

*Sygn. akt VI ACa 507/13*

## WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

*Dnia 18 lipca 2013 r.*

*Sąd Apelacyjny w Warszawie VI Wydział Cywilny w składzie:*

*Przewodniczący - Sędzia SA – Anna Orłowska (spr.)*

*Sędzia SA – Regina Owczarek – Jędrasik*

*Sędzia SA – Irena Piotrowska*

*Protokolant: – sekr. sądowy Ewelina Murawska*

*po rozpoznaniu w dniu 18 lipca 2013 r. w Warszawie*

*na rozprawie*

*sprawy z powództwa Fundacji (...) w M.*

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

*przy udziale interwenienta ubocznego po stronie pozwanej - Skarbu Państwa reprezentowanego przez Ministra Zdrowia*

*o zapłatę*

*na skutek apelacji pozwanego*

*od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie*

*z dnia 12 grudnia 2012 r.*

*sygn. akt IV C 118/07*

*I oddala apelację,*

*II nie obciąża Narodowego Funduszu Zdrowia w W. – (...) Oddziału Wojewódzkiego w R. obowiązkiem zwrotu na rzecz Fundacji (...) w M. kosztów postępowania apelacyjnego.*

*Sygn. akt VI ACa 507/13*

## UZASADNIENIE

Fundacja (...) w M. wniosła o ustalenie, że Narodowy Fundusz Zdrowia - (...) Oddział Wojewódzki w R. nie jest wierzycielem Fundacji co do kwoty 422.700 zł, na którą składa się:

- 1) 54.240 zł za wykazane w sprawozdaniu za okres od 1 stycznia 2004 r. do 30 czerwca 2004 r. 1.808 świadczeń zdrowotnych,
- 2) 368.460 zł za wykazane w sprawozdaniu 6.141 badań mammograficznych.

W toku procesu powodowa Fundacja zmodyfikowała żądanie pozwu wnosząc, niezależnie od dotychczasowego żądania, na wypadek uznania, iż jej powództwo o ustalenie jest niedopuszczalne, o zasądzenie od pozwanego NFZ kwoty 422.700 zł wraz z ustawowymi odsetkami od 10 września 2007 r.

Ostatecznie, na rozprawie w dniu 28 listopada 2012 r. Fundacja sprecyzowała roszczenie wnosząc jedynie o zasądzenie na jej rzecz od pozwanego NFZ kwoty 422.700 zł.

Pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia - (...) Oddział Wojewódzki w R. wniósł o oddalenie powództwa.

Występujący po stronie NFZ interwenient uboczny Skarb Państwa reprezentowany przez Ministra Zdrowia wniósł o oddalenie powództwa.

Wyrokiem z dnia 12 grudnia 2012 r. Sąd Okręgowy zasądził od Narodowego Funduszu Zdrowia w W. - (...) Oddziału Wojewódzkiego w R. na rzecz Fundacji (...) w M. kwotę 422.700 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 27 grudnia 2012 r. do dnia zapłaty (punkt I), oddalił powództwo w pozostałym zakresie (punkt II) oraz rozstrzygnął o kosztach postępowania (punkt III i IV).

Powyższe rozstrzygnięcie zapadło w oparciu o następujące ustalenia i rozważania.

Dnia 14 sierpnia 2002 r. pomiędzy powodową Fundacją a (...) Regionalną Kasą Chorych zawarta została umowa na świadczenie usług zdrowotnych w programie profilaktyki raka piersi. Umowa ta zawarta została na okres od 1 sierpnia 2002 r. do 31 grudnia 2004 r. Aneksem nr (...) z dnia 27 grudnia 2002 r. do umowy, do jej § 30 dodano pkt 8, na mocy którego w przypadku, gdy w czasie realizacji umowy wejdzie w życie ustawa o Narodowym Funduszu Zdrowia, która odmiennie niż postanowiły strony w umowie, ustali wysokość cen za świadczenia będące przedmiotem umowy, poziom finansowania poszczególnych usług lub zasady ich udzielania, PRKCh może bez zachowania terminu wypowiedzenia wypowiedzieć umowę lub zaproponować jej zmianę w formie pisemnego aneksu celem dostosowania treści umowy do zapisów ustawy, o której mowa wyżej. W przypadku niepodpisania aneksu przez świadczeniodawcę umowa ulega rozwiązaniu w terminie 7 dni roboczych od daty doręczenia aneksu świadczeniodawcy.

Dnia 1 kwietnia 2003 r. weszła w życie ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, na mocy której dotychczasowe Kasy Chorych zamienione zostały na Narodowy Fundusz Zdrowia.

NFZ wystosował do powodowej Fundacji pismo z 28 listopada 2003 r., w którym informował o wejściu w życie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia i że w związku z tym (...) Oddział Wojewódzki (...) w R. oświadcza, iż nie zostanie określona maksymalna kwota finansowania świadczeń w ramach programów zdrowotnych w okresie od 1 stycznia 2004 r. do 31 grudnia 2004 r. w terminie do dnia 15 grudnia 2003 r. W tym stanie rzeczy, zgodnie z § 14 ust. 9 umowy, zawarta między stronami umowa zostanie rozwiązana z dniem 31 grudnia 2003 r. Jednocześnie NFZ zaprosił Fundację do składania ofert w momencie ogłoszenia konkursu w zakresie programów zdrowotnych.

NFZ nie kontynuował współpracy w zakresie programów związanych z profilaktyką nowotworową, nie tylko z powodową Fundacją. Plan Świadczeń Zdrowotnych na rok 2004 zatwierdzony w październiku 2003 r. nie obejmował programu z zakresu profilaktyki zdrowotnej w omawianym zakresie.

Dnia 26 kwietnia 2004 r. pomiędzy Ministrem Zdrowia a Narodowym Funduszem Zdrowia zawarta została umowa zlecenia, na mocy której (...) zobowiązał się do wykonania czynności związanych z realizacją zadania pod nazwą „Ogólnopolski program profilaktyki raka szyjki macicy - 2004” stanowiącego element (...). Dnia 20 maja 2004 r. Zarząd NFZ podjął Uchwałę nr (...) w sprawie upoważnienia dyrektorów oddziałów wojewódzkich do przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w 2004 r. w rodzaju profilaktyki i promocji zdrowia oraz zawarcia umów o udzielanie tych świadczeń między innymi w zakresach: program profilaktyki raka szyjki macicy - Etap podstawowy i program profilaktyki raka szyjki macicy - Etap diagnostyczny. Zgodnie z uchwałą ogłoszenie rozstrzygnięcia konkursu ofert miało nastąpić nie później niż do 29 czerwca 2004 r.

Powodowa Fundacja wygrała przetarg i w związku z tym 13 lipca 2004 r. pomiędzy Fundacją a NFZ zawarte zostały dwie umowy, na mocy których Fundacja zobowiązana została do realizowania programu profilaktycznego w zakresie raka szyjki macicy - Etap podstawowy i Etap diagnostyczny. Umowa zawarta została na okres od 1 lipca 2004 r.

Dnia 9 lipca 2004 r. pomiędzy Ministrem Zdrowia a Narodowym Funduszem Zdrowia zawarta została umowa zlecenia, na mocy której NFZ zobowiązał się do wykonania czynności związanych z realizacją zadania pod nazwą „Populacyjny program wykrywania raka piersi metodą mammografii przesiewowej w Polsce 2004” stanowiącego element (...).

14 lipca 2004 r. Zarząd NFZ podjął uchwałę w sprawie upoważnienia dyrektorów oddziałów wojewódzkich do przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w 2004 r. w rodzaju programy profilaktyczne i promocja zdrowia oraz określenia przedmiotu postępowania w zakresie populacyjny program wykrywania raka piersi metodą mammografii przesiewowej w Polsce 2004. Zgodnie z uchwałą ogłoszenie rozstrzygnięcia konkursu ofert miało nastąpić nie później niż do dnia 26 sierpnia 2004 r.

Powodowa Fundacja wygrała przetarg i w związku z tym dnia 1 września 2004 r. pomiędzy Fundacją a NFZ zawarta została umowa.

Opóźnienie w 2004 r. uruchomienia przez Ministra Zdrowia i NFZ obu ww. programów profilaktyki zdrowotnej spowodowało konieczność podjęcia przez powodową Fundację ryzykownej decyzji kontynuowania badań w tym zakresie w pierwszej połowie 2004 r. bez umowy z NFZ. Ustalone w opisanych wyżej umowach limity badań profilaktycznych były na tyle wysokie, że mogły umożliwić rozliczenie przez Fundację wykonania tych usług w okresie pierwszego półrocza. Powodowa Fundacja wystawiła rachunki za realizację badań profilaktycznych. Rachunki te nie przekraczały ustalonych w umowach limitów i zostały Fundacji zapłacone.

Po przeprowadzeniu kontroli w (...) Oddziale Wojewódzkim NFZ zakwestionowano zapłatę w wysokości 422.700 zł uznając, że część przedstawionych do zapłaty badań wykonana została przed terminami obowiązujących strony umów. W zakresie badań profilaktyki raka szyjki macicy uznano, że przed 1 lipca 2004 r. wykonano 1.808 badań w programie podstawowym i 1.808 badań w programie diagnostycznym. Zakwestionowano zatem zapłatę kwoty 54.240 zł. W zakresie populacyjnego programu wykrywania raka piersi metodą mammografii uznano, że przed 1 września 2004 r. wykonano 6.141 badań. Zakwestionowano zatem zapłatę kwoty 368.460 zł.

W tej sytuacji Fundacja (...) wystąpiła z pozwem o ustalenie, że Narodowy Fundusz Zdrowia - (...) Oddział Wojewódzki w R. nie jest wierzycielem Fundacji.

W rzeczywistości w przypadku realizacji umów na wykonanie badań profilaktycznych w zakresie wykrywania raka szyjki macicy, przed 1 lipca 2004 r. wykonano 1.801 badań w programie podstawowym i 1.756 badań w programie diagnostycznym. W zakresie populacyjnego programu wykrywania raka piersi metodą mammografii, przed 1 września 2004 r. wykonano 6.137 badań. Przed datami obowiązujących strony umów wykonano zatem badania na kwotę 420.720 zł. Badania za kwotę 1.980 zł wykonano w czasie obowiązywania umów między stronami, co wynika z opinii biegłego.

W 2007 roku pozwany NFZ odmówił zapłaty kwoty 422.700 zł za inne należne powodce świadczenia, potrącając sporną kwotę z tych świadczeń i w związku z tym powodowa Fundacja zmieniła treść roszczenia.

W oparciu o powyższe ustalenia Sąd Okręgowy stwierdził, iż roszczenie powodowej Fundacji o zapłatę kwoty 1.980 zł jest zasadne. Na podstawie opinii biegłego Sąd I instancji ustalił, że badania profilaktyczne w odniesieniu do tej kwoty wykonane zostały w czasie obowiązywania omówionych wyżej umów. Zatem potrącenie tej kwoty z innych należnych powodce wierzytelności było niezasadne. W odniesieniu do pozostałej kwoty, tj. 420.720 zł bezsporne w ocenie Sądu Okręgowego było, że powodowa Fundacja wykonała badania profilaktyczne przed terminami obowiązywania

przedmiotowych umów. Co więcej Fundacja fałszywie podała w dokumentach przesyłanych do NFZ, że badania wykonane zostały po dniu 1 lipca i 1 września 2004 r.

Odwołując się do utrwalonego w orzecznictwie stanowiska, Sąd I instancji przypomniał, że powoływany przez powodową Fundację art. 5 k.c. nie może stanowić podstawy dla skonstruowania prawa podmiotowego, w oparciu o które dochodzone jest powództwo. Sąd Okręgowy uwzględnił powództwo w oparciu o treść art. 417 k.c. w zw. z art. 198 i art. 39 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia Dz.U.2003.45.391 (z późniejszymi zmianami), oraz art. 68 Konstytucji RP.

Sąd I instancji podkreślił, iż powódka od 2002 r. brała udział w pilotażowym programie badań profilaktycznych raka piersi i raka szyjki macicy, który to program przestał być realizowany w 2004 r. tylko z tego powodu, że reforma finansowania ochrony zdrowia nie była należycie przygotowana od strony organizacyjnej. Zastąpienie dotychczasowych Kas Chorych, Narodowym Funduszem Zdrowia, spowodowało zaprzestanie finansowania omawianych badań dlatego, że nowa administracja w NFZ nie zdołała na czas rozpiścić przetargu na tego typu usługi zdrowotne. Minister Zdrowia przygotowując reformę finansowania opieki zdrowotnej obowiązany był tak tę reformę przeprowadzić, aby nie dochodziło do przerwania realizacji ważnych programów medycznych.

NFZ podpisał umowy z Fundacją dopiero 1 lipca i 1 września 2004 r. Od 1 stycznia 2004 r. do 1 lipca 2004 r. w zakresie badań profilaktycznych raka szyjki macicy i do 1 września 2004 r. w zakresie badań profilaktycznych raka piersi, zdaniem Sądu Okręgowego, Narodowy Fundusz Zdrowia pozostawał w zwłoce. W oparciu o treść art. 68 Konstytucji RP, art. 39 i 198 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, NFZ miał obowiązek finansować tego typu badania, czego jednak nie czynił. W związku z tym winien, w oparciu o treść art. 417 k.c., naprawić powodowej Fundacji szkodę, jaką poniosła w wyniku realizacji badań profilaktycznych. Powódka miała bowiem prawo oczekiwać, że zmiany organizacyjne w zakresie finansowania ochrony zdrowia, nie spowodują zaprzestania kontynuacji tak ważnego programu.

Uwzględniając powództwo w całości co do żądania głównego, Sąd Okręgowy oddalił powództwo o zasądzenie odsetek od dnia 10 września 2007 r. uznając, że dopiero ogłoszenie wyroku przesądza sprawę i zobowiązał pozwanego do zapłaty odsetek ustawowych od 14 dnia upływającego po ogłoszeniu wyroku.

Sąd Okręgowy w oparciu o treść art. 102 k.p.c. nie zasądził od pozwanego NFZ, który przegrał proces w całości, na rzecz powodowej Fundacji kosztów procesu, z uwagi na złożoną sytuację sprawy.

Apelację od orzeczenia wniósł pozwany NFZ, zaskarżając wyrok w części uwzględniającej powództwo.

Zaskarżonemu rozstrzygnięciu zarzucił sprzeczność istotnych ustaleń Sądu z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego, naruszenie prawa materialnego, tj. dokonanie błędnej wykładni i niewłaściwe zastosowanie art. 417 k.c. w zw. z art. 198 i art. 93 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia i art. 68 Konstytucji RP - poprzez przyjęcie, że pozwany wyrządził powódce szkodę przez niezgodne z prawem działanie lub zaniechanie przy wykonywaniu władzy publicznej, naruszenie przepisów prawa procesowego - art. 227 k.p.c. polegające na niewyjaśnieniu i braku ustalenia istotnej dla sprawy okoliczności,

art. 232 i art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów.

W oparciu o powyższe skarżący wnosił o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości i zasądzenie na rzecz pozwanego kosztów procesu, ewentualnie o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje.

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

Rozstrzygnięcie Sądu Okręgowego należy uznać za prawidłowe, bowiem zaskarżony wyrok odpowiada prawu.

Sąd Apelacyjny nie podziela jednak części motywów rozstrzygnięcia, w szczególności tych odnoszących się do wskazanej przez Sąd I instancji podstawy prawnej. W tym zakresie zasadnie zarzuca apelacja dokonanie błędnej wykładni i niewłaściwe zastosowanie art. 417 k.c. w zw. z art. 198 i art. 93 ustawy z dnia 23 stycznia 2003r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia i art. 68 Konstytucji RP poprzez przyjęcie, że pozwany wyrządził powodowej Fundacji szkodę przez niezgodne z prawem działanie lub zaniechanie przy wykonywaniu władzy publicznej. Sąd Apelacyjny, odmiennie niż Sąd Okręgowy, nie dopatrywał się w okolicznościach rozpoznawanej sprawy deliktu po stronie pozwanego NFZ.

Powodowa Fundacja nie wywodziła roszczenia z odpowiedzialności deliktowej NFZ, o czym świadczy wskazywana w uzasadnieniu pozwu podstawa faktyczna. Początkowo powódka konstruowała swoje roszczenie jako powództwo o ustalenie, że Narodowy Fundusz Zdrowia - (...) Oddział Wojewódzki w R. nie jest wierzycielem Fundacji w zakresie dotyczącym wierzytelności w kwocie 422.700 zł, na którą składają się opisane bliżej w pozwie należności za wykonanie świadczeń zdrowotnych za okres od 1 stycznia 2004 r. do 30 czerwca 2004 r., uzasadniając dochodzone roszczenie żądaniami ze strony NFZ zwrotu wymienionych należności. Powódka wskazywała, iż pozwany występując z żądaniami zwrotu powyższych należności podnosił, że Fundacja otrzymała środki jej nienależne, gdyż usługi zdrowotne zostały przez nią wykonane przed zawarciem przez strony umów z lipca i września 2004 r. Powódka twierdziła, że w okresie negocjowania umów, do czasu ich zawarcia, zachodziła konieczność prowadzenia przez nią działań profilaktyczno-badawczych, o czym pozwany wiedział i zapewniał, że po podpisaniu umów zostanie to Fundacji zrekompensowane. Domaganie się obecnie zwrotu wypłaconych środków za świadczenia zdrowotne, które w rzeczywistości zostały wykonane – czego pozwany NFZ nie neguje – jest według powodowej Fundacji nieuzasadnione i sprzeczne z zasadami współżycia społecznego.

W toku procesu, w związku z dokonaniem w 2007 r. potrąceniem wierzytelności powódki przysługujących wobec pozwanego z tytułu innych należności za świadczenia zdrowotne wykonane na rzecz NFZ w ramach łączącego strony stosunku zobowiązaniowego, z wierzytelnościami pozwanego wobec Fundacji z tytułu nienależnie pobranych środków finansowych za świadczenia zrealizowane w 2004 r. przed okresem obowiązywania umów, powodowa Fundacja ostatecznie modyfikując i precyzując powództwo domagała się zasądzenia kwoty 422.700 zł z ustawowymi odsetkami od 10 września 2007 r., wskazując na jej nieuzasadnione potrącenie. Powódka negując skuteczność dokonanego potrącenia powoływała się na brak istnienia po stronie pozwanej (dokonującej potrącenia) w stosunku do Fundacji wierzytelności, która miała być przedmiotem potrącenia.

W istocie roszczenie powodowej Fundacji o zapłatę kwoty 422.700 zł obejmuje należności za świadczenia zdrowotne udzielone na rzecz pozwanego w 2007 r. w ramach łączących strony umów. Na rozprawie w dniu 31 stycznia 2008 r. pełnomocnik Fundacji wyraźnie zazaczył, że „żąda zapłaty za zabiegi, które zostały wykonane w okresie od maja 2007 r.” Przedmiotem dochodzonego w niniejszym procesie roszczenia, który określa nie tylko treść żądania ale i podstawa faktyczna wskazywana przez stronę powodową, jest zatem zapłata z tytułu należności za świadczenia zdrowotne udzielone w 2007 r. na podstawie zawartych przez strony umów i dotyczących realizacji świadczeń zdrowotnych za ten właśnie rok, a nie za rok 2004. Bezsprzeczne jest przy tym, iż powodowa Fundacja za wykonane w 2007 r. świadczenia medyczne nie uzyskała od pozwanego zapłaty w wysokości 422.700 zł.

Na obecnym etapie postępowania istota sporu między stronami, w aspekcie dochodzonego przez powódkę roszczenia, wywodzonego z odpowiedzialności kontraktowej pozwanego, sprowadza się do oceny dokonanego potrącenia. Kwestionując skuteczność potrącenia powodowa Fundacja domagała się zasądzenia kwoty 422.700 zł – jej zdaniem – bezpodstawnie potrąconej przez pozwanego z wierzytelności powódki przysługującej jej wobec pozwanego z tytułu należności za świadczenia zdrowotne udzielone w 2007 r. w oparciu o łączące strony umowy. Z zebranego w sprawie materiału dowodowego wynika, iż co do zasady roszczenie powódki o zapłatę należności za wykonane świadczenia zdrowotne udzielone w 2007 r. nie było kwestionowane przez pozwanego. Kwestią sporną było jedynie czy wierzytelność powódki z tego tytułu uległa umorzeniu na skutek dokonanego potrącenia.

Potrącenie jest czynnością materialnoprawną, której celem jest doprowadzenie do wygaśnięcia wzajemnych zobowiązań (art. 498 k.c.), drogą jednostronnego oświadczenia materialnoprawnego wywołującego skutek prawny,

niezależnie od woli uprawnionego do wierzytelności objętej potrąceniem, od chwili złożenia go w taki sposób, aby druga strona mogła zapoznać się z jego treścią. Potrącenie następuje przez jednostronną czynność prawną jednego z wzajemnych wierzycieli. Skutkiem tej czynności jest wygaśnięcie wierzytelności obu stron do wysokości wierzytelności niższej (art. 498 § 2 k.c.) z chwilą kiedy potrącenie stało się możliwe (art. 499 zdanie drugie k.c. w zw. z art. 498 § 1 k.c.).

Zasadność potrącenia dokonanego przez pozwaną NFZ zależy przede wszystkim od oceny czy przysługiwała mu przedstawiona do potrącenia wierzytelność o zwrot środków wypłaconych powódce za usługi zdrowotne wykonane przed zawarciem przez strony umów z lipca i września 2004 r. W tym miejscu, opierając się na opinii powołanego w sprawie biegłego, stwierdzić należy, iż badania profilaktyczne na kwotę 1.980 zł wykonane zostały w czasie obowiązywania ww. umów. Zatem potrącenie tej kwoty z innych należnych powódce wierzytelności, ze względu na nieistnienie wierzytelności pozwanego w tym zakresie, było nieskuteczne.

Jeżeli chodzi o pozostałą kwotę, tj. 420.720 zł, to z twierdzeń pozwanego, które uwiarygodnia fakt podania w przekazywanych mu przez powódkę sprawozdaniach nieprawidłowych dat realizacji świadczeń wynika, że NFZ zapłacił za te świadczenia będąc przekonany, że badania wykonane zostały w ramach zawartych przez strony w 2004 r. umów. Dokonując potrącenia pozwany wskazywał, że powyższa kwota stanowiła nienależnie wypłacone powódce środki pieniężne, bowiem obejmowała należności za świadczenia nieobjęte łączącymi strony umowami. Nie było przy tym kwestionowane, iż świadczenia na ww. kwotę zostały przez powodową Fundację wykonane, zarzucano jedynie, że były one zrealizowane poza umową.

W świetle całokształtu zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego przekonywujące są twierdzenia powódki, iż wykonując na początku 2004 r. usługi medyczne działała w przekonaniu, że zostaną z nią zawarte stosowne umowy, które pozwolą na zrefundowanie przez NFZ wykonywanych świadczeń. W szczególności wskazują na to zeznania ówczesnego starosty powiatu (...) J. M., który w 2004 r. razem z przedstawicielką Fundacji Ł. B. był u prezesa NFZ w sprawie pieniędzy na wykonywane przez Fundację badania: „Wiem, że pan prezes obiecał, że te pieniądze da.”, „Z tego co pamiętam prezes mówił, żeby się nie martwić, bo pieniądze będą.”. W świetle zasad logiki i doświadczenia życiowego nieracjonalne byłyby działania Fundacji, która wykonywała badania nie mając żadnego zapewnienia, że zostaną one zrefundowane i że uzyska zwrot środków za te świadczenia.

Oceniając roszczenie NFZ o zwrot wypłaconych środków za wykonane w 2004 r. poza umową świadczenia, które zrealizowane zostało poprzez dokonanie potrącenia z innymi wierzytelnościami powódki, należy mieć na względzie, że w rzeczywistości Fundacja badania te wykonała przeprowadzając je na rzecz osób ubezpieczonych, działając w uzasadnionym przekonaniu, że będzie to z nią rozliczone. Poprzez przekazanie przez NFZ spornych środków finansowych nastąpiła jedynie refundacja przeprowadzonych wcześniej badań, co na gruncie art. 409 k.c. nie pozostaje obojętne z punktu widzenia możliwości żądania ich zwrotu. Okoliczności sprawy wskazują, iż w dacie dokonania przez pozwanego potrącenia dochodzonych przez powódkę w niniejszym procesie kwot, Fundacja nie była bezpodstawnie wzbogacona i wobec spełnienia przesłanek z art. 409 k.c. nie miała obowiązku zwrotu wypłaconego jej świadczenia. W tym aspekcie dokonane przez pozwanego potrącenie należy ocenić jako bezskuteczne. Zaznaczyć jeszcze należy, iż wbrew temu co przyjął Sąd I instancji, powódka nie konstruowała swego roszczenia na podstawie art. 5 k.c., a jedynie zarzucała, że domaganie się zwrotu przez pozwanego wypłaconego świadczenia jest sprzeczne z zasadami współżycia społecznego. Również i ten aspekt sprawy niewątpliwie rzutuje na ocenę skuteczności dokonanego potrącenia. Niewątpliwie negatywnej ocenie podlega fałszowanie dokumentacji i przedstawianie nieprawidłowych sprawozdań w celu uzyskania refundacji wykonanych badań, jednakże nie wyłącza to obowiązku rozliczenia się z Fundacją za zrealizowane usługi medyczne.

Zarzuty apelacji dotyczące naruszenia przepisów prawa procesowego, jakkolwiek częściowo nie pozbawione racji, odnoszą się do okoliczności drugorzędnych, nie mających istotnego znaczenia w sprawie i pozostają obojętne dla jej rozstrzygnięcia.

Biorąc powyższe pod uwagę Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację jako niezasadną.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Apelacyjny orzekł na podstawie art. 102 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. mając na uwadze, podobnie jak Sąd I instancji, szczególne okoliczności rozpoznawanej sprawy.

.