



Sygn. akt III CSKP 92/21

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 maja 2021 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Krzysztof Strzelczyk (przewodniczący)

SSN Władysław Pawlak (sprawozdawca)

SSN Roman Trzaskowski

w sprawie z powództwa Miejskiego Centrum Opieki (...) w K. (poprzednio Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w K.)

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia - (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu NFZ w K.

o ustalenie,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej

w dniu 26 maja 2021 r.,

skargi kasacyjnej strony powodowej

od wyroku Sądu Apelacyjnego w K.

z dnia 12 marca 2019 r., sygn. akt I ACa (...),

uchyla zaskarżony wyrok w zakresie, w jakim została oddalona apelacja strony powodowej w pozostałej części (punkt 2-drugi) oraz w zakresie kosztów postępowania (punkt 1-pierwszy, podpunkt III-trzeci, punkt 3-trzeci oraz punkt 4-czwarty) i w tej części sprawę przekazuje Sądowi Apelacyjnemu w (...) do ponownego rozpoznania oraz orzeczenia o kosztach postępowania kasacyjnego.

UZASADNIENIE

Powód Miejskie Centrum Opieki (...) w K. domagał się ustalenia, że pozwanemu Narodowemu Funduszowi Zdrowia - (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w K. nie przysługuje w stosunku do powoda roszczenie o zapłatę kwoty 4 420 503,80 zł z tytułu nienależnie przekazanej należności za wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej objętych umową z dnia 31 grudnia 2010 r. oraz roszczenie o zapłatę kwoty 166 252,35 zł z tytułu kary umownej za nienależyte wykonanie tej umowy oraz umowy z dnia 12 stycznia 2011 r.

Wyrokiem z dnia 18 września 2015 r. Sąd Okręgowy w K. oddalił powództwo. Ustalił, że strony zawarły w dniu 31 grudnia 2010 r. umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, zaś w dniu 12 stycznia 2011 r. umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. W umowach strony zobowiązały się do stosowania odpowiednich zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W okresie od 22 października 2012 r. do 30 września 2013 r. pozwany przeprowadził kontrolę wykonywania przez powoda umów za lata 2011-2012. W protokole z tej kontroli stwierdzono, że w ramach realizacji obu umów występowały braki zabezpieczenia udzielania świadczeń przez lekarzy w odpowiedniej liczbie etatów przeliczeniowych. Ponadto stwierdzono, że w ramach obu umów za 2011 r. w 196 przypadkach przedstawiono do rozliczenia za żywienie pacjentów dojelitowe dietą miksowaną, mimo braku kwalifikacji szpitalnej do tego rodzaju żywienia, zaś za 2012 r. takich przypadków było 116. Protokół z kontroli został podpisany przez dyrektora powoda, bez zgłoszenia zastrzeżeń.

W wystąpieniu pokontrolnym z dnia 18 grudnia 2013 r. pozwany zarzucił powodowi stosowanie w objętym kontrolą okresie żywienia pacjentów dojelitowego dietą miksowaną przy braku kwalifikacji szpitalnej do tego rodzaju żywienia oraz przypadki karmienia przez zgłąbnik żołądkowy, podczas gdy brak było adnotacji, że pacjent nie jest w stanie przełykać, a także wytknięto brak zabezpieczenia udzielania świadczeń przez lekarzy w odpowiedniej ilości etatów przeliczeniowych.

Pozwany wezwał powoda do zwrotu nienależnie wypłaconej kwoty 4 420 503,80 zł oraz do zapłaty kar umownych w kwocie 166 252,35 zł.

Do wystąpienia pokontrolnego powód złożył zarzuty, które nie zostały przez pozwanego uwzględnione. Również dalszy tryb postępowania odwoławczego nie doprowadził do zmiany decyzji pozwanego. W trakcie tego postępowania nie zostały przedłożone oświadczenia lekarzy o zgodzie na pracę w wymiarze ponad 48 godzin tygodniowo.

W 2011 r. 196 pacjentów, a w 2012 r. 116 pacjentów, nie miało kwalifikacji, szpitalnej lub poradni prowadzącej leczenie żywieniowe, do żywienia dojelitowego. Ponadto, nie byli oni żywieni kompletną dietą przemysłową. Kwota 4 420 503,80 zł stanowi różnicę pomiędzy podwyższoną stawką za żywienie dojelitowe, a zwykłą stawką.

W toku niniejszego procesu zostały przedstawione oświadczenia lekarzy o zgodzie na pracę powyżej 48 godzin tygodniowo. Dyrektor powoda zwracał się do różnych szpitali, czy dokonują kwalifikacji do żywienia dojelitowego, ale nigdy nie zwracał się z tym do dyrektorów szpitali. Nie informował też pozwanego, iż postanowienia umowy z przyczyn obiektywnych nie mogą być realizowane.

Sąd pierwszej instancji uznał, że powód nie mógł zastosować współczynnika za żywienie dojelitowe pacjentów, gdyż w 2011 r. takiej kwalifikacji musiał dokonać szpital, a w 2012 r. mogła to zrobić także poradnia prowadząca leczenie żywieniowe. W 2012 r. pacjent musiał być żywiony kompletną dietą przemysłową. Obowiązek uzyskania przez stronę powodową kwalifikacji do żywienia pacjentów dojelitowo wynikał z zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, których postanowienia stanowiły integralny element łączących strony umów. Skoro zatem zobowiązania powoda nie zostały wykonane zgodnie z postanowieniami umownymi, to wystąpienie pokontrolne wzywające go do zwrotu kwoty 4 420 503,80 zł było uzasadnione na podstawie § 28 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 81, poz. 484). Powód nie zwracał się do pozwanego, w trybie § 43 załącznika do tego rozporządzenia Ministra Zdrowia, o zmianę umowy ze względu na niemożność jej realizacji, gdyż jej wykonywanie w takim kształcie,

w jakim została podpisana, mogło spowodować zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjentów. Zarzut powoda, że z uwagi na ilość pacjentów, nie mógł jednorazowo przewieźć ich wszystkich do szpitala celem dokonania kwalifikacji do żywienia dojelitowego, nie zasługiwał na uwzględnienie, gdyż nie zostało wykazane, że musiało to nastąpić jednorazowo. Jeśli oddziały szpitalne odmawiały kwalifikacji pacjentów do żywienia dojelitowego, powód powinien był zwrócić się najpierw do dyrektora szpitala, a ostatecznie do pozwanego o wskazanie mu szpitala, który dokona kwalifikacji pacjentów do żywienia dojelitowego.

Sąd Okręgowy za zasadne uznał również roszczenie pozwanego z tytułu kar umownych, gdyż powód przedstawiając pozwanemu rozliczenie za wykonane świadczenia opieki zdrowotnej podał dane niezgodne ze stanem faktycznym.

W wyniku apelacji strony powodowej, Sąd Apelacyjny w (...) wyrokiem z dnia 8 kwietnia 2016 r. zmienił wyrok Sądu Okręgowego w ten sposób, że ustalił, iż pozwanemu nie przysługuje wobec powoda roszczenie o zapłatę kwoty 4 420 503,80 zł, wskazanej w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 18 grudnia 2013 r., z tytułu nienależnie przekazanych środków finansowych za wykonanie świadczeń opieki zdrowotnej objętych umową z dnia 31 grudnia 2010 r. oraz roszczenie o zapłatę kwoty 25 474,23 zł określonej w tym wystąpieniu pokontrolnym jako kara umowna za nienależyte wykonanie tej oraz umowy z dnia 12 stycznia 2011 r.

Sąd drugiej instancji podzielił pogląd Sądu Okręgowego, że w związku z zawarciem przez strony umów z dnia 31 grudnia 2010 r. i z dnia 12 stycznia 2011 r. został nawiązany stosunek cywilnoprawny i wystąpienie pokontrolne Prezesa Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 grudnia 2013 r. wzywające do zwrotu spełnionego świadczenia oraz naliczające karę umowną z powodu nienależytego wykonania umowy trzeba traktować jako oświadczenie woli podmiotu cywilnoprawnego i poddać go kontroli co do skutków prawnych, jakie wywołuje w kontekście postawionych w tym oświadczeniu zarzutów i postanowień umowy oraz przepisów mających zastosowanie do stosunku prawnego łączącego strony. Sąd odwoławczy uznał, iż umowy zawierane przez pozwanego z podmiotami świadczącymi usługi medyczne mają przede wszystkim zapewnić pacjentom otrzymanie świadczeń i leków zgodnie

z potrzebami wynikającymi z wiedzy medycznej oraz to, że trafią one do osób, które mają do nich prawo zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jedn. tekst: Dz.U. z 2020 r., poz. 1398; dalej: „ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej”).

W ocenie Sądu Apelacyjnego, o ile jednak podmiotowi świadczącemu usługi medyczne na podstawie umów z pozwanym nie stawia się zarzutów nienależytego wykonania umowy w świetle powyższych zasad, to nie każdy brak w samej dokumentacji powinien przesądzić o obowiązku zwrotu środków finansowych. Najważniejsze jest bowiem, by pacjenci otrzymali na czas niezbędne świadczenia, a braki w dokumentacji powinny być oceniane indywidualnie pod kątem znaczenia danego dokumentu dla wykonania umowy oraz oceny rzetelności funkcjonowania danego zakładu. W rozpoznawanej sprawie jest niespornym, że pacjenci powoda otrzymali niezbędne do życia i zdrowia wyżywienie, którego jakość nie została skutecznie podważona; Sąd drugiej instancji zwrócił też uwagę, iż z § 2 ust. 2, § 14 ust. 7 i 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego i § 10 ust. 7 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 listopada 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, nie wynikało, by obowiązkiem strony powodowej było stosowanie przy żywieniu dojelitowym wyłącznie kompletnej diety przemysłowej, a zatem jeśli stan zdrowia pacjenta na to pozwalał, dopuszczalne powinno być stosowanie dodatków. W świetle § 28 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r., wymaga ustalenia, iż świadczeniodawca nie realizował świadczeń, za które przekazano mu środki z Narodowego Funduszu Zdrowia albo je zrealizował na tyle wadliwie, że nie została osiągnięta istota danego świadczenia. Brak kwalifikacji pacjentów do żywienia dojelitowego przez szpital lub przychodnię prowadzącą żywienie dojelitowe może być rozpatrywany wyłącznie w kontekście naruszeń zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (§ 10 ust. 5 lub § 10 ust. 6 pkt 1) i nienależytego wykonania umowy, skutkującego koniecznością zapłaty kary umownej.

Sąd drugiej instancji uznał, że nie było podstaw do obciążenia powoda karą umowną w wysokości 25 474,23 zł za brak odpowiedniej obsady etatowej w czasie wykonywania umowy, ponieważ w toku postępowania sądowego przedłożył wymagane w tym przedmiocie dokumenty.

W wyniku skarg kasacyjnych obu stron, Sąd Najwyższy wyrokiem z dnia 17 listopada 2017 r. uchylił wyrok Sądu Apelacyjnego i sprawę przekazał do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy zakwestionował stanowisko Sądu Apelacyjnego, że gdyby stosunek stron ocenić tylko na podstawie przepisów kodeksu cywilnego - w związku z tym, że pozwany nie zarzucił powodowi, żeby nie żywił pacjentów dojelitowo albo żeby dieta miksowana była nieprawidłowa z punktu widzenia zdrowia lub życia pacjenta, lecz że powód zastosował to żywienie bez właściwej ku temu kwalifikacji - to już po wykonaniu przez powoda umówionych świadczeń zdrowotnych i zapłaceniu za nie wynagrodzenia pozwany nie mógłby domagać się zwrotu tego, co świadczył w wykonaniu umowy, chyba że okazałoby się, że „usługi nie zostały wykonane lub gdyby na podstawie przepisów o rękojmi za wady odstąpiono od umowy”.

Zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i warunki ich udzielania określa ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej, której przepisy mają zastosowanie do regulowanych nią umów z wyprzedzeniem kodeksu cywilnego. Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym także umowy, w związku z wykonywaniem których doszło do sporu, zawierane są z odwołaniem się także do postanowień rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego o treści relewantnej dla daty zawarcia umowy. Powyższe rozporządzenia Ministra Zdrowia mają charakter wzorca normatywnego umów, wydanych na podstawie delegacji ustawowej. Dopuszczalne jest również włączenie do takich umów postanowień zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, wydawanych w oparciu o przepis kompetencyjny dotyczący postępowania konkursowego.

Na podstawie umowy zawartej ze świadczeniodawcą pozwany zobowiązany był do zapłacenia wynagrodzenia nie za to, że świadczeniodawca osiągnął możliwie najlepszy medycznie efekt udzielanych świadczeń, ale za samo zrealizowanie świadczeń w ramach zakontraktowanej ich puli z zachowaniem określonych umową metod postępowania przy ich udzielaniu.

Sąd Najwyższy zauważył, że powód powołuje się na to, iż warunek, w postaci kwalifikacji szpitalnej do żywienia pacjenta dojelitowo, a w 2012 r. ewentualnie także kwalifikacji poradni żywieniowej, nie był możliwy do zrealizowania i to zarówno w momencie podpisania umowy, jak i w toku jej wykonywania w 2011 i 2012 r., aż do czasu, gdy zatrudnieni przez niego lekarze nie uruchomili odrębnie zarejestrowanej działalności, w zakresie której dokonywali takiej kwalifikacji. Powód był świadczeniodawcą określonych usług z zakresu opieki zdrowotnej zanim jeszcze podpisał z pozwanym umowy, w związku z którymi doszło do niniejszego sporu; świadczył opiekę zdrowotną osobom o określonej kondycji zdrowotnej i jest możliwe, że już w momencie zawarcia umów z dnia 31 grudnia 2010 r. i z dnia 12 stycznia 2011 r. osoby te były żywione dojelitowo, a ten sposób ich żywienia nie mógł być przerwany z uwagi na samo podpisanie umowy na nowych warunkach oraz poszukiwanie podmiotów gotowych do dokonania oczekiwanej przez pozwanego kwalifikacji. Co do pacjentów w takiej kondycji kontynuowanie żywienia dojelitowego po zawarciu umów określających dodatkowe wymagania ich rozliczenia mogło być niezbędne z uwagi na obowiązek określony w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (jedn. tekst: Dz.U. z 2021, poz. 790; dalej: „u.z.l.”), który stanowi o obowiązku lekarza udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych wypadkach niecierpiących zwłoki. Ponadto, zgodnie z art. 19 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w sytuacjach nagłych świadczenia te są udzielane niezwłocznie. Jest więc prawdopodobne, że i inni pacjenci, których powód żywił dojelitowo w 2011 i do września 2012 r. wymagali zastosowania tego sposobu żywienia z uwagi na okoliczności wynikające z art. 30 u.z.l. i art. 19 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, a powód przed przystąpieniem do żywienia ich

w ten sposób nie był w stanie uzyskać zgodnej z umową kwalifikacji, o ile obiektywnie nie było to możliwe do czasu, aż zorganizował współpracę z poradnią założoną przez zatrudnionych przez siebie lekarzy. Okoliczności te nie były jednak badane w sprawie, a powód nie był jedyną placówką medyczną, z którą pozwany zakontraktował na takich samych warunkach udzielanie tożsamyh świadczeń zdrowotnych. Jeśli trudności, na które powołuje się powód, dotyczyły wszystkich świadczących te same usługi zdrowotne, w tym samym czasie i były dla nich niemożliwe do pokonania, to niespełnienie przez powoda wymagań co do przesłanek zastosowania żywienia dojelitowego u jego pacjentów prezentować się będzie inaczej niż w sytuacji, gdyby okazało się, że tylko powód nie mógł poradzić sobie ze spełnieniem wymagań umowy, którą zawarł z pozwanym.

Po ponownym rozpoznaniu sprawy Sąd Apelacyjny zaskarżonym wyrokiem zmienił częściowo wyrok Sądu Okręgowego w ten sposób, że ustalił, iż pozwanemu nie przysługuje wobec powoda roszczenie o zapłatę kwoty 25 474,23 zł określonej w wystąpieniu pokontrolnym z 18 grudnia 2013 r. jako kara umowna za nienależyte wykonanie umowy z dnia 31 grudnia 2010 r. oraz umowy z dnia 12 stycznia 2011 r., oddalając apelację powoda w pozostałej części.

Sąd drugiej instancji uzupełnił podstawę faktyczną rozstrzygnięcia Sądu pierwszej instancji i dodatkowo ustalił, że w spornym okresie żaden z zakładów opiekuńczo-leczniczych, mających zawartą z pozwanym umowę nie zgłaszał problemów z realizacją umowy. W latach 2011-2012 poradnię kwalifikującą pacjentów do leczenia dojelitowego prowadził NZOZ „N.” w S.. W tym czasie dokonywano tam również tego rodzaju kwalifikacji pacjentów na rzecz innych zakładów opiekuńczo-leczniczych.

Sąd Apelacyjny powołał się na wiążącą go w tej sprawie wykładnię prawa dokonaną przez Sąd Najwyższy w kasatoryjnym wyroku z dnia 17 listopada 2017 r., iż brak uzyskania kwalifikacji do żywienia dojelitowego przez wskazany w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia podmiot stanowił nienależyte wykonanie umowy, której przedmiotem było udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Odnosząc się do kwestii wypełnienia przez pozwanego obowiązku współdziałania przy wykonywaniu przez powoda zawartych umów o świadczenia opieki medycznej, w związku z wprowadzeniem wymagań kwalifikacji pacjentów przez określone podmioty do żywienia dojelitowego, Sąd drugiej instancji wyjaśnił, że nie istniały obiektywne przeszkody w spełnieniu przez powoda takich warunków umowy. Wniosek powoda o dopuszczenie dowodu z wystąpień pokontrolnych pozwanego w latach 2010-2018 kierowanych do podmiotów leczniczych, które zawarły z pozwanym umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na okoliczność, czy inne podmioty miały trudności ze zrealizowaniem obowiązku kwalifikacji pacjentów do leczenia dojelitowego, Sąd Apelacyjny uznał za spóźniony (art. 381 k.p.c.), gdyż potrzeba jego powołania nie pojawiła się dopiero na etapie postępowania odwoławczego. Fakt, że kwestia ta została dostrzeżona przez Sąd Najwyższy, nie otwierała skarżącemu możliwości uzupełnienia postępowania dowodowego. Niezależnie od tego, zaoferowany wniosek dowodowy nie był przydatny dla rozstrzygnięcia, wszak wystąpienia pokontrolne, jak wskazuje to, które dotyczy powoda, nie podawały przyczyn braku kwalifikacji, a takie zaniechania mogły mieć całkowicie odmienne przyczyny, a ponadto dla powoda, który od lat funkcjonuje na rynku świadczeń zdrowotnych, nie mogło być trudne do uzyskania informacji o analogicznych problemach innego podmiotu i zaoferowanie w tym zakresie stosownego dowodu na właściwym etapie postępowania.

Jeśli natomiast chodzi o wskazaną przez Sąd Najwyższy możliwość, że pacjenci powoda już w momencie zawierania umów z dnia 31 grudnia 2010 r. i z dnia 12 stycznia 2011 r. byli żywieni dojelitowo, a ten sposób ich żywienia nie mógł być przerwany z uwagi na samo podpisanie umowy na nowych warunkach oraz poszukiwanie podmiotów gotowych do dokonania oczekiwanej przez pozwanego kwalifikacji pacjentów, Sąd Apelacyjny stwierdził, że powód w toku postępowania na takie okoliczności nie powoływał się i ich nie dowodził. Poza tym, wymóg uzyskania tego rodzaju kwalifikacji obowiązywał już w 2010 r., co wynika z § 19 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2009 r. Powód nie podjął jakichkolwiek działań, aby stosowną kwalifikację uzyskać nawet w pojedynczych przypadkach. Przyjęcie, że wszyscy pacjenci karmieni dojelitowo byli w stanie wykluczającym przeprowadzenie badania przez wykwalifikowany podmiot

przez cały okres od 2010 do 2012 r. byłoby nie do pogodzenia z zasadami logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego, w kontekście także braku zasygnalizowania tej okoliczności przez powoda w toku postępowania przed Sądem pierwszej instancji. Po wydaniu przez Sąd Najwyższy kasatoryjnego wyroku powód wniósł o przeprowadzenie dowodu z dokumentacji medycznej pacjentów, których karmienie dojelitowe zakwestionowano oraz dowodu z opinii biegłego z zakresu leczenia żywieniowego na okoliczność ustalenia, którzy z pacjentów powinni i byli żywieni dojelitowo już w momencie zawarcia umowy z dnia 31 grudnia 2010 r. oraz czy ten sposób żywienia nie mógł być przerwany w celu dokonania kwalifikacji do żywienia dojelitowego z uwagi na niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki, a także ustalenia którzy z pacjentów, których żywienie dojelitowe rozpoczęto po dniu 31 grudnia 2010 r. znajdowali się w stanie, w którym zwłoka w rozpoczęciu żywienia dojelitowego mogłaby spowodować dla nich niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Sąd drugiej instancji uznał ten wniosek dowodowy za spóźniony w świetle dyrektyw wynikających z art. 381 k.p.c., a ponadto dla części okoliczności dowód z opinii biegłego nie był potrzebny, a co do części wniosek dowodowy nie został sformułowany prawidłowo, bowiem opinia biegłego sama w sobie nie może być źródłem materiału faktycznego sprawy, a tym bardziej stanowić podstawy ustalenia okoliczności będących przedmiotem oceny biegłych. Opinia biegłych nie może służyć poszukiwaniu przez stronę faktów czy dowodów. Powód powinien był wskazać, który konkretnie pacjent znajdował się w stanie uniemożliwiającym przeprowadzenie wymaganej kwalifikacji do żywienia dojelitowego, od kiedy był leczony i dlaczego kwalifikacja w jego przypadku była niemożliwa do uzyskania i w jakim okresie. Poza tym, skarżący w zakreślonym terminie nie przedstawił kompletnej dokumentacji, do której dostęp uzyskał już w maju 2018 r., o czym nie poinformował Sądu z naruszeniem zasady lojalności procesowej określonej w art. 3 k.p.c.

W skardze kasacyjnej powód zaskarżając wyrok Sądu Apelacyjnego w części, w jakiej został oddalona jego apelacja oraz rozstrzygającej o kosztach postępowania, wniósł o jego uchylenie i przekazanie sprawy do ponownego

rozpoznania. W ramach pierwszej podstawy kasacyjnej zarzucił naruszenie § 28 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i przyjęcie, że w sprawie zachodziły przesłanki do nakazania powodowi przez pozwanego zwrotu środków finansowych objętych sporem; § 28 ust. 1 tego rozporządzenia w zw. z art. 65 k.c. przez przyjęcie, że naruszenie formalnych warunków udzielania świadczeń zdrowotnych stanowi podstawę do zwrotu przez świadczeniodawcę przekazanych mu przez Narodowy Fundusz Zdrowia środków finansowych; art. 118 k.c. przez przyjęcie, że termin przedawnienia roszczeń pozwanego wobec świadczeniodawców wynosi 10 a nie 3 lata, a w konsekwencji ustalenie, że roszczenie pozwanego wobec powoda nie uległo przedawnieniu. W ramach drugiej podstawy kasacyjnej zarzucił naruszenie art. 381 k.p.c. w zw. z art. 398²⁰ k.p.c. przez oddalenie wniosków dowodowych o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego i z wystąpień pokontrolnych kierowanych przez pozwanego w latach 2010-2018 do innych podmiotów leczniczych, mimo że potrzeba ich powołania w postępowaniu odwoławczym była uzasadniona wykładnią prawa dokonaną w kasatoryjnym wyroku Sądu Najwyższego w tej sprawie.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

1. Nie mogły odnieść zamierzonego skutku prawnego zarzuty kasacyjne oparte na naruszeniu prawa materialnego. Sąd Apelacyjny trafnie uznał, iż roszczenia pozwanego, co do których powód domagał się ustalenia, że nie przysługują pozwanemu, nie uległy przedawnieniu, gdyż w odniesieniu do pozwanego nie mają związku z prowadzeniem działalności gospodarczej w rozumieniu art. 118 k.c.

W orzecznictwie wyjaśniono już, że zawarte w art. 118 k.c. określenie „związane z prowadzeniem działalności gospodarczej” jest określeniem bardzo szerokim, ale nie można go interpretować jako jakiegokolwiek związku z prowadzoną działalnością gospodarczą; podstawą działalności gospodarczej jest aktywność podmiotu gospodarczego (zob. uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 14 maja 1998 r., III CZP 12/98, OSNC 1998, nr 10, poz. 151). Cechami działalności gospodarczej są: profesjonalny charakter, powtarzalność

podejmowanych działań, uczestnictwo w obrocie gospodarczym, podporządkowanie regułom gospodarki rynkowej, m. in. działania w celu osiągnięcia zysku, chociaż działania bez zamiaru osiągnięcia zysków nie pozbawiają automatycznie prowadzonej działalności charakteru działalności gospodarczej, gdy pozostają one w normalnym, funkcjonalnym związku z tą działalnością, w szczególności podejmowane są w celu realizacji zadań związanych z przedmiotem działalności tego podmiotu (por. uchwała składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 6 grudnia 1991 r. III CZP 117/91, OSNCP 1992, nr 5, poz. 65; uchwała Sądu Najwyższego z dnia 11 czerwca 1992 r., III CZP 64/92, OSNCP 1992, nr 12, poz. 225). Z powołanego przez Sąd Apelacyjny w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku art. 97 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej wynika jednoznacznie, iż Narodowy Fundusz Zdrowia, który jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną (art. 96 ust. 1 tej ustawy), nie jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą. Zatem w ramach kompetencji Narodowego Funduszu Zdrowia, wyznaczonych ustawowo (art. 97) działalność ta nie ma wyżej opisanych cech immanentnych dla działalności gospodarczej.

Z kolei zarzucając naruszenie art. 28 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. - według którego w przypadku stwierdzenia przez właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia przekazania świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych, kwota przekazanych środków podlega zwrotowi - oraz art. 65 k.c. skarżący pominął konsekwencje prawne wynikające z motywów wydanego w tej sprawie w dniu 17 listopada 2017 r. wyroku Sądu Najwyższego, w którym została w sposób wiążący w tej sprawie przesądzona wykładnia prawa w tej materii.

Zgodnie bowiem z art. 398²⁰ k.p.c., sąd, któremu sprawa została przekazana do ponownego rozpoznania, na skutek kasatoryjnego wyroku, związany jest wykładnią prawa dokonaną w tej sprawie przez Sąd Najwyższy i nie można oprzeć skargi kasacyjnej od orzeczenia wydanego po ponownym rozpoznaniu sprawy na podstawach sprzecznych z tą wykładnią. W kasatoryjnym wyroku wydanym w tej sprawie Sąd Najwyższy stanął na stanowisku, że na podstawie umowy zawartej ze świadczeniodawcą pozwany zobowiązany był do zapłacenia wynagrodzenia nie za

to, że świadczeniodawca osiągnął możliwie najlepszy medycznie efekt udzielanych świadczeń, ale za zrealizowanie świadczeń w ramach zakontraktowanej ich puli z zachowaniem określonych umową metod postępowania przy ich udzielaniu. W ten sposób opowiedział się za tym kierunkiem wykładni, który uchybienia formalne przy wykonywaniu umów zawartych przez świadczeniodawców z Narodowym Funduszem Zdrowia polegające na braku wymaganych dokumentów, traktuje jako nienależyte wykonanie tych umów, uzasadniające domaganie się przez Narodowy Fundusz Zdrowia zwrotu przekazanych środków finansowych jako nienależnych w rozumieniu powołanego § 28 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r.

2. W ramach drugiej podstawy kasacyjnej powód niesłusznie zarzuca naruszenie art. 398²⁰ k.p.c., odnosząc go do art. 381 k.p.c. Otóż, w świetle art. 398²⁰ k.p.c. przez wykładnię prawa Sądu Najwyższego skutkującą związaniem sądu odwoławczego, przy ponownym rozpoznaniu sprawy, należy rozumieć ustalenie znaczenia przepisów prawa (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 października 2002 r., II CKN 860/00, niepubl.). Wykładnia prawa to ogół czynności poznawczych zmierzających do ustalenia właściwego sensu przepisów prawnych. Z kolei stosowanie prawa poprzedza ustalenie obowiązujących przepisów i ich sensu, ustalenie faktów, które mają znaczenie dla określenia konsekwencji prawnych oraz porównanie treści norm z ustalonymi faktami i stwierdzenie ich odpowiedniości. W związku z czym wykładnia prawa poprzedza jego zastosowanie.

Należy zwrócić uwagę, iż w zapadłym w tej sprawie wyroku z dnia 17 listopada 2017 r. Sąd Najwyższy nie dokonywał wiążącej wykładni w zakresie prawa procesowego, w szczególności przepisów regulujących kognicję i postępowanie dowodowe przed sądem drugiej instancji, w tym art. 381 k.p.c. Sąd Najwyższy wskazał ogólnie, że w kontekście twierdzeń i zarzutów powoda o niemożliwości wypełnienia warunku umowy w postaci uzyskania kwalifikacji pacjentów do żywienia dojelitowego w spornym okresie, możliwa byłaby ewentualnie ocena roszczenia powoda na podstawie art. 30 u. z. l. i art. 19 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ale takie ustalenia w sprawie nie zostały poczynione. W ten sposób jednak Sąd Najwyższy nie przesądził o konieczności prowadzenia w tym kierunku postępowania dowodowego, ponieważ nie wypowiadał się w sposób wiążący

o wynikającej z pozwu i dalszych pism procesowych podstawie faktycznej powództwa, inicjatywie dowodowej w tej kwestii, czy prekluzji dowodowej.

Oczywiście, z formalnego punktu widzenia, w kontekście rozważań Sądu Najwyższego na gruncie przepisów art. 30 u.z.l. i art. 19 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, możliwe było oparcie skargi kasacyjnej na naruszeniu tych przepisów przez ich niezastosowanie, wskutek braku poczynienia ustaleń faktycznych pozwalających na ich ocenę z punktu widzenia tych przepisów, ale skarżący tego nie uczynił, lecz wadliwie powiązał art. 398²⁰ k.p.c. z art. 381 k.p.c. W orzecznictwie przyjmuje się, że o prawidłowym zastosowaniu prawa materialnego można mówić dopiero wówczas, gdy ustalenia stanowiące podstawę wydania zaskarżonego wyroku pozwalają na ocenę tego zastosowania. Tym samym brak stosownych ustaleń faktycznych może uzasadniać zarzut skargi kasacyjnej naruszenia prawa materialnego przez jego niezastosowanie (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 lutego 2013 r., III CSK 147/12, nie publ. oraz przywołane tam orzecznictwo).

3. Zarzut skargi kasacyjnej naruszenia prawa procesowego oparty na przepisie art. 381 k.p.c., a przede wszystkim jego treść, która z formalnego punktu widzenia, przystaje już do normy zawartej w tym przepisie, bez związku z art. 398²⁰ k.p.c., zasługuje, w okolicznościach tej sprawy, na uwzględnienie. W tym miejscu jednak trzeba zauważyć, że zgłoszone przez powoda w drugim postępowaniu apelacyjnym wnioski dowodowe nie odnoszą się do tej samej podstawy prawnej roszczenia i wymagają odrębnego omówienia. Pierwszy z tych wniosków (chodzi o dokumentację z kontroli realizacji umów z innymi świadczeniodawcami w okresie od 2010 do 2018 r.) jest miarodajny dla wykazania zasadności uzyskanych środków finansowych z łączącej strony umowy, bowiem jak twierdził powód, pozwany w kwestii wypełnienia warunku kwalifikacji pacjentów do żywienia dojelitowego nie traktował równo wszystkich kontrahentów. Z kolei drugi z tych wniosków dowodowych (z opinii biegłego sądowego i dokumentacji lekarskiej pacjentów) odnosi się do okoliczności faktycznych miarodajnych dla innej podstawy prawnej roszczenia - pozaumownej (z art. 30 u.z.l. i art. 19 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Niemożliwość powołania nowych faktów i dowodów przed Sądem pierwszej instancji, o której mowa w art. 381 k.p.c., może wynikać z przyczyn obiektywnych, ale i subiektywnych. W orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmuje się, że potrzeba ta może wynikać z dynamiki postępowania dowodowego przed Sądem drugiej instancji albo z okoliczności podniesionych w uzasadnieniu wyroku Sądu pierwszej instancji, czy też poglądu prawnego wyrażonego w wyroku Sądu Najwyższego na skutek rozpoznania skargi kasacyjnej (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 23 listopada 2003 r., I UK 30/04, OSNP 2005, nr 11, poz. 162, z dnia 2 grudnia 2004 r., V CK 288/04, niepubl, z dnia 19 kwietnia 2007 r., III CZP 162/06, OSNC 2008, nr 5, poz. 47, z dnia 24 czerwca 2009 r., I CSK 447/09, niepubl.; zob. także uzasadnienie uchwały składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 23 marca 1999 r., III CZP 59/98, OSNC 1999 nr 7-8, poz. 124, w passusie poświęconym art. 381 k.p.c.). Potrzeba uzupełnienia materiału dowodowego w postępowaniu apelacyjnym może być pominięta wyjątkowo, a dążenie do koncentracji materiału dowodowego nie może prowadzić do naruszenia zasady sprawiedliwego procesu, który musi być oparty na wszechstronnym zbadaniu okoliczności sprawy (por. uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 8 lutego 2019 r., I CSK 803/17, niepubl.).

W rozpoznawanej sprawie występuje inny istotny aspekt sprzeciwiający się zaprezentowanej w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku ocenie prekluzji dowodu z dokumentacji pokontrolnej NFZ za lata 2010-2018, aczkolwiek nieobciążający Sądu Apelacyjnego, który ponownie rozpoznawał tą sprawę, a mianowicie rozbieżności w orzecznictwie Sądu Najwyższego i sądów powszechnych, co szczególnie uwidoczniły rozstrzygnięcia zapadłe w Sądzie Apelacyjnym w (...) w dniu 8 kwietnia 2016 r. I ACa (...) (pierwszy wyrok Sądu drugiej instancji w tej sprawie) i I ACa (...) oraz w Sądzie Najwyższym w dniach 17 i 24 listopada 2017 r., III CSK 304/16 (kasatoryjny wyrok w tej sprawie) i III CSK 296/16. Strona nie powinna ponosić ujemnych konsekwencji wynikających z niejasności przepisów prawnych, które rodząc wątpliwości interpretacyjne mają negatywne przełożenie na jednolitość i przewidywalność orzecznictwa. Dlatego też w takich przypadkach, gdy w zależności od przyjętej przez skład sądu wykładni zapadają biegunowo odmienne rozstrzygnięcia, w podobnych stanach faktycznych i prawnych, przy ocenie

stosowania restrykcji procesowych, w ramach postępowania dowodowego, nie można pomijać tego komponentu. Tym bardziej, że w stanie faktycznym sprawy, jak to wynika z ustaleń Sądu Apelacyjnego, wymóg uzyskania kwalifikacji szpitalnej dla dojelitowego żywienia pacjentów obowiązywał już w 2010 r., co wynika zresztą z § 10 ust. 5 w zw. z § 19 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2009 r. Nr 84/2009/DSOZ (k. 184, 191). Zatem celowym byłoby także zbadanie, czy już w 2010 r. Narodowy Fundusz Zdrowia wyciągał negatywne konsekwencje dla świadczeniodawców w przypadku, gdy w trakcie kontroli nie byli w stanie wykazać się tego rodzaju kwalifikacją pacjentów do żywienia dojelitowego (por. np. wystąpienie pokontrolne z dnia 11 października 2010 r. k. 268 i n., w kontekście twierdzeń pozwu - k. 21). Sąd drugiej instancji zgłaszając zastrzeżenia, co do tego, czy wystąpienia pokontrolne mogą wskazywać na przyczynę domagania się zwrotu wypłaconych świadczeniodawcy środków finansowych powinien uwzględnić, że w przypadku powoda w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 18 grudnia 2013 r. wskazywano na negatywne (w tym brak spornej kwalifikacji pacjentów do żywienia dojelitowego) i pozytywne strony wykonywania zawartych umów (k. 66,67/2-68), a zatem nie można wykluczyć *alimine*, że w innych wystąpieniach pokontrolnych będą również zawarte informacje o stosowaniu, bądź niestosowaniu, przez podmioty świadczące tego rodzaju jak powód opiekę zdrowotną, prawidłowej kwalifikacji pacjentów do żywienia dojelitowego.

Jeżeli zaś chodzi o zagadnienie oceny drugiego z dowodów zgłoszonych w ostatnim postępowaniu apelacyjnym, przez pryzmat reguły wyrażonej w art. 381 k.p.c., to rozważania w tej materii należy poprzedzić wyjaśnieniem, czy w ramach podstawy faktycznej powództwa mieści się ocena uzyskania przez powoda środków finansowych, których zwrotu domaga się pozwany, także na podstawie pozaumownej (art. 30 u.z.l. i art. 19 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

W obowiązującym modelu apelacji pełnej rola sądu drugiej instancji nie ogranicza się jedynie do samego aktu kontroli zaskarżonego rozstrzygnięcia, ale obejmuje także powinność merytorycznego rozpoznania sprawy. Celem postępowania apelacyjnego jest bowiem ponowne i wszechstronne merytoryczne rozpoznanie sprawy (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 kwietnia

2017 r., IV CZ 10/17, nie publ.). Merytoryczne rozpoznanie sprawy przez sąd drugiej instancji odbywa się przy zastosowaniu właściwych przepisów postępowania, tj. przepisów regulujących postępowanie apelacyjne, a gdy brak takich przepisów, przy zastosowaniu unormowań dotyczących postępowania przed sądem pierwszej instancji (art. 391 § 1 k.p.c.). Uregulowanie, wyznaczające kognicję sądu odwoławczego, nakłada na sąd drugiej instancji obowiązek dokonania ponownie własnych ustaleń, które mogą obejmować ustalenia sądu pierwszej instancji przyjęte za własne albo różnić się od tych już poczynionych, a następnie poddania ich ocenie pod kątem prawa materialnego (zob. uchwała składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 23 marca 1999 r., III CZP 59/98, OSNC 1999, nr 7-8, poz. 124), które stosuje z urzędu, niezależnie od podniesionych w apelacji zarzutów (por. uzasadnienie uchwały składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 31 stycznia 2008 r., III CZP 49/07, OSNC 2008, nr 6, poz. 55). Oznacza to, że co do zasady sądy *meriti* nie są związane wskazaną przez powoda podstawą prawną roszczenia, lecz są zobowiązane rozpatrzyć sprawę wszechstronnie i wziąć pod rozwagę wszystkie przepisy prawne, które powinny być zastosowane w danej sprawie (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 listopada 2006 r., III CSK 210/06, niepubl.).

Warunkiem orzeczenia na innej podstawie prawnej niż wskazana przez powoda jest to, aby okoliczności faktyczne, na jakie się powołał, to uzasadniały, aby ich rozumienie było takie samo, albo co najmniej bardzo podobne (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 maja 2019 r., V CSK 207/18, niepubl.). Zakres roszczenia powoda wynika nie tylko ze sformułowania samego żądania i wskazanej podstawy faktycznej w pozwie, ale i dalszych jego twierdzeń przedstawionych

w toku postępowania, o ile są ściśle powiązane z okolicznościami przytoczonymi w pozwie i stanowią ich rozwinięcie (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 stycznia 2019 r., V CSK 551/17, nie publ.). Przyjęcie przez sąd innej podstawy prawnej orzeczenia nie stanowi wyjścia ponad żądanie określone w art. 321 k.p.c. i tym samym dokonania rozstrzygnięcia o innym przedmiocie żądania niż wskazany przez powoda (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 września 2016 r., I CSK 644/15, niepubl; postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 20 maja 2015 r., I CZ 44/15, niepubl.). W razie, gdy sąd *meriti* zamierza orzec na innej podstawie prawnej

niż wskazana przez powoda powinien o tym uprzedzić strony, w celu umożliwienia im zajęcia stanowiska oraz ewentualnie zgłoszenia stosownych wniosków dowodowych i w ten sposób zapewnienia im należytej obrony swych praw (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 19 marca 2015 r., IV CSK 368/14, OSP 2016, nr 5, poz. 45, z dnia 13 kwietnia 2017 r., I CSK 270/16, nie publ., z dnia 30 listopada 2016 r., III CSK 351/15, nie publ.; z dniem 7 listopada 2019 r. został wprowadzony art. 156² k.p.c.).

W toku postępowania, jeszcze przed Sądem pierwszej instancji, powód wskazywał, że nie mógł dochować opisanego wyżej warunku formalnej kwalifikacji pacjentów do żywienia dojelitowego, ze względu na stan ich zdrowia (s. 18, 20 uzasadnienia pozwu). Zatem jeśliby powód wykazał, że ze względu na stan pacjentów nie było możliwe ich przewiezienie do szpitala w celu poddania ich stosownej kwalifikacji do żywienia dojelitowego, względnie było to możliwe, ale sukcesywnie w odniesieniu do poszczególnych pacjentów i dopiero po pewnym czasie od zawarcia umowy, która przecież obowiązywała od 1 stycznia 2011 r., zaś została zawarta dzień wcześniej, aktualizowałyby się ocena roszczenia powoda o wynagrodzenie za udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej na wyżej wskazanych podstawach pozaumownych.

Dowód z opinii biegłego sądowego, o którym stanowi art. 278 § 1 k.p.c. ma charakter szczególny, gdyż zasadniczo nie służy ustalaniu okoliczności faktycznych, lecz ich ocenie przez pryzmat wiadomości specjalnych. Do dokonywania wszelkich ustaleń w procesie powołany jest sąd, a nie biegły (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 20 stycznia 2015 r., V CSK 254/14, niepubl.). Strony powinny wykazywać fakty, z których wywodzą skutki prawne, a zadaniem biegłego jest naświetlenie wyjaśnianych okoliczności z punktu widzenia wiadomości specjalnych przy uwzględnieniu zebranego w toku procesu i udostępnionego materiału dowodowego (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 lipca 1969 r., I CR 140/69, OSNCP 1970, nr 5, poz. 85).

Wytknięte przez Sąd Apelacyjny wadliwości formalne wniosku dowodowego również nie zasługują na aprobatę, bowiem jeśli chodzi o zakres okoliczności podlegających stwierdzeniu, to zgodnie z art. 236 k.p.c. określa je sąd *meriti* (por.

uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 24 kwietnia 2018 r., V CSK 366/17). Zważywszy, że Sąd drugiej instancji wzywał pełnomocnika powoda do sprecyzowania wniosku dowodowego (k. 934, 935/2, 937 i n. oraz k. 983, 986 i n.) i wydał pierwotnie pozytywne postanowienie w przedmiocie tego wniosku (k. 969), a następnie uchylił je, ale z innych przyczyn (k. 1001), wskazane w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku wadliwości konstrukcyjne tego wniosku dowodowego miały charakter pozorny. W związku z uchyleniem postanowienia dowodowego, pełnomocnik powoda zgłosił zastrzeżenia w trybie art. 162 k.p.c. (k. 1006/2, 1008). Ponownie zgłoszone wnioski dowodowe zostały oddalone, zaś pełnomocnik powoda zgłosił stosowne zastrzeżenia (k.1031/2).

Także i w tym wypadku opisane wyżej rozbieżności orzecznicze przemawiały, w kontekście oceny przesłanek z art. 381 k.p.c., za dopuszczeniem i przeprowadzeniem tego dowodu, o ile oczywiście wcześniej nie zostaną potwierdzone przypadki, na które powołuje się powód, różnego traktowania przez pozwanego braków w zakresie dokumentacji w przypadku innych świadczeniodawców.

Zgodnie z art. 398³ § 1 pkt 2 k.p.c. zarzut naruszenia prawa procesowego jest skuteczny, o ile zostanie wykazane, że dane uchybienie mogło mieć istotny wpływ na wynik sprawy.

Odmowa przeprowadzenia powyższych dowodów, przy niewłaściwej ocenie ich ze względu na treść art. 381 k.p.c., mogła mieć wpływ na prawidłowość zastosowania prawa materialnego.

Z tych przyczyn, Sąd Najwyższy orzekł na podstawie art. 398¹⁵ § 1 k.p.c., a o kosztach postępowania kasacyjnego na podstawie art. 108 § 1 k.p.c. w zw. z art. 398²¹ k.p.c. i art. 391 § 1 k.p.c.

ke