

Sygn. akt I ACa 11/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 maja 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Katowicach I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący :	SSA Ewa Jastrzębska
Sędziowie :	SA Anna Bohdziewicz (spr.) SO del. Aneta Pieczyrak-Pisulińska
Protokolant :	Anna Wieczorek

po rozpoznaniu w dniu 18 maja 2016 r. w Katowicach

na rozprawie

sprawy z powództwa Centrum (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w S.

przeciwko (...) w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Katowicach

z dnia 9 października 2015 r., sygn. akt II C 483/15

1) oddala apelację;

2) zasądza od pozwanego na rzecz powódki 5 400 (pięć tysięcy czterysta) złotych z tytułu kosztów postępowania apelacyjnego.

SSO del. Aneta Pieczyrak-Pisulińska	SSA Ewa Jastrzębska	SSA Anna Bohdziewicz
-------------------------------------	---------------------	----------------------

Sygn. akt I ACa 11/16

UZASADNIENIE

Powód Centrum (...) Sp. z o. o. w S. domagał się zasądzenia od pozwanego (...) kwoty 251.100 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 30 maja 2015 roku do dnia zapłaty - z tytułu wynagrodzenia za świadczenia zdrowotne udzielone

przez powoda 31 pacjentom hospitalizowanym w pododdziale udarowym, zgodnie z umową zawartą z pozwanym. W uzasadnieniu wskazano, iż pozwany początkowo dokonał zapłaty za udzielone świadczenia zdrowotne, a następnie, w wyniku przeprowadzonej kontroli, zażądał zwrotu wypłaconego wynagrodzenia, gdyż w jego ocenie doszło do naruszenia warunków łączącej strony umowy. Naruszenie to polegało na nieprzeprowadzeniu u wskazanych 31 pacjentów dodatkowego badania (jednego z trzech wyspecyfikowanych w umowie) w celu potwierdzenia świeżego udaru, którego cech nie ujawniło pierwsze badanie TK/MR.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda kosztów postępowania. Motywując swoje stanowisko podał, że w ramach łączącej strony umowy (...) pacjentom nie wykonano ponownego badania TK/MR, w sytuacji gdy w pierwszym takim badaniu nie ujawniono cech świeżego udaru. Pozwany uznał, że wykonanie drugiego badania było konieczne, co wynika z części (...) załącznika nr (...) do Zarządzenie nr (...) Prezesa (...) z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne. Przy czym w ramach tego drugiego badania zalecane jest wykonanie jednego ze wskazanych badań. Użyte sformułowanie w w/w załączniku „zalecane jest” odnosi się do wyboru jednego ze wskazanych badań, które należy wykonać, jeżeli pierwsze badanie nie uwidoczni świeżego udaru mózgu. Zdaniem pozwanego, niewykonanie przez powoda jednego z trzech zalecanych badań stanowiło naruszenie warunków umowy łączącej strony, skutkujące koniecznością zwrotu przez powoda wynagrodzenia otrzymanego za leczenie 31 pacjentów w łącznej kwocie 251.100 złotych.

Zaskarżonym wyrokiem 9 października 2015 r. Sąd Okręgowy w Katowicach w całości uwzględnił powództwo i zasądził od pozwanego na rzecz powoda 251.100 złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 30 maja 2015 r. oraz kosztami procesu.

Powyższy wyrok został wydany na tle następujących, niespornych, okoliczności faktycznych:

W dniu 19 stycznia 2012 r. strony zawarły umowę nr (...) o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne. Zgodnie z umową powód zobowiązał się do udzielenia w 2012 r. m.in. świadczeń zdrowotnych w zakresie „neurologia-hospitalizacja A48, A51”, a pozwany z kolei zobowiązał się do zapłaty wynagrodzenia za udzielenie tych świadczeń. Od świadczeniodawcy (powoda), realizującego postanowienia umowy, wymagane było zachowanie warunków zawartych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz zarządzenia prezesa (...) z dnia 20 października 2011 r. nr (...) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne. Punkt(...) części (...) załącznika nr (...) do Zarządzenie nr (...) Prezesa (...) z dnia 20 października 2011 r., stanowi zaś, że finansowanie świadczeń obejmuje wykonanie niezbędnych badań w celu potwierdzenia rozpoznania (w przypadku niewidocznienia świeżego ogniska w pierwszym TK/MR zalecane jest wykonanie jednego z następujących badań: MR, dyfuzja MR, perfuzja TK). W dniu 9 stycznia 2013 r. strony zawarły aneks nr (...) do powyższej umowy, przedłużając okres jej obowiązywania na rok 2013 i ustalając wartość wynagrodzenia powoda za rok 2013 za udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologia - hospitalizacja A48, A51 na poziomie 1.205.800 zł. W okresie od grudnia 2012 r. do lipca 2013 r. powód udzielił szeregu świadczeń zdrowotnych między innymi 31 pacjentom, u których rozpoznano świeży udar mózgu, a więc w zakresie neurologia - hospitalizacja A48, A51. Za leczenie tych pacjentów pozwany uiszczył na rzecz powoda wynagrodzenie w wysokości 251.100 zł.

W okresie od dnia 29 lipca 2013 r. do dnia 30 września 2013 r. pozwany przeprowadził kontrolę w Szpitalu Centrum (...)” w P., w następstwie której sporządził w dniu 9 grudnia 2013 r. wystąpienie pokontrolne. W wyniku przeprowadzonej kontroli pozwany zakwestionował prawidłowość rozliczenia świadczeń udzielonych w pododdziale udarowym 31 pacjentom podnosząc, że u tych pacjentów nie wykonano ponownego badania TK/MR, w sytuacji gdy w pierwszym badaniu nie ujawniono cech świeżego udaru. Pozwany uznał, że wykonanie ponownych badań było konieczne, co wynika z części (...) załącznika nr (...) do Zarządzenie nr (...) Prezesa (...) z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, co w rezultacie doprowadziło do naruszenia przez powoda warunków umowy łączącej strony. Powód w dniu 30 grudnia 2013 r. wniósł zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego. Ostatecznie pismem z dnia 7 lutego 2014 r. pozwany rozwiązał umowę w zakresie neurologia - hospitalizacja A48, A51, powołując się na § 36 ust. 5 w zw. z § 36 ust 1 pkt. 5 OWU i zobowiązał powoda

do zwrotu kwoty 251.100 zł. Zażalenie wniesione przez powoda nie przyniosło oczekiwanego rezultatu. W dniu 9 lutego 2015 r. powód dokonał na rzecz pozwanego zwrotu kwoty 251.100 zł. Następnie zaś, kwestionując zasadność żądania od niego zwrotu kwoty 251.000 zł, powód domagał się zapłaty kwoty 251.100 zł, stanowiącej wynagrodzenie za leczenie 31 pacjentów i wezwał pozwanego w dniu 15 maja 2015 r. do zapłaty. Pozwany nie uregulował zobowiązania, co skutkowało wystąpieniem przez powoda z roszczeniem na drogę postępowania sądowego.

Przechodząc do oceny zasadności żądania powoda, Sąd pierwszej instancji wyjaśnił, iż w okolicznościach rozpoznawanej sprawy ustalenia wymagało, czy powód wykonał umowę zgodnie z jej treścią, co obliżowało pozwanego do zapłaty kwoty określonej umową.

Sąd Okręgowy wyjaśnił, że przepis art. 132 ust. 1 ustawy dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – w brzemieniu ustalonym na dzień zawarcia umowy między stronami – wskazuje, iż podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego (...). Podstawą prawną roszczeń powoda są więc zapisy umowy łączącej strony i to ta umowy kształtowała prawa i obowiązki stron w zakresie udzielenia świadczeń medycznych spornej grupie 31 pacjentów. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ma charakter umowy wzajemnej odpłatnej, dwustronnie zobowiązującej, w której każda ze stron jest jednocześnie wierzycielem i dłużnikiem. Fundusz ma wierzycielność względem świadczeniodawcy, której treścią jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a równocześnie jako dłużnik jest zobowiązany do zapłaty za udzielone świadczenia. Z drugiej strony świadczeniodawca jako dłużnik jest zobowiązany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a jako wierzyciel posiada wierzycielność względem Funduszu o zapłatę za wykonane usługi.

W ocenie Sądu pierwszej instancji, w okolicznościach niniejszej sprawy zasadnicze było ustalenie treści zobowiązania, a konkretnie jak należy rozumieć zapis z pkt. (...) części (...) załącznika nr (...) do Zarządzenie nr (...) Prezesa (...) z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, którego warunków strony winny przestrzegać w ramach łączącej ich umowy. Zaznaczono, iż strony nie kwestionowały faktu zawarcia umowy, ani udzielenia świadczeń medycznych między innymi spornej grupie pacjentów, a podstawą odmowy zapłaty za świadczenia było jedynie niedochowanie – w ocenie pozwanego – wymogów nakreślonych tym przepisem. Przywołany zapis obejmuje wykonanie niezbędnych badań w celu potwierdzenia rozpoznania (w przypadku nieuwidocznienia świeżego ogniska w pierwszym badaniu TK/MR zalecane jest wykonanie jednego z następujących badań: MR, dyfuzja MR, perfuzja TK). Sąd Okręgowy w celu dokonania wykładni językowej wskazał, iż w dwóch pozycjach PWN, a to w słowniku języka polskiego pod red. Elżbiety Sobol i słowniku poprawnej polszczyzny pod red. Andrzeja Markowskiego wyrażeniu „zaleca się” nadano znaczenie „doradzać komuś w dobrej wierze”. W związku z tym stwierdził, że z zapisu będącego przedmiotem analizy wynika jednoznacznie, iż w przypadku nieuwidocznienia świeżego ogniska w pierwszym TK/MR doradza się, proponuje wykonanie jednego z trzech badań, a to MR, dyfuzji MR, perfuzji TK. Tym samym wykonanie w/w badań w sytuacji, kiedy pierwsze badanie TK/MR wykazało, że udar mózgu nie ujawnia cech świeżego udaru mózgu, nie jest konieczne, obowiązkowe, a jedynie proponowane. W przypadku 31 zakwestionowanych przez pozwanego pacjentów lekarz stawiający diagnozę nie miał wątpliwości, co przesądza o tym, że nie potrzebował już jej potwierdzenia kolejnymi badaniami. Sąd pierwszej instancji uznał, iż skoro pierwsze badanie TK/MR u 31 pacjentów nie ujawniło cech świeżego udaru mózgu, to zgodnie z analizowanym zapisem lekarz prowadzący nie był zobligowany, wbrew twierdzeniom pozwanego, do wykonania jednego z trzech badań, a to MR, dyfuzji MR, perfuzji TK. Stwierdzenie udaru mogło nastąpić więc na podstawie innych badań, nie wymienionych wyraźnie w treści komentowanego zapisu umowy. Sąd pierwszej instancji zauważył przy tym, iż niekwestionowanym przez pozwanego było, że sporna grupa 31 pacjentów została dotknięta udarem mózgu i była z tego tytułu leczona u powoda, a jedyną przyczyną odmowy zapłaty za te świadczenia było właśnie niewykonanie drugiego, zalecanego badania. Sąd Okręgowy stwierdził, że udzielenie świadczeń medycznych spornej grupie 31 pacjentów zostało przez powoda prawidłowo rozliczone, a kwota świadczenia z tego tytułu mieściła się w kwocie kontraktowej. Potwierdzeniem powyższego było, iż pierwotnie pozwany dokonał na rzecz powoda płatności kwoty 251.100 zł z tego tytułu, a dopiero po przeprowadzeniu kontroli zażądał jej zwrotu.

Podsumowując swoje rozważania Sąd Okręgowy stwierdził, że skoro powód wykonał zobowiązanie zgodnie z jego treścią, w sposób odpowiadający jego celowi społeczno – gospodarczemu (art. 354 § 1 k.c.), to powinnością pozwanego było zapłacić powodowi wynagrodzenie wynikające z umowy łączącej strony, co skutkowało uwzględnieniem powództwa w całości. O odsetkach ustawowych Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 481 § 1 k.c. i art. 359 § 1 i 2 k.c. w zw. z art. 455 k.c., zasądzając je od dnia 30 maja 2015 r. zgodnie z żądaniem pozwu, bowiem wyznaczony pozwanemu termin zapłaty upłynął z dniem 29 maja 2015 r., a zatem popadł on w opóźnienie od dnia następnego po upływie terminu.

O kosztach postępowania Sąd pierwszej instancji orzekł na podstawie art. 98 § 1 k.p.c., stosując zasadę odpowiedzialności stron za wynik procesu i zasądzając koszty procesu od pozwanego na rzecz powoda.

Wyrok Sądu Okręgowego został zaskarżony przez pozwanego w całości. Apelujący zarzucił naruszenie przepisów prawa materialnego tj. łączącej strony umowy z dnia 19 stycznia 2012 r. nr (...) aneksowanej w dniu 9 stycznia 2013 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne, a w szczególności wiążącego strony punktu (...) części (...) załącznika nr (...) do zarządzenia Prezesa (...) z dnia 20 października 2011 r. Nr (...) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, przez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie, polegające na interpretacji jedynie jego sformułowania „zaleca się” z pominięciem całego kontekstu tego przepisu, co skutkowało przyjęciem, że stwierdzenie udaru mózgu mogło nastąpić na podstawie innych badań nie-wymienionych wyraźnie w treści powyższego przepisu, które jednakże nie zostały uwidocznione w dokumentacji medycznej pacjentów oraz w ostateczności ustaleniem, że powód dokonał prawidłowego rozliczenia świadczeń zdrowotnych udzielonych 31 pacjentom.

W związku z postawionymi zarzutami pozwany wniósł o zmianę wyroku i oddalenie powództwa oraz zasądzenie kosztów procesu, względnie domagał się uchylecia zaskarżonego wyroku i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji.

Powód wniósł o oddalenie apelacji.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja pozwanego nie zasługiwała na uwzględnienie, bowiem zarzuty w niej zawarte nie były trafne.

Stan faktyczny w rozpoznawanej sprawie nie jest sporny. Powód, w oparciu o umowę łączącą strony, domaga się od pozwanego wypłacenia wynagrodzenia za świadczenia medyczne udzielone 31 pacjentom, których leczono w związku z rozpoznanym udarem mózgu. Pozwany początkowo dokonał wypłaty wynagrodzenia za udzielone świadczenia medyczne, a następnie zakwestionował zasadność dokonanej zapłaty, zarzucając, że świadczenie nie zostało udzielone zgodnie z zawartą umową. Niezgodności tej pozwany upatrywał w niewykonaniu u wskazanych 31 pacjentów jednego z trzech badań (MR, dyfuzji MR, perfuzji TK), pomimo niepotwierdzenia w pierwszym badaniu TK świeżych ognisk udaru. Zatem jak słusznie podniósł Sąd pierwszej instancji, jego rzeczą było dokonanie oceny, czy w okolicznościach rozpoznawanej sprawy powód wykonał swoje zobowiązanie zgodnie z umową, co uprawniałoby go do żądania zapłaty wynagrodzenia za udzielone świadczenia.

Na akceptację zasługuje ocena Sądu pierwszej instancji, że powód udzielił świadczenia zdrowotnego w oparciu o zawartą umowę i zgodnie z jej celem (art. 354 § 1 k.c.). Nie można się zgodzić ze stanowiskiem pozwanego, iż brak wykonania dodatkowego badania w celu potwierdzenia diagnozy świeżego udaru u 31 pacjentów uprawniał go do odmowy wypłaty wynagrodzenia zgodnie z umową. Istotnie załącznik do zarządzenia Nr (...) Prezesa (...) z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne określa, co obejmuje finansowanie świadczenia polegającego na kompleksowym leczeniu udarów mózgu (7 dni w oddziale udarowym). Zgodnie z pkt. 2.2 ppkt. e finansowanie obejmuje wykonanie niezbędnych badań w celu potwierdzenia rozpoznania, a w nawiasie podano, iż w przypadku niewidocznienia świeżego ogniska w pierwszym TK/MR zalecane wykonanie jednego z następujących badań: MR, dyfuzja MR, perfuzja TK. Wskazany

zapis rozporządzenia przewiduje także możliwość przeprowadzenia dalszych dodatkowych badań (wymienionych w tym podpunkcie) w przypadku udaru krwotocznego z podejrzeniem malformacji naczyniowej. Zatem przede wszystkim finansowaniem objęte są niezbędne badania w celu potwierdzenia rozpoznania. Dodatkowo wskazano zalecane badania w przypadku niewidocznienia świeżego ogniska udaru w pierwszym TK/MR. Nie można się zgodzić z twierdzeniem apelującego, iż przywołany przepis nakłada na świadczeniodawcę obowiązek wykonania jednego z trzech wskazanych badań w sytuacji niewidocznienia świeżego ogniska udaru w pierwszym TK/MR, a lekarzowi pozostawiono jedynie wybór jednego ze wskazanych badań i tego właśnie wyboru dotyczy określenie „zalecane wykonanie”. Podkreślenia wymaga specyfika świadczeń udzielanych w ramach zawartej przez strony umowy, które polegają na diagnozowaniu pacjentów i wdrożeniu leczenia w warunkach szpitalnych zgodnie z postawionym rozpoznaniem. Nie może budzić żadnych wątpliwości, iż celem umowy jest ochrona zdrowia, a w skrajnych przypadkach życia pacjenta. Dlatego też lekarz powinien podjąć działania zgodne z posiadaną wiedzą i doświadczeniem, przy uwzględnieniu osiągnięć nauki, aby możliwie szybko postawić właściwą diagnozę i wdrożyć odpowiednie leczenie. Jako oczywiste jawi się także stwierdzenie, że czas zawsze odgrywa istotną rolę, a im wcześniej zostanie rozpoznana choroba i rozpoczęte leczenie, tym rokowania dla pacjenta są pomyślniejsze. Procedury objęte warunkami świadczenia leczenia obejmują typowe działania, co jednak nie oznacza, iż w przypadku każdego pacjenta schemat podejmowanych działań będzie taki sam. W zapisie rozporządzenia wskazano jakie badania są zalecane w przypadku niewidocznienia świeżego ogniska udaru w pierwszym TK/MR, jednakże trudno znaleźć racjonalne uzasadnienie dla zlecenia dodatkowych badań w sytuacji, gdy pomimo takiego wyniku pierwszego badania TK/MR lekarz nie ma wątpliwości, co do diagnozy. Obowiązkiem lekarza jest właściwe leczenie pacjentów, a nie wyczerpywanie pewnych schematów postępowania, aby uzyskać wynagrodzenie. Dlatego też skoro lekarz postawił trafną diagnozę i zostało wdrożone odpowiednie leczenie brak jest uzasadnionych podstaw do odmowy wypłaty wynagrodzenia przez pozwanego za udzielone świadczenie zdrowotne. Podkreślić należy, że pozwany nie kwestionował faktu hospitalizacji owych 31 pacjentów, trafności postawionej diagnozy, ani wdrożonego leczenia, co oznacza iż świadczenie zostało udzielone zgodnie z jego celem. Odmienna ocena prowadziłaby do sytuacji, gdy pozwany przez odmowę wypłaty wynagrodzenia w istocie podważa prawidłowość decyzji lekarza, który wszak bierze pełną odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjenta. Jeszcze raz należy powtórzyć, że nie ma racjonalnego powodu do narzucania lekarzowi wykonania dodatkowego badania w sytuacji, gdy obraz kliniczny pacjenta pozwala na postawienie właściwej diagnozy bez potrzeby przeprowadzenia dodatkowych badań, wskazanych jako zalecane w tym przypadku. Diagnostyka nie może polegać jedynie na wyczerpaniu katalogu narzucanych badań (nawet jeżeli możliwym jest wskazanie schematu typowego działania), gdyż przeprowadzane badania muszą być celowe i podyktowane potrzebą postawienia diagnozy. W rozpoznawanej sprawie nie budzi wątpliwości, iż rozpoznanie postawione 31 pacjentom było właściwe. W tym stanie rzeczy niezasadnym było domaganie się przez pozwanego zwrotu już wypłaconego wynagrodzenia, co czyniło usprawiedliwionym żądanie pozwu.

Wobec powyższego nie było uzasadnionych podstaw do podważenia trafnego rozstrzygnięcia Sądu pierwszej instancji, które odpowiada prawu. W konsekwencji apelacja pozwanego, jako niezasadna, podlegała oddaleniu w oparciu o art. 385 k.p.c.. O kosztach postępowania apelacyjnego postanowiono zgodnie z regułą odpowiedzialności za wynik sprawy, wynikającą z art. 98 § 1 k.p.c.. Orzeczenie w tym zakresie znajduje oparcie w art. 98 § 1 i § 3 k.p.c. w zw. z art. 108 § 1 k.p.c..

SSO del. Aneta Pieczyrak-Pisulińska SSA Ewa Jastrzębska SSA Anna Bohdziewicz