, przy czym w sprawach dotyczących lat 2012 i 2013, ugody zostały zawarte w lutym 2015, zaś ugoda dotycząca 2014 r. jako okresu rozliczeniowego - w dniu 29 września 2015 r. tj. w czasie, kiedy było wiadomo już, że doszło do nieprawidłowości i Szpital nie otrzymał zapłaty za leki wydane pacjentom chorym na wirusowe zapalenie wątroby typu B i C zakwalifikowanym do programów lekowych.

Z zeznań Dyrektora A. D. (1) jasno wynika, że tuż po objęciu przez niego stanowiska dyrektorskiego w lipcu 2015 r., stwierdził brak zapłaty za leki na kwotę ponad 7 mln zł, poprzez porównanie kwot za leki sprawozdane, za które Szpital otrzymał zapłatę, z kwotami na leki faktycznie wydatkowanymi. Nadto jak wynika z notatki służbowej z dnia 11 września 2015 r. z rozmowy Dyrektora Szpitala z Marszałkiem Województwa (...), znajdującej się w aktach prokuratorskich postępowania karnego, fakt stwierdzonych nieprawidłowości był już wtedy niewątpliwy i skupiano się w związku z tym nie tylko na wyjaśnianiu przyczyn tego stanu rzeczy, ale jednocześnie rozważano możliwość domagania się zapłaty za wykonane świadczenia od NFZ. Wysokość niezapłaconych świadczeń została skonkretyzowana ostatecznie do dnia 30 listopada 2015 r. i wskazana w fakturze przedstawionej NFZ do zapłaty.

Twierdzenia powoda zmierzające do wykazania, że do chwili obecnej kwota strat nie została w pełni zweryfikowana jest nieistotna. Wystawienie faktury potwierdza wielkość szkód powoda i jednocześnie stanowi o najpóźniejszej dacie ustalenia pełnej informacji o nieprawidłowościach i ich skutkach. Zeznania świadków powoda A. S., K. W. czy księgowej E. J. potwierdzają, że już w sierpniu pracownicy Szpitala dowiedzieli się o tym, że leki były podawane, a niesprawozdawane i od najpóźniej września 2015 r. trwały prace zmierzające do ustalenia wysokości strat, które zakończyły się w listopadzie 2015 r. wystawieniem faktury.

Jeśli chodzi o zawarte ugody, to w każdej z nich NFZ zobowiązywał się zapłacić na rzecz Szpitala określoną sumę pieniędzy ponad limity określone w umowie, zaś Szpital składał każdorazowo oświadczenie, że zrzeka się wobec pozwanego wszystkich pozostałych roszczeń za „świadczenia ponadlimitowe”, tudzież za „świadczenia wykraczające ponad ustalone we wszystkich umowach zawartych między stronami na dany rok limity finansowe”.

Spór pomiędzy stronami obejmował wykładnię co to jest „świadczenie ponadlimitowe” wskazane w ugodach, a tym samym jakich roszczeń zrzekł się powód, w szczególności czy zrzeczenie obejmowało tylko świadczenia określonego rodzaju jak wskazywał Szpital. Według powoda, „świadczenia ponadlimitowe” to świadczenia wykonane i sprawozdane w ramach umowy, w tym świadczenia w stanie nagłym, których płatnik nie sfinansował. Pozwany nie zgodził się z taką definicją, wskazując, że jest ona zawężająca, dowolna i nieracjonalna. Podnosił, że w praktyce stwarzałyby możliwość nadużyć ze strony świadczeniodawców. Świadczeniodawcy bowiem celowo mogliby nie sprawozdać wszystkich wykonanych świadczeń, zawieraliby ugody wyłącznie na te sprawozdane, a co do wszystkich pozostałych wykonanych ponad limity umowne – występowałyby z odrębnymi roszczeniami przeciwko pozwanemu.

Oczywiście, ugoda sądowa, tak jak każda inna umowa, podlega wykładni zgodnie z dyrektywami zawartymi w art. 65 k.c. (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 sierpnia 2016 r. V CSK 705/15). W ocenie Sądu Okręgowego, rację ma pozwany wskazując, że tzw. świadczenia ponadlimitowe, o których mowa w ugodach, rozumieć należy nie tylko jako świadczenia, które zostały sprawozdane przez świadczeniodawcę do NFZ i nie zostały zapłacone, lecz także

wszystkie inne, które w danym roku kalendarzowym (okresie rozliczeniowym) zostały przez niego zrealizowane, a nie zmieściły się w przyznanym świadczeniodawcy limicie finansowym. Innymi słowy wszelkie świadczenia niemieszczące się w przyznanym limicie finansowym są wykonywanymi poza limitami wyznaczonymi umową, czyli de facto są świadczeniami pozaumownymi. Zawężanie tej definicji do świadczeń sprawozdanych, a niezapłaconych jest nieuprawnione, gdyż nie wynika z treści ugody, co w ocenie Sądu Okręgowego, byłoby konieczne.

Wykładnia zaproponowana przez powoda powodowałaby, że w analogicznej sytuacji świadczeniodawca sprawozdający wszystkie świadczenia, byłby w gorszym położeniu względem Funduszu niż ten, który świadczeń nie sprawozdał, pomimo, że płatnik świadczeń dysponujący finansami publicznymi w drugim z wymienionych przypadków, nie jest w stanie ich skontrolować wobec braku danych (braku sprawozdania).

Powyższe stwierdzenie ma też normatywne uzasadnienie w rozstrzygnięciu problemu na jakiej podstawie świadczeniodawca może domagać się od płatnika zapłaty za wykonane procedury medyczne. Źródła żądań mogą być co do zasady dwojakiego rodzaju: 1) umowa o świadczenia zdrowotne oraz 2) art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2017.1938 t.j.) zwanej dalej ustawą o świadczeniach [...]. Zgodnie z art. 19 ust. 4 i 5 ustawy o świadczeniach [...], świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej. W celu uzyskania wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa wniosek do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i ich kosztów oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności udzielenia świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych.

W przypadku zawarcia umowy z NFZ, obejmuje ona świadczenia „w stanie nagłym” oraz wszelkie inne. Źródłem finansowania świadczeń wykonanych w stanie nagłym jest w takim przypadku umowa stron, a świadczenia finansowane są zgodnie ze stawkami określonymi w umowie. Brak ujęcia w art. 19 świadczeniodawców, którzy zawarli umowę przemawia za tym, że założeniem ustawodawcy było, iż świadczenia „w stanie nagłym” będą finansowane w ramach zawieranych umów. Stwierdzenie powyższe było bezsporne pomiędzy stronami.

Natomiast, zgodnie z dominującym stanowiskiem w orzecznictwie, ustalenie umowy jako źródła obowiązku pozwanego nie przesądza jednak o rozmiarze jego świadczenia. Zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy o świadczeniach [...], podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest wyłącznie umowa o udzielanie tych świadczeń, do której zawarcia stosuje się tryb ściśle określony w ustawie. Zgodnie z ust. 4 tego przepisu, świadczenia nieokreślone w umowie finansowane przez Fundusz udzielane są na rzecz osób ubezpieczonych wyłącznie w przypadkach i na zasadach określonych w ustawie. Stąd wywodzi się, że takim przypadkiem są stany nagłe określone w ustawie, a zasady finansowania świadczeń udzielonych w stanach nagłych określone w art. 19 ust. 4 będą miały zastosowanie zarówno w stosunku do podmiotu leczniczego, który nie zawarł umowy, jak i podmiotu leczniczego, który umowę zawarł (patrz wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 sierpnia 2015 r., sygn. akt III CSK 455/14 wraz z cytowanym tam orzecznictwem). Konsekwencją powyższego jest wniosek (również zawarty we wskazanym orzeczeniu), że podmiot, który zawarł umowę i wykonuje świadczenia ponad określony limit lub w niej nieprzewidziane, a więc świadczenia nieokreślone w umowie, może domagać się zwrotu uzasadnionych kosztów ich udzielenia na podstawie art. 19 ustawy o świadczeniach na tych samych zasadach jak podmioty, które umowy nie zawierały. Zatem przepisy ustawy o świadczeniach [...] dzielą świadczenia finansowane przez NFZ na świadczenia wykonywane na podstawie umowy oraz na świadczenia finansowane na podstawie art. 19 ustawy o świadczeniach [...].

Odnosząc ten dychotomiczny podział do niniejszej sytuacji Sąd Okręgowy wskazał, że są 1) świadczenia objęte umową tj. takie, co do których strony ustaliły za jakie świadczenia, w jakiej ilości i w jakich okolicznościach (przy spełnieniu jakich warunków) płatnik świadczeń zapłaci za nie oraz 2) świadczenia pozaumowne (świadczenia w rodzaju objętym umową, ale ponad limit określony w umowie i świadczenia, których rodzaj nie został objęty umową), co do których strony nie miały porozumienia, a zapłata może nastąpić jedynie po spełnieniu ustawowych przesłanek wskazanych w art. 19 ustawy o świadczeniach [...].

Świadczenia wykonane poza ustalonym pierwotnie limitem świadczeń, co do których następnie strony doszły do porozumienia tj. zawarły aneks do umowy czy też ugodę sądową, są świadczeniami umownymi, co do których pierwotne porozumienie stron zostało zmienione, rozszerzone o te świadczenia. Wobec tego, skoro strony w ugodzie posługiwały się pojęciem „świadczeń ponadlimitowych” to pojęcie to obejmuje niewątpliwie świadczenia wykonane ponad ustalonym limitem (sprawozdane i niesprawdzone) i zawsze pozaumowne jako pojęcie szersze, zawierające w swym zbiorze również świadczenia ponadlimitowe.

Świadczenia zdrowotne, które były udzielane przez powoda, a których dotyczy sprawa, bezspornie podlegały refundacji, ale tylko w szczególnym trybie w postaci programów lekowych, które można było realizować jedynie na podstawie umowy z NFZ. Zgodnie z art. 2 pkt 18 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. 2017.1844 t.j. z póź. zm.). Program lekowy to program zdrowotny w rozumieniu art. 5 pkt 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach [...] obejmujący technologię lekową, w której substancja czynna w danym wskazaniu oraz dla danej populacji nie jest składową kosztową innych świadczeń gwarantowanych, lub środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, który nie jest składową kosztową innych świadczeń gwarantowanych w rozumieniu art. 5 pkt 35 tej ustawy. W związku z tym, mając na względzie, że umowa w programie lekowym jest immamentnie związana ze specjalnym trybem finansowania kupowanych leków w ramach umów z tzw. podwykonawcami i opartej o instrumenty dzielenia się ryzykiem, w niniejszym przypadku wątpliwości w ogóle budzi możliwość refundacji świadczeń w trybie art. 19 ustawy o świadczeniach [...].

Obojętnie jednakże czy przyjąć, że świadczenia w postaci podania pacjentom chorym na WZW typu B i C były w rodzaju co do zasady objętym umową stron tzn. były świadczeniami, które gdyby zostały prawidłowo zaraportowane to NFZ wedle zasady, że płaci w 100 % za świadczenia realizowane w programach lekowych, również istniałaby możliwość, że zapłaciły za te świadczenia pomimo, że ich wysokość przekraczałyby ustalony limit, czy też tak jak na ostatnim terminie rozprawy wskazywała Dyrektor (...) M. K. składając zeznania (k. 1431-1432), że rodzaj świadczeń udzielanych przez Szpital nie był objęty umową, gdyż były one realizowane w trybie ambulatoryjnym, to każdorazowo świadczenia w postaci wydania leków pacjentom nie mieściły się w granicach finansowych lub/i rzeczowych wskazanych w umowie i aneksach do niej tj. były świadczeniami pozaumownymi.

Pojęcie „świadczenia pozalimitowego” wydaje się być zatem węższe od świadczenia pozaumownego, gdyż wskazuje, że rodzaj świadczenia wprawdzie był objęty umową, ale przekroczona została wielkość ustalona jako limit świadczeń. Natomiast w przypadku świadczeń pozaumownych, w zbiorze jego desygnatów prócz świadczeń pozalimitowych znajdują się także świadczenia w rodzaju, których umowa nie obejmowała.

Wątpliwości związane ze wskazaniem Dyrektor (...) M. K., a podnoszone dopiero na ostatnim terminie rozprawy w jej zeznaniach, że świadczenia, za które powód domaga się zapłaty, udzielane były w trybie ambulatoryjnym, a na udzielanie świadczeń w tym trybie powód nie miał z Funduszem zawartej umowy. Dyrektor (...) zeznawała, że tak czy inaczej świadczenia zrealizowane przez powoda nie mogłyby zostać sprawozdane, a pozwany by za nie mógł zapłacić. Natomiast w przypadku, gdyby powyższa okoliczność została wykryta w czasie trwania okresu rozliczeniowego, możliwe byłoby zawarcie umowy rozszerzającej na świadczenia w trybie ambulatoryjnym (k. 1431-1432). W przekonaniu Sądu Okręgowego, zeznania powyższej treści budzą poważne wątpliwości, albowiem przez cały czas trwania procesu okoliczności te nie były podnoszone. Wręcz przeciwnie, wskazywano, że umowa stron obejmowała rodzaj przedmiotowych świadczeń. Z przepisów ustawowych i aktów wykonawczych do nich wynika generalnie, że program lekowy to świadczenie gwarantowane, w ramach którego leczenie odbywa się z zastosowaniem innowacyjnych, kosztownych substancji czynnych, które nie są finansowane w ramach innych świadczeń gwarantowanych. Leczenie jest prowadzone w wybranych jednostkach chorobowych i obejmuje ściśle zdefiniowaną grupę pacjentów. Programy lekowe stworzone zostały z myślą o chorych, u których leczenie standardowo stosowanymi lekami nie przyniosło spodziewanych efektów terapeutycznych, a których udział w terapii w ramach programów lekowych może być realizowany w trzech trybach: trybie ambulatoryjnym, trybie jednodniowym i trybie

hospitalizacji. Z przepisów tych nie wynika, aby istniała konieczność zawarcia odrębnej umowy na świadczenia w trybie ambulatoryjnym.

Ponadto powód podnosił, że pacjenci, którym podawane były leki, byli kwalifikowani do programów lekowych, w których powód uczestniczył jeszcze przed lipcem 2012 r. i za realizację tych świadczeń powód miał wypłacane środki. Okoliczność ta z uwagi na podstawy rozstrzygnięcia nie była weryfikowana, tym nie mniej, sam pozwany częściowo sprawdzając zgłoszone do rozliczenia świadczenia stwierdził, iż za niektóre z nich zapłacił. Zatem w ocenie Sądu Okręgowego, świadczenia przedmiotowe musiały należeć do rodzaju objętego umową. Mechanizm, który doprowadził do tego, że powód nie raportował o udzielonych świadczeniach był jeden, a mianowicie taki jak ustaliła prokuratura tj. brak wytworzenia stosownej dokumentacji w systemie informatycznym w Klinice (...), który uniemożliwił sprawozdanie, a nie brak możliwości w ogóle rozliczenia świadczeń.

Sąd Okręgowy przyjął zatem, że przedmiotowe świadczenia były rzeczowo objęte umową stron, były świadczeniami ponadlimitowymi, w tym przypadku niesprawozdanymi do NFZ.

W ramach umów łączących strony, Szpital wykonywał procedury medyczne każdego rodzaju, w tym w stanach nagłych. W związku z tym, zrzeczenie się świadczeń ponadlimitowych oznaczało zrzeczenie się wszelkich roszczeń za świadczenia, których rodzaj objęty był umowami stron, w tym w ocenie Sądu Okręgowego, także przedmiotowych, obojętnie czy były planowymi czy wykonywanymi w stanie nagłym. I jest to pierwotna przyczyna, dla której należało odmówić ochrony prawnej roszczeniu świadczeniodawcy.

Powód zawierając ugody dotyczące świadczeń wykonanych poza przyznanymi limitami w danym roku, zrzekał się każdorazowo roszczeń co do wszelkich innych świadczeń w tym zakresie. W tym stanie rzeczy, nie można było nie uznać za zasadny zarzut powagi rzeczy ugodzonej, który niweczy merytorycznie zasadność powództwa. Ugoda bowiem mocą złożonych zgodnie oświadczeń woli wywołała skutki w sferze stosunków prawnych pomiędzy stronami, a powód zrzekając się roszczenia zapłaty za dalsze świadczenia pozalimitowe, tym samym zrezygnował z możliwości ich dochodzenia.

Ugoda zawarta przed sądem ma podwójny charakter, występują w niej elementy materialnoprawne, jak i procesowe. Przez strony składane są wówczas zgodne oświadczenia woli, które są czynnościami materialnoprawnymi, zmierzającymi do wywołania skutków w dziedzinie prawa materialnego, a zawarte porozumienie jest umową ugody z rozumieniem art. 917 k.c. i jak wspomniano powyżej, podlega wykładni na podstawie kryteriów określonych w art. 65 k.c.

Jak wynika z zeznań aktualnej Dyrektora Oddziału pozwanego M. K. oraz świadków byłej Dyrektora Oddziału Z. W., która reprezentowała NFZ w czasie zawierania umów oraz pracownika B. O., istotą porozumienia dla Funduszu było zawarcie ugody definitywnie kończącej spór i zamykającej kwestię żądań ze strony świadczeniodawcy. Gwarancję dawały zapisy o zrzeczeniu się roszczeń za świadczenia ponad limity, które były rozumiane w ten sposób, że powód już nie będzie żadnych żądań wysuwać przeciwko pozwanemu za dany okres rozliczeniowy, który uznawano za zamknięty. Nikt ze strony pozwanego nie spodziewał się i nie miał ku temu podstaw, aby podejrzewać, że jeszcze istnieją świadczenia, które zostały nierozliczone. W świetle zaistniałych okoliczności, w szczególności corocznych sporów o nadwykonania i niekwestionowania nigdy przez strony ostatecznych ustaleń, sposobu funkcjonowania NFZ jako funduszu gospodarującego środkami publicznymi w oparciu o ściśle prawnie określone reguły, strona pozwana wiarygodnie wskazywała, że nie pozostawiała miejsca na jeszcze inne rozliczenia po zawarciu każdej z ugód.

Jak wynika ze wskazań pełnomocnik powoda i stwierdzenia, że powód zawierając ugody godził się na taką „smutną rzeczywistość”, a zatem również Szpital był przekonany, że więcej środków za dany rok nie zostanie mu przekazanych na żadnej podstawie. W szczególności zeznania Dyrektora Szpitala, który wskazywał, że zrzeczenie obejmowało faktycznie rezygnację z zapłaty za świadczenia, o wykonaniu których powód posiadał wiedzę, w świetle okoliczności w jakich zawierana była ugoda, budzą wątpliwości. Oczywiście zaistniała sytuacja jest niewątpliwie niezwykłą, a jej nadzwyczajność potęguje wskazywana suma strat. Tym nie mniej dwie pierwsze ugody zawierane były w typowych

sytuacjach, które nie rodziły po stronie powoda podstaw do tego, aby mógł on przypuszczać, że będą mu przysługiwać jeszcze inne roszczenia.

Nadmienić należy w przypadku ostatniej z ugód z września 2015 r., że jak wynika z zeznań A. D. (1) Dyrektora Szpitala, Z. W. – ówczesna Dyrektor Oddziału (...) – została poinformowana ustnie o przedmiotowych roszczeniach dopiero w październiku 2015 r., a zatem po zawarciu ostatniej z ugód. Nawet, gdyby wiedziała wcześniej o nieprawidłowościach, to również nie miała podstaw do odmiennej interpretacji złożonego przez powoda oświadczenia niż powyższe. Wszakże z formalnym żądaniem zapłaty powód wystąpił do pozwanego dopiero w grudniu 2015 r.. Natomiast powód miał świadomość, że dla niego rok 2014 nie zostanie rozliczony w pełni, a pomimo to zdecydował się zawrzeć ugode i zrzec roszczeń.

Strona powodowa nie zaoferowała innych dowodów: poprzedniego zarządzającego Szpitalem, czy pełnomocnika składającego oświadczenie w imieniu Szpitala, które i tak w świetle okoliczności, w jakich ugody były zawierane, trudno przypuszczać, aby zmieniałyby ocenę, że przyjęte stanowisko przez powoda rozumienia oświadczenia o zrzeczeniu się świadczeń ponadlimitowych, jest nie tylko nielogiczne, ale przede wszystkim sprzeczne z normatywnym jego rozumieniem.

W niniejszej sprawie istotne jest, to, że dokonując wykładni oświadczeń złożonych na podstawie kryteriów obiektywnych, a zatem ustalając sens oświadczeń woli na podstawie przypisania normatywnego, czyli jak adresat ten sens rozumiał i rozumieć powinien, należy wziąć pod uwagę – poza kontekstem językowym, również okoliczności złożenia oświadczeń, czyli kontekst sytuacyjny, który w szczególności obejmuje status stron, ich doświadczenie w prowadzeniu tego typu spraw (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 marca 2008 roku, V CSK 418/07, LEX 577236). W ocenie Sądu Okręgowego, w przypadku ugód zawieranych w lutym 2015 r. (kiedy nie było wiadomo o niezapłaconych i niesprawozdanych świadczeniach), jak wspomniano już, po stronie osób działających w imieniu Szpitala również musiała istnieć świadomość, że ugoda kończy, zamyka cykl rozliczeniowy już nieodwracalnie, że Szpital rezygnuje ze wszelkich innych należności za świadczenia. Natomiast, we wrześniu 2015 r. zawierając ugode dotyczącą 2014 r., w Szpitalu wiedziano już o powstałych nieprawidłowościach, a jak wynika z notatki z rozmów z Marszałkiem Województwa, rozważano także możliwość występowania do NFZ z roszczeniem o zapłatę za nie. W ugodzie nie znalazło to jednakże odzwierciedlenia. Jak podnosiła M. K., zdarzały się przypadki, że Fundusz zawierał umowy, które rozwiązywały tylko spór dotyczący części świadczeń, ale zawsze to znajdowało wyraz w treści ugód. W przedmiotowej ugodzie nie zostało jednakże takie ograniczenie wyartykułowane, a NFZ bez wiedzy na temat przedmiotowych roszczeń (którą uzyskał w październiku 2015r.) również nie spodziewał się ułomności złożonego przez powoda oświadczenia o zrzeczeniu się roszczenia, jako niekończącego definitywnie rozliczeń za rok 2014.

Oczywiście, w imieniu powoda ugody każdorazowo zawierał umocowany pełnomocnik będący radcą prawnym z doskonałą znajomością problematyki prawnej, w tym pojęć i ich normatywnego znaczenia, co ostatecznie przesądza o prawidłowości przyjętego ustalenia, że zrzekając się roszczeń, powód miał na myśli, że zrzeka się już dochodzenia wszelkich żądań, a we wrześniu 2015 r., powinien przypuszczać, że strona przeciwna tak będzie rozumiała jego oświadczenie.

Dlatego też w ocenie Sądu Okręgowego, skoro nawet oświadczenia stron w ich subiektywnym przekonaniu znaczyły co innego, to wykładnia normatywna zwrotu o zrzeczeniu się roszczeń, wskazuje na rację pozwanego. To oznacza, że powód w każdej z zawartych ugód zrzekł się roszczeń obejmujących zapłatę za przedmiotowe świadczenia, które obejmowały procedury przewidziane umową, ale nie zmieściły się w limicie określonym w umowie przez strony, i to zarówno tych sprawozdanych, jak również nieraportowanych. Natomiast, nawet jeśli przyjąć wątpliwą tezę, że rodzaj wykonywanych świadczeń objętych żądaniem pozwu nie był ujęty w umowie stron, to był on również pozaumowny i w związku z tym roszczenie również było niezasadne.

Zrzeczenie się roszczeń było ważne i wywołało konsekwencje prawne, a późniejsze oświadczenia składane w imieniu powoda mające na celu zniweczenie tych następstw, nie odniosły skutku. Dotyczy to oświadczenia Szpitala z dnia 9 grudnia 2016 r., które złożył Dyrektor wobec NFZ o częściowym uchyleniu się od skutków prawnych oświadczeń woli

złożonych przy zawieraniu ugód, jak również aneksów do umowy, jako zawartych pod wpływem błędu, który polegać miał na braku wiedzy o istnieniu dalszych świadczeń niezapłaconych przez Fundusz.

Art. 918 § 1 k.c., który reguluje omawianą kwestię, ogranicza uprawnienia do uchylenia się od skutków prawnych oświadczenia woli złożonego pod wpływem błędu względem oświadczeń zawartych poza ugodami. Zgodnie z tym przepisem, błąd może dotyczyć jedynie stanu faktycznego, który wg treści ugody obie strony uważały [zgodnie uważały] za niewątpliwy, a spór albo niepewność nie byłaby powstała, gdyby w chwili zawarcia ugody strony wiedziały o prawdziwym stanie rzeczy.

W przekonaniu Sądu Okręgowego, posiadanie wiedzy o niezapłaconych i niesprawozdanych do NFZ lekach tak czy inaczej nie zapobiegłoby sporowi, ani nie uchroniłoby przed niepewnością, którą wyeliminowała dopiero każda z zawartych ugód. Wskazać bowiem należy, że ugoda, w której strony wzajemnie czynią sobie ustępstwa, pełni funkcję koncyliacyjną (pojednanie stron) i stabilizacyjną (pewność obrotu). Przepis art. 918 § 1 k.c. nie wymaga, aby strony ugody obejmowały swoją świadomością pewność rzeczywistego stanu rzeczy, ale tylko zgodne przyjmowanie przez nie, że stan ten jest niewątpliwy. W niniejszej sprawie, strony zawierając wspomniane ugody sądowe stan rzeczy uważały za sporny i niepewny, a przynajmniej NFZ uznawał ten stan za wątpliwy, gdyż żądał definitywnego rozliczenia i złożenia w tym przedmiocie oświadczenia przez powoda o zrzeczeniu się dalszych ewentualnych roszczeń. Świadek B. O. i Dyrektor M. K. podkreślały, że wobec właśnie niepewności co do możliwości istnienia innych roszczeń w zakresie zrealizowanych świadczeń, NFZ wymagał, pilnował i zabezpieczał się przed nimi, żądając zawarcia w ugodzie oświadczenia o zrzeczeniu się pozostałych roszczeń w zakresie zrealizowanych ponad limity świadczeń. Skoro więc przynajmniej jedna w tym przypadku strona jaką był NFZ uważała stan faktyczny za sporny, niepewny, niedopuszczalne jest w ogóle uchylenie się od skutków prawnych ugody (wyrok SA w Warszawie z dnia 2 lipca 1997 r., sygn. akt I ACa 422/97).

Wskazać należy, że w odniesieniu do ugód, art. 918 § 1 k.c. wyłącza stosowanie art. 84 k.c., ograniczając możliwość uchylenia się od skutków prawnych ugody z powodu błędu tylko do sytuacji, gdy błąd dotyczył stanu faktycznego, który według treści ugody obie strony uważały za niewątpliwy, a spór albo niepewność (dla likwidacji których ugoda została zawarta) nie powstałyby, gdyby strony w chwili zawierania ugody wiedziały o prawdziwym stanie rzeczy (tak: wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 5 marca 2014 r. I ACa 1172/13; wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 28 listopada 2013 r. I ACa 966/13).

Jednakże nawet jeśliby przyjąć, że istniały przesłanki do uchylenia się od skutków prawnych złożonego oświadczenia i zawartej ugody, to oświadczenia w tym przedmiocie złożone w imieniu Szpitala i tak są prawnie bezskuteczne z dwóch niezależnych względów. Po pierwsze, zgodnie z art. 918 § 1 k.c. w zw. z art. 88 § 2 k.c. uprawnienie do uchylenia się od złożonego oświadczenia w ugodzie wygasa: w razie błędu – z upływem roku od jego wykrycia. W ocenie Sądu Okręgowego, moment wykrycia błędu, od którego rozpoczyna bieg roczny termin, to lipiec 2015 r., kiedy spostrzeżono problem niezapłaconych leków i wstępnie oszacowano wielkość straty. Najpóźniejszą datą jaką można przyjąć w tym względzie to data wystawienia faktury przez Szpital obejmującej już skonkretyzowane żądanie zapłaty względem NFZ tj. 30 listopada 2015 r.. Tymczasem oświadczenie powoda o uchyleniu się od skutków prawnych ugody zostało złożone w dniu 9 grudnia 2016 r., a zatem po upływie rocznego terminu. Natomiast brak spełnienia warunku złożenia oświadczenia w terminie rocznym skutkuje tym, że uprawnienie do złożenia oświadczenia wygasło.

Zarówno o błędzie w chwili złożenia oświadczenia woli, jak i o wykryciu błędu wyznaczającym początek biegu terminu do uchylenia się od skutków prawnych złożonego oświadczenia woli, decyduje stan świadomości osoby powołującej się na błąd. Pozwany NFZ słusznie wskazywał, że powód myli moment powzięcia informacji o błędzie z ustaleniem w sposób jak najbardziej precyzyjny kwoty roszczeń. W przedmiotowej sprawie wykrycie błędu to ujawnienie nieprawidłowości w zakresie sprawozdawczości i faktu poniesienia straty finansowej. Bowiem sformułowanie „wykrycie błędu” należy rozumieć jako powzięcie wiadomości o błędzie, nie zaś ustalenie rozmiaru następstw spowodowanych działaniem w błędzie. Tym nie mniej i takowe znane było do dnia 30 listopada 2015 r.. Okoliczność, że może istnieć pewna wątpliwość co do rozmiaru straty, nie neguje faktu, że Szpital wiedząc o tym, że istnieją świadczenia, za które NFZ im nie zapłacił o wielkiej wartości, znając tylko rząd wielkości, a nie konkretną kwotę, nie

powinien był zawierać ugody, a w szczególności składać oświadczenia o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń. Powód miał wiedzę już w lipcu 2015 r. (zeznania Dyrektora A. D. (1)) o tym, że są niezapłacone świadczenia o wielkiej wartości. Pracownicy powoda jak wynika z zeznań chociażby świadka E. J. (główniej księgowej powoda) powszechnie od sierpnia 2015 r. znali informację, że leki były podane, a niesprawozdane. Zatem wówczas można mówić, że w tamtym czasie powód powziął wiadomość o błędzie. Najpóźniejszą graniczną datą może być data wystawienia faktury (30 listopada 2015 r.), co nie zmienia oceny oświadczeń jako dokonanych z upływem ustawowego terminu zawitego.

Ponadto, uchylenie się od skutków oświadczenia woli złożonego w ugodzie może dotyczyć jedynie całości ugody, a nie wybranych niekorzystnych jej fragmentów tak jak chciał powód, który dążył do uchylenia się od skutków złożonego oświadczenia tylko o zrzeczeniu się dalszych roszczeń (porównaj: wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 7 września 2005 r. sygn. akt I APa 30/05; wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 16 kwietnia 2016 r.).

Podkreślić należy, że przepis art. 917 k.c. stanowi, że przez ugodę strony czynią sobie wzajemne ustępstwa w zakresie istniejącego między nimi stosunku prawnego w tym celu, aby uchylić niepewność co do roszczeń wynikających z tego stosunku lub zapewnić ich wykonanie albo by uchylić spór istniejący lub mogący powstać. Zatem wyeliminowanie z ugód oświadczeń o „zrzeczeniu się” nie uchylałoby sporu stron, a tym bardziej nie eliminowałoby takiego sporu w przyszłości.

Dlatego też powód w żaden sposób skutecznie nie uchylił się od skutków prawnych złożonych w ugodach oświadczeń o zrzeczeniu się wszelkich dalej idących roszczeń obejmujących świadczenia ponadlimitowe, a tym samym utracił możliwość ubiegania się o zapłatę za świadczenia z okresów objętych ugodami, w tym nawet za świadczenia w stanach nagłych.

Powód podnosił również alternatywnie, że zrzeczenie się przez niego dalej idących roszczeń w okolicznościach, które zaistniały były bądź nieważne (sprzeczne z prawem, z zasadami współżycia społecznego), bądź bezskuteczne (oparte na niedozwolonym wzorcu umownym). Z tymi stwierdzeniami nie zgodził się Sąd Okręgowy.

Ugody stron były zawierane przed sądami, a zgodnie z art. 203 § 4 k.p.c. sąd może (a w uzasadnionych okolicznościach musi) uznać za niedopuszczalne zrzeczenie lub ograniczenie roszczenia tylko wtedy, gdy okoliczności sprawy wskazują, że wymienione czynności są sprzeczne z prawem lub zasadami współżycia społecznego albo zmierzają do obejścia prawa. W żadnym przypadku taka sytuacja nie miała miejsca. Klauzula „zrzeczenia się wszelkich dalej idących roszczeń” jest powszechnie używanym sformułowaniem, praktycznie jest immanentnym składnikiem każdej ugody, w tym zawieranej przed sądem i wynika niejako z funkcji ugody, która z jednej strony oparta jest o wzajemnie czynione sobie ustępstwa, mówiąc kolokwialnie, zawierając ugodę żadna ze stron nie jest całkowicie wygrana, a z drugiej ma pełnić funkcję stabilizacyjną w określeniu wzajemnych praw i obowiązków stron pozostających ze sobą w stosunkach prawnych. Formuła „zrzeczenia się dalej idących” roszczeń jest zatem wpisana w charakter ugody i podkreśla stabilizację, definitywność praw i obowiązków stron wynikających z danego stosunku. Nadto nowe okoliczności: wykrycie nieprawidłowości w zakresie sprawozdawczości i rozliczania świadczeń, a w konsekwencji powstanie szkody, związane było li tylko z postępowaniem samego powoda. Wobec powyższego, z tego punktu widzenia trudno obarczać pozwanego konsekwencjami finansowymi takiego stanu rzeczy.

Sąd Okręgowy nie uznał także za zasadny argument, że strona powodowa w konfrontacji z pozwanym każdorazowo znajduje się w sytuacji bez wyjścia tj. może albo zgodzić się na zaproponowane warunki przez Fundusz oferujący określoną kwotę na świadczenia do zapłaty, albo nie i jest zdana w tym wypadku na wolę niewątpliwego monopolisty. Wszakże powód korzystał z możliwości sądowego dochodzenia należności i w tym zakresie nie był zależny od tzw. „woli” pozwanego, miał możliwość swobody wyboru czy zawrze ugodę godząc się na ustępstwa czy też nie.

Złożone oświadczenia o zrzeczeniu się roszczeń nie są też bezskuteczne, gdyż stanowią niedozwolone klauzule umowne. W tej ostatniej kwestii dość wskazać, że regulacja dotycząca bezskuteczności postanowień umownych sprzecznych z dobrymi obyczajami, rażąco naruszającymi interesy jednej strony chroni konsumenta, którym jest zgodnie z art. 22¹ k.c. tylko osoba fizyczna dokonująca z przedsiębiorcą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z

jej działalnością gospodarczą lub zawodową. Zgodnie z wyrokiem Trybunału Sprawiedliwości z dnia 22 listopada 2001 r. pojęcie konsumenta, ustanowione w art. 2 lit. b dyrektywy 93/13 w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich, musi być interpretowane w ten sposób, że dotyczy wyłącznie osób fizycznych (zob. pkt 17 oraz sentencja). Powód zdecydowanie nie spełnia tych kryteriów. To, że samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej nie są przedsiębiorcami w rozumieniu ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2016.1638 - art. 2 ust. 1 pkt 4 w związku z art. 4 ust. 1 pkt 2), to nie zmienia okoliczności, że pozycja i działalność SPZOZ-u spełnia przesłanki zawarte w definicji przedsiębiorcy z ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. 2017.2168) (tak: G. G. glosie do wyroku SN z dnia 22 lipca 2014 r., III UK 192/13), gdyż jest to działalność zawodowa wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły. Ponadto przy zawieraniu ugód strony nie posługiwały się wzorcem umowy.

Jednocześnie wyjaśnić należy, że nawet gdyby przyjąć, że umowa stron nie obejmowała przedmiotowych w sprawie świadczeń i w związku z tym świadczenia te wykluczyć należałoby z desygnatów pojęcia „świadczenia ponadlimitowe”, o których mowa w ugodach, to powód niezasadnie i tak powołuje się na przepisy o bezpodstawnym wzbogaceniu Funduszu jako na alternatywną podstawę żądania względem dwóch omówionych powyżej. Zgodnie z art. 405 k.c. kto bez podstawy prawnej uzyskał korzyść majątkową kosztem innej osoby, obowiązany jest do wydania korzyści w naturze, a gdyby to nie było możliwe, do zwrotu jej wartości. Przyczyną zatem bezpodstawnego wzbogacenia ma być przysporzenie „bez podstawy prawnej”. Natomiast nie może być mowy o wzbogaceniu w sytuacji, gdy wzbogacenie takie znajduje oparcie w ważnej czynności prawnej lub przepisach prawa (tak np. Sąd Apelacyjny w Krakowie z dnia 22 lutego 2013 r., I ACa 665/12). Skoro zatem bezspornie świadczenia zdrowotne obejmujące podanie specjalnych leków pacjentom chorym na WZW B i C były świadczeniami refundowanymi, ale tylko w ramach programów zdrowotnych lekowych, które mogły być realizowane przez świadczeniodawców jedynie w ramach umowy zawartej z NFZ, po wykonaniu obowiązków wynikających z umowy (która zawierała regulacje nie tylko zawarte w jej postanowieniach, ale inkorporowane z aktów wewnętrznych płatnika i przepisów obowiązującego prawa), to brak zapłaty przez Fundusz w sytuacji, gdy świadczenia realizowane były poza umową i bez wykonania przez świadczeniodawcę obowiązków wymaganych do zapłaty za nie m.in. w zakresie sprawozdawczości (który to obowiązek pozwala na kontrolę przez płatnika prawidłowości wykonania świadczenia), to postępowanie NFZ było zgodne z prawem. Fundusz działa bowiem na podstawie ustawy i statutu (art. 96 ust. 7 ustawy o świadczeniach [...]). Postępowanie Funduszu, który nie zapłacił za świadczenia Szpitalowi, który nie spełnił warunków do uzyskania takiej zapłaty, było zatem zgodne z prawem.

Co więcej, rację ma pozwany wskazując, że w przypadku, gdyby Fundusz zapłacił Szpitalowi za świadczenia ze środków publicznych, co do których ma bezwzględny obowiązek ich wydatkowania wyłącznie w oparciu o podstawy wynikające z przepisów prawa, wynikłyby dla osób działających w imieniu płatnika konsekwencje z ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz.U. 2005 Nr 14 poz. 114 z póź. zm.) np. za dokonywanie wydatków bez upoważnienia w planie finansowym, z przekroczeniem tego upoważnienia lub naruszenie przepisów dotyczących dokonywania poszczególnych rodzajów wydatków, za zmiany w planie stanowiącym podstawy gospodarki finansowej jednostki sektora publicznego bez upoważnienia lub z przekroczeniem uprawnień lub za przeznaczenie środków rezerwy na inny cel niż określony w decyzji o ich przeznaczeniu (art. 10, art. 11 ust. 1, art. 12 ustawy o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych), albowiem NFZ należy do sektora finansów publicznych (art. 9 pkt 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009r. o finansach publicznych Dz.U.2009.157.1240 z póź. zm.). Fundusz wydatkuje środki w oparciu o plan finansowy tworzony w oparciu o prognozę przychodów (art. 118 ust. 1, art. 120 ust. 1 ustawy o świadczeniach [...]). Fundusz nie wykonuje działalności gospodarczej (art. 97 ust. 5 ustawy o świadczeniach [...]) i tym samym jego działalność nie jest nastawiona na zarobek. W zakresie środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne Fundusz działa w imieniu własnym, lecz na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji (art. 97 ust. 2 ustawy o świadczeniach [...]). Wobec powyższego, uznanie należności powoda przez pozwanego, pomimo niespełnienia przez niego warunków formalnych chociażby w postaci sprawozdania świadczeń, mogłoby stanowić dopiero bezprawie.

Jak wskazywała Dyrektor (...) Funduszu, Szpital, gdyby w odpowiednim terminie wystąpił o zapłatę świadczeń zrealizowanych ponad limit umowy (wypełnił warunki umożliwiające ubieganie się o nie), to otrzymałby zapłatę za leki, gdyż NFZ w 100% zawsze płacił za świadczenia w programach lekowych. Skoro więc Szpital, z powodu własnej tylko niefrasobliwości, nie zrealizował warunków umowy i przepisów prawa, to teraz nie może również z powodu własnego zaniedbania dochodzić zapłaty na podstawie bezpodstawnego wzbogacenia. Instytucja bezpodstawnego wzbogacenia, uregulowana w art. 405 k.c. i następcie, ma bowiem niejako charakter ostateczny, co oznacza, że jest możliwa do zastosowania jedynie w sytuacji braku istnienia po stronie uprawnionej innego roszczenia realizującego jej prawo podmiotowe. Sensem funkcjonowania tej instytucji jest zresztą właśnie zabezpieczenie uprawnionemu możliwości zrealizowania swojego prawa, kiedy nie może to nastąpić w wyniku zastosowania żadnego innego roszczenia. Jednocześnie powód nie może powoływać się na bezpodstawne wzbogacenie w sytuacji, gdy co prawda w chwili wytoczenia powództwa nie posiada już skutecznego środka prawnego dla realizacji swojego prawa, ale posiadał go uprzednio i na skutek swojej bezczynności utracił (tak Sąd Aapelacyjny w (...) w wyroku z dnia 3 marca 2016 r.(...)). W niniejszej sprawie, kwestią jednakże pierwotną jest brak bezprawności ewentualnego wzbogacenia.

Szpital również wskazywał, że NFZ mógł dopuścić się czynu niedozwolonego mającego polegać na winie w nadzorze, albowiem zdaniem powoda, zaistniała nieprawidłowość był w stanie wykryć. W sposób oczywisty w niniejszym przypadku nie zaistniały okoliczności warunkujące odpowiedzialność deliktową pozwanego. Zgodnie z art. 64 ust. 1 ustawy o świadczeniach [...] w brzemieniu obowiązującym w okresie 2012 – 2014, podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych mógł przeprowadzić kontrolę udzielania świadczeń świadczeniobiorcom, a w szczególności kontrolę: 1) organizacji i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności; 2) udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z wymaganiami określonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; 3) zasadności wyboru leków i wyrobów medycznych, w tym przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stosowanych w leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych; 4) przestrzegania zasad wystawiania recept i 5) dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Żadne przepisy nie dopuszczają możliwości dokonywania kontroli wyników finansowych podmiotu kontrolowanego i prowadzonej przez niego księgowości pod kątem dochodowości prowadzonego przedsięwzięcia. Dlatego też NFZ nie dopuścił się czynu zabronionego w rozumieniu art. 416 k.c., albowiem nie można mu zarzucić bezprawności. Przyczyny wystąpienia nieprawidłowości są zgoła odmienne i zostały wyartykułowane w postanowieniu prokuratorskim o umorzeniu postępowania w sprawie.

Rozważając podstawy prawne żądań powoda Sąd Okręgowy stwierdził także, że obojętnie z jakim rodzajem świadczeń zdrowotnych mamy w sprawie do czynienia, to w braku umowy, z uwagi na rodzaj czy limit świadczeń, przesłanki do dochodzenia roszczenia na podstawie art. 19 ust. 4 i 5 ustawy o świadczeniach [...], który w praktyce jest jedyną możliwą podstawą prawną na jakiej w ogóle można zasadnie ubiegać o zapłatę za świadczenia zdrowotne poza umową i jej limitami, nie zostały spełnione przez powoda do ubiegania się o zwrot poniesionych kosztów, ponieważ udzielane świadczenia bezspornie nie były dokonywane w stanach „nagłych”. Tak jak wskazywał pozwany, zawsze były to świadczenia planowe. Podstawową bowiem cechą wyróżniającą świadczenia zdrowotne udzielone w ramach programów lekowych od innych świadczeń jest udzielenie ich według ściśle opracowanego na określony okres czasu schematu leczenia ustalonego z góry i już na etapie kwalifikowania pacjenta do leczenia w tym trybie. Jest to również leczenie zawsze poprzedzone badaniami kwalifikującymi pacjenta do programu i winno być prowadzone zgodnie z ustalonym planem leczenia (pacjent ma dokładnie rozpisany przez cały okres leczenia, w jakich dniach i jakich dawkach powinien otrzymywać leki – patrz załączniki(...))i (...)). W konsekwencji, w przypadku świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, z uwagi na ich specyfikę i nie występowanie przesłanki „nagłości”, należało wykluczyć możliwość ich dochodzenia na podstawie art. 19 ustawy o świadczeniach [...]. Powód zresztą ostatecznie sam eliminował możliwość kwalifikacji prawnej jako podstawy dochodzonego przez niego roszczenia na tej podstawie. Dodatkowo oczywiście powód nie spełnił warunków w postaci złożenia wniosku do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i ich kosztów oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności udzielenia świadczeń

uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych. W szczególności chodzi o przyporządkowywanie poszczególnych wydatków dla poszczególnych pacjentów.

Odnosząc się do zarzutu przedawnienia, który w wobec przyjętych zasad rozstrzygnięcia, ma marginalne znaczenie, Sąd Okręgowy wskazał na art. 118 k.c., Przepis ten zastrzega trzyletni termin przedawnienia dla roszczeń związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej, ale nie przesądza, czy chodzi tu o roszczenia przysługujące przedsiębiorcy. W związku z tym przyjęto, że zróżnicowanie terminów przedawnienia określonych w tym przepisie nie zależy od charakteru podmiotu, któremu to roszczenie przysługuje, ale wyłącznie od tego, czy takie roszczenie można zakwalifikować jako związane z prowadzeniem działalności gospodarczej. Stanowisko takie jest powszechne w doktrynie. Jak wyjaśniano uprzednio, skoro Szpital prowadzi działalność o charakterze zawodowym, zorganizowanym i ciągłym to przyjmując należy, że prowadzi działalność gospodarczą i w związku z tym rozpatrywać należało 3 – letni termin przedawnienia tak jak podnosił pozwany. Jednak zaważanie do próby ugodowej przerywa bieg terminu przedawnienia na podstawie art. 123 § 1 pkt 1 k.c. Wniosek powoda obejmujący żądanie tożsame z żądaniem pozwu został zgłoszony przed Sądem Rejonowym w K. w dniu 11 grudnia 2015 r., a zatem o przedawnieniu świadczeń można mówić co najwyżej w okresie od 1 lipca 2012 roku do 10 grudnia 2012 roku tj. za okres niespełna 6 miesięcy.

W sposób oczywisty do przedawnienia roszczeń nie mogą mieć zastosowania przepisy o czynach niedozwolonych, ponieważ jeśli takowy miał miejsce to jedynie po stronie powodowej, która nie może korzystać z własnego „bezprawia” i z tego względu znajdować się w korzystniejszej sytuacji niż pozwany, który deliktu się nie dopuścił.

W ocenie Sądu Okręgowego, niezasadnie w tym przypadku powód powołał się na art. 5 k.c., żądając w ogóle nieuwzględnienia zarzutu przedawnienia. Argumentem powoda jest to, że podając pacjentom leki działał w celu ratowania ich zdrowia i życia. Zgadza się, ale cała działalność powoda nakierowana jest na taką aktywność i w związku z tym, przyjęcie tylko tego jednego powodu, stworzyłoby wrażenie, że świadczenia związane z leczeniem względem powoda nigdy nie mogłyby się przedawnić. Natomiast niezaprzeczalnie fakt tylko i wyłącznej winy powoda w powstaniu nieprawidłowości i doprowadzenia do sytuacji, że świadczenia nie zostały rozliczone sprzeciwia się zastosowaniu klauzuli zasad współzycia społecznego i tym samym nie uwzględniania zarzutu przedawnienia.

Ostatecznie strona powodowa powoływała jeszcze jako podstawę swoich żądań również zasady współzycia społecznego, podnosząc m.in. że strona pozwana jest dominującym kontrahentem, który płaci za świadczenia według własnego uznania i wskazywała na wady systemu zdrowotnego. Ponadto powód podkreślał, że Szpital wydatkował środki pieniężne na zakup leków potrzebnych pacjentom chorym na WZW typu B i C, którzy te świadczenia otrzymali. Jednakże oczywistym jest zarówno w doktrynie, jak i w orzecznictwie, że art. 5 k.c. nie może stanowić podstawy powództwa, co a limine pozbawia powoda tej podstawy dochodzenia roszczenia.

Sąd Okręgowy wskazał także, że kwoty, którymi zarządza NFZ są skończonymi i w ich ramach może on jedynie realizować swoje zadania jako płatnika świadczeń zdrowotnych. Jako państwowy fundusz celowy podlega zasadom określonym w ustawie z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, jak również ustawie z 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz.U. z 2005 r. Nr 14, poz. 114 ze zm.). Niewątpliwie też zgodnym z oczekiwaniami społecznymi jest, aby Fundusz transparentnie tj. wg ustalonych reguł wydatkował powierzone mu mienie (składki ubezpieczonych). Świadczeniodawca zatem musi poddać się regułom i nie może czuć się zwolniony z obowiązku prowadzenia działalności w sposób racjonalny i optymalny z punktu widzenia dysponowania środkami publicznymi, a nie tylko z punktu widzenia rentowności własnej działalności. Jakkolwiek procedury proponowane przez NFZ są skomplikowane, często zmieniane, to jednocześnie powód jako profesjonalista, dysponuje odpowiednim zapleczem pracowniczym, które jest w stanie im sprostać. Ujemny wynik finansowy powoda w zakresie braku zapłaty za leki w przekonaniu Sądu Okręgowego, jest związany tylko i wyłącznie z brakiem należytej staranności w postępowaniu jego (jego pracowników), które to postępowanie było przedmiotem zainteresowania organów ścigania. Trudno więc oczekiwać, aby pozwany finansował zapłatę świadczeń, przy wykonaniu których nie zostały spełnione procedury wymagane prawem i umową łączącą strony.

Podsumowując Sąd Okręgowy stwierdził, że powód składając oświadczenia o zrzeczeniu się dalszych roszczeń za świadczenia poza limitowane umową utracił możliwość domagania się za nie zapłaty. W przypadku zaś gdyby uznać, że przedmiotem zrzeczenia nie były objęte świadczenia, za które powód domaga się zapłaty, to również nie istnieją żadne podstawy prawne, które czyniłyby powództwo zasadnym. Z tego względu powództwo podlegało oddaleniu.

Wobec dokonanej powyżej oceny prawnej, z której wynika, że jakby nie oceniać żądania powoda to nie można uznać go za zasadne, rozważanie charakteru oświadczeń o zrzeczeniu się roszczeń w aneksach do umowy było zbędne. Ponadto stwierdzając powagę rzeczy ugodzonej oraz bezpodstawność żądań, Sąd oddalił wnioski dowodowe zgłoszone przez obie strony, które zmierzały do ustalenia konkretnie okoliczności związanych z brakiem wcześniejszego, bieżącego rozliczenia się z NFZ, rozmiaru straty zaistniałej u powoda i wykazania warunków formalnych świadczących, że procedury zostały wykonane zgodnie z wymogami, w szczególności dowodu z opinii biegłych. Przedmiotem dowodzenia są bowiem fakty sporne i mające znaczenie istotne dla rozstrzygnięcia, tymczasem okoliczności, które zamierzał wykazywać powód i pozwany przy pomocy tych środków dowodowych nie miały takiego charakteru.

O kosztach procesu na rzecz pozwanego orzeczono na podstawie art. 102 k.p.c.

Strona powodowa zaskarżyła powyższy wyrok w części, tj. w punkcie I. Zaskarżonemu wyrokowi zarzuciła naruszenie przepisów:

1) art. 65 k.c. w zw. z art. 917 k.c. poprzez ich niewłaściwie zastosowanie, które polegało na dokonaniu wykładni oświadczeń woli powoda niezgodnej zasadami współżycia społecznego, ustalonymi zwyczajami oraz okolicznościami, w których zostały złożone, bowiem powód nie mógł z góry zrzec się wynagrodzenia za świadczenia zdrowotne, o których nie wiedział w dacie zawierania ugód i aneksów, gdyż w praktyce oznaczałoby to, że powód jako świadczeniodawca mógłby nie sprawozdzać wszystkich wykonanych świadczeń, a ugody zawierałby wyłącznie na świadczenia sprawozdane, a co do wszystkich pozostałych, występowałby z odrębnymi roszczeniami przeciwko pozwanemu;

2) art. 918 par. 1 k.c. w zw. z art. 84 par. 1 i 2 k.c., poprzez ich niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie, że nie doszło do skutecznego uchylenia się od skutków prawnych oświadczeń woli zawartych w ugodach i aneksach, bowiem strony w chwili zawierania tychże ugód i aneksów nie wiedziały o prawdziwym stanie rzeczy, podczas gdy jeżeli strony w chwili składania tych oświadczeń woli wiedziałyby o prawdziwym stanie rzeczy, to by ich nie złożyły, albowiem element ugody zawieranej z NFZ, który dotyczy zrzeczenia się wszelkich roszczeń, w tym przyszłych, jest jedynie dowodem adhezyjnego charakteru umowy zawieranej ze świadczeniodawcą, w której płatnik ma pozycję dominującą;

3) art. 405 k.c. poprzez przyjęcie, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie wzbogacił się kosztem powodowego Szpitala z tytułu niesfinansowania świadczeń zdrowotnych z zakresu programów lekowych w wysokości objętej pozwem, podczas gdy leki uzasadnione wskazaniami medycznymi zaordynowane zostały pacjentom do tego uprawnionym, co winno znaleźć odzwierciedlenie w pokryciu kosztów z tym związanych, poniesionych przez Szpital, a podlegających sfinansowaniu przez pozwanego;

4) art. 132 ust. 1 i 4 w zw. z art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych poprzez ich niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie, że źródłem żądań powoda mogła być jedynie umowa albo art. 19, natomiast powód oparł swoje roszczenie na reżimie odpowiedzialności z tytułu bezpodstawnego wzbogacenia;

5) art. 2 pkt 18 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, bowiem świadczenia zdrowotne udzielane w ramach zakresu: programy lekowe powinny zostać sfinansowane w pełnej wysokości, a w niniejszej sprawie nie zostały sfinansowane; wskutek niewłaściwego zastosowania w/w przepisów Sąd niesłusznie przyjął, że wynagrodzenie za świadczenia z zakresu programów lekowych w niniejszej sprawie stanowiło typowe świadczenie udzielone ponad limit;

6) art. 88 par. 2 k.c. w zw. z art. 117 k.c. w zw. z art. 918 par. 1 k.c. poprzez ich zastosowanie w sprawie i przyjęcie, że uprawnienie powoda do uchylenia się od skutków prawnych oświadczeń woli w przedmiocie zrzeczenia się roszczeń

wobec NFZ wygasło z upływem roku od dnia wystawienia przez powoda faktury za świadczenia objęte pozwem w dniu 30 listopada 2015 r., podczas gdy powód kwestionuje skuteczność zrzeczenia się roszczeń, podnosząc, że skoro nie mógł skutecznie zrzec się roszczeń, to termin na uchylenie się od oświadczeń woli w przedmiocie zrzeczenia się w ogóle nie zaczął biec;

7) art. 118 k.c. w zw. z art. 2 ust. 1 pkt 4 ustawy o działalności leczniczej, poprzez ich niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie, że roszczenia powoda przedawniły się z upływem lat 3, podczas gdy Sąd winien przyjąć, iż przedawnienie nastąpi z upływem lat 10;

8) art. 9 pkt 10 ustawy o finansach publicznych poprzez jego niezastosowanie i przyjęcie, że dyscyplina finansów publicznych dotyczy wyłącznie NFZ jako płatnika świadczeń gwarantowanych a Powód również jest objęty ustawą o finansach publicznych i jest w znacznie trudniejszej sytuacji finansowej z uwagi na stratę -38 318 012,85zł za 2017r.;

9) art. 233 par. 1 k.p.c. poprzez niezasadne oddalenie wniosków dowodowych z zeznań w charakterze świadków lekarzy powodowego szpitala oraz z opinii biegłych, co skutkowało wybiórczą oceną materiału dowodowego, albowiem Sąd niezasadnie oparł swoje orzeczenie wyłącznie o kwestie formalne, co miało istotny wpływ na wyrokowanie.

Wskazując na powyższe zarzuty strona powodowa wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie powództwa w całości, lub o uchylenie orzeczenia i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji.

Strona pozwana wniosła o oddalenie apelacji i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

Zażalenie na orzeczenie o kosztach zawarte w punkcie drugim wyroku wniosła strona pozwana zarzucając naruszenie art. 102 k.p.c. i wnosząc o zasądzenie na jej rzecz od strony powodowej kwoty 14 417 zł tytułem kosztów procesu.

Strona powodowa wniosła o oddalenie zażalenia i zasądzenie kosztów postępowania zażaleniowego.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Apelacja strony powodowej (...) Szpitala(...)w K. jest nieuzasadniona.

Na wstępie odnieść się należy do zarzutów dotyczących naruszenia prawa procesowego bowiem tylko prawidłowo ustalony stan faktyczny daje możliwość oceny poprawności zastopowania prawa materialnego.

By uczynić zadość wymaganiu z art. 382 k.p.c. wskazać należy, że ustalony przez Sąd Okręgowy stan faktyczny został przyjęty za własny przez Sąd Apelacyjny gdyż wyprowadzony on został z dowodów, których ocena odpowiada wszystkim wskazaniom z art. 233 § 1 k.p.c. W tej sytuacji nie zachodzi konieczność ich szczegółowego powtarzania (por. wyroki Sądu Najwyższego z 27 marca 2012 r., III UK 75/11, z 14 maja 2010 r., II CSK 545/09, z 27 kwietnia 2010 r., II PK 312/09, z 20 stycznia 2010 r., II PK 178/09, z 08 października 1998 r., II CKN 923/97, OSNC 1999 r. Nr 3, poz. 60).

Odnosząc się do podniesionego w apelacji zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. trzeba wskazać, że zgodnie z tym przepisem sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego uznania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Taka ocena dokonywana jest na podstawie przekonań sądu, jego wiedzy i posiadanego doświadczenia życiowego, a nadto winna uwzględniać wymagania prawa procesowego oraz reguły logicznego myślenia, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i – ważąc ich moc oraz wiarygodność – odnosi je do pozostałego materiału dowodowego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 stycznia 2010 r., II UK 154/09, LEX nr 583803). Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub, gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo – skutkowych, to przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 września 2002 r., II CKN 817/00, LEX nr 56906 oraz orzeczenia Sądu Najwyższego: z dnia 5 sierpnia 1999 r., II UKN 76/99, publ. OSNAPiUS 2000, Nr

19, poz. 732; z dnia 10 kwietnia 2000 r., V CKN 17/2000, publ. OSNC 2000, Nr 10, poz. 189; z dnia 10 stycznia 2002 r., II CKN 572/99, publ. Lex nr 53136; z dnia 27 września 2002 r., II CKN 817/00, publ. Lex nr 56096).

Strona powodowa w swej apelacji upatruje naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. w niezasadnym oddaleniu jej wniosków dowodowych z zeznań w charakterze świadków lekarzy oraz z opinii biegłego co skutkowało wybiórczą oceną materiału dowodowego.

W związku z tak postawionym zarzutem wyjaśnić należy, że obowiązek rozpoznania sprawy w granicach apelacji (art. 378 § 1 k.p.c.), oznacza związanie sądu odwoławczego zarzutami prawa procesowego (tak Sąd Najwyższy m.in. w uchwale z dnia 31 stycznia 2008 r., sygn. akt III CZP 49/07), za wyjątkiem tego rodzaju naruszeń, które skutkują nieważnością postępowania.

Skarżąca strona nie powołała żadnych zarzutów wskazujących na uchybienia Sądu Okręgowego w ocenie dowodów stanowiących podstawę poczynionych w sprawie ustaleń. Chodzi oczywiście o zarzuty, które można by uznać za skuteczne w świetle powołanych wcześniej poglądów judykatury. Natomiast nie jest naruszeniem art. 233 § 1 k.p.c. oddalenie wniosków dowodowych strony. Brak zarzutu naruszenia art. 217 § 2 lub 3 k.p.c. praktycznie nie daje możliwości dokonania oceny tej decyzji przez Sąd II instancji. Niemniej jednak Sąd Apelacyjny podziela stanowisko Sądu Okręgowego, który nie widział potrzeby przeprowadzenia dalszych dowodów wnioskowanych przez stronę powodową z uwagi na przyjętą podstawę rozstrzygnięcia sprawy.

Wartości wniosków dowodowych ocenia się przez pryzmat całokształtu okoliczności sprawy. Z treści przepisu art. 217 § 3 k.p.c. jednoznacznie wynika uprawnienie sądu do pominięcia każdego wniosku dowodowego, który nie ma już znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. Obowiązki sądu w tym zakresie nie obejmują zatem, jak zdaje się uważać strona powodowa, powinności, uwzględnienia wszelkich wniosków dowodowych na okoliczności co do zasady wpisujące się w podstawę faktyczną powództwa. Cezurę czasową w realizacji tego obowiązku stanowi bowiem uzyskanie przez sąd przekonania, że okoliczności takie zostały już dostatecznie wyjaśnione. Stosownie do treści art. 217 § 3 k.p.c. Sąd pomija bowiem twierdzenia i dowody jeżeli są one powoływane jedynie dla przedłużenia postępowania w sprawie, gdyż obowiązkiem Sądu jest koncentracja materiału dowodowego oraz zapewnienie mu sprawnego i szybkiego przebiegu, a to sprzeciwia się gromadzeniu materiału dowodowego przez strony, który nie ma dla mającego zapaść orzeczenia istotnego znaczenia. Mówiąc wprost polega to na odrzuceniu tych wszystkich elementów oferowanego przez strony materiału dowodowego, który jest zbędny do wydania rozstrzygnięcia co do zgłoszonego w sprawie żądania. W orzecznictwie wskazuje się, że powoływanie dowodów dla zwłoki ma miejsce zarówno wówczas, gdy okoliczności sprawy dla wykazania których zostały powołane są już dostatecznie wyjaśnione, jak i wtedy gdy nie mogą wyjaśnić spornych okoliczności albowiem dotyczą faktów bez istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. Artykuł 227 k.p.c. uprawniał natomiast sąd do selekcji zgłoszonych dowodów, na skutek przeprowadzonej oceny istotności okoliczności faktycznych, których wykazaniu dowody te mają służyć. Oznacza to, że nie każde fakty przedstawiane przez stronę powinny być przedmiotem dowodu, gdyż sąd nie ma obowiązku prowadzenia postępowania dowodowego ponad potrzebę procesową. Istotność faktów wiąże się zaś z podstawą faktyczną powództwa przez co istotne znaczenie mają tylko te fakty, które odpowiadają hipotezom tych przepisów prawa materialnego, które mają zastosowanie w sprawie. W tym kontekście, Sąd Apelacyjny aprobuje oddalenie i pominięcie dowodów dokonane przez Sąd Okręgowy w niniejszej sprawie. Zgromadzony materiał dowodowy był bowiem wystarczający do należytej oceny sprawy. Należy nadto podkreślić, że postępowanie dowodowe w sprawie cywilnej nie może zmierzać w dowolnym kierunku, wyznaczonym przez wnioski dowodowe stron, gdyż jego zadaniem jest wyjaśnienie okoliczności ujawnionych w sprawie, doniosłych w świetle norm prawa materialnego, na podstawie których oceniane jest roszczenie dochodzone przez powoda. Sąd nie tylko może, ale wręcz powinien, pominać wnioski dowodowe, które zmierzają do wykazania okoliczności nieistotnych dla rozstrzygnięcia, w istocie bowiem takie dowody należy traktować, jako powołane tylko dla zwłoki - art. 217 § 3 k.p.c. Tymczasem zgłoszone przez stronę powodową wnioski dowodowe nie zmierzały do wykazania istotnej dla rozstrzygnięcia okoliczności to jest istnienia podstawy do dochodzenia zapłaty z tytułu bezpodstawnego wzbogacenia tylko do rozmiaru wydatkowanych kwot i

okoliczności podania leków co jest okolicznością wtórną, podlegającą badaniu po stwierdzeniu istnienia podstawy prawnej do dochodzenia roszczenia.

Odnosząc się do zarzutów apelacji dotyczących naruszenia prawa materialnego stwierdzić należy, że są one całkowicie chybione.

Sąd Apelacyjny w całości akceptuje argumentację materialnoprawną przedstawioną przez Sąd Okręgowy w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku. Jej wszechstronność i właściwe umotywowanie występujących w sprawie zagadnień z zakresu prawa materialnego, poparte poglądami judykatury, praktycznie daje możliwość odwołania się do niej bez potrzeby dodatkowej argumentacji. Zarzuty apelacji stanowią bowiem jedynie polemikę z dokonaną oceną prawną żądania pozwu i nie wnoszą niczego nowego w sensie zarzutów i twierdzeń, do których nie odniósłby się już Sąd I instancji. Niemniej jednak czyniąc zadość potrzebie odniesienia się do wszystkich zarzutów apelacji na wstępie stwierdzić należy, że w sprawie nie doszło do naruszenia art. 65 k.c. w związku z art. 917 k.c.

Uгода należy do umów konsensualnych, kauzalnych i w swym założeniu wzajemnych. Jej treścią może być ukształtowanie stosunku obligacyjnego albo obowiązku świadczenia, jak też warunków zapłaty należności wynikającej z wcześniej zawartej umowy. Warunkiem uznania czynności prawnej za ugodę, stosownie do art. 917 k.c., są wzajemne ustępstwa obu stron. Rodzaj i zakres ustępstw mogą być różne, nie muszą być jednakowo ważne ani ekwiwalentne. Ocena, czy coś jest ustępstwem jednej strony na rzecz drugiej uwzględniać powinna zarówno treść stosunku prawnego, który stanowił podłoże zawarcia ugody, jak i okoliczności, w jakich zobowiązanie dłużnika ma być wykonane (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 września 2010 r., I CSK 675/09 Lex 784899). W wyroku z dnia 7 lutego 2006 r., IV CK 393/05 (Lex nr 180811) Sąd Najwyższy wyjaśnił: „1. O kwalifikacji czynności prawnej jako ugody (art. 917 k.c.) nie decydują ustępstwa, jakie strony czynią sobie wzajemnie w zakresie istniejącego między nimi stosunku prawnego, odniesione do rzeczywistej, obiektywnie ustalonej treści tego stosunku, lecz ustępstwa jakie strony czynią sobie wzajemnie w porównaniu do rozumienia przez każdą z nich treści stosunku prawnego i przekonania o rodzaju oraz wielkości roszczeń z niego wynikających.

2. Rodzaj i zakres wzajemnych ustępstw mogą być różne i obiektywnie rzecz biorąc nie muszą one być jednakowo ważne. Wzajemne ustępstwa nie muszą być także ekwiwalentne. Na to, czy coś jest ustępstwem strony na rzecz drugiej strony, wskazuje nie tylko treść stosunku prawnego, na tle którego zawierana jest ugoda, ale wówczas, gdy celem ugody jest zapewnienie wykonania roszczenia, także okoliczności, w jakich może zostać ono wykonane. Należy dodać, że wzajemne ustępstwa czynione sobie przez strony nie muszą być *expressis verbis* wymienione w treści ugody. Na ich istnienie mogą wskazywać okoliczności zawarcia ugody, które mogą zostać ustalone w postępowaniu sądowym na podstawie wszelkich dopuszczalnych w tym postępowaniu dowodów”.

Dokonując oceny ugód, w szczególności w zakresie zrzeczenia się przez stronę powodową wszelkich dalszych roszczeń za wykonane w danym okresie świadczenia ponad limitowe oraz aneksów do umowy z dnia 17 lipca 2012 r. obejmujących zrzeczenie się strony powodowej dochodzenia w przyszłości jakichkolwiek dalszych roszczeń dotyczących zakresów świadczeń objętych aneksami, zarówno istniejących jak i mogących powstać w przyszłości za wskazany okres rozliczeniowy – zwartych przez strony, a szczegółowo opisanych w ramach ustaleń faktycznych – Sąd Okręgowy nie dopuścił się naruszenia art. 65 k.c.

Przepis art. 65 k.c. zawiera ogólne reguły wykładni oświadczeń woli (umów). Sąd Najwyższy w uchwale składu siedmiu sędziów z dnia 29 czerwca 1995 r., III CZP 66/95 (OSNC 1995, Nr 5, poz. 168) przyjął na tle tego przepisu tzw. kombinowaną metodę wykładni. Wyrazem tego stanowiska są także późniejsze orzeczenia, np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 listopada 1997 r., I CKN 825/97, OSNC 1998, Nr 5, poz. 85 i z dnia 20 maja 2004 r., II CK 354/03, niepubl.

Metoda ta przyznaje pierwszeństwo – w wypadku oświadczeń woli składanych innej osobie – temu znaczeniu oświadczenia woli, które rzeczywiście nadały mu obie strony w chwili jego złożenia (subiektywny wzorzec wykładni). Podstawą tego pierwszeństwa jest zawarty w art. 65 § 2 k.c. nakaz badania raczej, jaki był zgodny zamiar stron umowy, aniżeli opierania się na dosłownym brzmieniu umowy. To, jak strony, składając oświadczenie woli, rozumiały je można

wykazywać zarówno za pomocą dowodu z przesłuchania stron, jak i innych środków dowodowych. Dla ustalenia, jak strony rzeczywiście pojmowały oświadczenie woli w chwili jego złożenia może mieć znaczenie także ich postępowanie po złożeniu oświadczenia, np. sposób wykonania umowy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 lutego 1998 r., I PKN 532/97, OSNAPiUS 1999, Nr 3, poz. 81). Prowadzeniu wszelkich dowodów w celu ustalenia, jak strony rzeczywiście rozumiały pisemne oświadczenie woli nie stoi na przeszkodzie norma art. 247 k.p.c. Dowody zgłaszane w tym wypadku nie są bowiem skierowane przeciwko osnowie lub ponad osnowę dokumentu, a jedynie służą jej ustaleniu w drodze wykładni (por. orzeczenia Sądu Najwyższego: z dnia 18 września 1951 r., C 112/51, OSN 1952, Nr 3, poz. 70 i z dnia 4 lipca 1975 r., III CRN 160/75 OSPiKA 1977, Nr 1, poz. 6).

Wyrażane niekiedy zapatrywanie, że nie można uznać prawnej doniosłości znaczenia nadanego oświadczeniu woli przez same strony, gdy odbiega ono od jasnego sensu oświadczenia woli wynikającego z reguł językowych nawiązuje do nie mającej oparcia w art. 65 k.c., anachronicznej koncepcji wyrażonej w paremii *clara non sunt interpretanda*. Najnowsze gruntowne wypowiedzi nauki prawa cywilnego odrzuciły tę koncepcję. Zerwał z nią także Sąd Najwyższy w kilku orzeczeniach (por. wyroki: z dnia 21 listopada 1997 r., I CKN 825/97, OSNC 1998, Nr 5, poz. 81, z dnia 8 czerwca 1999 r., II CKN 379/98, OSNC 2000, Nr 1, poz. 10, z dnia 7 grudnia 2000 r., II CKN 351/00, OSNC 2001, Nr 6, poz. 95, z dnia 30 stycznia 2004 r., I CK 129/03, nie publ., z dnia 25 marca 2004 r., II CK 116/03, nie publ., i z dnia 8 października 2004 r., V CK 670/03, OSNC 2005, Nr 9, poz. 162).

Zacieśnienie wykładni tylko do "niejasnych" postanowień umowy – jak wyjaśnił Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 25 marca 2004 r., II CK 116/03 – miałyby oparcie w art. 65 k.c., gdyby uznawał on za wyłącznie doniosłe takie znaczenie umowy, jakie wynika z reguł językowych. Zgodnie jednak z art. 65 § 2 k.c. w umowach należy raczej badać, jaki był zgodny zamiar stron i cel umowy, aniżeli się opierać na jej dosłownym brzmieniu. Przepis ten dopuszcza więc taką sytuację, w której właściwy sens umowy ustalony przy zastosowaniu wskazanych w nim dyrektyw będzie odbiegał od jej "jasnego" znaczenia w świetle reguł językowych. Proces interpretacji umów może się zatem zakończyć ze względu na jej "jasny" sens dopiero wtedy, gdy treść umowy jest "jasna" po zastosowaniu kolejnych reguł wykładni.

Jeżeli okaże się, że strony różnie rozumiały treść złożonego oświadczenia woli, to za prawnie wiążące – zgodnie z kombinowaną metodą wykładni – należy uznać znaczenie oświadczenia woli ustalone według wzorca obiektywnego. W tej fazie wykładni potrzeba ochrony adresata oświadczenia woli, przemawia za tym, aby było to znaczenie oświadczenia, które jest dostępne adresatowi przy założeniu – jak określa się w doktrynie i judykaturze (por. uchwała Sądu Najwyższego z dnia 29 czerwca 1995 r., III CZP 66/95) – starannych z jego strony zabiegów interpretacyjnych. Na ochronę zasługuje bowiem tylko takie zaufanie adresata do znaczenia oświadczenia woli, które jest wynikiem jego starannych zabiegów interpretacyjnych. Potwierdza to nakaz zawarty w art. 65 § 1 k.c., aby oświadczenia woli tłumaczyć tak, jak tego wymagają ze względu na okoliczności, w których zostało złożone, zasady współżycia społecznego i ustalone zwyczaje.

Ustalając powyższe znaczenie oświadczenia woli należy zacząć od sensu wynikającego z reguł językowych, z tym, że przede wszystkim należy uwzględnić zasady, zwroty i zwyczaje językowe używane w środowisku, do którego należą strony, a dopiero potem ogólne reguły językowe. Trzeba jednak przy tym mieć na uwadze nie tylko interpretowane postanowienie umowy, ale także jego kontekst. Dlatego nie można przyjąć takiego znaczenia interpretowanego postanowienia umowy, który pozostawałby w sprzeczności z pozostałymi składnikami wypowiedzi. Klóciłoby się to bowiem z założeniem o racjonalnym działaniu uczestników obrotu prawnego.

Przy wykładni oświadczenia woli należy – poza kontekstem językowym – brać pod uwagę także okoliczności złożenia oświadczenia woli, czyli tzw. kontekst sytuacyjny (art. 65 § 1 k.c.). Obejmuje on w szczególności przebieg negocjacji (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 września 1998 r., I CKN 815/97, OSNC 1999, Nr 2, poz. 38), dotychczasowe doświadczenie stron (por. wyrok Sąd Najwyższego z dnia 4 lipca 1975 r., III CRN 160/75, OSP 1977, Nr 1, poz. 6), ich status (wyrażający się, np. prowadzeniem działalności gospodarczej).

Niezależnie od tego z art. 65 § 2 k.c. wynika nakaz kierowania się przy wykładni umowy jej celem. Nie jest konieczne, aby był to cel uzgodniony przez strony, wystarczy – przez analogię do art. 491 § 2, art. 492 i 493 k.c. – cel zamierzony przez jedną stronę, który jest wiadomy drugiej.

Dokonana przez Sąd Okręgowy wykładnia ugód i aneksów odpowiada przedstawionym wymaganiom zwłaszcza w zakresie ustalenia co stanowiło jej przedmiot. Jeszcze raz powtórzyć wypada, że ugoda jest umową, która polega na wzajemnych ustępstwach stron w zakresie istniejącego między nimi stosunku prawnego w celu uchylenia niepewności co do roszczeń wynikających z tego stosunku, zapewnienia ich wykonania albo też w celu uchylenia sporu już istniejącego lub mogącego powstać. Wspomniana niepewność albo spór stanowią niezbędną przesłankę ugody. Co więcej ugoda nie powoduje powstania nowego stosunku prawnego, ale jedynie go modyfikuje (por. postanowienie Sąd Najwyższego z dnia 11 marca 2010 r., IV CSK 429/09, nie publ.). Wprawdzie strony mogą zgodnie oświadczyć, że uchylają w całości dotychczasowy stosunek prawny i powołują nowy, jednakże w takim wypadku nie można mówić o ugodzie w rozumieniu art. 917 k.c., lecz o umowie zmieniającej poprzednio zawartą albo też o nowacji, tj. instytucji prawnej unormowanej w art. 506 k.c. Z taką sytuacją nie mamy jednak do czynienia w niniejszej sprawie.

Ugody sądowe zawarte przez strony dotyczyły roszczeń powodowego Szpitala za udzielone świadczenia ponad limit wynikający z umowy zawartej w dniu 17 lipca 2012 r., zmienianej kolejnymi aneksami – odpowiednio za rok 2012 w sprawie sygn. akt (...) z dnia 20 lutego 2015 r., za rok 2013 w sprawie sygn. akt(...) z dnia 27 lutego 2015 r., za rok 2014 w sprawie sygn. akt (...) z dnia 29 września 2015 r. We wszystkich tych ugodach strona powodowa zrzekła się wszelkich pozostałych roszczeń za wykonane świadczenia ponadlimitowe. Ostatnia z ugód zawarta została po objęciu funkcji dyrektora Szpitala przez A. D. (1), który już w lipcu 2015 r. zwrócił szczególną uwagę na wydatki na oddziale zakaźnym w postaci wydatków na leki.

Dokonana przez Sąd Okręgowy analiza świadczeń ponadlimitowych jest w pełni trafna i by jej nie powielać Sąd Apelacyjny odwołuje się do niej.

Wystarczy dodać, że w dniu 17 lipca 2012 r. Narodowy Fundusz Zdrowia – (...) w K. i (...) Szpital (...)w K. jako świadczeniodawca zawarł umowę nr (...)o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne – programy zdrowotne (lekowe). Przedmiotem umowy było udzielanie przez świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie programy zdrowotne (lekowe), w zakresach określonych w planie rzeczowo – finansowym, stanowiącym załącznik nr(...) do umowy. Świadczeniodawca zobowiązał się wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w powołanych w umowie przepisach w tym odwołujących się do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z ustawą z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (§ 1). Umowa ta stanowiła, że świadczeniodawca nabywać miał leki objęte przedmiotem umowy, zaś zakres danych z ewidencji faktur zakupu sprawozdany miał być zgodnie z załącznikiem nr(...) do umowy (§ 2 ust. 9 umowy). Strony przewidziały również, że niezbędne do realizacji programów lekowych świadczenia nie objęte umową rozliczane będą na podstawie odrębnych umów (§ 2 ust. 11 umowy). W załączniku nr(...)do umowy i kolejnych aneksach strony w planie rzeczowo – finansowym przewidziały na leki w programie lekowym – leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B i C określone środki finansowe (przedstawione to zostało z podaniem kwot za poszczególne lata w ustaleniach faktycznych).

Już sama treść umowy wskazuje, że zakup i refundacja leków stosowanych do leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B i C był nią objęty, a zatem zakup i zastosowanie leków w ramach programu lekowego dotyczącego leczenia WZW typu B i C ponad kwoty ustalone umową i aneksami był świadczeniem ponad limit ustalony umową.

To oznacza, że zrzeczenie się dochodzenia roszczeń także przyszłych z tego tytułu objęte zostało ugodami zawartymi przez strony w roku 2015.

Na tym tle stwierdzić należy, że w sprawie nie doszło też do naruszenia art. 918 § 1 k.c. w związku z art. 84 § 1 i 2 k.c.

Do uchylenia się od skutków prawnych umowy jako jednej z umów mają zastosowanie ogólne zasady o wadach oświadczenia woli i przesłanki warunkujące uchylenie się od oświadczenia woli z powodu tych wad. Przesłanki warunkujące uchylenie się od skutków prawnych umowy zawartej pod wpływem błędu są jednak samodzielnie uregulowane w art. 918 k.c. Zgodnie z § 1 tego przepisu uchylenie się od skutków prawnych umowy zawartej pod wpływem błędu jest dopuszczalne tylko wtedy, gdy błąd dotyczy stanu faktycznego, który według treści umowy obie strony uważały za niewątpliwy, a spór albo niepewność nie byłoby powstały, gdyby w chwili zawarcia umowy strony wiedziały o prawdziwym stanie rzeczy. Tak więc przy ugodzie skutecznie można powoływać się tylko na błąd, dotyczący stanu faktycznego, który obie strony uwzględniały jako rzutu na treść umowy, a który, niezgodnie z rzeczywistym stanem rzeczy, uznawały za niewątpliwy. Przyjmuje się przy tym, że stan faktyczny, uznawany przez strony za niewątpliwy, dotyczy całokształtu okoliczności wpływających na treść umowy. Pojęcie to jest zatem szersze od pojęcia faktu i obejmuje zespół zdarzeń, okoliczności, ich cech i właściwości, które mogą mieć dla stron znaczenie, np. jako podstawa roszczeń. Przepis art. 918 § 1 k.c. nie wymaga, aby strony umowy obejmowały swoją świadomością pewność rzeczywistego stanu rzeczy; przesłanką uchylenia się od skutków umowy jest tylko zgodne przyjmowanie przez strony, że stan ten jest niewątpliwy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 listopada 2004 r., IV CK 172/04, LEX nr 277125). Poza tym błąd musi być istotny w tym sensie, że gdyby strony wiedziały o rzeczywistym stanie rzeczy nie powstałoby spór albo niepewność, co oznacza, że nie byłoby potrzeby zawierania umowy.

Dodać też należy, że przy ocenie zgodności umowy z zasadami współżycia społecznego nie można pomijać przyczyn zawarcia tej umowy i okoliczności towarzyszących jej zawarciu (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 2010 r., V CSK 157/10, LEX nr 688708). W sferze stosunków prawnych, zwłaszcza tam, gdzie silnie zaznacza się dążenie do maksymalizacji ochrony autonomii woli podmiotu dokonującego czynności, podważanie ważności czynności prawnej na podstawie kryteriów oceny wynikających z zasad współżycia społecznego, ograniczone jest do wyjątkowych przypadków. W przypadku umowy stron nie zaszedł taki wyjątkowy przypadek uzasadniający pozbawienie znaczenia tej umowy z uwagi na jej sprzeczność z zasadami współżycia społecznego.

Podnoszona przez stronę powodową „nierówność” stron i szczególna sytuacja Szpitala nie ma znaczenia dla oceny skutków umowy i zrzeczenia się roszczeń a to z uwagi na obowiązki strony powodowej jako świadczeniodawcy zobowiązanego do przestrzegania postanowień umowy oraz zadania ustawowe Narodowego Funduszu Zdrowia.

Fundusz ma obowiązek faktycznego zapewnienia ubezpieczonym możliwości korzystania z opieki zdrowotnej w drodze zawarcia odpowiednich umów ze świadczeniodawcami i pokrycia wynikłych stąd wydatków ze zgromadzonych składek. W zakresie środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne Fundusz działa w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji. Zawieranie przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej służy realizacji publicznoprawnego obowiązku zapewnienia kompleksowej opieki zdrowotnej osobom uprawnionym, które są beneficjentami świadczeń zdrowotnych określonych w zawartych umowach. Zobowiązanie Funduszu polega na zapewnieniu uprawnionym świadczeń gwarantowanych, którzy wobec świadczeniodawcy są osobami trzecimi. Świadczeniobiorca – osoba uprawniona jako osoba trzecia nie jest stroną umowy zawartej między świadczeniodawcą a Funduszem o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz świadczeniobiorców. Uprawniony jako beneficjent uzyskuje w ten sposób prawo do tzw. gwarantowanych świadczeń medycznych określonych w ustawie, które Fundusz ma obowiązek sfinansować. Uprawniony może żądać spełnienia świadczenia jedynie od tego świadczeniodawcy, który zawarł umowę z Funduszem, z wyjątkiem świadczeń udzielonych w stanach nagłych w trybie art. 19 u.s.o.z., a ponadto może żądać udzielenia tylko tych świadczeń zdrowotnych, które mu gwarantuje ustawa.

Określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowi podstawę prawidłowego przygotowania procesu zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Jakość udzielanych świadczeń oceniana jest z uwzględnieniem kwalifikacji personelu, jego umiejętności i doświadczenia oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę

medyczną, zewnętrznej oceny jakości, która według nowych założeń ma być potwierdzona m.in. certyfikatem systemu zarządzania lub akredytacją ministra zdrowia. Dostępność ma zapewnić wyeliminowanie barier w korzystaniu ze świadczeń. (I. Kowalska – Mańkowska, Komentarz do art. 97 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [w:] A. Pietraszewska – Macheta (red.), Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz, wyd. III, WKP 2018).

Zadania Narodowego Funduszu Zdrowia obligowały stronę pozwaną do zapewnienia końcowego rozliczenia ze stroną powodową za okresy objęte żądaniem pozwu. Dążenie do wyeliminowania niepewności co do możliwości zgłaszania przez stronę powodową dalszych roszczeń z tytułu świadczeń ponadlimitowych było źródłem złożenia oświadczeń o rezygnacji z dalszych roszczeń przez powodowy Szpital. Nie można też się zgodzić z tym, że oświadczenia te mogły dotyczyć tylko znanych Szpitalowi wydatków na zakup leków bowiem wyjątkowe zaniedbania strony powodowej i niewywiązanie się z obowiązków wynikających z umowy w tym brak właściwych sprawozdań z zakupu i wykorzystania leków nie mogą prowadzić do możliwości przypisania stronie powodowej błędu w rozumieniu wcześniej przedstawionym. Wydaje się też nieracjonalne, wręcz niemożliwe by podmiot taki jak (...) Szpital (...) w K., wyposażony w służby księgowo, finansowe, kierownictwo różnych szczebli i oddziałów nie dostrzegł w 2015 r. że wydatkował bez pokrycia w umowie ze stroną pozwaną ponad siedem milionów złotych za okres od 1 lipca 2012 r. do 31 grudnia 2014 r. Ta karygodna sytuacja nie może teraz być traktowana jako błąd w rozumieniu art. 918 § 1 k.c.

Niemniej jednak podkreślić należy, że uchylenie się od skutków prawnych umowy zawartej pod wpływem błędu następuje stosownie do art. 88 k.c.. Uchylający się od skutków prawnych umowy zawartej pod wpływem błędu powinien zatem stosowne oświadczenie złożyć na piśmie w ciągu roku od wykrycia błędu, czyli od uzyskania wiedzy, iż prawdziwy stan rzeczy jest inny od uznanego, zgodnie przez strony w ugodzie, za niewątpliwy. Należy bowiem mieć na uwadze to, że uгода nie może być instytucją prowizoryczną, niepewną ze względu na możliwość łatwego jej wzruszenia przez strony lub jedną z nich (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 września 1990 r., II CR 420/90, LEX nr 9036).

Dopiero po wniesieniu pozwu (co miało miejsce 26 kwietnia 2016 r.) dyrektor (...) w K. A. D. (1) i radczyni prawna K. K., która w imieniu Szpitala zawierała umowy sądowe w 2015 r., w dniu 9 grudnia 2016 r. złożyli tożsame w treści oświadczenia o uchyleniu się od skutków prawnych oświadczeń woli w zakresie programów lekowych, w którym wskazali, że działając w imieniu (...) Szpitala (...) w K., na podstawie art. 88 § 1 k.c., z powodu błędu uchylają się od skutków prawnych oświadczenia woli, jakie złożono w zawartych w latach 2015 oraz 2016 porozumieniach oraz aneksach do umów w części dotyczącej zrzeczenia się wobec (...) (...) Narodowego Funduszu Zdrowia wszystkich pozostałych roszczeń za wykonane w latach 2012, 2013 oraz 2014 świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie programów lekowych.

Przepis art. 918 k.c. ogranicza możliwość uchylenia się od skutków prawnych umowy zawartej pod wpływem błędu jedynie do tych okoliczności, o których mowa w tym przepisie, co oznacza, iż nie ma zastosowania art. 84 k.c. w zakresie regulującym uchylenie się od skutków prawnych oświadczenia woli złożonego pod wpływem błędu. Jednakże przepis art. 918 k.c. normując zagadnienie uchylenia się od skutków umowy zawartej pod wpływem błędu nie zawiera żadnych postanowień co do tego w jakim trybie oświadczenie o uchyleniu się powinno być złożone. Wobec tego przyjąć trzeba, że do uchylenia się od skutków umowy z powodu błędu co do stanu faktycznego, na podstawie art. 918 k.c., zastosowanie mieć będzie przepis art. 88 § 1 i 2 k.c. Zatem oświadczenie o uchyleniu się od skutków zawartej umowy powinno być złożone na piśmie w ciągu roku od wykrycia błędu dotyczącego stanu faktycznego, a więc pozyskania wiedzy o prawdziwym stanie rzeczy.

Roczny termin do uchylenia się od jednego z postanowień umów i aneksów nie został zachowany. Wiedzę o nieobjęciu sprawozdaniami i rozliczeniami ze stroną pozwana powodowy Szpital powziął najpóźniej z chwilą wystawienia w dniu

30 listopada 2015 r. faktury nr (...) na kwotę 7.197.139,67 zł z tytułu zapłaty za substancje czynne podane pacjentom w ramach umowy Leczenie Szpitalne – Programy Lekowe nr (...) Co więcej w dniu 4 grudnia 2015 r. Szpital wezwał stronę pozwaną do zapłaty kwoty 7.197.139,67 zł z tytułu udzielonych świadczeń zdrowotnych programów lekowych na podstawie umowy nr (...).

Wskazywanie przez stronę powodową innych dat od których miałyby być liczony roczny termin z art. 88 § 2 k.c. jest jedynie próbą zafałszowania rzeczywistości dla potwierdzenia dopuszczalności złożenia oświadczenia o odstąpieniu od części ugód i aneksów z zachowaniem terminu. Oczywiście aktualna pozostaje wątpliwość co do dopuszczalności uchylenia się jedynie od jednego z oświadczeń w ramach ugody czy aneksu na co zwrócił uwagę Sąd Okręgowy.

W tym miejscu z uwagi na zacytowanie wskazanych dokumentów prywatnych pochodzących od (...) Szpitala (...) w K. w postaci faktury i wezwania do zapłaty – zauważyć należy, że sama strona powodowa określała swoje żądanie jako mające źródło w umowie zawartej przez strony nr (...)co przeczy podawanej podstawie żądania pozwu jako bezpodstawnego wzbogacenia. Oczywiście dokumenty te mają znaczenie wynikające z art. 245 k.p.c. a ich prawdziwość nie została zaprzeczona w sposób przewidziany w art. 253 k.p.c.

Pozostając przy stwierdzeniu, że dochodzone roszczenie wynika ze wskazanej wcześniej umowy wyjaśnić wypada, że stosunek umowny między stronami nawiązany został w oparciu o przepisy art. 132 ust. 1 w zw. z art. 136 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938), w brzmieniu aktualnym w dacie ich zawarcia i obowiązywania.

Zawarte w trybie tej ustawy umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej mają charakter umowy wzajemnej, odpłatnej, dwustronnie zobowiązującej, w której każda ze stron jest jednocześnie wierzycielem i dłużnikiem. Narodowy Fundusz Zdrowia ma wierzycielność względem świadczeniodawcy, której treścią jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a równocześnie jako dłużnik jest zobowiązany do zapłaty za udzielone świadczenia. Z drugiej strony świadczeniodawca jako dłużnik jest zobowiązany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a jako wierzyciel posiada wierzycielność względem Funduszu o zapłatę za wykonane usługi. NFZ jest w ten sposób związany umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z podmiotami uprawnionymi i zarazem zobowiązanymi do jej udzielania. Tym samym pomiędzy NFZ a świadczeniodawcą powstaje więź prawna o charakterze cywilnoprawnym, znajdująca swe źródło w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Stosunek między NFZ a świadczeniodawcą, ma charakter umownego zobowiązania, którego powstanie i wykonanie podlega ocenie z punktu widzenia prawa cywilnego.

Charakter łączącego strony stosunku cywilnoprawnego wyklucza zatem możliwość zastosowania do roszczenia dochodzonego pozewem przepisów o bezpodstawnym wzbogaceniu.

Sądu Najwyższy w wyroku z dnia 21 grudnia 2005 r., IV CK 305/05 (Lex nr 394005) wyjaśnił: „Odpowiedzialność z tytułu bezpodstawnego wzbogacenia ma charakter subsydiarny i wchodzi w grę tylko wówczas, gdy nie ma innej podstawy odpowiedzialności, w szczególności wynikającej z umowy. Przepisy o bezpodstawnym wzbogaceniu nie służą do konstruowania na ich podstawie odpowiedzialności dłużnika, która ma zastępować jego odpowiedzialność z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, gdy wierzyciel bądź w ogóle nie opiera żądania na tej podstawie, bądź nie wykazał przesłanek uzasadniających takie żądanie”. „Gdyby roszczenie dochodzone w sprawie nie miało podstawy w stosunku zobowiązaniowym, to dla przyjęcia odpowiedzialności pozwanego względem powoda na podstawie przepisów o bezpodstawnym wzbogaceniu, konieczne jest wykazanie przez powoda (art. 6 k.c.), że pozwany wzbogacił się jego kosztem”. (por. też wyroki Sądu Najwyższego z dnia 19 sierpnia 1971 r., II CR 224/71, niepubl.; z dnia 27 kwietnia 1995 r., III CZP 46/95, OSNC 1995, nr 7-8, poz. 114; z dnia 18 stycznia 2002 r., I CKN 810/99, LEX nr 53141).

Dodać należy, że nie każde – nawet w dobrej wierze – zużycie świadczenia bezpodstawnie uzyskanego powoduje wygaśnięcie obowiązku jego zwrotu. Zachodzi ono tylko wtedy, gdy zużycie korzyści nastąpiło w sposób bezproduktywny, konsumpcyjny, a więc bez uzyskania jakiegokolwiek ekwiwalentu czy też innej korzyści dla majątku wzbogaconego. Z wykładanego a contrario art. 409 k.c. wynika, że obowiązek wydania korzyści istnieje (nie

wygasa), gdy mimo utraty lub zużycia korzyści zobowiązany do jej wydania nadal jest wzbogacony (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 lutego 2012 r., IICSK 670/11, Lex nr 11311124).

Z powyższych rozważań jasno wynika, że w niniejszej sprawie nie doszło do naruszenia art. 405 k.c. z uwagi na brak możliwości zastosowania przepisów o bezpodstawnym wzbogaceniu gdyż strony łączyła umowa, a nadto istniała możliwość rozliczenia na innej podstawie prawnej. Wskazać bowiem należy, że zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (z późn. zm.) podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4. tej ustawy.

Dodatkowo strona powodowa nie wykazała wzbogacenia strony pozwanej zwłaszcza, że stosownie do ustępu 5 art. 132 powołanej ustawy wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym funduszu.

W związku z powyższymi za chybiony uznać także należy zarzut naruszenia art. 132 ust. 1 i 4 w związku z art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych jak również art. 2 pkt 18 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Ten ostatni przepis określa użyte w ustawie określenia, które odnośnie programu lekowego oznaczają: program zdrowotny w rozumieniu art. 5 pkt 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obejmujący technologię lekową, w której substancja czynna w danym wskazaniu oraz dla danej populacji nie jest składową kosztową innych świadczeń gwarantowanych, lub środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, który nie jest składową kosztową innych świadczeń gwarantowanych w rozumieniu art. 5 pkt 35 tej ustawy. Ustawowe określenie programu lekowego nie może stanowić podstawy do zapłaty z tytułu bezpodstawnego wzbogacenia bowiem jak już powiedziano strona powodowa miała inne możliwości prawne dochodzenia roszczenia objętego niniejszym postępowaniem.

Bez znaczenia dla sprawy pozostaje zarzut dotyczący naruszenia art. 118 k.c. w związku z art. 2 ust. 1 pkt 4 ustawy o działalności leczniczej bowiem zarzut przedawnienia nie stał się podstawą wydania zaskarżonego orzeczenia. Niemniej jednak stwierdzić należy, że Sąd Apelacyjny podziela także i w tym zakresie ocenę prawną Sądu Okręgowego, który prawidłowo określił okres przedawnienia roszczeń strony powodowej.

Nie doszło również do naruszenia art. 9 pkt 10 ustawy o finansach publicznych przez jego niezastosowanie i przyjęcie, że dyscyplina finansów publicznych dotyczy wyłącznie NFZ jako płatnika świadczeń gwarantowanych gdy powodowy Szpital również jest objęty ustawą o finansach publicznych i jest w znacznie trudniejszej sytuacji finansowej z uwagi na stratę – 38 318 012,85 zł za rok 2017. Fakt objęcia strony powodowej tą ustawą nie ma wpływu na wynik sprawy. Zauważyć można jedynie, że mimo nałożonych ustawą obowiązków z przyczyn leżących wyłącznie po stronie powodowego Szpitala doprowadził do wydatkowania poza umową kwoty 7 197 139,67 zł na zakup leków.

Mając powyższe na uwadze orzeczono na podstawie art. 385 k.p.c.

Także zażalenie strony pozwanej okazało się nieuzasadnione. Sąd Okręgowy w sposób właściwy uzasadnił i zastosował art. 102 k.p.c.

Możliwość obciążenia strony przegrywającej jedynie częścią kosztów albo nieobciążenie jej w ogóle tymi kosztami, uzależniona jest, stosownie do art. 102 k.p.c., od wyłonienia się w sprawie wypadków szczególnie uzasadnionych. Należą do nich okoliczności związane z przebiegiem sprawy – charakter zgłoszonego roszczenia, jego znaczenie dla strony, subiektywne przekonanie o zasadności roszczenia, przedawnienie roszczenia oraz leżące poza procesem – sytuacja majątkowa i życiowa strony (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 17 kwietnia 2013 r., V CZ 124/12, Lex nr 1341727). Za przyjęciem, że zachodzi szczególnie uzasadniony wypadek przemawiający za odstąpieniem od obciążenia kosztami procesu może przemawiać zła sytuacja majątkowa przegrywającego – podkreśla się jednak, iż nie może być to jedyna tego przyczyna (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 23 maja 2013

r., I CZ 161/12, Lex nr 722316). W orzecznictwie wskazuje się przy tym, że kwestia zastosowania art. 102 k.p.c. pozostawiona jest orzekającemu sądowi z odwołaniem się do jego kompetencji, bezstronności, doświadczenia i poczucia sprawiedliwości. Ocena w tym zakresie ma charakter dyskrecyjny, oparty na swobodnym uznaniu, kształtowanym własnym przekonaniem oraz oceną okoliczności i może być podważona przez sąd wyższej instancji w zasadzie jedynie wtedy, gdy jest rażąco niesprawiedliwa (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 10 października 2012 r., I CZ 66/12, Lex nr 1232749).

Biorąc powyższe pod uwagę orzeczono na podstawie art. 385 k.p.c. w związku z art. 397 § 2 k.p.c.

O kosztach postępowania odwoławczego orzeczono zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu wyrażoną w art. 98 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c. Strona powodowa znając uzasadnienie wyroku Sądu Okręgowego podjęła decyzję o skorzystaniu z możliwości zaskarżenia wyroku jednak podejmując tą decyzję winna się liczyć z koniecznością poniesienia kosztów postępowania apelacyjnego. Nie można, mimo trudnej sytuacji finansowej powodowego Szpitala także w postępowaniu apelacyjnym obciążyć strony pozwanej kosztami jakie poniosła gdyż nie znajduje to podstaw w art. 102 k.p.c.

SSA Anna Kowacz – Braun SSA Józef Wąsik SSA Jerzy Bess