

Sygn. akt I C 585/19

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 stycznia 2022 r

Sąd Okręgowy w Bydgoszczy I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący – SSO Ewa Gatz–Rubelowska

po rozpoznaniu w dniu 12 stycznia 2022 r. w Bydgoszczy

na posiedzeniu niejawnym

sprawy z powództwa Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) Sp. z o.o.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) w B.

o zapłatę

1. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 260.438,61 zł (dwieście sześćdziesiąt tysięcy czterysta trzydzieści osiem złotych 61/100) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 21 sierpnia 2018 r. do dnia zapłaty;
2. w pozostałym zakresie powództwo oddala;
3. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 23.910,00 zł (dwadzieścia trzy tysiące dziewięćset dziesięć złotych 00/100) tytułem zwrotu kosztów procesu.

SSO Ewa Gatz–Rubelowska

**Sygn. akt I C 585/19**

## UZASADNIENIE

Powód Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Sp. z o.o. wniósł o zasądzenie od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia – (...) w B. na swoją rzecz kwoty 261.848,61 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 21 sierpnia 2018 r. do dnia zapłaty oraz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W dalszym toku procesu pismem z dnia 23 sierpnia 2021 r. strona powodowa wniosła o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego w wysokości odpowiadającej dwukrotności stawki minimalnej.

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że zawarł z pozwanym:

- 1) Umowę nr (...) o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;
- 2) Umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – rehabilitacja lecznicza;
- 3) Umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej -ambulatoryjna opieka specjalistyczna”.

Zwrócono uwagę, że umowy były zmieniane w wyniku zawierania kolejnych aneksów. Strona powodowa wskazała, że na podstawie powyższych umów powód wykonywał działalność, której przedmiotem była praktyka lekarska ogólna. Powód zaznaczył, że wystawił faktury VAT na rzecz pozwanego za udzielone świadczenia opieki zdrowotnej. Strona powodowa zwróciła uwagę, że łączna dochodzona przez nią od pozwanego kwota wynikająca z wystawionych faktur

wynosi 261.848,61 zł. Powód wskazał, że wystosował do pozwanego ostateczne przedsądowe wezwania do zapłaty w dniu 10 sierpnia 2018 r., w których wskazał termin 7 dni o otrzymaniu wezwania na uregulowanie płatności. Strona powodowa wskazała także, że termin ten bezskutecznie upłynął w dniu 21 sierpnia 2018 r.

Nakazem zapłaty z dnia 20 grudnia 2018 r. wydanym w postępowaniu upominawczym Sąd Okręgowy w Bydgoszczy orzekł zgodnie z żądaniem pozwu (k. 708 akt).

Strona pozwana złożyła sprzeciw od nakazu zapłaty wnosząc o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powoda na swoją rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwany wskazał, że kwestionuje roszczenie powoda zarówno co do zasady jak i co do wysokości. Strona pozwana podniosła, że powód domagając się zapłaty żądanej kwoty nie zaoferował dowodów na okoliczność, że sporne świadczenia zostały wykonane. Pozwany zwrócił uwagę, że powód ograniczył się do jednostronnych oświadczeń, że takie świadczenia miały miejsce, przedstawiając jedynie faktury VAT, ostateczne wezwania do zapłaty oraz kopie umów. Wyjaśnił jednocześnie, że nie znajduje podstaw do finansowania świadczeń wykonanych wyłącznie na podstawie takich dowodów. Ponadto pozwany podniósł, że przeprowadził u powoda kontrolę w przedmiocie realizacji i rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej. W toku kontroli pozwany stwierdził uchybienia po stronie powoda. W sposób negatywny pod względem legalności i rzetelności oceniono nieudzielanie świadczeń przez psychologów, rozliczenie świadczeń ponad czas pracy określony w harmonogramie, sposób sprawozdania i rozliczenia świadczeń, które nie mają odzwierciedlenia w dokumentacji medycznej, udzielanie świadczeń niezgodnie z harmonogramem stanowiącym załącznik nr 2 do umowy (...) oraz sposób prowadzenia dokumentacji medycznej. W zaleceniach pokontrolnych wskazano, że powód winien zwrócić na rzecz pozwanego kwotę 251.965 zł poprzez korektę raportów statystycznych i faktur. Powód złożył zastrzeżenia do wystąpienia kontrolnego, które nie zostały uwzględnione. Ostatecznie pozwany potrącił kwotę 251.965 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie z wierzytelnościami powoda wynikającymi z pozwu na zasadzie art. 498 k.c.

W replice na sprzeciw powód wskazał, że pozwany wystawiając noty obciążeniowe, a następnie oświadczenia o potrąceniu wierzytelności dokonał dorozumianego potwierdzenia istnienia wierzytelności przysługującej powodowi. Jednocześnie powód zaznaczył, że po stronie pozwanego brak jest wierzytelności, która nadawałaby się do potrącenia z wierzytelnościami powoda. Strona powodowa zwróciła uwagę, że świadczenia lekarskie objęte kontrolą były świadczeniami w pełni jakościowymi, a sama kontrola nie wykazała jakoby wskutek udzielenia porad lekarskich w mniejszym niż wynikającym z Rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, przedziale czasowym, jakkolwiek pacjent poniósł szkodę lub doznał uszczerbku na zdrowiu. Powód zwrócił także uwagę, że zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego wadliwe prowadzenie dokumentacji medycznej, uchybienia formalne przy wykonywaniu umowy lub pominięcie wymogów formalnych, tylko wtedy będą skutkować obowiązkiem zwrotu świadczenia jako nienależnego, jeżeli trafiło ono do osoby nieuprawnionej do uzyskania go ze środków publicznych, w ogóle nie zostało wykonane lub bez dopełnienia wymogów formalnych nie ma możliwości zweryfikowania, czy cel umowy został osiągnięty.

W dalszym toku procesu strony podtrzymywały swoje dotychczasowe stanowiska w sprawie.

### **Sąd ustalił, co następuje:**

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Sp. z o.o. jest podmiotem, którego przedmiotem działalności jest m.in. praktyka lekarska ogólna.

### **dowód: odpis KRS powoda (k. 41-53 akt)**

Pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia – (...) w B. zawarł z powodem Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej (...) Sp. z o.o.:

1. Umowę nr (...) (nr pierwotny umowy (...)) o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;
2. Umowę nr (...) (nr pierwotny umowy (...)) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – rehabilitacja lecznicza;
3. Umowę nr (...) (nr pierwotny umowy (...)) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej -ambulatoryjna opieka specjalistyczna”.

Na podstawie powyższych umów powód udzielał świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej, leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Obowiązek finansowania świadczeń udzielanych przez powoda spoczywał na pozwanym.

**okoliczności bezsporne oraz dowody: umowa nr (...) wraz aneksami i ugodami (k. 81-210 akt), umowa nr (...) wraz z aneksami (k. 212-276 akt), umowa nr (...) wraz z aneksami i ugodami (k. 278-707 akt)**

Powód w ramach wykonania umowy udzielił świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom.

**okoliczność bezsporna oraz dowody: raporty statystyczne udzielonych świadczeń (k. 850-954 akt), zeznania świadków A. W. (k. 998-999 i k. 1001 akt), D. A. (k. 999 i k. 1001 akt), K. K. (1) (k. 999 i k. 1001 akt), W. W. (k. 999-1001 akt), P. K. (k. 1016-1018 akt), S. L. (k. 1046-1049 akt), J. T. (k. 1054-1060 akt)**

W dniu 31 marca 2018 r. powód za udzielone świadczenia opieki zdrowotnej w ramach świadczeń psychiatrycznych i leczenia uzależnień wystawił pozwanemu faktury VAT:

- nr (...) na kwotę 78.128,45 zł;
- nr (...) na kwotę 58.95 zł;
- nr (...) na kwotę 29,52 zł;
- nr (...) na kwotę 3.000 zł.

Pismem z dnia 10 sierpnia 2018 r. powód wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 81.157,97 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania tytułem wystawionych faktur nr (...). Pismo z wezwaniem do zapłaty doręczono pozwanemu w dniu 13 sierpnia 2018 r.

**dowody: faktury VAT nr (...) (k. 69-72 akt), ostateczne przedsądowe wezwanie do zapłaty z dnia 10 sierpnia 2018 r. wraz z potwierdzeniem odbioru (k. 54-58 akt)**

W dniu 31 marca 2018 r. powód za udzielone świadczenia opieki zdrowotnej w ramach świadczeń rehabilitacyjnych wystawił pozwanemu faktury VAT:

- nr (...) na kwotę 20.562,75 zł;
- nr (...) na kwotę 129,20 zł.

Pismem z dnia 10 sierpnia 2018 r. powód wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 20.691,95 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania tytułem wystawionych faktur nr (...). Pismo z wezwaniem do zapłaty doręczono pozwanemu w dniu 13 sierpnia 2018 r.

***dowody: faktury VAT nr (...) (k. 73-74 akt), ostateczne przedsądowe wezwanie do zapłaty z dnia 10 sierpnia 2018 r. wraz z potwierdzeniem odbioru (k. 59-63 akt)***

W dniu 31 marca 2018 r. powód za udzielone świadczenia opieki zdrowotnej w ramach świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wystawił pozwanemu faktury VAT:

- nr (...) na kwotę 116.983,45 zł;
- nr (...) na kwotę 108,08 zł;
- nr (...) na kwotę 124/45 zł;
- nr (...) na kwotę 7.200 zł;

a w dniu 30 kwietnia 2018 r. fakturę VAT nr (...) na kwotę 108.518,69 zł.

Pismem z dnia 10 sierpnia 2018 r. powód wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 159.998,69 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania tytułem wystawionych faktur nr (...). Pismo z wezwaniem do zapłaty doręczono pozwanemu w dniu 13 sierpnia 2018 r.

***dowody: faktury VAT nr (...) (k. 75-79 akt), ostateczne przedsądowe wezwanie do zapłaty z dnia 10 sierpnia 2018 r. wraz z potwierdzeniem odbioru (k. 64-69 akt)***

W okresie od dnia 10 kwietnia 2017 r. do dnia 14 czerwca 2017 r. pozwany przeprowadził kontrolę prawidłowości realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez powoda. Kontrola obejmowała okres od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zakończenia czynności kontrolnych.

W „Wystąpieniu pokontrolnym” z dnia 20 lipca 2017 r. stwierdzono nieprawidłowości w zakresie m.in. rozliczania świadczeń ponad czas pracy określony w harmonogramie, sprawozdawania i rozliczania świadczeń oraz sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej w szczególności jej nieczytelność, brak określenia stanu pacjenta czy zapisanych leków.

W celu uzyskania potwierdzenia wykonania przez psychologów sprawozdanych świadczeń Zespół kontrolny wysłał do pacjentów ankiety. Z uzyskanych odpowiedzi wynikało, że sprawozdane świadczenia zostały wykonane z wyjątkiem 6 porad o wartości 384 zł. Pozostałe nieprawidłowości dotyczyły sprawozdania do rozliczenia 16 oraz 3 porad lekarskich terapeutycznych -psychiatrycznych 0,5 godziny zamiast porad kontrolnych, w sytuacji, gdy w dokumentacji medycznej pacjentowi przepisano jedynie leki - wartość tych nieprawidłowości wyniosła odpowiednio 864 zł i 162 zł.

Pismem z dnia 31 lipca 2017 r. powód wskazał, że nie zgadza się z twierdzeniami zawartymi w Wystąpieniu pokontrolnym, a tym samym z nałożonymi sankcjami finansowymi.

Prezes NFZ nie uwzględnił też zażalenia powoda na czynności Dyrektora Oddziału (...) wykonane w toku realizacji umowy.

***dowody: Wystąpienie pokontrolne wraz z załącznikami (k. 746-760 akt), protokół kontroli (k. 761-766 akt), zeznania świadków M. G. (k. 962-963 i k. 966 akt), K. K. (2) (k. 963-964 i k. 966 akt) i E. S. (k. 964-966 akt), zastrzeżenia do Wystąpienia pokontrolnego (k. 738-745 akt), decyzja prezesa NFZ (k. 724-730 akt)***

Pozwany złożył powodowi oświadczenia o potrąceniu wierzytelności:

1. pismem z dnia 16 kwietnia 2018 r. potrącono łącznie kwotę 108.955,87 zł;
2. pismem z dnia 17 kwietnia 2018 r. potrącono łącznie 117.215,98 zł;

3. pismem z dnia 16 maja 2018 r. potrącono łącznie 35.676,76 zł.

**dowody: oświadczenia o potrąceniu (k. 721-723 akt)**

Ze względu na czas trwania wizyt lekarskich można wyodrębnić ich 3 rodzaje: kontrolną – ok. 15 min, diagnostyczną – ok. 30 min. i terapeutyczną – ok. 45 min. P. udzielane przez powoda m.in. w zakresie opieki psychiatrycznej miały jednak specyficzny charakter. Nie dało się w jednoznaczny sposób ocenić jaka będzie długość wizyty pacjenta u lekarza. Tym bardziej, że każdy przypadek leczenia należy analizować odrębnie, a pacjentowi przeznaczają się tyle czasu ile potrzebuje, w zależności od jego stanu i okoliczności. U powoda niejednokrotnie zdarzały się przypadki nagłe i wcześniej niezarejestrowane, które wymagały pomocy, a ona była im udzielana.

**dowody: zeznania świadków A. W. (k. 998-999 i k. 1001 akt), D. A. (k. 999 i k. 1001 akt), K. K. (1) (k. 999 i k. 1001 akt), W. W. (k. 999-1001 akt), P. K. (k. 1016-1018 akt), S. L. (k. 1046-1049 akt), J. T. (k. 1054-1060 akt).**

Powyższy stan faktyczny pozostawał w znacznej części bezsporny między stronami.

Co do spornych części, Sąd dokonał ustaleń faktycznych na podstawie w/w dokumentów złożonych przez strony w toku postępowania, jak również na podstawie zeznań świadków A. W., D. A., K. K. (1), W. W., P. K., S. L., J. T., M. G., K. K. (2) i E. S..

Sąd uznał za wiarygodne oraz przydatne dla rozstrzygnięcia przedmiotowej sprawy dokumenty zebrane w aktach sprawy, albowiem zostały one sporządzone we właściwej formie, przewidzianej dla danego typu dokumentów. Ponadto autentyczność tych dokumentów nie budziła wątpliwości Sądu ani stron postępowania.

Sąd dał wiarę zeznaniom świadków A. W., D. A., K. K. (1), W. W., P. K., S. L. i J. T., gdyż były one spójne, logiczne i korespondowały wzajemnie ze sobą oraz pozostałym materiałem dowodowym. Przede wszystkim świadkowi ci jako lekarze udzielali świadczeń pacjentom w powodowej jednostce, przez co wiedzieli jak wygląda prowadzenie dokumentacji medycznej, rozliczanie porad i jak w praktyce kształtował się czas poszczególnych wizyt. Wskazywali oni, że w okresie kontroli, praktyką było ręczne wypisywanie kartotek, co wraz z dużą liczbą przyjmowanych pacjentów mogło prowadzić do nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej. Ponadto świadkowie ci zwracali uwagę, że powodowa jednostka przyjmowała pacjentów ponad normy, na co pozwany wyrażał zgodę zawierając umowy do umów o świadczenie opieki zdrowotnej.

Za wiarygodne Sąd uznał także zeznania M. G., K. K. (2) i E. S., gdyż były spójne, logiczne i korespondowały wzajemnie ze sobą oraz pozostałym materiałem dowodowym. Świadkowie ci wskazywali na okoliczności przeprowadzonej kontroli oraz nieprawidłowości, które stwierdzono w powodowej jednostce.

**Sąd zważył, co następuje:**

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie w znacznej części.

Powód domagał się zasądzenia od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia – (...) w B. na swoją rzecz kwoty 261.848,61 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 21 sierpnia 2018 r. do dnia zapłaty oraz kosztów procesu.

W tym miejscu Sąd zwraca uwagę, że zasadność żądania powoda była uzależniona od udowodnienia przez niego:

- zawarcia z pozwanym umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej oraz ambulatoryjnej opieki medycznej;
- wykonania przez powoda świadczeń w ramach realizacji w/w umów, które stało się podstawą wystawienia faktur załączonych do pozwu;

- braku uregulowania przez pozwanego należności udokumentowanych w/w fakturami;

- braku istnienia wzajemnego roszczenia pozwanego, które mogłoby zostać skutecznie przedstawione do potrącenia z wierzytelnościami powoda.

Bezspornym w sprawie pozostawało związanie stron umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Sąd zwraca uwagę, że strona pozwana nie wypowiedziała się w jakikolwiek sposób co do samego faktu związania z powodem przedmiotowymi umowami. W związku z powyższym fakty te Sąd uznał za przyznane w oparciu o przepis art. 230 k.p.c. Stosownie do jego treści gdy strona nie wypowie się co do twierdzeń strony przeciwnej o faktach, sąd, mając na uwadze wyniki całej rozprawy, może fakty te uznać za przyznane.

Pozwany kwestionował natomiast samo udzielenie świadczeń przez powoda. Nie sposób jednak zgodzić się z takimi twierdzeniami pozwanego. Pozwany składając oświadczenia o potrąceniu wzajemnych wierzytelności w sposób dorozumiany przyznał, że istnieje wierzytelność przysługująca powodowi z tytułu wykonania świadczeń zdrowotnych objętych załączonymi do pozwu fakturami VAT. Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Sądu Najwyższego „przyznanie może nastąpić zarówno wprost jak i w sposób dorozumiany (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 października 2005 r., sygn. akt V CK 260/05). Na gruncie przedmiotowej sprawy należy wskazać, że fakt istnienia wierzytelności przysługującej powodowi, a wynikający z wystawionych przez niego faktur, nie wymaga dowodu zgodnie z dyspozycją art. 229 k.p.c. Co więcej, dowodem potwierdzającym wykonanie na rzecz pacjentów usług medycznych były raporty statystyczne, których zresztą pozwany nie kwestionował.

Brak zapłaty kwoty 261.848,61 zł wynikającej z faktur załączonych do pozwu także pozostaje okolicznością bezsporną. Kwota ta nie została przez pozwanego uiszczona ani w całości ani w części.

Podkreślenia wymaga, że kwestią sporną w sprawie pozostawało jedynie potrącenie wzajemnych świadczeń stron przez pozwanego. W toku postępowania ustalono, że podczas kontroli stwierdzono nieprawidłowości w zakresie m.in. rozliczania świadczeń ponad czas pracy określony w harmonogramie, sprawozdawania i rozliczania świadczeń oraz prowadzenia dokumentacji medycznej.

Stosownie do treści art. 498 k.c. gdy dwie osoby są jednocześnie względem siebie dłużnikami i wierzycielami, każda z nich może potrącić swoją wierzytelność z wierzytelności drugiej strony, jeżeli przedmiotem obu wierzytelności są pieniądze lub rzeczy tej samej jakości oznaczone tylko co do gatunku, a obie wierzytelności są wymagalne i mogą być dochodzone przed sądem lub przed innym organem państwowym. Wskutek potrącenia obie wierzytelności umarzają się nawzajem do wysokości wierzytelności niższej. W przedmiotowej sprawie Sąd doszedł do przekonania, że oświadczenie o potrąceniu złożone przez pozwanego jest skuteczne jedynie w zakresie kwot: 384 zł, 864 zł i 162 zł.

W orzecznictwie wskazano, że wadliwe prowadzenie dokumentacji medycznej, uchybienia formalne przy wykonywaniu umowy lub pominięcie wymogów formalnych, tylko wtedy będą skutkować obowiązkiem zwrotu świadczenia jako nienależnego, jeżeli trafiło ono do osoby nieuprawnionej do uzyskania go ze środków publicznych, w ogóle nie zostało wykonane lub bez dopełnienia wymogów formalnych nie ma możliwości zweryfikowania, czy cel umowy został osiągnięty. Uzasadnianie zwrotu świadczenia błędami formalnymi, które nie miały żadnego wpływu na formalne i materialne uprawnienie pacjenta, jest przerzucaniem obowiązku finansowania leczenia z NFZ na powoda lub pacjenta. Na gruncie § 28 rozporządzenia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku stwierdzenia przez oddział wojewódzki Funduszu przekazania świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych (Dz. U. Nr 81, poz. 484) nie można tak samo traktować świadczeniodawców, którzy uzyskali środki publiczne, bez zrealizowania świadczeń, otrzymali zapłatę za świadczenia nieznajdujące się w wykazie świadczeń gwarantowanych, nieobjęte przedmiotem umowy i tych, którzy wykonali świadczenia gwarantowane w ramach umowy na rzecz osób formalnie i materialnie uprawnionych, a nie dochowali jedynie wymogów formalnych (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 listopada 2017 r., sygn. akt III CSK 296/16).

Stosunek między NFZ, a świadczeniodawcą ma charakter zobowiązania umownego, którego powstanie i wykonanie w sprawach nieuregulowanych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych podlega ocenie z punktu widzenia prawa cywilnego (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 25 marca 2004 r., sygn. akt II CK 207/03, nie publ., z dnia 10 grudnia 2004 r., sygn. akt III CK 134/04, OSP 2005, z. 6, poz. 79, i z dnia 22 maja 2014 r., sygn. akt IV CSK 536/13, nie publ.). Zgodnie z art. 155 u.ś.o.z do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy tej ustawy nie stanowią inaczej. W umowie łączącej strony, zgodnie z art. 65 § 2 k.c., należało zatem, obowiązki kontraktowe powoda wyklądać z uwzględnieniem zamiaru stron i celu umowy oraz tłumaczyć tak, jak tego wymagają zasady współżycia społecznego. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej mają zapewnić, aby pacjent uzyskał przysługujące mu świadczenia zgodnie z zasadami wynikającymi z wiedzy medycznej oraz by trafiały one do osób, które mają do tego prawo. Szczegółowe postanowienia umowy, w tym współkształtujące jej treść zarządzenie nr (...), należało zatem interpretować uwzględniając nadrzędny cel, któremu miały służyć. Także w tych stosunkach umownych dłużnik powinien wykonać zobowiązanie zgodnie z jego treścią i w sposób odpowiadający jego celowi społeczno-gospodarczemu oraz zasadom współżycia społecznego, a jeżeli istnieją w tym zakresie ustalone zwyczaje - także w sposób odpowiadający tym zwyczajom i w taki sam sposób powinien współdziałać przy wykonywaniu zobowiązania wierzyciel (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 maja 2014 r., sygn. akt IV CSK 536/13, nie publ.).

W przedmiotowej sprawie nie budziło wątpliwości Sądu, że powód wykonał w pełni jakościowe świadczenia usług medycznych na rzecz pacjentów. Nie było to kwestionowane w protokole pokontrolnym. Również świadek K. K. (2) osoba dokonująca kontroli zeznała, iż nie zakwestionowano jakości porad a jedynie czas ich wykonania. Nieprawidłowości o charakterze formalnym nie miały natomiast wpływu na jakość udzielanej opieki zdrowotnej. Nie uszło uwadze Sądu, że ze względu na czas trwania wizyt lekarskich można wyodrębnić ich 3 rodzaje: kontrolna – ok. 15 min, diagnostyczna – ok. 30 min. i terapeutyczna – ok. 45 min. P. udzielane przez powoda m.in. w zakresie opieki psychiatrycznej miały jednak specyficzny charakter. Nie dało się w jednoznaczny sposób ocenić jaka będzie długość wizyty pacjenta u lekarza. Tym bardziej, że każdy przypadek leczenia należy analizować odrębnie, a pacjentowi przeznaczają się tyle czasu ile potrzebuje, w zależności od jego stanu i okoliczności. U powoda niejednokrotnie zdarzały się przypadki nagłe i niezarejestrowane, które wymagały pomocy, a ona była im udzielana. Z rejestrowanych wizyt wynika, że (...) przyjmował wielu pacjentów, także ponad normę czasu pracy. Co więcej, pozwany fundusz akceptował taką sytuację, czego dowodem są ugody zawierane do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Podkreślić należy jednak, iż w protokole pokontrolnym w przeważającej części zakwestionowano czas trwania porad, sposób prowadzenia dokumentacji medycznej i inne wymogi formalne udzielonych świadczeń nie zakwestionowano jednak samego ich udzielenia oraz jakości z punktu widzenia pacjenta. W sytuacjach spornych (gdy sprawozdawane porady nie miały odzwierciedlenia w dokumentacji medycznej) w celu uzyskania potwierdzenia wykonania przez psychologów sprawozdanych świadczeń Zespół kontrolny wysłał do pacjentów ankiety. Z uzyskanych odpowiedzi wynikało, że sprawozdane świadczenia zostały wykonane z wyjątkiem 6 porad o wartości 384 zł., w tym zakresie Sąd Okręgowy uznał potrącenie pozwanego za zasadne. Pozostałe nieprawidłowości tj. sprawozdania do rozliczenia 16 i następnie 3 porad lekarskich terapeutycznych podczas, gdy dokumentacja wskazywała na wizytę kontrolną Sąd także uznał za prawidłowo wykazane do potrącenia, gdyż wadliwość i nierzetelność dokumentacji nie pozwoliła na zweryfikowanie udzielonej porady i jej wyceny. Wartość nieprawidłowości wyniosła tu odpowiednio 864 zł i 162 zł. Pozostałe uchybienia formalne wskazane w protokole pokontrolnym tj. dotyczące czasu pracy psychologów, wykonywanie usług niezgodnie z godzinami z harmonogramu nie miały wpływu na wykonanie usług medycznych i ich jakość.

Mając powyższe na względzie Sąd w pkt 1 wyroku zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 260.438,61 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 21 sierpnia 2018 r. do dnia zapłaty. Sąd zasądził odsetki ustawowe za opóźnienie zgodnie z żądaniem pozwu w tym zakresie na podstawie art. 481 k.c., gdyż najpóźniej w tym terminie pozwany dysponował wszelkimi danymi koniecznymi do spełnienia roszczenia na rzecz powoda bez zbędnej zwłoki, po upływie 7-dniowego terminu od dnia doręczenia pozwanemu wezwania do zapłaty przez powoda (k. 54-69 akt).

W pkt 2 wyroku Sąd oddalił powództwo w pozostałym zakresie, uznając za skuteczne potrącenie dokonane przez pozwanego w zakresie kwot 384 zł, 864 zł i 162 zł.

O kosztach procesu orzeczono w pkt 3 wyroku z uwzględnieniem wyniku sprawy, którą pozwany przegrał w znaczącej części. Zgodnie z treścią art. 100 k.p.c. zdanie drugie. Sąd może włożyć na jedną ze stron obowiązek zwrotu wszystkich kosztów, jeżeli jej przeciwnik uległ tylko co do nieznaczącej części swego żądania. Na koszty procesu, które poniósł powód składały się opłata od pozwu – 13.093 zł, koszty zastępstwa procesowego – 10.800 zł oraz opłata skarbową od pełnomocnictwa – 17 zł. Z tego tytułu zasądzone od pozwanego na rzecz powoda kwotę 23.910 zł (13.093 zł + 10.800 + 17 zł) tytułem zwrotu kosztów procesu. Wysokość przyznanych powodowi kosztów zastępstwa procesowego Sąd ustalił na podstawie § 2 pkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych.

Sąd wskazuje, że wniosek strony powodowej o przyznanie kosztów zastępstwa w podwójnej wysokości nie zasługiwał na uwzględnienie, gdyż wkład pracy radcy prawnego w przyczynienie się do wyjaśnienia okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, jak również do wyjaśnienia i rozstrzygnięcia istotnych zagadnień prawnych budzących wątpliwości w orzecznictwie i doktrynie nie uzasadniał zasądzenia kosztów w podwójnej wysokości, a zasądzona stawka w pełni uwzględniała jego udział w sprawie.

SSO Ewa Gatz-Rubelowska