

Sygn. akt XIV C 621/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 05 maja 2016 roku

Sąd Okręgowy w Poznaniu XIV Wydział Cywilny z siedzibą w P.

w składzie następującym:

Przewodniczący SSO Jan Sterczała

Protokolant st. sekr. sąd. Ewa Szumiło

po rozpoznaniu w dniu 21 kwietnia 2016 roku w P.

sprawy z powództwa (...) **S.A. w W.**

przeciwko **Szpitalowi (...)(...)R. D. w C.**

o zapłatę

1. oddała powództwo;
2. zasądza od powoda na rzecz pozwanego kwotę 7 217 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego;
3. nakazuje ściągnąć od powoda na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Poznaniu kwotę 6 625 zł tytułem nieuiszczonej opłaty od pozwu.

J. Sterczała

Początek uzasadnienia ustnego. Pozwem z dnia 3 kwietnia 2015 roku, data wpływu, strona powodowa (...) S. A. w W. wniósł o zasądzenie od pozwanego Szpitala (...)(...)R. D. w C. kwoty 88332 złote z ustawowymi odsetkami liczonymi od kwot 44166 złotych od dnia 1 maja 2012 roku do dnia zapłaty, od kwoty (...) od dnia 1 lipca 2012 roku do dnia zapłaty i o zasądzenie kosztów procesu. W uzasadnieniu pozwu stwierdzono między innymi, że powód dochodzi zapłaty składki nieopłaconej z tytułu umowy ubezpieczenia obowiązkowego na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych numer 2 PO (...). W umowie uzgodniono wysokość składki oraz terminy płatności, z czego pozwany się nie wywiązał. Zarządzeniem z dnia 20 kwietnia 2015 roku Wydział Gospodarczy Sądu Okręgowego przekazał sprawę Wydziałowi XII, a tenże następnie przekazał sprawę Wydziałowi XIV Cywilnemu z siedzibą w P.. Nakazem zapłaty w postępowaniu upominawczym z dnia 10 czerwca 2015 roku, Sąd uwzględnił powództwo w całości i obciążył stronę pozwaną kosztami procesu. Strona pozwana wniosła skuteczny sprzeciw od nakazu zapłaty, wnosząc o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu. Strona pozwana w szczególności podała, iż stan faktyczny w sprawie nie jest przedmiotem sporu. Fakt zawarcia umowy nie został zakwestionowany, niemniej jednak strona pozwana stwierdziła, iż skutecznie odstąpiła od zawartej umowy pismem doręczonym stronie powodowej, w związku z czym powództwo jest bezzasadne. W dalszym toku postępowania, strony zasadniczo podtrzymały swoje dotychczasowe stanowiska, z tym że strona powodowa rozszerzyła powództwo o kwotę 132498 złotych z odsetkami od kwot 44166 złotych od dnia 1 września 2012 roku, 44166 złotych od dnia 2 listopada 2012 roku, 44166 złotych od dnia 2 stycznia 2013 roku tytułem kolejnych wymagalnych rat, w pozostałym zakresie podtrzymało swoje stanowisko. Rozszerzenie powództwa wynikało wyłącznie z kolejnych okresów płatności składki, z tejże samej umowy. Sąd ustalił następujący stan faktyczny. Po przeprowadzeniu procedury przetargowej trybu prawo o zamówieniach publicznych, pozwany Szpital (...)(...) D. w C. zawarł ze stroną powodową (...) Spółka Akcyjna obowiązkowe ubezpieczenie na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych, polisa numer (...). Uzgodniona składka do zapłaty została rozłożona na

raty, z terminami płatności 31 stycznia 2012 roku, 30 kwietnia 2012 roku, 31 lipca 2012 roku, 31 października 2012 roku. W treści polisy podano okres ubezpieczenia od 1 stycznia 2012 roku do 31 grudnia 2012 roku. Przedmiotem ubezpieczenia była szkoda majątkowa lub niemajątkowa będąca następstwem zdarzenia medycznego, o którym mowa w artykule 67a ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Umowa została zawarta w wykonaniu obowiązku ustawowego, który nakłada na Szpital zawarcie tej umowy. Pismem z dnia 23 marca 2012 roku pozwany zwrócił się do powoda z oświadczeniem w przedmiocie odstąpienia od zawartej umowy. Na początku pisma stwierdzono: "Odstępujemy od umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych potwierdzonych polisą (...)". W uzasadnieniu pisma stwierdzono między innymi, że: "W chwili składania ofert przez ubezpieczyciela znany był projekt rozporządzenia z dnia 25 października 2011 roku i według informacji, jakie posiadała strona, był ten projekt podstawą do wyliczenia odpowiednich co do wysokości składek. Natomiast analizując stosowne zapisy rozporządzenia, projektu z dnia 25 października 2011 roku oraz biorąc pod uwagę fakt, że rozporządzenie weszło w życie 23 lutego 2012 roku, strona pozwana doszła do wniosków następujących, że oferty cenowe składane przez ubezpieczyciela pod koniec 2011 roku, były składane w warunkach niepewności co do ostatecznego kształtu rozporządzenia. Analiza zapisów opublikowanego rozporządzenia wykazuje różnice w porównaniu z projektem w zakresie szkód polegających na zakażeniu, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia. Wykreślono z tabeli paragraf 5 pozycja 12, zgodnie z którą każdy przypadek wystąpienia działania niepożądanego związanego z zastosowaniem produktu leczniczego lub incydentu medycznego związanego z użyciem wyrobu medycznego skutkowałby wypłatą 5000 złotych. Analiza sposobu wyliczania świadczenia w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pozwala wysnuć tezę, że maksymalna możliwa do uzyskania kwota świadczenia przy najcięższych stanach oscyluje w granicach 60000 złotych. W zakresie szkód polegających na śmierci pacjenta, które są obciążone potencjalnym ryzykiem najwyższych wypłat świadczeń, mamy do czynienia ze zmianą podejścia do wyliczenia świadczenia w miejsce obligatoryjnych trzech progów wypłat przewiduje się (...) dla spadkobierców [? 00:08:44.080], (...) dla innych wymienionych spadkobierców [? 00:08:50.039] oraz (...) dla pozostałych spadkobierców, ale wprowadzono kompletnie inne rozwiązanie. Podano również inne cytaty z rozporządzenia i projektu, które zdaniem pozwanego pozwalają na wniosek, że w wyniku wejścia w życie rozporządzenia, w istotny sposób zmieniło się ryzyko wypłaty pewnej sumy ubezpieczenia. Faktem jest kluczowe przeoczenie poziomu ryzyka, jakie jest transferowane na ubezpieczyciela, co w efekcie powinno skutkować niższym poziomem wymaganej składki. Biorąc pod uwagę negatywne stanowisko w zakresie rekalkulacji składki, należy zauważyć, że wykonanie umowy w dotychczasowym jej kształcie nie leży w interesie publicznym. Zachodzą zatem przesłanki dokonania odstąpienia od zawartej umowy, określone w artykule 145 ustęp 1 ustawy Prawo zamówień publicznych. W myśl tego przepisu, na który powołała się strona pozwana, w razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodujących, iż wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o tych okolicznościach. Należy zwrócić uwagę, że w treści pisma, powołano się również na kwestię możliwości zmiany regulacji prawnej dotyczącej obligatoryjności zawarcia przedmiotowych umów ubezpieczenia. W odpowiedzi na pismo, powód pismem z dnia 16 kwietnia 2012 roku, strona powodowa wyraziła pogląd o nieskuteczności odstąpienia od zawartej umowy ubezpieczenia. Przedstawiony wyżej stan faktyczny w niniejszej sprawie był bezsporny, wynikał on jednak również z dowodów w postaci dokumentów: polisy - karta 8-9, aneksu do umowy ubezpieczenia - karta 13, historii wpłat - karta 14, wezwania do zapłaty - karta 15, pisma - karta 17 do 21, zlecenie płatnicze - karta 22, dokumentacji przetargowej - karta 46 do 68, pisma pozwanego - karta 69 do karty 73, pisma strony powodowej - karta 74 do 75, zestawienia księgowego - karta 95 do karty 116, orzeczeń o braku zdarzeń medycznych - karta 117 do karty 127, nadto na podstawie zeznań strony pozwanej, za którą przesłuchano dyrektora pozwanej - karta 264. Przedstawiony stan faktyczny był niesporny, strony odmiennie oceniały jego konsekwencje prawne, skutki prawne, w szczególności oświadczenia odstąpienia od umowy. Poza sporem jest, że strony zawarły umowę ubezpieczenia, której ogólna definicja znajduje się w artykule 805 kodeksu cywilnego - przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Poza sporem jest, że strony umowę ubezpieczenia zawarły. Podkreślenia wymaga, że zawarcie umowy nastąpiło przez stronę pozwaną w wykonaniu obowiązku wynikającego w chwili jej zawarcia z artykułu 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej Dziennik Ustaw pozycja 654, Dziennik Ustaw jest z 1 marca 2011 roku. Niezawarcie umowy w świetle takiej a nie innej regulacji wówczas obowiązującej

groziło poważnymi konsekwencjami stronie pozwanej - Zakładowi Opieki Zdrowotnej. Nie ulegało też wątpliwości, że zawarcie tejże umowy było poprzedzone procedurą przetargową przewidzianą w prawie zamówień publicznych, zatem kwestia ewentualnego odstąpienia w przypadku zaistnienia przewidzianych ustawą okoliczności jest, byłaby uzasadniona treścią artykułu 145 ustęp 1 ustawy Prawo zamówień publicznych. Przepis ten stanowi: w razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o tych okolicznościach. Poza sporem jest, że strona pozwana w omówionym wyżej piśmie z marca 2012 roku złożyła oświadczenie odstąpienia od umowy, wywodząc, że takie okoliczności zaistniały, przynajmniej powołano się na treść rozporządzenia, które odbiegało w swej treści od projektu.

[K00:16:41.521]

Dzień dobry, czy jest przerwa może?

[(...):16:49.313]

...co miało wpływ na wysokość składki, wyraźnie powołano się również na kwestię dyskusji na temat obligatoryjności zawarcia tej umowy. Nie budziło również sporu, iż obowiązek zawarcia przedmiotowej umowy został uchylony w efekcie wejścia w życie ustawy z dnia 14 czerwca 2012 roku o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dziennik Ustaw z 29 czerwca 2012 roku, pozycja 742). Przepis artykułu 11 ustęp 2 tejże ustawy, zmienił termin obligatoryjnego zawarcia umowy ubezpieczenia i termin ten został wydłużony. Ustawa weszła w życie w dniu 30 czerwca 2012 roku. Analizując więc ten przepis przejściowy w połączeniu z treścią przepisu artykułu 11 ustęp 2, co nie budziło też wątpliwości stron, ta właśnie ustawa wstecz uchyliła obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia i to uchyliła go z mocą wsteczną. Powstaje zatem pytanie podstawowe dla rozstrzygnięcia sprawy o skuteczność złożonego oświadczenia o odstąpieniu od umowy. Analizując stan prawny Sąd uznał, że odstąpienie było skuteczne z dwóch względów, niezależnych od siebie. Każdy z tych względów dawał podstawę do skorzystania przez pozwanego z możliwości odstąpienia od umowy. Niewątpliwie, zacytowana przez stronę pozwaną treść rozporządzenia, które zmieniał sposób kalkulacji składek, które mogą mieć wpływ na kalkulację składek, zmieniało limity w stosunku do oczekiwanych przez stronę przy zawarciu umowy, w stosunku do projektu z 2011 roku. Niewątpliwie była to okoliczność, która nie mogła być do przewidzenia przy zawarciu umowy i która uzasadniała możliwość odstąpienia od tej umowy. Należy uznać, że wykonanie umowy nie leżało w interesie publicznym, co wynika bowiem jednoznacznie z zeznań strony pozwanej, niezakwestionowanych zresztą przez stronę powodową. Podmiot zdrowotny zawarł umowę tylko z uwagi na istniejący ustawowy obowiązek, tylko i wyłącznie, nie było żadnych ekonomicznych przesłanek, by taką umowę zawierać. Umowa ta była umową niekorzystną z bardzo wysoką składką, przy stosunkowo niskim prawdopodobieństwie skorzystania z pomocy ubezpieczeniowej. Składka musiała zostać uiszczona ze środków własnych Szpitala, żadnych specjalnych środków na ten cel Narodowy Fundusz Zdrowia nie przekazał i przekazać na ten cel nie mógł. Konstatacja ta jest oczywista, gdyż ani wcześniej, ani później takiej umowy Szpital nie zawierał, gdyż uznawał ją za niekorzystną - w szczególności przy tak bardzo wysokiej składce w odniesieniu chociażby do osiągniętych przez Szpital zysków przepływów pieniężnych [ns 00:21:23.333] aktywów, które wynikają też jednoznacznie z akt spraw. W związku z tym, że pozwany dochował termin 30-dniowy, a mianowicie od wejścia w życie rozporządzenia, które odmiennie od oczekiwań regulowało materię ubezpieczeń obowiązkowych, Sąd uznał, że odstąpienie było skuteczne. Nie leżało wykonanie umowy dalej w interesie publicznym, zdaniem Sądu nie ma żadnych racji do takich właśnie twierdzeń. Wręcz przeciwnie, można stwierdzić, że zaoszczędzone środki, mogły być przeznaczone na - w szczególności - leczenie pacjentów. Jeżeli nawet nie podzielić tego właśnie argumentu, to zdaniem Sądu są podstawy do uznania tego odstąpienia za skuteczne z uwagi na wygaśnięcie obowiązku zawarcia takiej umowy, które to wygaśnięcie wynikało z już cytowanej noweli do ustawy o działalności leczniczej, mowa oczywiście o nowelizacji, która weszła w życie 30 czerwca 2012 roku. Z całą pewnością należy uznać, że tę właśnie okoliczność wygaśnięcia obowiązku i to z mocą wsteczną należy potraktować, jako istotną zmianę okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leżało w interesie publicznym. Tak jak już była mowa, uzasadnieniem zawarcia umowy tylko i wyłącznie była nie chęć uzyskania ochrony ubezpieczeniowej, lecz obowiązek ustawowy. Z całą pewnością przy zawarciu umowy strony nie mogły przewidzieć możliwości uchylecia tego obowiązku z mocą wsteczną. Rzecz jasna, odstąpienie od umowy nastąpiło przed wejściem w życie ustawy, natomiast - tak jak już była mowa - obowiązek ten został uchylony wstecz. Zatem z całą pewnością, nie można mówić o niedochowaniu poprzez stronę pozwaną terminu przewidzianego w artykule 145 ustęp 1 ustawy Prawo zamówień publicznych. Termin ten

upłynąłby zdaniem Sądu 30 dni od wejścia w życie ustawy, czyli upłynąłby z końcem lipca 2012 roku, a należy mieć na względzie, że oświadczenie o odstąpieniu zostało złożone w marcu, również z powołaniem na okoliczność możliwej utraty obligatoryjności, możliwego odstąpienia od obligatoryjności zawarcia tej umowy. Zdaniem Sądu wystarczające było złożenie oświadczenia w marcu 2012 roku o odstąpieniu od umowy, po wejściu w życie nowelizacji, zdaniem Sądu już strona nie musiała [? 00:24:48.461] składać ponownego oświadczenia o odstąpieniu od umowy. Co więcej, gdyby przyjąć, iż z uwagi na jeszcze nie wejście w życie nowelizacji odstąpienie w marcu było na ten moment jeszcze nieskuteczne, to z całą pewnością stało się ono skuteczne w chwili wejścia w życie tej nowelizacji. Innego tutaj rozwiązania Sąd nie dopuszcza. Czyli najpóźniej oświadczenie stało się skuteczne poprzez wejście tej właśnie nowelizacji, natomiast moment wygaśnięcia umowy, to oczywiście chwila złożenia tego oświadczenia. Było poza sporem, że strona pozwana nie chciała płacić składek jedynie w przód od momentu zawarcia..., od momentu złożenia oświadczenia o odstąpieniu od umowy. Podsumowując Sąd uznał, że strona pozwana skutecznie skorzystała z uprawnienia przewidzianego w artykule 145 ustęp 1 ustawy Prawo zamówień publicznych. Złożyła skuteczne oświadczenie o odstąpieniu od umowy, gdyż zaistniały ku temu odpowiednie przesłanki, dlatego też bezzasadne było roszczenie o zasądzenie składek za kolejne okresy po odstąpieniu od umowy. Powództwo dlatego należało oddalić. O kosztach procesu orzeczono na podstawie artykułu 98 paragraf 1 kpc i zasądzono od strony powodowej jako przegrywającej proces kwotę zastępstwa... kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych w kwocie 7217 złotych. Na kwotę tą składało się wynagrodzenie pełnomocnika 7200 złotych oraz opłata skarbową od pełnomocnictwa 17 złotych. Natomiast w punkcie trzecim wyroku nakazano pobrać od strony powodowej, opłatę sądową od rozszerzonej części powództwa. Koniec uzasadnienia ustnego.

[**K. części** 00:27:03.987]