



Sygn. akt V CSK 12/05

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 7 grudnia 2005 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Irena Gromska-Szuster (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Teresa Bielska-Sobkowicz

SSN Zbigniew Strus

w sprawie z powództwa Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. – (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w W. o zapłatę, po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej w dniu 7 grudnia 2005 r., skargi kasacyjnej strony powodowej od wyroku Sądu Apelacyjnego z dnia 16 lutego 2005 r., sygn. akt I ACa (...),

uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach postępowania kasacyjnego.

Uzasadnienie

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej wnosił o zasądzenie od Narodowego Funduszu Zdrowia kwoty 588 278,22 zł. stanowiącej należność za świadczenia zdrowotne udzielone przez powoda w okresie od 1 września 1999 r. do 31 sierpnia 2000 r., którą strona pozwana początkowo zapłaciła a następnie odebrała przez potrącenie z należności za następny okres, po stwierdzeniu błędów popełnionych

przez pacjentów przy wypełnianiu deklaracji o korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez stronę powodową. W ocenie powoda stwierdzone błędy nie były istotne i nie mogły uzasadniać odmowy zapłaty za świadczenia zdrowotne rzeczywiście udzielone tym pacjentom.

Strona pozwana wnosząc o oddalenie powództwa podniosła, że stwierdzone w czasie kontroli błędy w wypełnianiu deklaracji były rażące i istotne i mogły stanowić podstawę odmowy zapłaty umownego wynagrodzenia za świadczone przez stronę powodową usługi zdrowotne, strona ta była zobowiązana do kontroli deklaracji pacjentów i składania do rozliczeń dokumentów odpowiadających standardom określonym w umowie.

Wyrokiem z dnia 19 lipca 2004 r. Sąd Okręgowy w W. oddalił powództwo a zaskarżonym wyrokiem z dnia 16 lutego 2005 r. Sąd Apelacyjny oddalił apelację strony powodowej od wyroku Sądu pierwszej instancji.

Sądy ustaliły, że strony łączyły umowy o finansowanie, kompleksowe organizowanie i wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki podstawowej i specjalistycznej zawarte w dniu 15 grudnia 1998 r., a następnie w dniu 21 stycznia 2000 r., określające zasady udzielania przez stronę powodową świadczeń zdrowotnych w 1999 r. i 2000 r. osobom uprawnionym, ubezpieczonym w (...) Regionalnej Kasie Chorych oraz zasady finansowania tych świadczeń przez stronę pozwaną. W umowach określono między innymi wstępną liczbę osób objętych świadczeniami zdrowotnymi udzielanymi przez stronę powodową oraz stawkę miesięczną za objęcie opieką jednej osoby. Ustalono, że osoby zainteresowane korzystaniem ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez stronę powodową powinny złożyć w tym przedmiocie oświadczenie (deklarację) według określonego wzoru, stanowiącego załącznik do umów. Na podstawie tych deklaracji strona powodowa miała sporządzać co miesiąc imienne listy osób objętych przez nią podstawową opieką zdrowotną, które podlegały sprawdzeniu i weryfikacji przez stronę pozwaną w oparciu o utworzoną przez nią komputerową bazę danych. Weryfikacja ta obejmowała między innymi ustalenie błędnych lub niepełnych danych osobowych oraz określenie przypadków zadeklarowania przez pacjenta realizacji świadczeń w danym miesiącu przez więcej niż jednego świadczeniodawcę. Zweryfikowane listy tzw. aktywnych podopiecznych strony powodowej były podstawą ustalenia i wypłaty świadczeń przez stronę pozwaną. W umowach ustalono, że strona pozwana będzie wstępnie wypłacać stronie powodowej należność za udzielane świadczenia według przyjętej stawki pomnożonej przez wstępnie ustaloną liczbę

świadczeniobiorców a następnie dokonywać rozliczenia w oparciu o zweryfikowaną listę aktywnych podopiecznych. Ustalono, że w przypadku stwierdzenia przez Kasę Chorych, iż liczba osób wstępnie zadeklarowanych przez stronę powodową do objęcia opieką jest większa od umieszczonej na zweryfikowanych listach aktywnych podopiecznych liczby osób rzeczywiście objętych podstawową i specjalistyczną opieką zdrowotną strony powodowej, strona ta będzie zobowiązana do zwrotu nienależnie pobranej kwoty wynagrodzenia wraz z odsetkami.

Według powyższych zasad strona pozwana wypłacała stronie powodowej co miesiąc należność za świadczone usługi medyczne. W maju 2001 r. przeprowadziła kontrolę rzetelności przedłożonych przez stronę powodową list aktywnych podopiecznych za okres od 1 września 1999 r. do 31 sierpnia 2000 r., badając deklaracje złożone przez pacjentów. Kontrola wykazała błędy w wypełnianiu deklaracji, polegające między innymi na braku numeru PESEL, braku daty złożenia deklaracji, braku podpisu wnioskodawcy, umieszczeniu na deklaracji pieczęci innego świadczeniodawcy, niż strona powodowa, wypełnieniu deklaracji przez członków rodzin ubezpieczonych, zamiast przez samych ubezpieczonych, dokonywaniu zmian w deklaracjach w zakresie daty złożenia lub wyboru świadczeń. Stwierdzono także różnice pomiędzy treścią złożonych deklaracji a informacjami wpisanymi przez stronę powodową na liście aktywnych podopiecznych w zakresie numerów PESEL, dat złożenia deklaracji, imion i nazwisk pacjentów. Wszystkie nieprawidłowo wypełnione deklaracje, niezależnie od rodzaju błędów, zostały w całości zakwestionowane przez stronę pozwaną, która stwierdziła, że nie mogą one stanowić podstawy do zapłaty wynagrodzenia za wykonane usługi medyczne i wyliczoną z tego tytułu kwotę 588 278,22 zł. potrąciła z należności strony powodowej za świadczenia wykonane w okresie stycznia -marca 2002 r.

W oparciu o powyższe ustalenia Sądy obu instancji uznały, że deklaracje wypełniane przez pacjentów stanowiły podstawę ustalania list aktywnych podopiecznych strony powodowej, korzystających z udzielanych przez nią świadczeń, a listy te z kolei stanowiły podstawę do ustalenia ilości pacjentów rzeczywiście objętych podstawową opieką zdrowotną strony powodowej, za których strona pozwana obowiązana była płacić ustaloną stawkę. W świetle umów, jedynie prawidłowo wypełniona deklaracja była podstawą do wypłaty wynagrodzenia za świadczenia medyczne udzielone temu pacjentowi przez stronę powodową, a obowiązek czuwania nad prawidłowością wypełnienia deklaracji spoczywał na tej stronie. Strona powodowa nie kwestionowała

wadliwości deklaracji odrzuconych przez stronę pozwaną, a jedynie twierdziła, że stwierdzone błędy są nieistotne. W ocenie Sądów obu instancji do skutecznego ubiegania się o wypłatę wynagrodzenia niezbędne były deklaracje pacjentów wypełnione prawidłowo także pod względem formalnym. Występujące w deklaracjach błędy formalne uzasadniały odmowę wypłaty wynagrodzenia, bowiem deklaracje stanowiły nie tylko wyraz oświadczenia woli pacjentów, lecz także dokument księgowy warunkujący wypłatę wynagrodzenia, a przepisy ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.) odznaczają się w tym zakresie daleko idącym rygoryzmem formalnym. Skoro decydująca o wypłacie wynagrodzenia była formalnie poprawna deklaracja, strona pozwana miała prawo potraktować jako nienależne świadczenie (art. 410 k.c.) wynagrodzenie wypłacone za usługi medyczne świadczone przez stronę powodową pacjentom, którzy nieprawidłowo wypełnili deklaracje i miała prawo potrącić je z należności strony powodowej za następne okresy.

W skardze kasacyjnej opartej na obu podstawach określonych w art. 398(3) § 1 k.p.c. strona powodowa w ramach pierwszej podstawy zarzuciła naruszenie art. 354 i art. 56 k.c. oraz art. 393 k.c. w zw. z art. 53 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym - zwanej dalej „ustawą o p.u.z.” (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.) i art. 405 k.c. oraz art. 410 k.c. przez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie w wyniku przyjęcia, że strona pozwana mogła odmówić zapłaty umówionej stawki za pacjentów tylko dlatego, że złożone przez nich deklaracje zawierały jakiegokolwiek błędy formalne, choć były to osoby ubezpieczone, którym strona powodowa była zobowiązana udzielić świadczeń medycznych i ich udzieliła, a także przez przyjęcie, że powód jest bezpodstawnie wzbogacony kosztem pozwanego, mimo że powód wykazał, że zasadnie udzielił tym osobom świadczeń medycznych, a pozwany nie wykazał, że zapłacił jakimkolwiek innemu świadczeniodawcy za świadczenia medyczne udzielone tym pacjentom w spornym okresie. W ramach tej podstawy strona powodowa zarzuciła także naruszenie art. 60 ust.1 pkt 1, art. 3 i art. 4 ustawy o p.u.z. w zw. z art. 60 oraz art. 82, art. 83 i art. 84 k.c. przez przyjęcie, że oświadczenia woli pacjentów o wyborze lekarza, zawierające jakiegokolwiek błędy formalne lub niezgodności z formularzem stanowiącym załącznik do umowy stron, są nieważne i należy je traktować jako niezłożone.

W ramach drugiej podstawy kasacyjnej zarzuciła naruszenie art. 378 § 1 k.p.c. przez nieodniesienie się Sądu drugiej instancji do zarzutu apelacyjnego naruszenia

przez Sąd pierwszej instancji art. 232 k.p.c. w zw. z art. 6 k.c. i art. 410 § 2 k.c. w wyniku przyjęcia, że pozwany spełnił nienależne świadczenie, choć powód temu zaprzeczył twierdząc, że już w wyniku wcześniejszej, zgodnej z umową stron weryfikacji listy aktywnych podopiecznych, strona pozwana wyeliminowała z listy pacjentów, których deklaracje zawierały błędy i nie zapłaciła za nich a w toku procesu nie udowodniła, że dokonała zapłaty za udzielone tym pacjentom świadczenia medyczne.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Strony łączyły umowy o wykonanie świadczeń zdrowotnych zawarte pod rządami przepisów ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o p.u.z. W orzecznictwie Sądu Najwyższego utrwalone jest stanowisko, że umowy takie podlegają ocenie z punktu widzenia zasad i przepisów prawa cywilnego (porównaj między innymi wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 sierpnia 2003 r. IV CKN 393/01) a przy ich wykładni i badaniu wykonania należy brać pod uwagę nie tylko przepisy wprost odnoszące się do świadczenia pomocy medycznej, ale także przepisy prawa cywilnego i innych gałęzi prawa, które mogą znaleźć tu zastosowanie, a także zasady i założenia aksjologiczne całego systemu opieki zdrowotnej. W szczególności przy wykładni takich umów znajdują zastosowanie, zgodnie z art. 65 k.c., zasady wynikające z przepisów prawa regulujących ten rodzaj umowy, określone między innymi w art. 53 ustawy o p.u.z, ustalone zwyczaje oraz zasady współżycia społecznego. Zgodnie z art. 65 § 2 k.c., przy tłumaczeniu woli stron decydujące znaczenie ma zgodny zamiar stron i cel umowy, a cel umowy o wykonanie świadczeń zdrowotnych, zawieranej przez kasy chorych ze świadczeniodawcami, został określony między innymi w ustawie o p.u.z, w szczególności w art. 4 ust. 2 oraz w art. 53 tej ustawy. Przy wykładni woli stron umów stanowiących podstawę roszczeń zgłoszonych w rozpoznawanej sprawie należy zatem stosować powyższe przepisy, zaś przy ocenie czy strony wykonały umowy zgodnie z ich treścią i celem, należy stosować przepisy kodeksu cywilnego dotyczące wykonania umów wzajemnych i skutków ich niewykonania a także ogólne zasady dotyczące wykonania zobowiązań, w tym art. 354 k.c.

Zgodnie z art. 4 ust. 2 ustawy o p.u.z., umowy o wykonywanie świadczeń zdrowotnych zawierane były w celu zapewnienia ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych określonych ustawą. Umowy te miały charakter umów wzajemnych, w których świadczeniodawca (zakład opieki zdrowotnej) zobowiązywał się do wykonania świadczeń objętych umową na rzecz określonych osób ubezpieczonych i uprawnionych do świadczeń, a kasa chorych zobowiązywała się zapłacić za wykonane świadczenia

objęte umową. Treść umów i obowiązki stron określały przepisy art. 53 ust. 4 ustawy o p.u.z. W świetle postanowień tych przepisów oraz postanowień umów zawartych między stronami w dniu 15 grudnia 1998 r. i w dniu 21 stycznia 2000 r. nie budzi wątpliwości stanowisko Sądów obu instancji, iż obowiązkiem strony powodowej było nie tylko udzielanie określonych w umowie świadczeń zdrowotnych uprawnionym osobom (ubezpieczonym i ich rodzinom), lecz także przyjmowanie od pacjentów oświadczeń o wyborze lekarza, wypełnionych według wzoru, który stanowił załącznik do umowy. Oświadczenia te stanowiły podstawę do sporządzania przez stronę powodową list osób, które zadeklarowały korzystanie z jej świadczeń zdrowotnych, a z kolei listy te, po dokonaniu ich weryfikacji przez stronę pozwaną, stanowiły podstawę do określenia liczby osób, którym strona powodowa udzieliła świadczeń medycznych i do określenia przysługującego jej za to wynagrodzenia, które zobowiązana była zapłacić strona pozwana. Prawidłowa jest wykładnia powyższych umów dokonana przez Sądy obu instancji, wskazująca, że to na stronie powodowej spoczywał obowiązek sprawdzania prawidłowości wypełniania przez pacjentów deklaracji wyboru lekarza oraz, że deklaracje te stanowiły podstawę umieszczenia pacjenta na liście osób objętych opieką medyczną strony powodowej i określenia wysokości należnego stronie powodowej wynagrodzenia, zaś to czy faktycznie spełniła ona świadczenie zdrowotne na rzecz osób, których deklaracje przyjęła, nie miało decydującego znaczenia. Niewątpliwie bowiem z samego celu umowy o wykonanie świadczeń zdrowotnych wynika, że nie mogą być one udzielane osobom nieuprawnionym (nie objętym ubezpieczeniem zdrowotnym), a zatem za udzielone takiej osobie świadczenie medyczne, stronie powodowej nie należało się wynagrodzenie, niezależnie od tego jak wypełniona była deklaracja takiej osoby. Stwierdzić więc trzeba, że eksponowana przez powoda okoliczność faktycznego udzielenia świadczeń na rzecz osób, których deklaracje zawierały błędy, nie ma decydującego znaczenia dla uznania, że należy jej się wynagrodzenie za te świadczenia. Jeżeli bowiem osoby te nie powinny być objęte określonymi w umowie stron świadczeniami, to powodowi nie należało się wynagrodzenie za udzielenie tych świadczeń.

Deklaracje pacjentów stanowiły niewątpliwie podstawowy dokument, który miał potwierdzać ich prawo do świadczeń strony powodowej a zarazem obowiązek strony pozwanej zapłaty za udzielone świadczenia. Ten charakter i cel deklaracji, w powiązaniu z pozostałymi postanowieniami umów stron o wykonanie świadczeń zdrowotnych, ma decydujące znaczenie dla stwierdzenia, jakie skutki dla oceny wykonania umów miało

przyjmowanie przez stronę powodową deklaracji wypełnionych nieprawidłowo lub zawierających błędy i ustalenie na ich podstawie tzw. list aktywnych pacjentów. Przyjmowanie przez stronę powodową deklaracji wypełnionych nieprawidłowo, stanowiło niewłaściwe wykonanie jednego z jej obowiązków umownych. Istota sprawy polega jednak na ocenie, czy było to niewykonanie umowy uzasadniające odmowę świadczenia wzajemnego strony pozwanej, w postaci zapłaty wynagrodzenia za objęcie takiego pacjenta opieką medyczną. W szczególności rozważeniu powinno podlegać to, czy każdy błąd w deklaracji, lub odchylenie od wzoru stanowiącego załącznik do umowy, stanowił niewykonanie w tym zakresie umowy przez stronę powodową, uzasadniające odmowę zapłaty stawki za takiego pacjenta. Nie chodzi przy tym, jak wywodzi strona powodowa, o ocenę deklaracji jako oświadczenia woli pacjenta, z punktu widzenia przepisów kodeksu cywilnego dotyczących składania oświadczeń woli, ich formy, błędów i ich skutków, lecz o ocenę błędów w deklaracjach z punktu widzenia obowiązków stron umowy o wykonanie świadczeń zdrowotnych i przepisów kodeksu cywilnego dotyczących wykonania umowy, spełnienia świadczenia wzajemnego i skutków niewykonania umowy.

Z treści pozwu i odpowiedzi na pozew oraz dalszych pism procesowych wynika, że obie strony zajmowały takie samo stanowisko w przedmiocie oceny skutków błędów w deklaracjach przyjętych przez stronę powodową. Skoro bowiem strona powodowa twierdziła, że błędy te, jako nieistotne nie mogły stanowić podstawy do odmowy wypłaty wynagrodzenia za świadczenia udzielone pacjentom, którzy błędnie wypełnili deklaracje, zaś strona pozwana twierdziła, że błędy te, jako rażące i istotne, uzasadniały taką odmowę, to trzeba uznać, że obie strony uważały, iż tylko istotne błędy w deklaracjach uzasadniały odmowę wypłaty wynagrodzenia za świadczenia udzielone pacjentom, którzy je popełnili, zaś błędy drobne, nieistotne, nie uzasadniały takiej odmowy. Tymczasem Sądy obu instancji ustaliły, że strona pozwana odrzuciła wszystkie deklaracje, które zawierały jakiegokolwiek błędy i odmówiła wypłaty stawki w każdym wypadku deklaracji błędnie wypełnionej, niezależnie od rodzaju błędów. Sądy uznały to za uzasadnione, bowiem stwierdziły, że z umowy stron wynikało, iż każdy błąd w przyjętej przez stronę powodową deklaracji, niezależnie od jego wagi i znaczenia, uzasadniał odmowę wypłaty ustalonej stawki osobowej za pacjenta, którego deklaracja zawierała błąd. Nie wskazały przy tym, z których postanowień umów wyprowadziły taki wniosek i dlatego pominęły stanowisko obu stron w tym przedmiocie wskazujące, że tylko błędy istotne w deklaracjach uzasadniały odmowę wypłaty stawki. Sąd Apelacyjny

dotąd dodatkowo powołał się na daleko idący formalizm przepisów ustawy o p.u.z. w tym zakresie, nie wskazując jednak, z których przepisów tej ustawy należy wywieść, że każdy błąd w wypełnieniu deklaracji pacjenta dyskwalifikował tę deklarację jako podstawę wypłaty wynagrodzenia za wykonane świadczenia medyczne.

Trzeba więc uznać, że wykładnia umowy stron dokonana przez Sądy obu instancji narusza nie tylko art. 65 k.c. lecz również art. 53 ust. 4 ustawy o p.u.z. w związku z art. 4 tej ustawy, zaś ocena, iż doszło do niewykonania przez stronę powodową umowy, uzasadniającego odmowę świadczenia wzajemnego strony pozwanej, narusza także art. 354 k.c.

Przy ocenie wpływu błędów w deklaracjach pacjentów o wyborze lekarza na ocenę wykonania przez stronę powodową zawartych umów, trzeba uwzględnić, poza wskazanymi wyżej regulacjami prawnymi i postanowieniami umów, także to, że obie umowy będące źródłem zobowiązań stron, były pierwszymi umowami zawartymi w zupełnie nowym stanie faktycznym i prawnym, gdy dopiero wdrażano nową, kompleksową i zasadniczą reformę służby zdrowia. W takiej sytuacji szczególnego znaczenia nabierała nie tylko wyraźna i jednoznaczna regulacja obowiązków stron w umowie o wykonanie świadczeń zdrowotnych i wykładnia tych postanowień zgodna z celem umowy, lecz także ścisłe współdziałanie obu stron przy wykonywaniu umowy i usuwanie na bieżąco wątpliwości w wykładni jej postanowień (art. 354 k.c.).

Celem zawartych umów było zapewnienie ubezpieczonym świadczeń określonych w ustawie o p.u.z. (art. 4 ust. 2 ustawy o p.u.z.), a zatem postanowienia umów i obowiązki stron powinny być wykładane zgodnie z tym celem. Deklaracje pacjentów miały dokumentować ich prawo do otrzymania od strony powodowej świadczeń zdrowotnych określonych w umowach stron i jednocześnie stanowić podstawę do ustalania list podopiecznych, za których strona pozwana miała obowiązek wypłacić stawkę wynagrodzenia. Tylko zatem takie błędy w deklaracjach, które uzasadniały domniemanie, że pacjent nie ma uprawnień do otrzymania świadczeń określonych w umowach stron albo że uprawnienia te realizuje jednocześnie w innym zakładzie opieki zdrowotnej lub świadczące w jakikolwiek inny sposób o wpisaniu nieprawdziwych danych, w celu uzyskania nienależnych świadczeń zdrowotnych lub uzyskania przez stronę powodową nienależnych świadczeń finansowych od kasy chorych, mogły uzasadniać uznanie, że strona ta nie wykonała należycie umowy w tym zakresie, w związku z czym nie przysługuje jej świadczenie wzajemne strony pozwanej

w postaci umownej stawki za pacjentów, których deklaracje zawierały tego rodzaju błędy.

Wynikający z art. 354 k.c. obowiązek współpracy i wzajemnej lojalności dłużnika i wierzyciela oraz fakt, że umowy wykonywane były w zupełnie nowych warunkach początkowego okresu działania zmienionego systemu organizacji służby zdrowia uzasadnia też ocenę, że strona powodowa nie powinna być pozbawiona możliwości usunięcia błędów w deklaracjach stwierdzonych w czasie kontroli. Umowy stron zawierały bardzo szczegółowe regulacje dotyczące kontroli i weryfikacji także przez stronę pozwaną list pacjentów sporządzanych przez stronę powodową, mających stanowić podstawę ustalenia i wypłaty wynagrodzenia. Strona pozwana zatem była również zobowiązana do oceny i weryfikacji danych stanowiących podstawę ustalania takich list, a więc błędy prowadzące do bezpodstawnego umieszczenia danej osoby na listach powinny być w określonym czasie i zakresie skorygowane także przez nią przy weryfikacji list. Uchybienia strony pozwanej w tym przedmiocie nie mogą obciążać strony powodowej. Wzajemna współpraca i informowanie się na bieżąco o trudnościach w wykonaniu umowy w zakresie kontroli danych podawanych przez pacjentów i przy weryfikacji list była obowiązkiem obu stron, wynikającym z art. 354 k.c. Z tych wszystkich względów należy uznać, że podstawą odmowy wypłaty przez stronę pozwaną stawki za objęcie opieką medyczną określonego pacjenta mogły być tylko takie istotne i nie dające się usunąć błędy w wypełnieniu jego deklaracji, które zgodnie z umową stron miała obowiązek zweryfikować strona powodowa i które prowadziły do udzielenia nienależnych świadczeń zdrowotnych, nie objętych obowiązkiem zapłaty za nie wynagrodzenia przez stronę pozwaną. Dokonana przez Sądy obu instancji odmienna wykładnia umów stron w tym zakresie oraz uchylenie się od oceny, czy wszystkie stwierdzone w czasie kontroli błędy w deklaracjach miały charakter błędów istotnych w opisanym wyżej znaczeniu, doprowadziło do nie rozpoznania istoty sprawy a w konsekwencji do przedwczesnej oceny, iż strona powodowa otrzymała nienależne świadczenie za usługi zdrowotne udzielone pacjentom, których deklaracje strona pozwana zdyskwalifikowała jako zawierające błędy. Uzasadnia to także kasacyjny zarzut naruszenia art. 410 w zw. z art. 405 k.c.

Nie jest natomiast trafny zarzut naruszenia art. 378 § 1 k.p.c. Sąd Apelacyjny ustosunkował się bowiem do wszystkich zarzutów apelacji, także do zarzutu naruszenia przez Sąd Okręgowy art. 232 k.p.c. w zw. z art. 6 i art. 410 § 2 k.c. Fakt, że jego uzasadnienie w tym zakresie nie jest obszerne o tyle nie miał wpływu na rozstrzygnięcie

sprawy, że nie doszło przed Sądem pierwszej instancji do naruszenia wskazanych przepisów. Strona powodowa w pozwie twierdziła, że otrzymała od strony pozwanej zgodnie z umową wynagrodzenie za pacjentów, których deklaracje w czasie późniejszej kontroli zostały zdyskwalifikowane, przyznała to także strona pozwana. Skoro zatem w toku procesu strona powodowa zmieniła stanowisko w tym przedmiocie i twierdziła, że już w czasie comiesięcznych kontroli strona pozwana wykryła błędy w deklaracjach i nie wypłaciła za tych pacjentów wynagrodzenia, to powinna te okoliczności udowodnić, tym bardziej, że takie twierdzenie stanowiło zmianę podstawy faktycznej roszczenia, która dotychczas w tym zakresie była bezsporna. Bezzasadność powyższego zarzutu kasacyjnego nie ma jednak znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy przez Sąd Najwyższy, skoro wskazane wyżej zarzuty naruszenia prawa materialnego okazały się uzasadnione, co skutkuje uchYLENIE zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach postępowania kasacyjnego (art. 398(15) § 1 k.p.c. oraz art. 108 § 2 w zw. z art. 398(21) k.p.c.).