

Rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów w §28 ust. 1 i 3 stanowi, że w przypadku stwierdzenia przez oddział wojewódzki Funduszu przekazania świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych kwota przekazanych środków podlega zwrotowi w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania Funduszu do ich zwrotu.

Zwrot „nienależnych środków finansowych” nie został zdefiniowany ani w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ani też w powołanym na wstępie rozporządzeniu. Jednakże zgodnie z 155 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do umów o udzielanie opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego.

Kodeks cywilny w art. 410 reguluje kwestię świadczenia nienależnego. Przyczyną powstania roszczenia z tytułu nienależnego świadczenia jest bezpodstawnność („bez podstawy prawnej”) przesunięcia majątkowego, a zatem jego „niesłuszność”(Wyrok SN z 21.11.1966 r., II PR 512/66). W przypadku nienależnego świadczenia zobowiązanie powstaje wówczas, gdy dany transfer majątkowy jest następstwem spełnienia świadczenia przez zubożonego na rzecz wzbogaconego bez należytego uzasadnienia prawnego.

Przepis art. 410 § 2 Kodeksu cywilnego wskazuje cztery postacie nienależnego świadczenia:

- świadczenie jest nienależne, jeżeli ten, kto je spełnił, nie był w ogóle zobowiązany lub nie był zobowiązany względem osoby, której świadczył,
- świadczenie jest nienależne, jeżeli podstawa świadczenia odpadła,
- świadczenie jest nienależne, jeżeli zamierzony cel świadczenia nie został osiągnięty,
- świadczenie jest nienależne, jeżeli czynność prawna zobowiązująca do świadczenia była nieważna i nie stała się ważna po spełnieniu świadczenia.

W trakcie realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Fundusz będzie miał niejednokrotnie roszczenie o zwrot nienależnego świadczenia na skutek zapłaty dokonanej bez podstawy prawnej. Powstają sytuacje, w których Fundusz dokonuje płatności pomimo braku uzasadnienia (bezpodstawnie). Nastąpi to w szczególności w przypadku dokonania podwójnej zapłaty za wykonane świadczenia, zapłaty za świadczenia, które w ogóle nie zostały wykonane, za osoby, które nie mają prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, czy też zapłaty za świadczenia nieznajdujące się w wykazie świadczeń gwarantowanych lub nieobjęte przedmiotem umowy. (Pietraszewska-Macheta Agnieszka (red.), Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz, wyd. III, WKP 2018)