

Sygn. akt I A Ca 181/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 3 kwietnia 2012 r.

Sąd Apelacyjny we Wrocławiu – Wydział I Cywilny w składzie:

Przewodniczący:	SSA Franciszek Marcinowski (spr.)
Sędziowie:	SSA Iwona Biedroń SSA Sławomir Jurkowicz
Protokolant:	Katarzyna Stalewska

po rozpoznaniu w dniu 20 marca 2012 r. we Wrocławiu na rozprawie

sprawy z powództwa **Zespołu Opieki Zdrowotnej w O.**

przeciwko **Narodowemu Funduszowi Zdrowia(...)**

o zapłatę

na skutek apelacji obu stron

od wyroku Sądu Okręgowego w Opolu

z dnia 22 grudnia 2011 r. sygn. akt I C 269/10

1. zmienia zaskarżony wyrok w punkcie I o tyle, że początkową datę naliczania zasądzonych odsetek ustawowych określa na dzień 30 kwietnia 2010 r., a w punkcie IV w ten sposób, że zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 12.587 (dwanaście tysięcy pięćset osiemdziesiąt siedem) zł tytułem zwrotu kosztów procesu oraz nakazuje pozwanemu uiścić na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w Opolu kwotę 54.634 (pięćdziesiąt cztery tysiące sześćset trzydzieści cztery) zł tytułem brakujących kosztów sądowych;

2. oddala apelację powoda w pozostałym zakresie oraz apelację pozwanego w całości;

3. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 19.686 (dziewiętnaście tysięcy sześćset osiemdziesiąt sześć) zł tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

UZASADNIENIE

Powód – Zespół Opieki Zdrowotnej w O. – dochodził od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia(...) kwoty 2.180.260,11 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 30 kwietnia 2010 r., tytułem należności za zrealizowane w 2009 r. świadczenia medyczne, przekraczające limity określone w łączących strony umowach. W toku postępowania ograniczył powództwo do kwoty 1.437.479,98 zł.

Sąd Okręgowy Opolu wyrokiem z dnia 22 grudnia 2011 r. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 1.336.958,98 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 22 grudnia 2011r., umorzył postępowanie co do kwoty 742.780,13 zł i oddalił powództwo w pozostałym zakresie, a także orzekł o kosztach procesu, zasądzając z tego tytułu od pozwanego na rzecz powoda kwotę 59.634,26 zł i znosząc wzajemnie między stronami koszty zastępstwa procesowego.

Za podstawę rozstrzygnięcia przyjął następujące ustalenia faktyczne:

W grudniu 2008 r. strony zawarły dwanaście umów dotyczących udzielania przez powoda świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych przez pozwanego. Umowy te były aneksowane na przestrzeni 2009 roku, a ustalony w nich ostatecznie poziom finansowania świadczeń zdrowotnych na 2009 r. został przekroczony przez powoda w przypadku trzech umów, obejmujących:

- leczenie szpitalne – o kwotę 2.065.638,21 zł,
- rehabilitację leczniczą – o kwotę 112.311,60 zł,
- opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień – o kwotę 2.310,30 zł,

tj. łącznie o kwotę 2.180.260,11 zł.

W związku z przekroczeniem limitów świadczeń powód wystawił pozwanemu trzy faktury VAT (za leczenie szpitalne, rehabilitację leczniczą oraz opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień). Pismem z dnia 27.04.2010 r. pozwany odmówił uregulowania tych faktur.

W toku procesu Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego z zakresu finansowania służby zdrowia celem ustalenia czy świadczenia medyczne zrealizowane przez powoda ponad limit były świadczeniami ratującymi życie, przewidzianymi w art. 7 Zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie, jeżeli tylko wykaże, że nastąpiło to w sytuacji określonej w art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (dalej: u.z.o.z.), w art. 30 ustawy z dnia 25.12.1990 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (dalej: u.z.l.) oraz w art. 19 ustawy z dnia 2.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Biegły sądowy dr n. med. R. S. w opinii wydanej po przeanalizowaniu 1298 przypadków udzielonych przez powoda ponadlimitowych świadczeń medycznych stwierdził, że w 521 przypadkach spełniony został warunek powołanych wyżej przepisów ustawowych, w 764 przypadkach warunek ten nie został spełniony, a w 13 przypadkach ze względu na braki w przedstawionej przez powoda dokumentacji biegły nie był w stanie się wypowiedzieć. Pozwany nie zgłosił zastrzeżeń co do większości ocenionych w opinii przypadków oraz wniosków końcowych opinii, zakwestionował tylko 7 przypadków omyłkowo uznanych przez biegłego za spełniające warunki z art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Powód po zapoznaniu się z opinią biegłego ograniczył żądanie pozwu do kwoty 1.437.479,98 zł, obejmującej świadczenia uznane przez biegłego za ratujące życie, na sumę 1.350.881,98 zł, oraz 13 świadczeń na sumę 100.521 zł, co do których biegły nie oświadczył się w związku z brakami dokumentacji.

Sąd Okręgowy stwierdził w tych warunkach, że powództwo w przeważającej mierze zasługuje na uwzględnienie. W uzasadnieniu wskazał, że pozwany zapłacił powodowi za udzielone przez niego w 2009 r. świadczenia zdrowotne w ilości wynikającej z kontraktów, a okoliczność, iż powód wykonał ponadlimitowe świadczenia medyczne była niesporna, przy czym ponad pięćset przypadków tych świadczeń, wskazanych w opinii biegłego, spełniało warunki do podjęcia natychmiastowego leczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Pozwany nie kwestionował też sposobu wyliczenia wartości świadczeń ponadlimitowych. Sąd wskazał też, że zgodnie z art. 19 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczenia opieki zdrowotnej w stanach nagłych są udzielane niezwłocznie i świadczeniodawca ma prawo do wynagrodzenia za takie świadczenia. W ocenie Sądu Okręgowego żądanie powoda było zasadne w części dotyczącej kwoty 1.336.958,98 zł, wynikającej z zestawienia sporządzonego w następstwie opinii biegłego, z pominięciem siedmiu przypadków na sumę 13.923 zł, omyłkowo zaliczonych przez biegłego do kategorii ratujących życie. W ocenie Sądu powód nie wykazał też zasadności roszczenia w zakresie dotyczącym zapłaty 100.521 zł za trzynaście przypadków, co do których

biegły odmówił oświadczenia się wobec braku dokumentacji. Sąd Okręgowy przyjął też, że pozwany pozostawał w zwłoce ze spełnieniem należnego powodowi świadczenia od dnia wyrokowania, bowiem dopiero od tej daty w sposób ostateczny uzyskał świadomość istniejącego zobowiązania. Kierując się takimi względami Sąd Okręgowy orzekł w sposób przedstawiony na wstępie.

Obie strony wniosły apelacje od powyższego wyroku.

Pozwany zaskarżył ten wyrok w części zasądzającej od niego na rzecz powoda kwotę 1.336.958,98 zł z odsetkami i kosztami procesu, zarzucając mu naruszenie prawa materialnego, tj. w szczególności powołanych w toku sprawy przepisów dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej, a także niewyjaśnienie istotnych okoliczności sprawy oraz błęd w ustaleniach faktycznych będących podstawą rozstrzygnięcia. Na podstawie tych zarzutów wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w całości, względnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji, a także o obciążenie powoda kosztami postępowania, w tym kosztami zastępstwa procesowego.

Powód zaskarżył powyższy wyrok w części oddalającej powództwo w przedmiocie odsetek za okres od 30 kwietnia 2010 do 21 grudnia 2011 r. oraz w części rozstrzygnięcia o kosztach zastępstwa procesowego przez wzajemne ich zniesienie, przy czym zarzucił naruszenie art. 481 k.c. przez przyjęcie, iż dłużnik pozostaje w zwłocie dopiero od dnia wyrokowania, a nie od dnia 10 kwietnia 2010 r., a także naruszenie art. 100 k.p.c. przez przyjęcie, że wpis sądowy i koszty biegłego przysługują powodowi w 100%, a koszty zastępstwa procesowego ulegają wzajemnemu zniesieniu. Wskazując na te podstawy apelacji powód wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w punkcie I i zasądzenie odsetek od 10 kwietnia 2010 r. do 21.12.2011 r., oraz o zmianę wyroku w punkcie IV przez zasądzenie na rzecz powoda kosztów zastępstwa procesowego według norm, a także o obciążenie strony pozwanej kosztami postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Ustalenia faktyczne Sądu I instancji nie są w apelacjach stron kwestionowane. Sąd Apelacyjny, uznając je za prawidłowe, przyjął je za podstawę swojego orzeczenia. Zauważyć trzeba, że pozwany zarzucił wprawdzie w apelacji błąd w ustaleniach faktycznych będących podstawą rozstrzygnięcia, nie wskazał jednak, na czym błąd ten miałby polegać, wobec czego zarzut ten pozbawiony jest jakiegokolwiek oparcia i nie mógł być brany pod uwagę.

Istota apelacji pozwanego zasadza się na jego tezie, że wykazanie przez powoda, iż objęte sporem świadczenia medyczne miały przymiot nagłości, nie przesądza o obowiązku zapłaty za te świadczenia. W uzasadnieniu apelacji pozwany podnosi, powołując się na zarządzenie Nr (...) Prezesa NFZ w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych, że powód powinien w pierwszej kolejności przedstawiać do rozliczenia świadczenia nagłe, ratujące życie, przy czym do celów rozliczenia powinny one być oznaczone literą T. Podnosi również, że wszystkie tak oznaczone przez powoda świadczenia zostały przez pozwanego opłacone. Z faktu, iż wykazy świadczeń przedłożone przez powoda w niniejszej sprawie obejmowały świadczenia wykonane na przestrzeni całego roku 2009, pozwany wyprowadza wniosek, że powód świadomie, nie stosując się do przepisów mówiących o kolejności rozliczania, wstrzymywał rozliczanie świadczeń nagłych ratujących życie, aby po rozliczeniu umowy przedstawić je do rozliczenia jako nadlimitowe.

Odnosząc się do powyższego należy w pierwszej kolejności zauważyć, że pozwany początkowo wnosił o oddalenie powództwa zaprzeczając, by powód wykonał świadczenia ponadlimitowe w ilości wskazanej w pozwie w sytuacji ratowania życia i zdrowia, a w odpowiedzi na pozew wskazał, że faktury powoda na kwotę dochodzoną pozwem nie mogły być uregulowane z trzech przyczyn: 1) ponieważ świadczenia wykazane w tych fakturach wykroczyły poza maksymalną wartość zawartych umów, 2) ponieważ powód nie dopełnił warunków przewidzianych w art. 19 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tj. nie złożył pozwanemu wniosku wraz z rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i ich kosztów oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności udzielenia świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych, 3) ponieważ powód nie wykazał, że zachodziła potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń medycznych ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia. W dalszym toku postępowania

pozwany zarzucał (w piśmie procesowym z 20 stycznia 2011 r.), że powód nie prowadził prawidłowo list pacjentów oczekujących i nie dokonywał właściwych oznaczeń przy rozliczaniu umów.

Sąd Apelacyjny co do zasady podziela stanowisko wyrażone przez Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 12 marca 2009 r. V CSK 272/08 (LEX nr 530613), zgodnie z którym zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie, jeżeli wykaże, że nastąpiło to w sytuacji określonej w art. 7 u.z.o.z. Od obowiązku zapłaty za udzielone w takiej sytuacji świadczenie ponadlimitowe pozwany NFZ mógłby się jednak zdaniem Sądu Apelacyjnego uchylić, gdyby wykazał, że powód naruszył postanowienia łączącej strony umowy w taki sposób, że pozbawił pozwanego możliwości uregulowania należności za te świadczenia w ramach kontraktu. Nie do zaakceptowania byłoby bowiem przyjęcie koncepcji, że NFZ ma obowiązek płacić za takie świadczenia ratujące życie i zdrowie, udzielone w warunkach niecierpiących zwłoki, które nie zostały rozliczone w ramach limitów ustalonych w umowie między NFZ a świadczeniodawcą tylko z tego powodu, że świadczeniodawca nie zgłosił ich do rozliczenia w trybie ustalonym w umowie. Pamiętać bowiem trzeba, że świadczenia medyczne z tej kategorii powinny być rozliczane przede wszystkim w ramach limitów ustalonych w kontrakcie.

W rozpatrywanej sprawie pozwany nie przeprowadził dowodu pozwalającego na ustalenie, że powód naruszył obowiązujące zasady rozliczeń i uniemożliwił przez to rozliczenie spornych świadczeń w ramach przyznaných limitów. Ciężar przeprowadzenia takiego dowodu po myśli art. 6 k.c. spoczywał na pozwanym, który generalnie obowiązany jest – jak to wyżej wskazano – do zapłaty za świadczenia ponadlimitowe udzielone w sytuacji określonej w art. 7 u.z.o.z. Pozwany nie przedstawił dokumentacji sprawozdawczo-rozliczeniowej, z której wynikałoby, że konkretne świadczenia medyczne, za które powód domaga się zapłaty, opisane szczegółowo w opinii biegłego sądowego, nie były ujęte lub nie zostały właściwie oznaczone w sporządzanych przez powoda komunikatach sprawozdawczych XML. Powołując się tylko ogólnie na znane mu praktyki bliżej nieokreślonych świadczeniodawców, próbujących manipulować rozliczaniem świadczeń przez kierowanie roszczeń o zapłatę za świadczenia o charakterze nagłym dopiero po wyczerpaniu limitu umownego, pozwany nie udowodnił, że także powód dopuszczał się takiej praktyki. Zaprezentowany przez pozwanego sposób wnioskowania polega na przyjęciu, że jeżeli powód wystąpił z tak dużym roszczeniem jak określone w pozwie, to oznacza to, że nie prowadził prawidłowo list pacjentów oczekujących i nie dokonywał właściwych oznaczeń świadczeń przy rozliczaniu umowy. Takie wnioskowanie nie może zastąpić dowodzenia opartego na konkretnie wskazanych dowodach materialnych, zwłaszcza że nie została wykluczona alternatywa, iż pozwany nie uwzględnił zgłoszonych do rozliczenia roszczeń powoda z innych przyczyn, nie obciążających powoda. Zauważyć w tym miejscu trzeba, że pozwany nie zaprzeczył twierdzeniu powoda, iż żadna z przeprowadzonych przez pozwanego w 2009 roku kontroli nie stwierdziła wadliwego realizowania kontraktu przez powoda, co dodatkowo osłabia argumentację przedstawioną przez pozwanego.

W tych warunkach Sąd Apelacyjny nie znalazł podstaw do uznania, że powód nie może domagać się zapłaty za świadczenia medyczne zrealizowane w warunkach określonych w art. 7 u.z.o.z., których liczba i wartość została ustalona przez Sąd I instancji na podstawie opinii biegłego i na obecnym etapie postępowania nie jest przez strony kwestionowana. Apelacja pozwanego została w tej sytuacji oddalona na podstawie art. 385 k.p.c. jako niezasadna.

Na częściowe uwzględnienie zasługiwała natomiast apelacja powoda. Nie można zgodzić się ze stanowiskiem Sądu I instancji, że pozwany pozostaje w zwłoce ze spełnieniem swojego świadczenia dopiero od daty wyrokowania, ponieważ od tej daty ma według Sądu I instancji świadomość istniejącego zobowiązania. Nie ma żadnych podstaw po temu, by termin spełnienia świadczenia przez pozwanego łączyć ze stanem jego świadomości. Zgodnie z art. 476 k.c. pozwany popadł w zwłokę gdy nie spełnił świadczenia niezwłocznie po wezwaniu przez pozwanego. Wezwanie do zapłaty z dnia 19 kwietnia 2010 r. pozwany otrzymał najpóźniej w dniu 27 kwietnia 2010 r., w tym bowiem dniu odpowiedział na to wezwanie. Nie znajduje w tej sytuacji uzasadnienia wnioski apelacji o zmianę zaskarżonego orzeczenia w zakresie odsetek przez zasądzenie ich od dnia 10 kwietnia 2010 r., zasadne jest natomiast przyznanie tych odsetek od dnia 30 kwietnia 2010 r., zgodnie z żądaniem zgłoszonym w pozwie.

Zasadnie również zaskarżono w apelacji powoda rozstrzygnięcie o kosztach procesu. Należy zauważyć, że uzasadnienie tego rozstrzygnięcia nie spełnia wymogów z art. 328 § 2 w zw. z art. 361 k.p.c. i nie wyjaśnia przyczyn, dla których

Sąd orzekł o kosztach w sposób wskazany w sentencji. Za nieprawidłowe należy uznać wzajemne zniesienie między stronami części kosztów procesu i rozstrzygnięcie o pozostałej ich części stosownie do wyniku sporu. Stosunkowy podział kosztów procesu dotyczy bowiem ich całości, co oznacza przyjęcie za podstawę obliczeń sumy należności obu stron, ustalonych stosownie do zasad podanych w art. 98 § 2 i 3 k.p.c. i dokonanie proporcjonalnego rozdziału tych kosztów w stosunku, w jakim strony utrzymały się ze swymi żądaniami. Korygując rozstrzygnięcie o kosztach procesu za I instancję Sąd Apelacyjny przyjął, że powód wygrał spór w 60% (w zaokrągleniu), a pozwany w 40%. Na poniesione przez powoda koszty w wysokości 62.200 zł złożyły się: opłata od pozwu w kwocie 50.000 zł (z uwzględnieniem przyznanego zwolnienia od kosztów sądowych), zaliczka na koszty opinii biegłego w kwocie 5.000 zł oraz koszty zastępstwa prawnego w kwocie 7.200 zł. Koszty pozwanego stanowiła kwota 7.200 zł tytułem zastępstwa prawnego. W rozliczeniu należało również uwzględnić brakującą część opłaty sądowej od pozwu, od której powód został zwolniony, a nadto nieopłaconą w formie zaliczki część kosztów opinii biegłego w kwocie 4.634 zł. Po rozdzieleniu tych kosztów między stronami w proporcji 60 : 40 Sąd Apelacyjny orzekł w tym zakresie w sposób wskazany w punkcie I sentencji. Za instancję odwoławczą przyznano powodowi w całości zwrot kosztów obejmujących opłatę sądową od apelacji (14.286 zł) oraz koszty zastępstwa (5.400 zł) – po myśli art. 98 § 1 i 3 oraz art. 99 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c.

bp