

Sygn. akt V ACa 39/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 13 marca 2014 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – Wydział V Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Jacek Grela
Sędziowie:	SA Artur Lesiak (spr.) SO del. Jakub Rusiński
Protokolant:	sekretarz sądowy Aleksandra Ćwiek

po rozpoznaniu w dniu 13 marca 2014 r. w Gdańsku na rozprawie

sprawy z powództwa (...)
(...)w T.

przeciwko (...) w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w T.

z dnia 7 listopada 2013 r. sygn. akt I C 1133/13

I. zmienia zaskarżony wyrok w punkcie 1 (pierwszym) o tyle tylko, że zasądzoną od pozwanego na rzecz powoda kwotę 77824,24 zł

z ustawowymi odsetkami od dnia 30 kwietnia 2013 roku do dnia zapłaty, obniża do kwoty 76084,72 zł (siedemdziesiąt sześć tysięcy osiemdziesiąt cztery złote siedemdziesiąt dwa grosze) z ustawowymi odsetkami od dnia 30 kwietnia 2013 roku do dnia zapłaty, oddalając powództwo w pozostałej części;

II. oddala apelację w pozostałym zakresie;

III. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 2.700 (dwa tysiące siedemset) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

Na oryginale właściwe podpisy.

Sygn. akt V ACa 39/14

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 7 listopada 2013 r. Sąd Okręgowy w T. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 77.824,24 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 30 kwietnia 2013 r. do dnia zapłaty oraz kwotę 3.617 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Podstawą tego rozstrzygnięcia były następujące ustalenia i rozważania Sądu pierwszej instancji.

Powód zawarł z pozwanym umowy numer (...) (...) oraz numer (...) na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej -leczenie szpitalne- terapeutyczne programy zdrowotne wraz z aneksami do tych umów. Umowy dotyczyły między innymi (...) " Program był realizowany w Oddziale (...) w T.. W ramach tego programu udzielono świadczeń ośmiu pacjentom z tym schorzeniem. Byli to J. M., P. K., E. M., A. W., E. Z., A. L. i S. K.. S. K. otrzymywał lek biologiczny H. co dwa tygodnie. Jeden zastrzyk dostawał w czasie wizyty na oddziale, a drugi dostawał do domu. Wszyscy pozostali otrzymywali lek biologiczny E. po cztery ampułkostrzykawki leku w ciągu miesiąca, z tym, że jedna ampułka była im wstrzykiwana w dniu kontroli lub w krótkim czasie po wizycie u lekarza na oddziale, a pozostałe trzy ampułki były im wydawane do domu w celu przyjmowania raz w tygodniu. Iniekcje po wizycie lekarskiej były wykonywane w szpitalu na prośbę pacjentów. Pacjenci w kartach wydania leku potwierdzali odbiór trzech ampułkostrzykawek, które faktycznie zabierali ze sobą. Nie było części ich pisemnych potwierdzeń, że po wizycie otrzymali jedną dawkę leku na oddziale.

Na Oddziale (...)w T. nie ma wydzielonego gabinetu zabiegowego i nie prowadzi się dokumentacji gabinetu zabiegowego - księgi zabiegów. Nie było zaleceń (...) dotyczących podawania leków stosowanych w programie.

W dniach od 6 września do 15 października 2012 roku pozwany przeprowadził kontrolę realizacji tego programu. Członkiem komisji była lekarz A. K.. W protokole kontrolnym wpisano stwierdzone na podstawie dokumentacji nieprawidłowości polegające m.in. na braku badań diagnostycznych u jednej pacjentki i niezgodności dat porad lekarskich i ilości zaordynowanego leku z datami i ilością leku wydanego i rozliczonego u siedmiu pacjentów.

Dyrektor powoda pismem z 23 października 2012 roku złożył wyjaśnienia do protokołu kontroli. Stwierdził, że u wszystkich chorych zostały wykonane badania diagnostyczne, brak zgodności dat porad z datami wydawania leku wynikał z braku leku na oddziale i podawania go po zrealizowaniu zamówienia przez aptekę szpitalną następnego dnia lub po 2,3 dniach. Chorzy zawsze otrzymywali jedną ampułkostrzykawkę w trakcie wizyty monitorującej, a kolejne wydawano do domu. Potwierdził, że u wszystkich pacjentów zachowana była ciągłość leczenia. Sumaryczna dawka rozliczanego leku jest zgodna z dawką leku zaordynowanego.

Wystąpieniem pokontrolnym z 3 grudnia 2012 roku dyrektor pozwanego negatywnie ocenił sposób realizacji programu terapeutycznego- rozbieżność w ilości leku zaordynowanego i podanego do rozliczenia a ilości leku zanotowanego w karcie wydania leku z podpisem potwierdzającym odbiór przez pacjenta u 87,5% pacjentów na kwotę **75.062,10 zł**. Stwierdził, że kwota ta jest sumą nienależnie zapłaconych świadczeń za rok 2011 w kwocie 36.597,10 zł i za I półrocze 2012 roku w kwocie 38.465 zł. Negatywnie ocenił rozliczenie świadczeń w ramach „przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu" u sześciu pacjentów na kwotę **1.236 zł**. Nakazał dokonać prawidłowego rozliczenia postępowania kontrolnego i zwrócić do (...) kwotę **72.991,10 zł**.

Powołując się na § 29 i § 30 załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nałożył na powoda karę umowną w kwocie **1.003,79 zł** za rok 2011 i **665,- zł** za rok 2012 z tytułu nieprawidłowości w realizacji programu i nakazał jej zapłatę na konto (...). Powyższa kwota stanowiła 0,5 % wartości umowy za rok 2011 i 0,5% wartości umowy za pierwsze półrocze 2012 roku.

Podał, że w przypadku nieuregulowania zobowiązania ma prawo potrącenia tych należności z ustawowymi odsetkami za zwłokę od dnia wymagalności do dnia zapłaty z przysługujących powodowi należności.

Powód wniósł zastrzeżenia do tego wystąpienia pokontrolnego. Twierdził że wszyscy chorzy objęci programem „(...)otrzymali w sposób ciągły pełną dawkę leków. Rozbieżności w zapisach leku zaordynowanego i podanego do rozliczenia a ilości leku zanotowanego w karcie wydania z podpisem potwierdzającym odbiór wynikają z faktu, że

chorzy potwierdzali jedynie odbiór 3 ampułkostrzykawek, z którymi po wizycie udawali się do domu. Chorzy nie potwierdzali iniekcji 1 ampułkostrzykawki, którą otrzymali w trakcie wizyty u lekarza prowadzącego, bądź w obecności tego lekarza lub bezpośrednio po opuszczeniu gabinetu w punkcie zabiegowym na oddziale. Nie zgodził się na wystawienie faktur korygujących na kwotę 72.991,10 zł ani na przyjęcie kary umownej.

Do pisma dołączył pisemne oświadczenia pacjentów, że otrzymali wszystkie leki przewidziane w programie.

Pozwany nie uznał zastrzeżeń powoda i nakazał rozliczenie świadczeń w kwocie 72.991,10 zł i zapłatę kary umownej w łącznej kwocie 1.668,79 zł.

Zażalenie powoda na czynności pozwanego nie zostało uwzględnione.

W dniu 29 kwietnia 2013 roku pozwany oświadczył, że dokonuje potrącenia z faktury wystawionej przez powoda numer (...) na kwotę 350.266,80 zł płatnej 29 kwietnia 2013 roku, kwoty **77.824,24** zł, na którą zostały wystawione noty księgowe obciążeniowe. Na kwotę tę składały się 72.991,10 z wystąpienia pokontrolnego, kary umowne 1.668,79 zł., odsetki 70,73 zł i odsetki 3.093,62 zł. Pozwany dokonał potrącenia tej kwoty.

Sąd Okręgowy ustalił powyższy stan faktyczny na podstawie zeznań świadków i dokumentów złożonych przez strony. Sąd dał wiarę zeznaniom wszystkich świadków zawnioskowanych przez powoda, gdyż były logiczne, spójne i zgodne co do istotnego faktu podawania leku biologicznego na oddziale szpitalnym, który realizował program.

Również świadek pozwanego A. K. jest wiarygodna. Zeznawała ona na okoliczność wyników kontroli u pozwanego. Wyniki opisane są w protokole. Zeznała jednak, że uważa, iż braki zapisów o wydaniu leku pacjentom na oddziale, co było skutkiem rozbieżności w ilości leku zaordynowanego i podanego do rozliczenia a ilości leku zanotowanego w karcie wydania leku z podpisem potwierdzającym odbiór przez pacjenta, były skutkiem niedopatrzania. Dokumenty złożone w sprawie nie budzą wątpliwości i nie były kwestionowane przez strony.

Powód twierdził w piśmie pokontrolnym, że procedury były niejednolite. Pozwany twierdził, że powód nie przestrzegał procedur dotyczących prowadzenia dokumentacji, jednak nie złożył w sprawie żadnych dowodów odnośnie obowiązujących procedur. Świadek M. M. - ordynator oddziału zeznał, że nie było jednolitych procedur NFZ-tu co do stosowania leków i że nie było na oddziale gabinetu zabiegowego. W związku z tym nie mogło być typowego dla gabinetu zabiegowego dokumentu jakim jest księga zabiegów.

Pozwany dokonując potrącenia powoływał się na § 28 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącej załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), który stanowi, że w przypadku stwierdzenia przez oddział wojewódzki (...) przekazania świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych, kwota przekazanych środków podlega zwrotowi w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania do ich zwrotu. W przypadku, gdy obowiązek zwrotu nienależnie pobranych środków finansowych wynika z zakwestionowania wykonanych świadczeń, świadczeniodawca jest zobowiązany do złożenia oddziałowi wojewódzkiemu (...) korygujących dokumentów rozliczeniowych. W przypadku wyczerpania procedury, o której mowa w art. 64, 160 i 161 ustawy oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu przysługuje prawo do dokonania potrącenia nienależnie przekazanych środków wraz z odsetkami ustawowymi z należności przysługującej świadczeniodawcy. Odsetki ustawowe nie przysługują (...) za okres od dnia w którym upłynął termin określony w ustawie do rozpatrzenia zażalenia na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego (...) do dnia jego rozpatrzenia.

Umowy łączące strony przewidują, że w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy dyrektor oddziału (...) może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną. Kary umowne nakładane są w trybie i na zasadach określonych w ogólnych warunkach umów.

Analiza materiału dowodowego pozwana na ustalenie, że wszyscy pacjenci objęci programem otrzymali leki, a zakwestionowanie świadczenia przez pozwanego było nieuzasadnione. Tym samym Sąd uznał, że brak było podstaw

do obciążenia powoda kwotą 72.991,10 zł tytułem nienależnych świadczeń. Również bezpodstawne było naliczenie kar umownych w łącznej kwocie 1.668,79 zł.

W tej sytuacji nie zachodziły też podstawy do naliczania odsetek od windykowanej należności z tytułu nienależnych świadczeń 72.991,10 zł za okres od 25 grudnia 2012 r. do 29 kwietnia 2013 r. z wyłączeniem okresu 6-22 lutego 2013 r. i od windykowanej należności z tytułu odsetek.

W myśl postanowień umów o udzielenie świadczeń pozwany winien zapłacić powodowi za udzielone świadczenia. Potrącenie kwoty 77.824,24 zł dochodzonej pozwem z faktury VAT za marzec 2013 rok nr (...) było bezpodstawne i stanowiło nienależyte wykonanie umów.

Sąd uznał powództwo za zasadne i na podstawie art. 471 k.c. orzekł jak w punkcie 1 [wyroku. Orzeczenie o odsetkach oparł na podstawie art. 481 k.c.

O kosztach powoda orzeczono na podstawie art. 98 § 1 k.p.c., a o kosztach sadowych na podstawie art. 102 k.p.c.

Pozwany w wywiezionej apelacji zarzucił:

- 1) w świetle art.233 § 1 K.p.c. sprzeczność poczynionych przez Sąd I Instancji ustaleń faktycznych z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego poprzez przyjęcie, że wszyscy pacjenci objęci programem otrzymali leki,
- 2) naruszenie przepisu § 30 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez niewłaściwe zastosowanie poprzez przyjęcie, że bezpodstawne było nałożenie kar umownych w łącznej kwocie 1.668,79 zł,
- 3) naruszenie przepisu § 28 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez niewłaściwe zastosowanie poprzez przyjęcie, że bezpodstawne było naliczenia odsetek ustawowych od windykowanej należności za okres od 25 grudnia 2013r. do 29 tnia2013r.z wyłączeniem okresu 6-22 lutego 2013r. i od windykowanej należności z tytułu odsetek.

W oparciu o tak sformułowane zarzuty pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości, względnie uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpatrzenia przez Sąd I instancji, oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa owego według norm przepisanych.

Powód w odpowiedzi na apelację wniósł o jej oddalenie i zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja zasługuje na uwzględnienie jedynie w nieznacznym zakresie, a mianowicie w zakresie naliczenia kary umownej i należnych od tej kary odsetek ustawowych. Natomiast w pozostałym zakresie apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd Apelacyjny podziela ocenę dowodów przedstawioną przez Sąd Okręgowy oraz dokonane na tej podstawie ustalenia faktyczne. Sąd Apelacyjny w pełni podziela także ocenę prawną przedstawioną przez Sąd Okręgowy, za wyjątkiem tej części rozważań Sądu Okręgowego, która odnosi się do możliwości naliczenia przez pozwanego kary umownej.

Podniesiony przez skarżącego zarzut naruszenia art. 233 k.p.c. sprowadza się do kwestionowania zeznań świadków, w oparciu o które Sąd Okręgowy ustalił, że jedna ampulka leku była bezpośrednio wstrzykiwana pacjentom podczas wizyty lekarskiej bez odnotowania tego faktu w dokumentacji lekarskiej. Zarzut ten jednak nie jest trafny. Wbrew twierdzeniom pozwanego, fakt podania pacjentom leku może być ustalony nie tylko na podstawie dokumentacji medycznej, ale także na podstawie samych zeznań świadków, o ile ocena tych zeznań jest zgodna z zasadami logiki i doświadczenia życiowego.

Trzeba zauważyć, iż stosowanie leków pod postacią ampułkostrzykawkę jest bardzo często kłopotliwe dla pacjentów. Nie zawsze pacjenci są w stanie samodzielnie przyjąć lek w takiej postaci, szukają więc pomocy w placówkach zdrowia lub korzystają z prywatnych usług pielęgniarских. Logiczne są więc zeznania świadków - pacjentów, że przy okazji wizyty lekarskiej zwracali się z prośbą o podanie leku przez personel medyczny powoda. Przesłuchani w sprawie świadkowie zeznawali, że na ich oczach pielęgniarka wyciągała lek z kartonika celem wykonania zastrzyku. Należy zaznaczyć, że pacjenci byli świadomi tego, jakim zabiegiem medycznym są poddawani i jakie leki są im podawane w ramach programu medycznego. Brak jest więc uzasadnionych podstaw aby przyjmować, że w placówce powoda podano świadkom inny lek niż ten, który był objęty programem.

Nie sposób natomiast skutecznie odeprzeć zarzutów pozwanego dotyczących przyjęcia przez Sąd Okręgowy, że nie zachodziły podstawy do nałożenia kary umownej. Za takim stanowiskiem Sądu Okręgowego nie może przemawiać to, że nie było zaleceń (...) dotyczących podawania leków stosowanych w programie oraz że powód nie posiadał wydzielonego gabinetu zabiegowego. Powód był bowiem zobowiązany stosować się do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (D. U. 2014.177). W świetle tych przepisów nie ulega wątpliwości, że istnieje obowiązek dokumentowania udzielanych świadczeń medycznych. Nie może podlegać dyskusji, że powód zobowiązany był prowadzić dokumentację w taki sposób, aby pozwany miał możliwość dokonania w oparciu o tę dokumentację weryfikacji prawidłowości realizacji programu medycznego, bez potrzeby odbierania późniejszych oświadczeń od pacjentów. W niniejszej sprawie zweryfikowanie prawidłowości realizacji programu medycznego wobec braku stosownej dokumentacji możliwe było dopiero po przesłuchaniu świadków. Nie stanowi to wprawdzie dla pozwanego podstawy do kwestionowania prawidłowości wykorzystania przez powoda przekazanych mu na realizację programu środków finansowych, gdyż świadkowie potwierdzili, że kwestionowane leki zostały faktycznie im wydane. Uzasadnione jest jednak w takim przypadku naliczenie kary umownej z powodu prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób naruszający przepisy prawa, a konsekwencji także naliczenia odsetek ustawowych od kwoty kary umownej (§ 30 ust. 1 pkt 3 lit. a załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych). Łączna wysokość kary umownej wynosiła 1.668,79 zł zaś odsetek 70,73 zł, a zatem kwotę 1.739,52 zł pozwany mógł zasadnie potrącić z wierzytelnością powoda.

Powyższe rozważania prowadzą zatem do wniosku, że zasądzona na rzecz powoda kwota 77.824,24 zł winna być pomniejszona o kwotę 1.739,52 zł, tj. do kwoty 76.084,72 zł. Mając powyższe na uwadze Sąd Apelacyjny na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. orzekł jak w punkcie I sentencji. Natomiast w nie podzielać zarzutów apelacji ani argumentacji na jej poparcie w pozostałym zakresie, orzeczono jak w punkcie II. Nie zachodziły podstawy do zmiany rozstrzygnięcia o kosztach procesu, jako że powód uległ pozwanemu co do nieznaczącej części swego żądania (około 2 % wartości dochodzonego roszczenia) – art. 100 zdanie drugie k.p.c.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. i art. 100 zdanie drugie k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c. w zw. z art. 108 § 1 k.p.c. w zw. z § 6 pkt 6 w zw. z § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu.