



Sygn. akt IV CSK 159/12

**WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 6 grudnia 2012 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Krzysztof Strzelczyk (przewodniczący)

SSN Wojciech Katner

SSN Anna Owczarek (sprawozdawca)

w sprawie z powództwa Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Praktyka
Lekarza Rodzinnego "F." Spółki z o.o. w L.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W.

o zapłatę,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej

w dniu 6 grudnia 2012 r.,

skargi kasacyjnej strony powodowej

od wyroku Sądu Apelacyjnego

z dnia 28 listopada 2011 r.,

oddala skargę kasacyjną.

Uzasadnienie

Powódka Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego F. Spółka z o.o. z siedzibą w L. wniosła o zasądzenie od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W. łącznie kwoty 111.040,93 zł. z ustawowymi odsetkami od dnia 22 grudnia 2009 r. do dnia zapłaty - jako bezpodstawnie potrąconej z wierzytelności obejmującej zapłatę za świadczenia zdrowotne wykonane w 2009r. w następstwie przyjęcia, że istnieje podstawa zwrotu jako świadczenia nienależnego kwoty 109.620,93 zł. uiszczonej przez pozwanego tytułem wynagrodzenia za świadczenia zdrowotne za okres 2006-2007 r. i pobrania kary umownej w wysokości 1.420 zł.

Pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia wniósł o oddalenie powództwa.

Sąd Okręgowy wyrokiem z dnia 29 lipca 2011r. zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 269,79 zł. z ustawowymi odsetkami od dnia 22 grudnia 2009 r. do dnia zapłaty i oddalił powództwo w pozostałej części. Sąd Apelacyjny wyrokiem z dnia 28 listopada 2011 r. oddalił apelację powódki, zaskarżającą rozstrzygnięcie w części oddalającej powództwo o zasądzenie objętej potrąceniem kwoty 109.351,03 zł, należnej z tytułu wynagrodzenia za świadczenia zdrowotne wykonane w 2006-2007r..

Podstawa faktyczna i prawna rozstrzygnięć Sądów obu instancji były zbieżne. Zgodnie przyjęły one, że od 2002r. przedmiotem działalności powódki jest udzielanie w ramach umów zawieranych z pozwanym (bądź Regionalną Kasą Chorych jako jego poprzednikiem prawnym) świadczeń zdrowotnych przez lekarzy rodzinnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Świadczenia miały być realizowane na rzecz ubezpieczonych, którzy złożyli świadczeniodawcy oświadczenie o wyborze imiennie określonego lekarza w formie deklaracji podpisanej przez siebie lub osobę umocowaną (przedstawiciela ustawowego, pełnomocnika). Na podstawie deklaracji świadczeniodawca prowadził listę bazową, przekazywaną pozwanemu. Poziom finansowania wyznaczał iloczyn oznaczonych stawek kapitacyjnych oraz liczby ubezpieczonych wpisanych na listę bazową świadczeniodawcy, przy czym obejmował wynagrodzenie za gotowość, a nie rzeczywiście wykonane świadczenia.

Podstawą wypłaty były faktury wystawiane przez powódkę. W grudniu 2007 r. pozwany przeprowadził kontrolę umowy zawartej w dniu 27 stycznia 2006 r., zmienionej kolejnymi aneksami, za okres 2006-2007 r. która ujawniła, że wśród 15.349 deklaracji osób figurujących na liście bazowej (pochodzących z okresu 1999 r.-2003 r. i z 2007 r.) - 811 nie spełnia wymagań formalnych, w tym 762 deklaracje dotyczące osób pełnoletnich były podpisane przez inne nieupoważnione osoby, 47 deklaracji nie zawierało w ogóle podpisu świadczeniobiorcy, na 2 stwierdzono inną datę, jak znajdująca się na liście bazowej. Łączna kwota nienależnie pobranych środków za wskazany okres, po uwzględnieniu niewielkiej części zastrzeżeń powódki, ustalona została na kwotę 109.620,93 zł.. Umowa łącząca strony przewidywała obciążenie świadczeniodawców karami umownymi z tytułu nienależytej realizacji umowy, nieprzestrzegania lub niewykonywania jej postanowień. Pozwany wezwał powódkę do uiszczenia kwoty 109.620,93 zł. i kary umownej w kwocie 1420 zł., następnie pismem z dnia 21 grudnia 2009 r. złożył oświadczenie o potrąceniu kwoty 111.040,93 zł. z wierzytelnością powoda z tytułu wynagrodzenia za rok 2009, objętą fakturą nr 11/01/2009 z dnia 30 listopada 2009 r.. Sądy obu instancji zgodnie ustaliły, że bezpodstawnie zakwestionowano nieprawidłowość dwóch deklaracji i odpowiednio pomniejszając wysokość nadpłaconego wynagrodzenia oraz kary umownej o 266,40 zł. i 3,39 zł. przyjęły, że łączna wierzytelność pozwanego wyrażała się kwotą 110.771,14 zł.. Sądy wskazały, że umowy łączące strony (Regionalną Kasę Chorych jako poprzednika prawnego NFZ) zawierane były w okresie obowiązywania trzech kolejnych ustaw regulujących problematykę ubezpieczeń zdrowotnych, tj. ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.), ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391 ze zm.), ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jedn. tekst Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.) oraz wydanego na jej podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1643 z późn. zm.). Dwie pierwsze ustawy nie precyzowały szczegółowo, w przeciwieństwie do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r., treści

deklaracji i regulowały ją na podstawie przepisów wykonawczych bezpośrednio w postanowieniach umów, niemniej te zastrzegały skutek nieważności deklaracji nie zawierających podpisu. Zgodnie z art. 56 cyt. ustawy deklaracja wyboru stanowiła oświadczenie woli zawierające oznaczone dane, w tym podpis świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego, a w myśl art. 244 cyt. ustawy oświadczenia ubezpieczonych, złożone przed dniem wejścia w życie ustawy, zachowały ważność. Zdaniem sądów art. 244 dotyczył tylko prawidłowych deklaracji („zawartych w sposób ważny”) i nie stanowił podstawy konwalidacji wadliwych czynności. Sąd odwoławczy podzielił stanowisko sądu pierwszej instancji, że niezależnie od tego w jakim okresie złożono deklaracje oraz czy przejęto je od innych podmiotów, świadczeniodawca zobowiązany był do ich sprawdzenia i do przedstawienia prawidłowej listy bazowej stanowiącej podstawę wyliczania wynagrodzenia. Pod rządami wszystkich wskazanych ustaw prawidłowy podpis był elementem koniecznym deklaracji, stąd jego brak oznaczał niedopuszczalność umieszczania świadczeniobiorcy na liście bazowej, wystawiania faktur oraz pobierania wynagrodzenia. Nie można przyjąć, że do złożenia deklaracji doszło per facta concludentia poprzez ewentualne udzielenie ubezpieczonemu świadczenia, stąd niezależnie od nie wykazania tego twierdzenia, nie ma znaczenia dla rozstrzygnięcia okoliczność, czy powód je rzeczywiście realizował. Sąd drugiej instancji uznał, że deklaracje stanowiły dokumenty finansowe w oparciu o które następowało rozliczenie, zatem w braku podpisu nie mogą być uznane za dokumenty istniejące i uzasadniające zapłatę. W ocenie sądu odwoławczego, który podzielił stanowisko Sądu Okręgowego w tym przedmiocie, wypłacone kwoty miały charakter świadczenia nienależnego, gdyż były uzyskane bez podstawy prawnej, skoro „powód nie miał podstaw do pobierania wynagrodzenia za osoby, które nie złożyły podpisanych deklaracji, a pozwany nie miał obowiązku za to płacić”. Oceniał jako chybiony zarzut wygaśnięcia obowiązku wydania korzyści (art. 409 k.c.) wskazując, że powódka powinna liczyć się z koniecznością zwrotu uzyskanych środków, skoro ciążył na niej obowiązek rzetelnego prowadzenia listy bazowej ubezpieczonych, którego nie dopełniała. Zaniedbanie powyższe i przekazywanie nieprawidłowych danych, stanowiąc wykonywanie umowy niezgodnie z jej postanowieniami, uzasadniało również nałożenie kary umownej

przewidzianej w umowie stron niezależnie od braku szkody. Powódka nie wykazała zarzutu zastrzeżenia kary umownej niezgodnie z zasadami współżycia społecznego, ponadto „postępując niezgodnie z umową uzyskała niezasadnie wynagrodzenie ze środków publicznych” .

Skargę kasacyjną złożyła powódka. Skarżąca wnosząc o uchylenie wyroku w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania sądowi, który wydał orzeczenie lub innemu sądowi równorzędnemu (nie motywując stanowiska w tym przedmiocie), ewentualnie o uchylenie zaskarżonego orzeczenia w całości, jego zmianę i orzeczenie co do istoty sprawy przez nakazanie pozwanemu zwrotu kwoty 109.351,03 zł. z ustawowymi odsetkami od dnia 22 grudnia 2009 r. do dnia zapłaty i wskazując na obie podstawy kasacyjne zarzuciła naruszenie prawa materialnego poprzez (1) błędne zastosowanie art. 410 k.c. w związku z art. 405 k.c. polegające na uznaniu, iż potrącone przez pozwanego kwoty były dla powódki świadczeniem nienależnym i podlegały zwrotowi; (2) niezastosowanie art. 471 k.c. i uznanie tym samym, że środki wypłacone powódce w oparciu o zakwestionowane w czasie kontroli deklaracje wyboru nie były środkami wypłaconymi za wykonanie umowy; (3) błędną wykładnię art. 484 § 1 zd. 1 k.c. i uznanie, że mimo nałożenia kary umownej, pozwany Fundusz mógł dokonać innych potrąceń z należnością powódki; (4) niezastosowanie art. 411 pkt 2 k.c. poprzez uznanie, że świadczenia wypłacone powodowi na podstawie zakwestionowanych deklaracji nie miały charakteru „świadczenia słusznego” i tym samym podlegały zwrotowi; ponadto (5) naruszenie przepisów postępowania, tj. art. 316 § 1 k.p.c. w sposób mający istotny wpływ na wynik sprawy wobec dokonania oceny ważności zakwestionowanych deklaracji wyboru według stanu prawnego z dnia ich złożenia, a nie z dnia kontroli i/lub dnia orzekania.

Sąd Najwyższy zważył:

Bezzasadna jest podstawa naruszenia prawa procesowego, której upatruje skarżący w uchybieniu art. 316 § 1 k.p.c.. Przepis powyższy określa zasadę aktualności rozstrzygnięcia stanowiąc, że po zamknięciu rozprawy sąd wydaje wyrok, biorąc za podstawę stan rzeczy istniejący w chwili zamknięcia rozprawy, zatem taki, który z przyczyn uzasadnionych normami prawa procesowego

lub materialnego, może różnić się od stanu, który istniał w dacie wytoczenia powództwa lub w toku postępowania. W zakresie dopuszczalności powołania powyższego przepisu jako podstawy kasacyjnej przyjmuje się z jednej strony – że nie może on stanowić podstawy wysuwania zarzutów co do określenia konsekwencji wynikających z obowiązywania normy prawnej i zarzutów dotyczących subsumcji ustaleń faktycznych do wskazanej normy prawnej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2006 r., II CSK 300/06, nie publ.), z drugiej – że skarżący, który zarzuca naruszenie wskazanego przepisu w odniesieniu do pominiętych okoliczności sprawy, powinien wskazać konkretne zdarzenia (fakty) nieuwzględnione w toku postępowania sądowego oraz ich wpływ na wynik sprawy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 czerwca 2000 r., IV CKN 647/00, nie publ.). Motywacja zarzutu uchybienia treści art. 316 § 1 k.p.c., odwołująca się do dokonania oceny ważności deklaracji wyboru zakwestionowanych w czasie kontroli według stanu prawnego z dnia ich złożenia, a nie z dnia kontroli i/lub dnia orzekania, nie potwierdza naruszenia zasady aktualności, stąd wskazany przepis nie może być uznany za prawidłową podstawę kasacyjną. W istocie skarżąca odwołuje się bowiem do rzekomego uchybienia Sądu, w zakresie kwalifikacji wad deklaracji wyboru lekarza i oceny ich skutków prawnych, wynikającego z zastosowania niewłaściwych - jej zdaniem - przepisów. Ich zakwestionowanie, jako nie dotyczące ustalenia treści oświadczeń woli, należącej do podstawy faktycznej rozstrzygnięcia, a ocen prawnych oraz prawidłowości subsumcji pod właściwą normę prawa materialnego, wymagało jednak powołania podstawy z art. 398³ § 1 pkt 1 k.p.c. a nie art. 398³ § 1 pkt 2 k.p.c.. Kognicja Sądu Najwyższego nie obejmuje poszukiwania podstawy kasacyjnej nie oznaczonej wprost w skardze, gdyż do skarżącego należy wytyczenie kierunku i przedmiotu kontroli kasacyjnej (por. m.in. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 11 marca 1997 r., II CKN 13/97, OSNC 1997, nr 8, poz. 114, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 czerwca 2005 r., V CK 847/04). Z tych względów Sąd Najwyższy nie przystąpił do oceny trafności wskazanych zarzutów i związany jest podstawą faktyczną rozstrzygnięcia sądu odwoławczego.

Odnośnie do podstawy prawa materialnego wskazać trzeba, że skarżąca nie powołała zarzutu naruszenia art. 498 k.c., który - aczkolwiek nie wskazany

przez Sąd drugiej instancji wprost – był objęty podstawą prawną rozstrzygnięcia i powinien być uznany za wiodący. Sąd przyjął bowiem nie tylko, że istniała po stronie pozwanego wierzytelność z tytułu nadpłaconego wynagrodzenia ale że również ziściły się pozytywne przesłanki potrącenia, przy braku przesłanek negatywnych, co oznaczało powstanie tzw. stanu potrącalności i zaktualizowało uprawnienie wierzyciela do dokonania potrącenia przez jednostronne oświadczenie woli złożone drugiej stronie, oraz, że do takiego potrącenia - skutkującego umorzeniem nawzajem obu wierzytelności do wysokości wierzytelności niższej - doszło. Poprzez potrącenie nie dochodzi do realizacji zobowiązania, gdyż nie jest ono zapłatą ani surogatem zapłaty, tylko wywołuje tożsamy skutek w postaci wygaśnięcia zobowiązania. Ograniczenie się, w ramach tej podstawy kasacyjnej, do kwestionowania istnienia wierzytelności i jej kwalifikacji prawnej uznać zatem należy za niewystarczające. Powołane przez powódkę zarzuty naruszenia prawa materialnego nie zasługują na uwzględnienie również z innych przyczyn. Istota stanowiska skarżącej, przedstawionego w skardze kasacyjnej, sprowadza się do twierdzenia, że uchybiono przepisom po pierwsze, art. 410 k.c. w związku z art. 405 k.c. przyjmując, iż doszło do nienależnego świadczenia, podczas gdy można by tak mówić tylko wówczas, gdyby świadczenie „było wynikiem umowy wadliwej lub nieważnej”, a skoro pozwany nie kwestionował „ważności i skuteczności” samej umowy, to zobowiązany był do zapłaty wynagrodzenia, po drugie - art. 471 k.c., gdyż „deklaracja wyboru będąca jednostronnym oświadczeniem woli pacjenta nie jest ani przepisem ustawy, ani prawomocnym orzeczeniem sądu, ani aktem administracyjnym, a jako czynność prawna dokonana wobec lekarza w żadnej swojej części nie odnosi się do funduszu czy świadczeniobiorcy”, stąd nie ma wpływu na powstanie lub istnienie jakiegokolwiek stosunku obligacyjnego między NFZ a świadczeniodawcą i nie jest podstawą wypłaty wynagrodzenia, tylko co najwyżej określenia jego wysokości, po trzecie - art. 411 pkt 2 k.c., gdyż skoro dokonana zapłata miała charakter „świadczenia słusznego”, nie można żądać jego zwrotu, po czwarte – art. 471 k.c., bo gdyby przyjąć, że powódka naruszyła zobowiązanie umowne nakazujące sporządzanie rzetelnych i kompletnych list będących podstawą wypłaty, to doszłoby jedynie do nienależytego wykonania zobowiązania i powstania, opartego na tym przepisie,

roszczenia odszkodowawczego, po piąte - art. 484 § 1 zd.1 k.c., gdyż ostatecznie zasądzona wyrokiem Sądu i uznana (niezaskarżona) przez powódkę kara umowna o charakterze wyłącznym wyczerpała roszczenia odszkodowawcze pozwanego. Powyższe stanowisko powódki, niezależnie od sprzeczności wewnętrznych i wadliwej wykładni powołanych norm prawnych, abstrahuje od przepisów stanowiących podstawę prawną umowy i kształtujących jej treść (art. 353¹ k.c.). Wierzytelności pozwanego, objęte potrąceniem, pozostawały w związku z umową z dnia 27 stycznia 2006 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zmienionej aneksami w zakresie nieistotnym dla rozstrzygnięcia. Zakres praw i obowiązków stron, zgodnie z art. 353¹ k.c., ukształtowany został nie tylko jej treścią ale i przepisami prawa, w tym ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jedn. tekst Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) oraz wydanym na jej podstawie rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1643 z późn. zm.). Rozporządzenie powyższe, jak wskazuje się w orzecznictwie i doktrynie prawniczej, ma charakter aktu normatywnego należącego do systemu źródeł prawa w rozumieniu art. 87 ust. 1 Konstytucji RP, bezwzględnie obowiązującego (*ius cogens*), (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2010 r., III CSK 93/10, nie publ., z dnia 30 marca 2012 r., III CSK 217/11, nie publ.). Zgodnie z art. 56 ust. 4 i 5 cyt. ustawy świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany m.in. sprawdzić poprawność wypełnienia deklaracji wyboru przez świadczeniobiorcę i przechowywać wypełnione deklaracje w swojej siedzibie. Przepis powyższy nakłada na świadczeniodawcę obowiązek weryfikacji deklaracji, stanowiących podstawę sporządzania tzw. listy bazowej. Brak podstaw do ograniczenia tego obowiązku wyłącznie do oświadczeń przyjmowanych od „nowych” świadczeniobiorców, stąd dotyczył on także „przejmowanych” deklaracji, sporządzonych w okresie obowiązywania poprzednich przepisów. Trafnie sąd odwoławczy wskazał, że art. 244 cyt. ustawy dotyczył tylko prawidłowych deklaracji wyboru i nie stanowił podstawy konwalidacji wadliwych czynności,

zatem niezależnie od tego w jakim okresie złożono deklaracje oraz, czy przejęto je od innych podmiotów, świadczeniodawca zobowiązany był do ich sprawdzenia i do przedstawienia prawidłowej listy bazowej stanowiącej podstawę wyliczania wynagrodzenia. Zgodnie z § 13 ust. 1 cyt. rozporządzenia Narodowy Fundusz Zdrowia jest zobowiązany do finansowania świadczeń wykonanych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania wobec świadczeniodawcy określonej w umowie, a § 16 wskazuje, iż w przypadku świadczeń rozliczanych na podstawie kapitacyjnej stawki rocznej należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi sumę dwunastych części iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach wiekowych i kapitacyjnych stawek rocznych z uwzględnieniem czynników korygujących. Liczba świadczeniobiorców, o której mowa w ust. 1, ustalana jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy, na podstawie informacji przekazanej przez świadczeniodawcę, sporządzonej na podstawie posiadanych deklaracji wyboru i zawierającej oznaczone dane. Wskazaną informację w formie listy świadczeniodawca przekazuje do właściwego oddziału NFZ w celu weryfikacji, który przekazuje świadczeniodawcy do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego informację o liczbie świadczeniobiorców objętych przez niego opieką. Przekazana informacja stanowi podstawę do sporządzenia rachunku za dany okres sprawozdawczy. W myśl § 22 w przypadku świadczeń, dla których określono kapitacyjną stawkę roczną, świadczeniodawca składa rachunek sporządzony na podstawie wskazanej informacji. Rozporządzenie w § 27 jednoznacznie stanowi, że w przypadku stwierdzenia przez oddział wojewódzki NFZ przekazania świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych, kwota przekazanych środków podlega zwrotowi w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania do ich zwrotu, a po wyczerpaniu procedury odwoławczej NFZ przysługuje prawo do dokonania potrącenia nienależnie pobranych środków z należności przysługującej świadczeniodawcy. Powyższe postanowienia aktów prawnych, przeniesione zresztą w części wprost do umowy łączącej strony, wskazują na istniejący po stronie świadczeniodawcy samodzielny obowiązek (1) sprawdzania

prawidłowości deklaracji wyboru lekarza, oraz następnie względem niego powinności (2) sporządzania na ich podstawie i dostarczania NFZ właściwej, aktualnej listy osób objętych opieką, stanowiącej podstawę zwrotnego przedstawiania przez NFZ informacji o liczbie ubezpieczonych (świadczeniobiorców) oraz (3) wystawiania prawidłowych rachunków. Niedopełnienie obowiązków (1) i (2) odpowiadające „przedstawieniu przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których NFZ dokonał płatności nienależnych środków finansowych” w rozumieniu § 28 i 29 ust. 1 pkt g rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. stanowiło niewłaściwe wykonanie zobowiązania w części z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy i, wobec spełnienia przesłanki zastrzeżonej w umowie, uzasadniało nałożenie przez kary umownej oraz, w dalszej kolejności, potrącenie. Jakkolwiek uchybienie powyższym obowiązkom w ostatecznym wyniku doprowadziło do zapłaty przez NFZ na rzecz powoda kwoty żądanej przez niego tytułem wynagrodzenia, zatem mogłoby być rozważane w kategoriach działania (zaniechania) powodującego powstanie szkody, druga wierzytelność pozwanego objęta potrąceniem („nadpłata”) nie może być utożsamiana z odszkodowaniem. Jednoznacznie odróżniają je już § 27 oraz § 28-29 cytowanego rozporządzenia, kwalifikując kwoty przekazane i nadpłacone z jakiegokolwiek przyczyny jako nienależne i podlegające zwrotowi, a czynność przedstawienia nieprawidłowej dokumentacji („danych”) jako „wykonanie umowy niezgodnie z jej postanowieniami”, skutkujące powstaniem samodzielnego obowiązku zapłaty zryczałtowanego odszkodowania (kary umownej). Świadczenie pieniężne w kwocie 109.351,03 zł. zostało spełnione przez pozwanego przy braku podstawy prawnej, wynikającej z umowy, ustawy lub innego zdarzenia prawnego, zatem było świadczeniem nienależnym odpowiadającym kondycji indebiti. Jak wskazuje się w nauce prawa przez wykonanie świadczenia w rozumieniu art. 410 k.c. należy rozumieć każde celowe świadome przysporzenie na rzecz majątku innej osoby, które z punktu widzenia odbiorcy można przyporządkować jakiemuś zobowiązaniu, chociażby w ogóle lub jeszcze nieistniejącemu albo nieważnemu. Przesłanką jest nienależne świadczenie, czyli takie, w którym brak lub wadliwe jest zobowiązanie leżące u jego podstaw (causa efficiens). Istotą kondycji indebiti jest spełnienie

świadczenia przez osobę, która w ogóle nie była zobowiązana lub nie była zobowiązana względem osoby, której świadczyła, przy czym nie ma znaczenia przyczyna nieistnienia zobowiązania. Konkludując, Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy rodzinnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, rozliczanej na podstawie kapitacyjnej stawki rocznej, mógł wypłacać świadczeniodawcom wynagrodzenie obejmujące wyłącznie tych świadczeniobiorców, którzy byli objęci listą bazową sporządzoną na podstawie prawidłowych deklaracji wyboru lekarza. W wypadku nadpłaty, będącej wynikiem przedstawienia przez świadczeniodawcę wadliwej informacji, kwota zawyżonego świadczenia (różnica) stanowi świadczenie nienależne podlegające zwrotowi.

Konsekwentnie chybione są twierdzenia skargi o naruszeniu art. 410 w zw. z art. 405 k.c. i art. 471 k.c. przez błędną kwalifikację wierzytelności pozwanego jako nienależnego świadczenia, a nie odszkodowania za niewłaściwe wykonanie umowy. Bezpodstawne są także zarzuty dotyczące przypisania wskazanej karze umownej charakteru wyłącznego, uniemożliwiającego dochodzenie od powoda wierzytelności z tytułu nadpłaty kwot uiszczonych na podstawie nieprawidłowej listy bazowej (art. 484 § 1 zd. 1 k.c.). Nie znajduje uzasadnienia również odwołanie się do art. 411 pkt. 2 k.c., tj. przesłanki wyłączenia zwrotu świadczenia nienależnego, polegającej na uczynieniu zadość zasadom współżycia społecznego poprzez jego spełnienie na rzecz odbiorcy. Skarżąca opiera swe stanowisko na twierdzeniu, że „świadczenie było słuszne”, gdyż co najwyżej uchybienie polegało na „błędym wyliczeniu należności”, przyznając jednocześnie, że nie widzi potrzeby wyjaśniania, czy zostały udzielone przez nią świadczenia opieki zdrowotnej któremukolwiek ze świadczeniobiorców, których dotyczą nieprawidłowe deklaracje wyboru lekarza. Nie podjęła przy tym próby podważenia zasadności stanowiska sądu odwoławczego nawet w przedmiocie oceny, że zastosowanie wskazanego przepisu nie może nastąpić m.in. z tego względu, że nienależne świadczenie zostało wypłacone ze środków publicznych. Stanowisko, że wydatki takie muszą być prawnie uzasadnione utrwalone jest w orzecznictwie Sądu Najwyższego (por. m.in. wyrok z dnia 14 października 2009 r., V CSK 103/09, nie publ.) i podziela je Sąd Najwyższy w obecnym składzie.

W tym stanie rzeczy, wobec braku uzasadnionych podstaw kasacyjnych skargi powódki, na mocy art. 398¹⁴ k.p.c. orzeczono jak w sentencji.