

Súd: Okresný súd Bratislava I
Spisová značka: 25C/61/2006
Identifikačné číslo súdneho spisu: 1105234458
Dátum vydania rozhodnutia: 04. 12. 2013
Meno a priezvisko sudcu, VSÚ: Mgr. Patricia Skotnická
ECLI: ECLI:SK:OSBA1:2013:1105234458.17

ROZSUDOK V MENE SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Okresný súd Bratislava I sudkyňou Mgr. Patriciou Skotnickou v právnej veci navrhovateľa C.. X. D., bývajúceho v L. X., T. X, zastúpeného JUDr. Zuzanou Lapárovou, advokátkou, so sídlom v Nových Zámkoch, Forgáčova bašta 7, proti odporcovi DÓVERA zdravotná poisťovňa, a.s., IČO: 35 942 436, so sídlom v Bratislave, Einsteinova 25, o zaplatenie 5.440,87 eur s prísl., takto

rozhodol:

Odporca je povinný zaplatiť navrhovateľovi istinu vo výške 5.440,87 eur spolu s úrokom z omeškania vo výške 9% ročne zo sumy 5.440,87 eur od 11.10.2003 do zaplatenia a zaplatiť mu trovy konania vo výške 5.617,15 eur, k rukám právnej zástupkyne navrhovateľa, všetko do 3 dní od právoplatnosti rozsudku.

odôvodnenie:

Navrhovateľ sa návrhom podaným cestou Krajského súduv Bratislave domáhal voči právnomu predchodcovi odporcu (SIDERIA-ISTOTA, združená zdravotná poisťovňa) zaplatenia sumy 163.911,59 Sk (5.440,87 eur) s príslušenstvom titulom čiastočného uhradenia faktúr za poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Uviedol, že v zmysle Zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. N404/19/1/00001/1998 zo dňa 01.06.1998 (ďalej len "zmluva") poskytoval poisťovcom odporcu zdravotnú starostlivosť. V súlade so zmluvou, po ukončení každého mesiaca zaslal odporcovi faktúru spolu s UZD a disketou, s tým, že odporca bol povinný uhradiť fakturovanú sumu do 30 dní od doručenia dokladov. Odporca pristúpil k čiastočnému zaplateniu faktúr za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v mesiacoch február, marec, apríl, jún a august 2003 v celkovej sume 13.187,79 eur (397.295,32 Sk), pričom k úhrade ostala suma zodpovedajúca žalovanej istine.

Súd vydal vo veci dňa 09.11.2005 platobný rozkaz, č.k. 1Ro 2791/2005-19, voči ktorému podal právny predchodca odporcu odpor s odôvodnením a žiadosťou o odpustenie zmeškania lehoty na podanie odporu, ktorej bolo uznesením zo dňa 16.03.2006, č.k. 1 Ro 2791/2005-121, vyhovené. Odporca považoval návrh navrhovateľa za nedôvodný, pretože ku kráteniu faktúr pristúpil na základe výsledkov internej revízie vykonanej revíznym lekárom, čo bolo navrhovateľovi oznámené listami zo dňa 14.04.2003, 13.05.2003, 12.06.2003, 12.08.2003 a 09.10.2003, voči ktorým navrhovateľ mohol podať námietky v lehote 5 dní odo dňa ich doručenia. Keďže navrhovateľ námietky ani v jednom prípade neuplatnil, odporca postupoval v súlade so závermi internej revízie a krátil sumu úhrady za fakturovanú zdravotnú starostlivosť.

Súd po vykonaní dokazovania rozsudkom zo dňa 18.10.2007, č.k. 25C 61/2006-161, návrh navrhovateľa zamietol a odporcovi náhradu trov konania nepriznal. Mal za preukázané, že žaloba na plnenie v danom prípade nie je dôvodná, pretože navrhovateľ sa mohol domáhať svojho práva žalobou o preskúmanie rozhodnutia zdravotnej poisťovne (právneho predchodcu odporcu) ako orgánu verejnej správy postupom podľa § 244 O.s.p., resp. podaním opravného prostriedku proti rozhodnutiu revízneho lekára o znížení úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Až následne by prichádzala do úvahy žaloba na plnenie.

Na odvolanie navrhovateľa Krajský súd v Bratislave uznesením zo dňa 29.05.2009, sp. zn. 12Co 46/2008, zrušil rozsudok súdu prvého stupňa a vec mu vrátil na ďalšie konanie. Uviedol, že z obsahu uzavretej zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, charakteru právneho postavenia účastníkov konania, účelu a predmetu činnosti navrhovateľa spočívajúcom v poskytovaní zdravotníckej starostlivosti podľa zákona č. 277/1994 Z.z. o zdravotnej starostlivosti (ďalej len "zákon č. 277/1994 Z.z."), predmetu činnosti odporcu, ktorým je vykonávanie zdravotného poistenia podľa zákona č. 273/1994 Z.z. o zdravotnom poistení, financovaní zdravotného poistenia, o zriadení Všeobecnej zdravotnej poisťovne a o zriaďovaní rezortných, odvetvových, podnikových a občianskych zdravotných poisťovní (ďalej len "zákon č. 273/1994 Z.z.") je zrejmé, že vzťah medzi účastníkmi konania je vzťahom občiansko-právnym pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Na uvedený právny vzťah preto nemožno aplikovať ustanovenia § 58 ods. 1,2,4 a 5 zákona č. 273/1994 Z.z., keďže nejde o rozhodovanie vo veciach zdravotného poistenia v správnom konaní. Súdu prvého stupňa odvolací súd uložil povinnosť vykonať dokazovanie na zistenie skutkového stavu veci, dokazovanie vyhodnotiť a vyvodené závery dostatočne odôvodniť v súlade s požiadavkami vyplývajúcimi z ustanovenia § 157 ods. 2 O.s.p.

Po zrušení rozsudku súdu prvého stupňa oznámil právny predchodca odporcu (DZP zdravotná poisťovňa, a.s. v likvidácii ako právny nástupca zaniknutej SIDERIA-ISTOTA, združená zdravotná poisťovňa, ktorá zmenila obchodné meno) predaj podniku spoločnosti DÔVERA zdravotná poisťovňa, a.s. na základe Zmluvy o predaji podniku zo dňa 16.12.2009, účinnnej od 31.12.2009. Konajúci súd uznesením zo dňa 06.04.2010, č.k. 25C 61/2006-209, postupom podľa § 92 ods. 2 a 3 O.s.p. pripustil, aby do konania namiesto pôvodného odporcu vstúpila DÔVERA zdravotná poisťovňa, a.s.

Súd vykonal vo veci dokazovanie a po vylúčení vzájomného návrhu odporcu na samostatné konanie uznesením zo dňa 14.03.2011, č.k. 25C 61/2006-399, rozhodol rozsudkom zo dňa 14.03.2011, č.k. 25C 61/2006-404, tak, že zaviazal odporcu zaplatiť navrhovateľovi istinu vo výške 5.440,87 eur spolu s úrokom z omeškania vo výške 9% ročne zo sumy 5.440,87 eur od 11.10.2003 do zaplatenia a trovami konania. Mal za to, že medzi účastníkmi konania existoval záväzkový právny vzťah založený Zmluvou o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. N404/19/1/00001/1998 v znení jej dodatkov, v zmysle ktorej navrhovateľ poskytoval poistencom poisťovne zdravotnú starostlivosť v odbore klinická onkológia. Navrhovateľ vyúčtoval náklady poskytnutej starostlivosti za mesiace február, marec, apríl, jún a august 2003 znejúce na sumu spolu 18.628,66 eur (561.206,91 Sk) v súlade so zmluvou, z ktorých poisťovňa uhradila len časť v celkovej výške 13.187,79 eur (397.295,32 Sk) s odvolávaním sa na protokoly sporných dokladov a v nich uvedené rozhodnutia revízneho lekára. Vychádzajúc z týchto protokolov súd nezistil a ani nemohol vyvodit' dôvody vedúce k zamietnutiu úhrady časti výkonov zdravotnej starostlivosti, ktoré dôvody nevedel špecifikovať ani samotný odporca v priebehu konania, čím neuniesol povinnosť tvrdenia, a teda povinnosť tvrdiť skutočnosti majúce význam pre rozhodnutie vo veci samej. Absencia konkrétnych dôvodov, pre ktoré odporca pristúpil ku kráteniu fakturovaných nákladov mala za následok sťaženie procesnej situácie navrhovateľa, ktorý tak nemohol účinne zamerať svoju obranu na formuláciu relevantných námietok. Súd považoval za účelovú obranu odporcu, podľa ktorej navrhovateľ nepreložil dôkazy preukazujúce nárok na zaplatenie žalovanej istiny, keďže okrem mesačných faktúr navrhovateľ predložil odporcovi aj údaje a doklady o poskytnutej zdravotnej starostlivosti vo vzťahu k jednotlivým pacientom postupom súladným so zmluvou; iné podklady odporca nepožadoval. Pokiaľ odporca argumentoval, že navrhovateľovi nevznikol nárok na úhradu nákladov prevyšujúcich dohodnutý mesačný objem výkonov zdravotnej starostlivosti, pretože nepreukázal, že išlo o poskytovanie neodkladnej a akútnej zdravotnej starostlivosti, súd poukázal na to, že odporca v jednotlivých mesiacoch marec, apríl, jún a august 2003 bez akýchkoľvek námietok uhradil náklady zdravotnej starostlivosti vysoko prekračujúce jej dohodnutý mesačný, ako aj štvrtročný objem a počas trvania zmluvného vzťahu s navrhovateľom mu túto okolnosť nevytkol.

Na odvolanie odporcu Krajský súd v Bratislave uznesením zo dňa 21.11.2012, sp. zn. 4Co 251/2011, napadnutý rozsudok súdu prvého stupňa zrušil a vec mu vrátil na ďalšie konanie. Vytkol okresnému súdu, že neuviedol na akom právnom a skutkovom základe rozhodol o nároku navrhovateľa na úhradu žalovanej sumy, ani ako aplikoval právne normy na vec samú, ktorá skutočnosť spôsobila nepreskúmateľnosť jeho rozhodnutia. Pokiaľ by navrhovateľ založil svoj nárok na tvrdení, že mu odporca neoprávnene nezaplatil za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, mal k tomuto predložiť alebo označiť dôkazné prostriedky. Tie by súd vyhodnotil z hľadiska, či tieto preukazujú, že navrhovateľ poskytol riadnu starostlivosť osobám uvádzaným v protokoloch sporných dokladov vyhotovených odporcom

podľa prislúchajúcich právnych predpisov a zmluvy uzavretej medzi účastníkmi konania, a v rámci toho aj, či sa navrhovateľ v dohodnutej lehote ohradil proti postupu odporcu, ktorý mu časť uplatnenej úhrady zdravotnej starostlivosti neuznal (podal námietky) a s akým výsledkom, ako podstatnými pre záver, že navrhovateľ má nárok na úhradu za odporcom spochybňovanú zdravotnú starostlivosť. V závere odvolací súd vyslovil, aby sa súd prvého stupňa zaoberal aj návrhom odporcu na spojenie vecí, ktoré súd prvého stupňa uznesením zo dňa 14.03.2011, č.k. 25C 61/2006-399, vylúčil na samostatné konanie.

Navrhovateľ v písomnom vyjadrení zo dňa 05.02.2013 a zo dňa 23.05.2013 potvrdil, že poistencom odporcu poskytoval zdravotnú starostlivosť na základe uzavretej zmluvy a jej dodatkov. Po ošetrení pacientov zapisoval do ich zdravotnej karty poskytnuté výkony a lieky, ktoré údaje zdravotné sestry po ukončení každého pracovného dňa vložili do počítača a na disketu, ktorú predložil v zmysle článku III, bod 3 zmluvy, spolu s ďalšími zúčtovacími podkladmi odporcovi na preplatenie. Podklady k jednotlivým mesačným faktúram, t.j. sumáre liekov a výkonov pacienta vychádzali teda zo záznamov v zdravotných kartách a boli vyhotovené v súlade so zmluvou a platnými právnymi predpismi. Navrhovateľ z dôvodu ukončenia činnosti neštátného zdravotníckeho zariadenia v lete roku 2004 odovzdal v súlade s platnou legislatívou všetky zdravotné karty pacientov štátnemu lekárovi a ten ich následne prenechal lekárovi, ktorý prevzal ďalšiu liečbu pacientov. Z týchto dôvodov už navrhovateľ nemal k dispozícii iné dôkazy ohľadnej poskytnutia zdravotnej starostlivosti, avšak za nepriamy dôkaz označil výsledok trestného konania. Navrhovateľ považoval odôvodnenia protokolov sporných dokladov odporcu v mesiacoch február, marec a apríl 2003 za nedostatočné, keďže z nich nevyplývalo konkrétne čím revízný lekár odôvodnil svoje rozhodnutie o neuhradení zdravotnej starostlivosti. Pokiaľ išlo o protokoly sporných dokladov vystavených za mesiace jún a august 2003, tu navrhovateľ trval na správnosti zadania diagnóz jednotlivým pacientom, keď rovnakú diagnózu zadal pacientom i v iných kalendárnych mesiacoch roka 2003 a odporca to nenamietal. Navrhovateľ nesúhlasil s tvrdeniami odporcu ohľadne charakteru ním poskytovanej zdravotnej starostlivosti. V tomto smere poukázal na stanovisko Ministerstva zdravotníctva SR (list zo dňa 09.02. a 10.02.1998), v zmysle ktorého "diagnostika a liečba nádorových ochorení spadá pod akútne a neodkladné poskytovanie zdravotnej starostlivosti", a preto i ním uskutočnená zdravotná starostlivosť mala charakter starostlivosti neodkladnej; na jej úhradu sa potom nevzťahujú ustanovenia zmluvy týkajúce sa dojednaného mesačného objemu zdravotnej starostlivosti.

Odporca v písomnom vyjadrení zo dňa 24.04.2013 namietal charakter zdravotnej starostlivosti poskytovanej navrhovateľom v jeho onkologickej ambulancii, ktorá podľa neho nevykazovala znaky neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Vychádzajúc z ustanovenia § 3 ods. 5, § 18 ods. 3 písm. c) zákona č. 98/1995 Z.z. o liečebnom poriadku treba podľa odporcu za takú považovať starostlivosť bežne poskytovanú lekárskou službou prvej pomoci alebo záchrannou zdravotnou službou, pri ktorej je pacient transportovaný do ústavného zdravotníckeho zariadenia, dochádza k náhlej zmene jeho zdravotného stavu, pri neistej diagnóze pred kontaktom s lekárom. Navrhovateľ pracoval v ambulancii klinickej onkológie, ktorej hlavnou náplňou bolo podávanie nekomplikovanej protinádorovej liečby ambulantným a hospitalizovaným pacientom, ktorí dostávali chemoterapiu s následným krátkodobým sledovaním ich zdravotného stavu. Medzi atribúty ním poskytovanej zdravotnej starostlivosti ako starostlivosti plánovanej patrili: pozvoľná zmena zdravotného stavu pacienta, predchádzajúce stanovenie diagnózy, časový harmonogram liečby s plánovaním individuálnej skladby liečby v závislosti od histologického obrazu a štádia ochorenia, po ktorej poskytnutí pacient odchádza späť do domáceho prostredia, použitie náhlych opatrení len vo výnimočných prípadoch. Za dôkaz o tom, že navrhovateľom poskytovaná zdravotná starostlivosť mala charakter neodkladnej odporca nepovažoval stanovisko uvedené v liste Ministerstva zdravotníctva SR. Išlo totiž len o názor úradníka ministerstva k problematike, ktorá mu nemusela byť vôbec blízka, o všeobecné a zjednodušené tvrdenia, ktoré neboli argumentačne podložené. Pokiaľ by, vzhľadom na zameranie ambulancie navrhovateľa, navrhovateľ skutočne vykazoval len neodkladnú zdravotnú starostlivosť, podľa odporcu by stratilo zmysel dojednanie zmluvy ohľadne objemu zdravotnej starostlivosti. Odporca ďalej uviedol, že neeviduje reklamácie k protokolom sporných dokladov za tie obdobia, ktoré sú predmetom sporu a pokiaľ išlo o reakciu na reklamáciu vyúčtovania za mesiac február 2003 (list z 20.05.2003) nemal vedomosť o okolnostiach jej vzniku; list však považoval za vyznievajúci v jeho prospech, keďže navrhovateľa vyzval na predloženie dokladov a výpisu zo zdravotnej dokumentácie pacientov za účelom doriešenia vecí, ktorých predloženie navrhovateľ relevantne nepreukázal. Záverom bol odporca toho názoru, že zoznam výkonov a súvisiace mesačné faktúry predložené navrhovateľom postačovali na úhradu poskytnutej zdravotnej starostlivosti, avšak to len pre prípad, že odporcom nebola vykonaná kontrola. Ak odporca zistil nezrovnalosti vo

vykázanej zdravotnej starostlivosti a tie sa stali i predmetom sporu, bol navrhovateľ povinný riadne preukázať poskytnutie zdravotnej starostlivosti.

Súd doplnil dokazovanie vo veci, oboznámil sa s prednesmi a písomnými vyjadreniami právnej zástupkyne navrhovateľa a splnomocnenej zástupkyne odporcu, opätovne sa oboznámil s listinnými dôkazmi založenými do súdneho spisu, a to najmä Zmluvou č. N404/19/1/00001/1998 a jej dodatkami č. 1/1999, č. 2, č. 3 a č. 4 z 12.02.2002, faktúrou č. 2/2003, 3/2003, 4/2003, 6/2003, 8/2003, lekárskeym protokolom, protokolom sporných dokladov a účtovným protokolom zo dňa 14.04.2003, 13.05.2003, 12.06.2003, 12.08.2003, 09.10.2003, s námietkami proti protokolu sporných dokladov, s rozsudkom Okresného súdu Komárno zo dňa 28.10.2009, č.k. 3T 210/2007-3364, uznesením Krajského súdu v Nitre o dňa 29.04.2010, sp. zn. 4To 10/2010, opatrením revízneho lekára č. 98/2003 a súvisiacim rozhodnutím o námietkach zo dňa 28.01.2004 a rozsudkom Krajského súdu v Nitre zo dňa 27.04.2005, sp. zn. 11S 71/2004, ako aj ostatným obsahom súdneho spisu.

Súd podľa § 120 ods. 4 O.s.p. poučil účastníkov konania o povinnosti predložiť a označiť potrebné dôkazy, ktoré v konaní žiadajú vykonať, a to písomne v predvolaní na pojednávanie. Skutkové zistenia nadobudnuté vykonaným dokazovaním potom súd zhodnotil v rozsahu potrebnom pre posúdenie rozhodujúcich skutočností vzťahujúcich sa k podstate veci a vzhľadom na charakter sporového konania uzavrel, že nie je opodstatnené výnimočne nariaďovať ďalšie dokazovanie nad rozsah dôkaznej aktivity účastníkov konania, keďže skutkový stav, na základe ktorého súd rozhoduje v sporovom konaní, ovládanom zásadou kontradiktórnosti, má byť výsledkom dôkaznej aktivity a snahy účastníkov konania, ktorí majú hlavnú zodpovednosť za zistenie skutkového stavu a preukázanie svojich tvrdení a aktivita súdu v rámci dokazovania sa obmedzuje na rozhodovanie, ktoré z označených dôkazov účastníkmi konania vykoná, a preto súd uznesením vyhlásil dokazovanie za skončené (§ 120 ods. 1,4 O.s.p.). Skutkový stav je nasledovný:

Navrhovateľ ako odborný lekár neštátneho zdravotníckeho zariadenia v Nových Zámkoch, so zameraním ambulancie na diagnostiku a liečbu onkologických pacientov (odbor klinická onkológia) uzatvoril s právnym predchodcom odporcu dňa 01.06.1998 Zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. N404/19/1/00001/1998. Jej predmetom bolo poskytovanie zdravotnej starostlivosti v odbore klinická onkológia zo strany navrhovateľa poisťovcom odporcu, úhrada poskytnutej zdravotnej starostlivosti poisťovňou a úprava vzťahov vznikajúcich zo zmluvy, všetko v objeme 80.000 bodov na jeden kalendárny mesiac, resp. podľa dodatku č. 4 k zmluve v objeme 863,04 eur (26.000,-Sk) mesačne. Zmluvné strany sa dohodli na možnosti prekročenia mesačného objemu zdravotnej starostlivosti v príslušnom mesiaci za predpokladu, že objem výkonov v kalendárnom štvrtroku nepresiahne sumu 2.589,13 eur (78.000,-Sk) (dodatok č. 4 zmluvy). Poisťovňa si vyhradila právo uhradiť zdravotné výkony nad dohodnutý rozsah len výnimočne, ak také prekročenie bolo vopred schválené riaditeľom pobočky alebo bezodkladne oznámené pobočke, pokiaľ išlo o úkony týkajúce sa poskytovania akútnej a neodkladnej zdravotnej starostlivosti (čl.III, bod 1 zmluvy). Navrhovateľ bol povinný viesť evidenciu poskytnutých výkonov zdravotnej starostlivosti a za účelom ich úhrady predkladal odporcovi mesačne faktúru, údaje potrebné pre zúčtovanie nákladov spolu s disketou a písomný sprievodný protokol s obsahom a sumárom výkonov opatrený jeho podpisom a pečiatkou (čl. III bod 2 zmluvy). Poisťovňa na podklade zaslaných materiálov, a to faktúry a zúčtovacích dokladov, vykonávala úhradu vynaložených nákladov v lehote do 30 dní od ich doručenia, pričom bola oprávnená vykonať aj čiastočnú úhradu faktúry. V prípade existencie rozdielu medzi fakturovanými nákladmi na zdravotnú starostlivosť a skutočnou úhradou bola poisťovňa povinná výšku rozdielu navrhovateľovi oznámiť zaslaním protokolu sporných dokladov a vyúčtovania zúčtovacích dokladov, voči ktorému protokolu navrhovateľ mohol podať námietky v lehote do 5 pracovných dní od ich obdržania (čl. III, bod 6 zmluvy).

Z faktúry č. 2003 02 5011 vystavenej navrhovateľom za poskytnutú zdravotnú starostlivosť súd zistil, že jej predmetom bola úhrada sumy 3.337,04 eur (100.531,67 Sk), z ktorej odporca podľa lekárskeho protokolu zo dňa 14.4.2003 uhradil len sumu 53,04 eur (1.597,92 Sk) ako rozdiel medzi fakturovanými nákladmi a uznanou úhradou, a to v dôsledku rozhodnutia revízneho lekára. Predmetom faktúry č. 2003 03 5019 bolo zaplatenie sumy 4.217,72 eur (127.062,98 Sk), z ktorej odporca v zmysle lekárskeho protokolu zo dňa 13.05.2003 uhradil sumu 3.859,22 eur (116.262,98 Sk), opäť z dôvodu rozhodnutia revízneho lekára. Z faktúry vystavenej navrhovateľom č. 2003 04 5024 znejúcej na sumu 4.547,16 eur (136.987,66 Sk) odporca podľa lekárskeho protokolu zo dňa 12.06.2003 akceptoval k úhrade len sumu 4.311,03 eur (129.874,06 Sk), primárne z dôvodu rozhodnutia revízneho lekára (pri niektorých

pacientoch nebolo uvedené aplikované cytostatikum). Predmetom faktúry navrhovateľa č. 2003 06 5038 bola suma 3.777,35 eur (113.796,30 Sk), pričom odporca podľa lekárskeho protokolu zo dňa 12.08.2003 poskytol navrhovateľovi plnenie len vo výške 3.600,64 eur (108.472,74 Sk), keď mal za to, že pri jednotlivých pacientoch bola nesprávne zadaná diagnóza podľa MKCH. A napokon z faktúry navrhovateľa č. 2003 08 5051 znejúcej na sumu 2.749,4 eur (82.828,30 Sk), odporca v súlade s lekárskeym protokolom zo dňa 09.10.2003 uhradil navrhovateľovi sumu vo výške 1.363,86 eur (41.087,62 Sk). Súčasťou lekárskeych protokolov vystavených odporcom boli i účtovný protokol a protokol sporných dokladov.

Navrhovateľ reklamoval vyúčtovanie za mesiac február 2003 listom datovaným 22.04.2003 dôvodiac, že celé vystavenie účtovných dokladov a UZD ambulancie bolo prevedené podľa platných zákonov o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ako i metodických pokynov Ministerstva zdravotníctva SR, tak ako v mesiaci január 2003, za ktorý neboli zistené žiadne nedostatky (č.l. 138). Odporca v reakcii v liste zo dňa 20.05.2003 (č.l. 439) vytkol navrhovateľovi medicínske nedostatky zistené kontrolou a odbornou analýzou vykázaných výkonov, keď z informačného systému nebolo zrejmé dodržiavanie štandardných diagnostických a terapeutických postupov. V opätovne predložených dokladoch odporca zistil nedostatky vo výkazníctve, z dôvodu ktorého žiadal o zdôvodnenie poskytnutej starostlivosti, ako aj o výpis zo zdravotnej dokumentácie, vrátane laboratórnych, zobrazovacích a iných vyšetrení u špecifikovaných pacientov, ktoré navrhovateľ zaslal, opätovne pritom reklamujúc vyúčtovanie nákladov zdravotnej starostlivosti za mesiac február (list datovaný 23.06.2003), ako aj za mesiac apríl 2003 z dôvodu, že podľa opatrenia Ministerstva zdravotníctva SR zo dňa 06.12.2002 sa liek Fluorouracil inj. predpisuje na recept, jeho podanie a likvidácia sa podľa zákona č. 98/1995 Z.z. vykazuje kódom 3294, v ktorej položke uviedol 0,-Sk. Navrhovateľ namietal ľubovoľne uznaný počet kódov 3294 odporcom a špecifikoval tých pacientov, ktorým liek Fluorouracil bol predpísaný na recept. List datovaný 19.08.2003 sa týkal reklamácie vyúčtovania za mesiac jún 2003, nakoľko všetci pacienti absolvovali liečbu podľa doporučených liečebných režimov a nie u všetkých bol uhradený predpísaný počet ampúl. Listom datovaným 16.10.2003 navrhovateľ namietal vyúčtovanie za mesiac august 2003 z dôvodu, že u všetkých poistencoch uviedol správnu diagnózu podľa MKCH a všetci splnili kritériá pre aplikáciu liečby.

Z obsahu podacích lístkov predložených navrhovateľom (č.l. 143-144) súd zistil, že navrhovateľ podal na poštovú prepravu dňa 23.06.2003 zásielku určenú odporcovi, ktorej bolo pridelené číslo 42431973, dňa 19.08.2003 zásielku evidovanú pod č. 424490 a dňa 19.10.2003 zásielku s podacím číslom 42474002.

Súd ďalej zistil, že rozsudkom Okresného súdu Komárno zo dňa 28.10.2009, č.k. 3T 210/2007-3364, bol navrhovateľ oslobodený spod obžaloby Krajskej prokuratúry Nitra, číslo Kv 84/04, pre trestný čin podvodu podľa § 250 ods. 1, 5 Trestného zákona pre skutok, že "pri výkone svojej praxe klinického onkológa od presne nezisteného dňa v období rokov 1995 až 2004 v Nových Zámkoch a v Štúrove, ako i na ďalších miestach v Nitrianskom kraji v úmysle získať neoprávnený prospech, uvádzal do omylu zdravotné poisťovne, a to tak, že im predkladal na preplatenie liečbu onkologických pacientov, hoci vedel, že vykazované liečebné postupy v skutočnosti neboli poisťovcom aplikované, následne poisťovne predmetnú liečbu uhradili; svojim konaním tak spôsobil zdravotným poisťovniam celkovú škodu 19.865.528,39 Sk", pretože nebolo dokázané, že sa označený skutok stal. Odvolanie prokurátora proti označenému rozsudku okresného súdu Krajský súd v Nitre uznesením zo dňa 29.04.2010, sp. zn. 4To 10/2010, ako nedôvodné zamietol.

Právna zástupkyňa navrhovateľa vo svojich ústnych prednesoch zotrvala na dôvodnosti nároku navrhovateľa uplatňovaného v konaní, ktorý vyplýval z ustanovení zákona č. 273/1994 Z.z. a zmluvného vzťahu s odporcom. Z podkladov, ktoré navrhovateľ odporcovi predložil pri vyúčtovaní poskytnutej zdravotnej starostlivosti, konkrétne zo zoznamu pacientov, vyplýval deň, diagnóza a vykonaný úkon, resp. podaný liek. Tento zoznam bol totožný s uskutočnenou a podanou zdravotnou starostlivosťou príslušným pacientom, keďže navrhovateľ do zoznamu zapísal všetko to, čo uviedol aj v zdravotných kartách pacientov. Zdravotnú starostlivosť navrhovateľ poskytol riadne, neevidoval sťažnosti, či zo strany pacientov alebo kolegov lekárov. Odporca bol preto povinný uhradiť túto starostlivosť, keďže išlo o akútnu a neodkladnú zdravotnú starostlivosť a tá sa hradila v plnom rozsahu. Zmluvu a v nej zadanú objemovú hranicu hradenej zdravotnej starostlivosti pripravoval odporca, a navrhovateľ, podobne ako ostatní lekári, zmluvu podpísali z dôvodu, že inak by zdravotnú starostlivosť poskytovať nemohol. Navrhovateľ mal vedomosť o znení ustanovenia § 38 ods. 2 zákona č. 273/1994 Z.z., podľa ktorého sa maximálny objemový limit zdravotnej starostlivosti nevzťahoval na poskytovanie

neodkladnej a akútnej zdravotnej starostlivosti, a teda na liečbu, ktorú uskutočňoval navrhovateľ. V tejto súvislosti právna zástupkyňa navrhovateľa poukázala na vyjadrenie Ministerstva zdravotníctva SR k otázke, či onkologická liečba spadá pod charakter neodkladnej a akútnej zdravotnej starostlivosti, keďže právna úprava účinná v danom období neobsahovala definíciu tohto termínu. S výkladom tohto pojmu podľa stanoviska Ministerstva zdravotníctva SR sa stotožnil i Krajský súd v Bratislave, v uznesení zo dňa 30.04.2013, sp. zn. 15Co 264/2011, v obdobnej veci totožných účastníkov. Právna zástupkyňa navrhovateľa ďalej poukázala na to, že počas celého kalendárneho roka 2003 navrhovateľ poskytoval zdravotnú starostlivosť pacientom s rovnakou diagnózou, voči ktorej určeníu nemal odporca v iných mesiacoch roka 2003 výhrady, preto jej nebolo zrejmé, z akých dôvodov odporca neakceptoval totožnú diagnózu pacientov v sporných mesiacoch jún a august 2003.

Splnomocnená zástupkyňa odporcu v ústnych prednesoch upustila od návrhu na opätovné spojenie vecí, a to návrhu navrhovateľa a vzájomného návrhu odporcu, ktorý bol vylúčený na samostatné konanie a je vedený na tunajšom súde pod sp. zn. 25C 55/2011, pričom vo veci samej pokladala návrh navrhovateľa za nedôvodný. Navrhovateľ podľa nej nepreukázal poskytovanie akútnej a neodkladnej zdravotnej starostlivosti, keďže túto poskytoval ambulantne a plánovane. Súhlasila s tým, že tento pojem nebol zákonom definovaný, preto odporca vychádzal z toho, že pri akútnej a neodkladnej zdravotnej starostlivosti ide o prípady bezprostredne ohrozujúce zdravotný stav pacienta, keď poskytnutie zdravotnej starostlivosti neznesenie odklad. Navrhovateľ, ktorý bol i podľa rozhodnutí Krajského súdu v Bratislave a Krajského súdu v Banskej Bystrici povinný preukázať tvrdenie o poskytnutí neodkladnej zdravotnej starostlivosti, navyiac nešpecifikoval, ktorá starostlivosť mala byť starostlivosťou akútnou a neodkladnou. Splnomocnená zástupkyňa odporcu sa nevedela vyjadriť k tvrdeniu navrhovateľa o totožnosti údajov v zozname pacientov priloženom k príslušnej faktúre za kalendárne mesiace roka 2003 s údajmi v zdravotnej dokumentácii pacientov, nevedela uviesť konkrétne dôvody, pre ktoré odporca neuznal zdravotnú starostlivosť vykázanú a účtovanú navrhovateľom podľa jednotlivých podkladov, a z toho uviesť, ktorá starostlivosť nebola navrhovateľom poskytnutá vôbec a ktorá síce bola poskytnutá, ale v rozpore so zmluvou, ani k dôvodom, pre ktoré odporca pristúpil k úhrade navrhovateľom vykázanéj a účtovanej zdravotnej starostlivosti nad rámec dohodnutého objemu bez splnenia informačnej povinnosti navrhovateľa podľa článku III, bod 1 zmluvy (č.l. 450). Splnomocnená zástupkyňa odporcu zotrvala na dôvodoch, pre ktoré odporca pristúpil k čiastočnej úhrade zdravotnej starostlivosti uvedených všeobecne v písomnom vyjadrení zo dňa 27.09.2007. Z neho vyplýva, že navrhovateľ nevedel voči revidovaným poistencom dokumentáciu v súlade so zákonom č. 98/1995 Z.z., táto bola nedostačujúca, heslovitá, chýbali v nej údaje zdôvodňujúce liečbu cytostatikami, pomocné vyšetrenia, zhodnotenia klinického stavu pacientov, častokrát v nej bola kombinovaná hormonálna terapia s chemoterapiou, absentovala v nej požiadavka subjektívny a objektívny nález, záznamy o objektívnych zmenách v priebehu liečby, potvrdenie malignity pred začatím chemoterapie. Bez relevantnej dokumentácie nemohol revíznny lekár odporcu uznať úhradu zdravotnej starostlivosti v požadovanom rozsahu, a preto rozhodol opatrením vyjadreným v rámci protokolu sporných dokladov ku každej faktúre o jej krátení. Odporca pritom vychádzal z údajov v jeho informačnom systéme, ku ktorých obsahu a charakteru sa splnomocnená zástupkyňa odporcu spočiatku nevedela vyjadriť (č.l. 450), dodatočne doplnila, že v tomto systéme je zachytené veľké množstvo údajov ohľadne vykázaných úkonov zdravotnej starostlivosti, vyšetrení pacientov, laboratórnych testoch, o poskytnutých liekoch, o kontrolách v zdravotníckom zariadení a ich záveroch a podobne. Splnomocnená zástupkyňa odporcu ďalej uviedla, že bolo obtiažne pre odporcu kontrolovať každý mesiac zdravotnú starostlivosť poskytovanú navrhovateľom, a preto pokiaľ odporca pristúpil k plnej úhrade faktúry za ten ktorý mesiac, v ktorom bola deklarovaná určitá diagnóza pacienta, táto okolnosť nemala za následok i správnosť diagnózy, ktorú následne odporca namietal pri úhrade faktúr za mesiace jún a august 2003 (č.l. 451). V tomto smere poukázala na opatrenie revízneho lekára č. 98/2003 a jeho prílohu, podľa ktorého odporca pri 13 pacientoch zistil nesprávne poskytovanie zdravotnej starostlivosti a liečby, túto neuznal, avšak navrhovateľ v ďalšom období závery revízneho lekára nerešpektoval. Z opatrenia revízneho lekára č. 98/2003 zo dňa 15.10.2003 pritom vyplýva, že ho odporca vystavil po vykonaní kontroly č. 109/02 dňa 19.11.2002, v ambulancii klinickej onkológie navrhovateľa, zameranej na kontrolu vedenia zdravotnej dokumentácie, výkazníctvo, indikovanosť liečby, preskripciu liekov a dodržiavanie platných zákonov, zmluvných podmienok, zásad účelnej, efektívnej a hospodárnej farmakoterapie u vybraných pacientov. Odporca, zistiť nedostatky spočívajúce v neodôvodnene vykázanéj a hradenej liečbe u špecifikovaných pacientov, vyčíslil vzniknutú škodu v sume 104.148,96 eur (3.137.591,62 Sk). Na odstránenie nedostatkov uložil okrem uplatnenia náhrady škody, i zmluvnú pokutu v sume 2.157,60 eur (65.000,-Sk) a ukončenie zmluvného vzťahu s navrhovateľom.

Z obsahu spisu súd zistil, že námietky navrhovateľa odporca ako odvolací orgán v rozhodnutí zo dňa 28.01.2004 zamietol a opatrenie revízneho lekára č. 98/2003 zo dňa 15.10.2003 v celom rozsahu potvrdil. Krajský súd v Nitre rozsudkom zo dňa 07.04.2005, č.k. 11S 71/2004-55, zrušil obe rozhodnutia odporcu, t.j. tak opatrenie č. 98/2003, ako aj rozhodnutie o námietkach zo dňa 28.01.2004 a vec vrátil odporcovi na ďalšie konanie z dôvodu, že opatrenie revízneho lekára č. 98/2003 nevykazovalo zákonom požadované náležitosti, ktoré následne odvolací orgán ako vecne správne potvrdil, vrátane výroku týkajúceho sa uloženia zmluvnej pokuty. Odporca svojim rozhodnutím porušil práva navrhovateľa a jeho právom chránené záujmy, keď mu v rozpore s právnymi predpismi uložil povinnosť zaplatiť náhradu škody, ako aj zmluvnú pokutu.

Podľa § 3 ods. 1 zákona č. 98/1995 Z.z. o liečebnom poriadku (ďalej len "zákon č. 98/1995 Z.z.") na základe zdravotného poistenia sa poistencom poskytuje zdravotná starostlivosť a osobitná zdravotná starostlivosť podľa druhu a stupňa postihnutia zdravia poistenca.

Podľa § 3 ods. 3 zákona č. 98/1995 Z.z., poisťovňa uhrádza zmluvným zdravotníckym zariadeniam náklady na zdravotnú starostlivosť poskytnutú poistencom podľa odseku 2 spôsobom a vo výške, ktoré určujú cenové predpisy.

Podľa § 38 ods. 1 zákona č. 98/1995 Z.z., kontrolu poskytovania zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe povinného zdravotného poistenia upravuje osobitný predpis.

Podľa § 37 písm. c) zákona č. 273/2004 Z.z. poisťovňa uzatvára zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s právnickými osobami a fyzickými osobami a zmluvy o poskytovaní služieb súvisiacich so zabezpečením starostlivosti o poistencov.

Podľa § 37 písm. d) zákona č. 273/2004 Z.z., poisťovňa vykonáva najmä poradenskú a kontrolnú činnosť.

Podľa § 38 ods. 1,2 zákona č. 273/2004 Z.z., poisťovňa môže uzatvárať zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti len so zdravotníckymi zariadeniami zaradenými do siete zdravotníckych zariadení. Poisťovňa a zdravotnícke zariadenie si v zmluve podľa odseku 1 dohodnú aj maximálny rozsah zdravotných výkonov, liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín uhrádzaných na základe zdravotného poistenia v kalendárnom mesiaci alebo v kalendárnom štvrtroku, ktorý vychádza zo schváleného poistného rozpočtu (§ 49 ods. 2). V zmluve dohodnú aj postup v prípade prekročenia dohodnutého rozsahu zdravotných výkonov, liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín; poisťovňa uhrádza náklady na nevyhnutnú a neodkladnú zdravotnú starostlivosť aj nad dohodnutý rozsah zdravotných výkonov, liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín.

Podľa § 38 ods. 3 veta štvrtá zákona č. 273/2004 Z.z., úhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť poskytuje poisťovňa zdravotníckemu zariadeniu podľa osobitného predpisu do 30 dní odo dňa doručenia účtovného dokladu.

Podľa § 60 ods. 1 zákona č. 273/2004 Z.z., poisťovňa má právo vykonať kontrolu v zmluvnom zdravotníckom zariadení alebo u iného subjektu zabezpečujúceho starostlivosť o poistencov kedykoľvek a bez predchádzajúceho oznámenia. U platiteľov poistného má právo vykonať kontrolu len po predchádzajúcom písomnom oznámení.

Podľa § 60 ods. 2 zákona č. 273/2004 Z.z., kontrolnú činnosť zameranú na účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov zdravotného poistenia a správneho výpočtu a odvodu poistného vykonáva poisťovňa a) revíznymi lekármi, ak ide o poskytovanie zdravotnej starostlivosti, b) osobitne určenými pracovníkmi, ak ide o kontrolu hospodárenia s prostriedkami zdravotného poistenia, výpočtu a odvodu poistného.

Podľa článku II, bod 1 zmluvy č. N 404/19/1/00001/1998, predmetom zmluvy je poskytovanie zdravotnej starostlivosti v odbore uvedenom v článku I, bod 2 zmluvy (klinická onkológia) poistencom poisťovne poskytovateľom, úhrada poskytnutej zdravotnej starostlivosti poisťovňou poskytovateľovi a úprava vzťahov vznikajúcich z tejto zmluvy medzi zmluvnými stranami.

Podľa článku III bod 1 zmluvy č. N 404/19/1/00001/1998 poisťovňa objednáva u poskytovateľa zdravotnú starostlivosť poskytovanú v plnom rozsahu predmetu zmluvy v objeme 80.000 bodov na jeden kalendárny mesiac. Poskytovateľ môže objednaný mesačný objem zdravotnej starostlivosti v príslušnom mesiaci prekročiť o 10% za predpokladu, že objednaný objem zdravotných výkonov v príslušnom kalendárnom štvrtroku nepresiahne trojnásobok objednaného mesačného objemu výkonov, t.j. 240.000 bodov. Zdravotné výkony nad dohodnutý rozsah poisťovňa uhradí len výnimočne, v prípade, že jeho prekročenie bolo vopred schválené riaditeľom pobočky. Ak by k prekročeniu objednaného objemu výkonov malo dôjsť z dôvodu poskytnutia akútnej a neodkladnej zdravotnej starostlivosti, poskytovateľ túto skutočnosť bez zbytočného odkladu oznámi pobočke poisťovne. Objednaný objem výkonov sa netýka poskytnutia akútnej a neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencom zmluvných partnerov poisťovne z ČR.

Podľa článku III bod 2 zmluvy č. N 404/19/1/00001/1998 poskytovateľ vedie evidenciu poskytnutých úkonov osobitne za poistencov poisťovne a osobitne za poistencov jej zmluvných partnerov v ČR, pričom predkladá poisťovni mesačne (vždy za uplynutý kalendárny mesiac): a. faktúru za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v danom mesiaci, osobitne za poistencov poisťovne a osobitne za zmluvných partnerov z ČR ak faktúra obsahuje rozpis údajov (počet bodov za zdravotné výkony a sumu za zdravotné výkony a celkovú fakturovanú sumu v SK) písomný sprievodný protokol k diskete uvedený v bode c) odseku sa nevyžaduje b. údaje potrebné pre zúčtovanie nákladov na poskytnutú zdravotnú starostlivosť nahrané na 3,5 palcovej diskete (vo formáte akceptovanom poisťovňou v tvare UZD, príslušnom podľa druhu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti), c. písomný sprievodný protokol k diskete, ktorý obsahuje počet súborov s popisom ich obsahu a sumár výkonov pre daný typ poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Sprievodný protokol musí byť opatrený podpisom a pečiatkou poskytovateľa.

Podľa článku III bod 6 zmluvy č. N 404/19/1/00001/1998, poisťovňa vykoná úhradu nákladov na poskytnutú zdravotnú starostlivosť len na základe zaslania faktúry a zúčtovacích dokladov do 30 dní od ich doručenia poisťovni. Poisťovňa je oprávnená vykonať čiastočnú úhradu faktúry. Rozdiel medzi fakturovanými nákladmi na zdravotnú starostlivosť a úhradou poisťovňa oznámi poskytovateľovi zaslaním protokolu sporných dokladov a vyúčtovania zúčtovacích dokladov. Poskytovateľ je oprávnený podať námietky voči protokolu sporných nákladov a neuhradeniu výkonov v ňom uvedených do 5 pracovných dní od jeho obdržania.

Súd vyhodnotil vykonané dôkazy jednotlivo, ako aj v ich vzájomnej súvislosti s poukazom na § 132 O.s.p. a dospel k záveru, že návrh navrhovateľa je dôvodný.

V konaní nebolo sporné, že medzi navrhovateľom a právnym predchodcom odporcu existoval záväzkový právny vzťah založený Zmluvou o poskytovaní zdravotnej starostlivosti č. N404/19/1/00001/1998 v znení jej dodatkov. Súd posúdil tento vzťah ako osobitný zmluvný vzťah podľa ustanovení osobitného zákona, a to zákona č. 273/1994 Z.z. (§ 38), ktorý sa spravoval primárne ustanoveniami uzavretej zmluvy, ako aj ustanoveniami osobitného zákona (č. 273/1994 Z.z., č. 277/1994 Z.z., č. 98/1995 Z.z.) a Obchodného a Občianskeho zákonníka (viď úvodné ustanovenia zmluvy -pozn. súdu). V tomto smere súd poukazuje na nález Ústavného súdu Slovenskej republiky zo dňa 19.06.2008, sp. zn. I. ÚS 243/07, ktorý v obdobnej veci dovodil výkladom z formulácie a pojmov uvedených v zmluve o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti uzatvorenej navrhovateľom a inou zdravotnou poisťovňou (v znení: "vo veciach, ktoré nie sú upravené zmluvou sa zmluvné strany riadia príslušnými ustanoveniami Obchodného zákonníka, Občianskeho zákonníka a iných všeobecne záväzných právnych noriem"), že tento záväzkový právny vzťah treba považovať za obchodno-právny vzťah. Navrhovateľ sa v zmysle uzavretej zmluvy zaviazal poskytovať poistencom odporcu zdravotnú starostlivosť v odbore klinická onkológia. Odporca si ako poisťovňa objednal zdravotnú starostlivosť podľa predmetu zmluvy v dohodnutom objeme a zaviazal sa vykonať úhradu nákladov poskytnutej zdravotnej starostlivosti na základe zaslania faktúry a predložených zúčtovacích podkladov do 30 dní odo dňa ich doručenia.

V konaní nebolo sporné, že navrhovateľ vyúčtoval náklady poskytnutej starostlivosti za mesiace február, marec, apríl, jún a august 2003 podľa článku III, bod 2 zmluvy znejúce na sumu spolu 18.628,66 eur (561.206,93 Sk), keď poisťovni zaslal faktúry za predmetné mesiace spolu s údajmi pre zúčtovanie nákladov zdravotnej starostlivosti a disketou, z ktorých poisťovňa uhradila len časť v celkovej sume 13.187,79 eur (397.295,32 Sk) s tým, že navrhovateľovi oznámila čiastočnú úhradu nákladov vyúčtovanej zdravotnej starostlivosti zaslaním lekárskeho protokolu a protokolu sporných dokladov.

Navrhovateľ postup odporcu namietal a žiadal o úhradu celej poskytnutej a vyúčtovanej zdravotnej starostlivosti, ktorej výška zodpovedala žalovanej istine dôvodiac, že táto bola poskytnutá v súlade so zmluvou a platnými právnymi predpismi.

V intenciách odôvodnenia uznesenia Krajského súdu v Bratislave zo dňa 21.11.2012, sp. zn. 4Co 251/2011, sa konajúci súd zaoberal dôvodnosťou nároku navrhovateľa a v rámci toho prvotne otázkou rozloženia a unesenia dôkazného bremena. Nestotožnil sa pritom s argumentáciou odporcu ohľadne existencie dôkazného bremena navrhovateľa spočívajúceho v preukázaní, že ním vyúčtovaná zdravotná starostlivosť bola poskytnutá a fakturovaná v súlade so zmluvou a všeobecne záväznými právnymi predpismi.

Súd pritom vychádzal z ustanovení zmluvy, konkrétne z článku III, bod 6, na ktorý sa odvolával odporca pri krátení úhrady za navrhovateľom vykázanú zdravotnú starostlivosť. Odporca zaslaním protokolu sporných dokladov a vyúčtovania zúčtovacích dokladov oznámil navrhovateľovi rozdiel medzi fakturovanými nákladmi na zdravotnú starostlivosť a jej skutočnou úhradou, a to v mesiacoch február, marec, apríl, jún a august 2003. Táto okolnosť nebola medzi účastníkmi konania sporná. Navrhovateľ bol oprávnený podať voči protokolom sporných dokladov a neuhradeniu vyúčtovania námietky. Navrhovateľ v priebehu konania namietal, že voči protokolom sporných dokladov za kalendárne mesiace február, apríl, jún a august 2003, pri ktorých bol ako dôvod neuhradenia vyúčtovanej zdravotnej starostlivosti uvedený "z rozhodnutia revízneho lekára" (mesiace február a apríl 2003) a "nesprávne zadaná diagnóza" (mesiace jún a august 2003), podal námietky. Podanie námietok navrhovateľ preukazoval jednak samotným listom s názvom "reklamácia vyúčtovania" za príslušný mesiac zo dňa 22.04.2003, 23.06.2003, 19.08.2003 a 16.10.2003 (č.l. 138-142) a podacím lístkom s opatrenou podacou pečiatkou pošty a dátumom 23.06.2003, 19.08.2003 a 16.10.2003, pri reklamácií vyúčtovania za mesiac február 2003 aj predložením odpovede zo strany odporcu listom zo dňa 20.05.2003 (č.l. 439). Porovnaním dátumu spísania reklamácie za ten ktorý kalendárny mesiac roka 2003 s dátumom prezenčnej pečiatky pošty na podacom lístku, s označením odporcu ako adresáta, mal súd za to, že navrhovateľ osvedčil podanie námietok voči protokolom sporných dokladov za mesiace február, apríl, jún a august 2003. Podľa mienky súdu navrhovateľ nemá ako iným spôsobom preukázať skutočné podanie námietok voči protokolom sporných dokladov v mesiacoch február, apríl, jún a august 2003 ako predložením podacieho lístka opatreného prezenčnou pečiatkou pošty, pri ktorej sa dátum podania zásielky určenej odporcovi zhoduje s dátumom spísania reklamácie voči protokolom sporných dokladov; vyžadovať od navrhovateľa i preukázanie, že každá zo zásielok, ktorá bola podaná na poštovú prepravu, bola odporcovi i skutočne doručená, by bolo nad rámec jeho dôkaznej povinnosti. Preto pokiaľ odporca v tejto súvislosti namietal nielen samotné podanie námietok voči protokolom sporných dokladov, ale i včasnosť ich podania, zaťažovalo ho dôkazné bremeno. Odporca však v konaní nepreukázal kedy boli protokoly sporných dokladov v tom ktorom kalendárnom mesiaci roka 2003 navrhovateľovi doručené a v prípade vyúčtovania nákladov zdravotnej starostlivosti v mesiaci február 2003 nepreukázal evidentne ani pravdivosť svojho tvrdenia o neexistencii námietok. Na reklamáciu vyúčtovania za mesiac február 2003 totiž odporca odpovedal, a to listom zo dňa 20.05.2003 (č.l. 439), ktorým navrhovateľa žiadal o predloženie ďalších podkladov a výpisov zdravotnej dokumentácie špecifikovaných pacientov, na ktorý list navrhovateľ reagoval zaslaním žiadaných dokladov (č.l. 440-446). V tomto smere sa teda tvrdenia odporcu, že navrhovateľ nepodal námietky proti protokolom sporných dokladov v mesiaci február 2003 ukázali ako zjavne nepravdivé.

Súd mal potom za preukázané, že navrhovateľ postupoval v intenciách zmluvy (článku III, bod 6 zmluvy) a voči protokolom sporných dokladov v mesiacoch február, apríl, jún a august 2003 sa ohradil podaním námietok. Odporca do dnešného dňa nepreukázal akým spôsobom ukončil námietkové, t.j. reklamačné konanie, a teda akým spôsobom naložil s námietkami navrhovateľa v otázke opodstatnenosti vykázanéj a fakturovanej zdravotnej starostlivosti za označené kalendárne mesiace roka 2003. Tým, podľa mienky súdu, došlo k presunutiu dôkazného bremena v otázke preukázovania opodstatnenosti poskytnutia a následného vyúčtovania zdravotnej starostlivosti na odporcu.

Odporca v priebehu konania nevedel špecifikovať konkrétne dôvody, ktoré ho viedli pri jednotlivých pacientoch navrhovateľa k zamietnutiu úhrady za vykázanú a uplatnenú zdravotnú starostlivosť, keď podával len veľmi všeobecné vyjadrenia o navrhovateľom nedostatočne vedenej zdravotnej dokumentácii, resp. o nevykonaní potrebných vyšetrení, záznamov pacientov (viď vyjadrenie odporcu zo dňa 27.09.2007 na č.l. 146), pričom tieto svoje tvrdenia nevedel podporiť relevantnými dôkazmi. Odporca

nevedel špecifikovať, ktorú starostlivosť vo vzťahu ku konkrétnemu pacientovi navrhovateľ neposkytol, ktorú navrhovateľ síce poskytol, ale v rozpore so zmluvou a zákonom (vyjadrenie na č.l. 450). Bolo na odporcov, na ktorého sa nevybavením reklamácie vyúčtovania nákladov zdravotnej starostlivosti presunulo dôkazné bremeno, aby uviedol konkrétne dôvody, pre ktoré pristúpil k čiastočnej úhrade zdravotnej starostlivosti pacientov navrhovateľa a aby svoje tvrdenia a dôvody aj relevantne preukázal.

Pokiaľ išlo o protokol sporných dokladov za mesiac marec 2003, navrhovateľ sa voči jeho správnosti neohradil, tvrdiac, že uvedený protokol vôbec neobdržal. Je zjavné, že v takom prípade bolo povinnosťou odporcu preukázať, že navrhovateľ skutočne obdržal lekárskeho protokolu spolu s protokolom sporných dokladov. Okolnosti doručenia lekárskeho protokolu, ako aj protokolu sporných dokladov týkajúceho sa fakturovanej zdravotnej starostlivosti za mesiac marec 2003 zo strany odporcu tak ostala v konaní odporcom nepreukázaná. Navrhovateľ pritom mohol uplatniť postup podľa článku III, bod 6 zmluvy až po doručení protokolu sporných dokladov. Pokiaľ išlo o dôvody krátenia účtovanej zdravotnej starostlivosti, vychádzajúc z obsahu odporcom predloženého protokolu sporných dokladov za mesiac marec 2003, súd zistil, že odporca pristúpil ku kráteniu vyúčtovanej zdravotnej starostlivosti z dôvodu "rozhodnutia revízieho lekára". Odporca ani v tomto prípade neuviedol konkrétne dôvody, pre ktoré pristúpil len k čiastočnej úhrade vykázanej zdravotnej starostlivosti, a to v rozsahu sumy 3.859,22 eur (116.262,98 Sk). V konaní pritom argumentoval, že k úhrade časti zdravotnej starostlivosti (a to i v prípade vyúčtovania nákladov zdravotnej starostlivosti v mesiacoch február, apríl, jún a august 2003 - pozn. súdu) dospel internou revíziou z údajov vo vlastnom informačnom systéme, z dôvodov opísaných vo všeobecnosti v písomnom vyjadrení zo dňa 27.09.2007 (č.l. 146). Ako bolo uvedené vyššie, z obsahu predmetného vyjadrenia vyplýva, že odporca vytykal navrhovateľovi predovšetkým nesprávne vedenie dokumentácie poistencov, túto považoval za nedostatočnú, heslovitú, bez odôvodnenia, s absenciou požadovaných údajov. Z bodu 1 časti A. Zásad postupu pri vykazovaní zdravotných výkonov zákona č. 98/1995 Z.z. pritom vyplýva, že lekár môže vykazovať príslušné zdravotné výkony len v prípade, ak tieto vykonal v celom rozsahu a riadne ich zaznamenal v zdravotnej dokumentácii pacienta. Pokiaľ odporca pri neuznaní vyúčtovanej zdravotnej starostlivosti, a to nielen v mesiaci marec 2003, ale i február, apríl, jún a august 2003 nemal k dispozícii príslušnú zdravotnú dokumentáciu jednotlivých pacientov navrhovateľa a pri posúdení jej dôvodnosti vychádzal len z údajov z vlastného informačného systému, ten v zmysle vyššie označených Zásad zákona č. 98/1995 Z.z. nemôže byť považovaný za relevantný podklad pre neuznanie tej ktorej zdravotnej starostlivosti; oprávnenosť vykonania úkonu zdravotnej starostlivosti sa odvíja totiž nielen od jeho samotného uskutočnenia, ale i od jeho zaznamenania v zdravotnej dokumentácii pacienta. Odporca v konaní nepreukázal, že by navrhovateľ jednotlivo neuznané úkony zdravotnej starostlivosti v zdravotnej dokumentácii pacientov nezaznamenal. Aj tu sa dôkazné bremeno vzťahovalo na odporcu, ktorý nepreukázal, ktoré konkrétne úkony a v akom rozsahu u toho ktorého pacienta neboli zaznamenané v zdravotnej dokumentácii vedenej navrhovateľom. Navrhovateľ pritom v priebehu konania deklaroval, že zoznamy pacientov predložené odporcovi v príslušnom kalendárnom mesiaci obsahovali vždy údaj o pacientovi, jeho diagnóze, dátume vykonania liečebného úkonu alebo podania lieku a tieto vychádzali a boli totožné so záznamami v zdravotnej dokumentácii príslušných pacientov. Odporca sa nevedel vyjadriť k súladu, príp. nesúladu údajov v zoznamoch pacientov, ktoré mu predložil navrhovateľ s údajmi v zdravotnej dokumentácii pacienta (č.l. 450), pričom namietal len to, že podľa neho, údaje v zoznamoch pacientov nepostačujú na preukázanie poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

Vychádzajúc z vyššie uvedeného dospel súd k záveru, že odporcu v konaní zaťažovalo dôkazné bremeno preukázania relevantných dôvodov, pre ktoré pristúpil k čiastočnej úhrade vyúčtovanej zdravotnej starostlivosti za mesiace február, marec, apríl, jún a august 2003, ktoré skutočnosti v konaní nepreukázal a dôkazné bremeno v tomto smere neunesol. Odporcom uvádzané dôvody neuhradenia poskytnutej a účtovanej zdravotnej starostlivosti boli čisto všeobecného charakteru. Absencia konkrétnych dôvodov, pre ktoré odporca pristúpil ku kráteniu vyúčtovaných nákladov zdravotnej starostlivosti, ktorej poskytnutie navrhovateľ preukazoval zoznamom pacientov s uvedením ich mena, diagnózy, dátumu podania zdravotníckeho výkonu alebo lieku, sťažovala následne i procesnú situáciu navrhovateľa, ktorý tak nemohol účinne zamerať svoju obranu na formuláciu relevantných námietok.

Vychádzajúc z vyššie uvedeného považoval súd návrh navrhovateľa na úhradu úkonov poskytnutej a vyúčtovanej zdravotnej starostlivosti za dôvodný, keď odporca, ktorého zaťažovalo dôkazné bremeno, v konaní nepreukázal z akých konkrétnych dôvodov vyplývajúcich zo zmluvy, resp. príslušného zákona,

nepovažoval navrhovateľom vykázanú zdravotnú starostlivosť za riadne poskytnutú, resp. poskytnutú vadne, a to pri tom ktorom pacientovi. Odporca tak nepreukázal relevantnosť a dôvodnosť jeho postupu v zmysle článku III, bod 6 zmluvy, a preto je povinný zaplatiť navrhovateľovi ním vykázanú a účtovanú zdravotnú starostlivosť v kalendárnych mesiacoch február 2003 v sume 3.284 eur (98.933,75 Sk), marec 2003 v sume 358,49 eur (10.800 Sk), apríl 2003 v sume 236,13 eur (7.113,60 Sk), jún 2003 v sume 176,71 eur (5.323,58 Sk) a v mesiaci august 2003 v sume 1.385,54 eur (41.740,68 Sk), spolu 5.440,87 eur, tak ako súd uviedol vo výrokovej časti rozsudku.

Pre úplnosť súd dodáva, že pokiaľ išlo o dôvody neuznania nákladov zdravotnej starostlivosti za kalendárne mesiace jún a august 2003, v ktorých ako dôvod takého postupu odporca uviedol "nesprávne zadaná diagnóza", porovnaním diagnózy pri neuznaných pacientoch s diagnózou zaznamenanou pri pacientoch v iných mesiacoch kalendárneho roka 2003 je zrejmé, že navrhovateľ sa od stanovenej diagnózy neodklonil, uvádzal ju po celý čas totožnú, bez námietok zo strany odporcu. Odporca dokonca úkony tejto zdravotnej starostlivosti preplatil, a to pri pacientoch Y., G., Š., E., J., J., K., T., J., V., T., J., T., O.Á., V., D. S. W.; jeho postup možno označiť za zmätočný. Nemožno pritom prisvedčiť argumentácii splnomocnenej zástupkyne odporcu, ktorá sa v súvislosti s nesprávne stanovenou liečbou / diagnózou/ pri určitých pacientoch odvolávala i na výsledky revízie u navrhovateľa v novembri 2002, ktoré vyústili do vydania opatrenia revízneho lekára odporcu č. 98/2003 zo dňa 15.10.2003. V prvom rade, vykonaná kontrola odporcu sa uskutočnila u navrhovateľa v priebehu mesiaca november 2002, t.j. v inom období, za ktoré navrhovateľ žiada úhradu nákladov zdravotnej starostlivosti a v druhom rade, opatrenie revízneho lekára odporcu č. 98/2003 zo dňa 15.10.2003 bolo spolu s rozhodnutím odporcu o námietkach č. 01/2004 zo dňa 28.01.2004 zrušené rozsudkom Krajského súdu v Nitre zo dňa 27.04.2005, sp. zn. 11S 71/2004.

Pokiaľ išlo o námietky odporcu uplatnené v priebehu konania, a to námietku prekročenia maximálneho mesačného objemu zdravotných výkonov a poskytovania neodkladnej a akútnej zdravotnej starostlivosti, tieto považoval súd za nedôvodné, a to z nasledovných dôvodov.

Porovnaním faktúr za jednotlivé kalendárne mesiace roka 2003 s obsahom lekárskejších a účtovných protokolov je zrejmé, že odporca v mesiacoch marec, apríl, jún a august 2003 bez akýchkoľvek námietok uhradil náklady účtovanej zdravotnej starostlivosti vysoko prekračujúce nielen dohodnutý mesačný objem (863,04 eur, t.j. 26.000,-Sk), ale i objem štvrťročný (2.589,13 eur, t.j. 78.000,-Sk). Súd poukazuje na odporcom uhradené náklady zdravotnej starostlivosti v mesiaci marec 2003 vo výške 3.859,22 eur (116.262,98 Sk) (č.l. 51 spisu), v mesiaci apríl 2003 vo výške 4.311,03 eur (129.874,06 Sk) (č.l. 66 spisu), v mesiaci jún 2003 vo výške 3.600,64 eur (108.472,74 Sk) (č.l. 79 spisu) a v mesiaci august 2003 vo výške 1.363,86 eur (41.087,62 Sk) (č.l.89 spisu). Podľa jeho mienky okolnosť hradenia nákladov zdravotnej starostlivosti nad rámec mesačného, príp. štvrťročného objemového množstva výkonov nebola medzi účastníkmi za trvania záväzkového vzťahu sporná, keď odporca sám nepostupoval v intenciách zmluvy a prípadný súhlas riaditeľa pobočky s prekročením objemového limitu nevyžadoval. Odporca navrhovateľovi ani raz nevytkol prekročenie maximálneho objemového limitu zdravotnej starostlivosti, a to ani v protokole sporných dokladov. Podľa vyjadrenia odporcu, táto okolnosť nebola ani dôvodom čiastočnej úhrady faktúr poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Navrhovateľ v konaní argumentoval, že maximálne objemové limity úkonov zdravotnej starostlivosti sa na ním poskytovanú zdravotnú starostlivosť nevzťahovali, pretože táto mala charakter akútnej a neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Vychádzal pritom z ustanovenia § 38 ods. 2 zákona č. 273/1994 Z.z., ako aj zo stanoviska Ministerstva zdravotníctva SR k diagnostike a liečbe pacientov so susp. ev. onkologickými ochoreniami uvedeného v liste zo dňa 09.02.1998. Z jeho obsahu vyplýva, že diagnostiku a liečbu nádorových ochorení treba charakterizovať ako akútne a neodkladné poskytovanie zdravotnej starostlivosti a každé omeškanie poskytnutia liečby je zanedbaním povinnosti toho, kto je povinný zabezpečiť túto diagnostiku a liečbu. Odporca aplikáciu predmetného stanoviska namietal majúc za to, že akútnou a neodkladnou zdravotnou starostlivosťou je starostlivosť poskytovaná lekárskou službou prvej pomoci alebo záchrannou zdravotnou službou, pri ktorej je pacient transportovaný do ústavného zdravotníckeho zariadenia, dochádza k náhlejšiemu zmenenému zdravotnému stavu, pri neistej diagnóze pred kontaktom s lekárom. Navrhovateľ pracoval v ambulancii klinickej onkológie, ktorej hlavnou náplňou bolo podávanie nekomplikovanej protinádorovej liečby ambulantným a hospitalizovaným pacientom, ktorí dostávali chemoterapiu s následným krátkodobým sledovaním ich zdravotného stavu, a teda poskytovanie plánovanej zdravotnej starostlivosti. Stanovisko Ministerstva zdravotníctva SR, na ktoré sa odvolával navrhovateľ, považoval odporca za pre vec nezáväznú.

Súd sa nestotožnil s argumentáciou odporcu, keď mal za to, že pri absencii legálneho výkladu pojmu nevyhnutnej a neodkladnej zdravotnej starostlivosti možno vychádzať z výkladu tohto pojmu uvedeného v stanovisku Ministerstva zdravotníctva SR v liste zo dňa 09.02.1998, nakoľko výklad vykonal orgán štátu, v rámci gescie ktorého boli pripravované zákony týkajúce sa zdravotnej starostlivosti, vrátane zákona č. 277/1994 Z.z. V intenciách tohto výkladu Ministerstva zdravotníctva SR súd prisvedčil navrhovateľovi, že ním poskytnutá zdravotná starostlivosť mala charakter akútnej a neodkladnej zdravotnej starostlivosti, pri ktorej poisťovňa v zmysle § 38 ods. 2 zákona č. 273/1994 Z.z. uhradza jej náklady bez limitných obmedzení.

Navrhovateľ si popri žalovanej istine uplatňoval i nárok na priznanie úroku z omeškania vo výške 9% ročne zo žalovanej istiny počnúc od 11.10.2003 do zaplatenia.

Podľa § 369 ods. 1 Obchodného zákonníka, ak je dlžník v omeškani so splnením peňažného záväzku alebo jeho časti a nie je dohodnutá sadzba úrokov z omeškania, je dlžník povinný platiť z nezaplatenej sumy úroky z omeškania určené v zmluve, inak o 1% vyššie, než je úroková sadzba určená obdobne podľa § 502.

Podľa § 502 ods. 1 Obchodného zákonníka, od doby poskytnutia peňažných prostriedkov je dlžník povinný platiť z nich úroky v dojednanej výške, inak v najvyššej prípustnej výške ustanovenej zákonom alebo na základe zákona. Ak úroky nie sú takto určené, je dlžník povinný platiť obvyklé úroky požadované za úvery, ktoré poskytujú banky v mieste sídla dlžníka v čase uzavretia zmluvy. Ak strany dojednávajú úroky vyššie než prípustné podľa zákona alebo na základe zákona, je dlžník povinný platiť úroky v najvyššie prípustnej výške.

Odporca sa s plnením svojej povinnosti voči navrhovateľovi dostal do omeškania, preto súd v súlade s § 369 ods. 1 v spojení s § 502 ods. 1 Obchodného zákonníka priznal navrhovateľovi aj úrok z omeškania z dlžnej sumy. Navrhovateľ uplatňoval nárok na úrok z omeškania odo dňa 11.10.2003, ako dátumu splatnosti poslednej vystavenej faktúry za kalendárny mesiac august 2003, pri ktorej splatnosť nastala dňom 10.10.2003; predmetná faktúra bola odporcovi preukázateľne doručená dňa 11.09.2003 (č.l. 95) a odporca pristúpil k čiastočnej úhrade faktúry lekársym protokolom zo dňa 09.10.2003. Navrhovateľovi preto vznikol nárok na úrok z omeškania vo výške 9% ročne (účastníci zmluvy nemali zmluvne dohodnuté úroky z omeškania, pričom úroky obvykle požadované za úvery poskytované bankami v mieste sídla odporcu v čase uzavretia zmluvy boli v rozpätí vyššom od 13,36 % a viac - viď výtlačok z údajov NBS za jún 1998) zo súdom priznanej sumy od navrhovateľom uvedeného dátumu 11.10.2003 do zaplatenia.

Podľa § 142 ods. 1 O.s.p. účastníkovi, ktorý mal vo veci plný úspech, súd prizná náhradu trov potrebných na účelné uplatňovanie alebo bránenie práva proti účastníkovi, ktorý vo veci úspech nemal.

O trovách konania súd rozhodol podľa § 142 ods. 1 O.s.p., keď plne úspešnému navrhovateľovi priznal právo na ich náhradu voči odporcovi, ktorý vo veci úspech nemal, v celkovej sume 5.617,15 eur. Náhrada trov konania pritom spočívala v trovách právneho zastúpenia navrhovateľa. Pri určení základnej sadzby tarifnej odmeny za jeden úkon právnej služby podľa vyhlášky Ministerstva spravodlivosti č. 655/2004 Z.z. o odmenách a náhradách advokátov za poskytovanie právnych služieb (ďalej len "vyhláška") vychádzal súd z hodnoty predmetu sporu 163.911,59 Sk /5.440,87 eur, potom základná sadzba tarifnej odmeny za jeden úkon právnej služby predstavuje á 5.750,-Sk/ 190,89 eur, pričom právna zástupkyňa navrhovateľa žiadala len á 190,86 eur. Trovy právneho zastúpenia pozostávajú z:

1. 6 úkonov právnej služby ? 5.750,- Sk, a to za prevzatie a príprava zastúpenia vrátane prvej porady s klientom (§ 16 ods. 1 písm. a) vyhlášky č. 655/2004 Z.z.), 3 x písomné podanie na súd vo veci samej dňa 20.09.2005, 10.09.2007, 17.12.2007 (§ 16 ods. 1. písm. c) vyhlášky), 2x účasť na pojednávaní súdu dňa 06.09.2007 a 18.10.2007 (§ 16 ods. 1 písm. d) vyhlášky), čo predstavuje spolu 34.500,-Sk a režijný paušál 2x 150,-Sk, 4x178,-Sk (podľa §19 ods. 3 vyhlášky) čo je 1.012,-Sk, t.j. spolu 35.512,-Sk = 1.178,78 eur,

2. 14 úkonov právnej služby ? 190,86 eur, a to za 6 x písomné podanie na súd vo veci samej dňa 22.04.2009, 10.01.2011, 04.03.2011, 31.05.2011, 05.02.2013 a 23.05.2013 (§ 13a ods. 1 písm. c) vyhlášky), 7 x účasť na pojednávaní súdu dňa 11.06.2010, 06.12.2010, 14.03.2011, 21.11.2012, 20.02.2013, 24.04.2013 a 04.12.2013 (§ 13a ods. 1 písm. d) vyhlášky), 1 x porada s klientom dňa

04.02.2013 (§ 13a ods. 1 písm. b) vyhlášky), čo predstavuje spolu 2.672,04 eur a režijný paušál 1x 6,95 eur, 2 x7,21 eur, 4x7,41 eur, 1x7,63 eur, 6 x7,81 eur (podľa §16 ods. 3 vyhlášky) čo je 105,50 Eur, t.j. spolu 2.777,54 eur

3. 4 úkony právnej služby ? 47,71 eur (§ 14 ods. 5 vyhlášky) a to za 4 x účasť na pojednávaní súdu bez prejednávania merita veci dňa 29.03.2010, 10.05.2010, 27.09.2010 31.01.2011, čo predstavuje 190,84 eur a režijný paušál 3x7,21 eur a 1x7,41 eur (podľa §16 ods. 3 vyhlášky), čo predstavuje 29,04 Eur, t.j. spolu 219,88 eur,

4. cestovného podľa § 15 písm. a) vyhlášky č. 655/2004 Z.z., v spojení s § 16 ods. 4 vyhlášky za cestu vykonanú osobným motorovým vozidlom zn. Toyota Yaris na trase Nové Zámky - Bratislava a späť, čo je 210 km (podľa udania právnej zástupkyne navrhovateľa), v dňoch 06.09.2007 a 18.10.2007, pri priemernej spotrebe 5,8 l/100 km a cene benzínu 37,50 Sk/l, patrí základná náhrada za každý 1 kilometer jazdy vo výške 6,20 Sk/km, t.j. 6,20 Sk x 210= 1.302,-Sk a $(5,8 \times 37,50)/100 = 2,18 \times 210 = 457,80 + 1.302$, spolu 1.759,80 Sk, t.j. 58,41 Eur, pričom právna zástupkyňa navrhovateľa žiadala len 58,40 eur x 2 cesty na pojednávanie, spolu 116,80 eur

5. cestovného podľa § 15 písm. a) vyhlášky č. 655/2004 Z.z., v spojení s § 16 ods. 4 vyhlášky za cestu vykonanú osobným motorovým vozidlom zn. Toyota Yaris na trase Nové Zámky - Bratislava a späť, čo je 210 km v dňoch 29.03.2010, 10.05.2010 a 11.06.2010, pri priemernej spotrebe 5,8 l/100 km a cene benzínu 1,3 Eur/l, patrí základná náhrada za každý 1 kilometer jazdy vo výške 0,183 eur/km (nie 0,138 eur ako uvádza právna zástupkyňa navrhovateľa), t.j. $0,183 \times 210 = 38,43$ eur a $(5,8 \times 1,3)/100 = 0,08 \times 210 = 16,80 + 38,43$, spolu 55,23 eur, pričom právna zástupkyňa navrhovateľa žiadala len 44,84 eur x 3 cesty na pojednávanie, spolu 134,52 eur

6. cestovného podľa § 15 písm. a) vyhlášky č. 655/2004 Z.z., v spojení s § 16 ods. 4 vyhlášky za cestu vykonanú osobným motorovým vozidlom zn. Toyota Yaris na trase Nové Zámky - Bratislava a späť, čo je 210 v dňoch 31.01.2011 a 14.03.2011, pri priemernej spotrebe 5,8 l/100 km a cene benzínu 1,4 Eur/l, patrí základná náhrada za každý 1 kilometer jazdy vo výške 0,183 eur/km (a nie 0,138 eur ako uvádza právna zástupkyňa navrhovateľa), t.j. $0,183 \times 210 = 38,43$ a $(5,8 \times 1,4)/100 = 0,08 \times 210 = 16,80 + 38,43$, spolu 55,23 eur, pričom právna zástupkyňa navrhovateľa žiadala len 46,06 eur x 2 cesty na pojednávanie, spolu 92,12 eur,

7. cestovného podľa § 15 písm. a) vyhlášky č. 655/2004 Z.z., v spojení s § 16 ods. 4 vyhlášky za cestu vykonanú osobným motorovým vozidlom zn. Toyota Yaris na trase Nové Zámky - Bratislava a späť, čo je 210 km v dňoch 20.02.2013, 24.04.2013 a 04.12.2013, pri priemernej spotrebe 5,8 l/100 km a cene benzínu 1,49 Eur/l, patrí základná náhrada za každý 1 kilometer jazdy vo výške 0,183 eur/km (a nie 0,138 eur ako uvádza právna zástupkyňa navrhovateľa), t.j. $0,183 \times 210 = 38,43$ a $(5,8 \times 1,49)/100 \times 210 = 18,15 + 38,43$ eur, spolu 56,58 eur, pričom právna zástupkyňa navrhovateľa žiadala len 47,15 eur x 3 cesty na pojednávanie, spolu 141,45 eur,

8. náhrady za stratu času za cestu podľa § 17 ods. 1 vyhlášky vo výške 1/60 výpočtového základu
- dňa 06.09.2007 a 18.10.2007 v rozsahu á 297,-Sk, pričom za cestu Nové Zámky - Bratislava a späť v trvaní 8 polhodín t.j. 297×8 polhodín = 2.376,-Sk x 2 cesty na pojednávanie, spolu 4.752, t.j. 157,74 eur,
- dňa 29.03.2010, 10.05.2010 a 11.06.2010 v rozsahu á 12,02 eur, pričom za jednu cestu Nové Zámky - Bratislava a späť v trvaní 8 polhodín t.j. $12,02 \times 8$ polhodín = 96,16 eur x 3 cesty na pojednávanie, spolu 288,48 eur
- dňa 31.01.2011 a 14.03.2011 v rozsahu á 12,35 eur, pričom za jednu cestu Nové Zámky - Bratislava a späť v trvaní 8 polhodín t.j. $12,35 \times 8$ polhodín, t.j. 98,80 eur x 2 cesty na pojednávanie 197,60 eur
- dňa 20.02.2013, 24.04.2013 a 04.12.2013 v rozsahu á 12,35 Eur, pričom za jednu cestu Nové Zámky - Bratislava a späť v trvaní 8 polhodín t.j. $13,01 \times 8$ polhodín, t.j. 104,08 eur x 3 cesty na pojednávanie 312,24 eur.

Súd pri vyčíslení trov právneho zastúpenia vychádzal z ich písomného vyčíslenia právnu zástupkyňou navrhovateľa, ktorá vyúčtovala trovy právneho zastúpenia spolu na sumu 5.617,15 eur. V rámci požadovanej náhrady trov právneho zastúpenia navrhovateľa súd bral do úvahy, že právna zástupkyňa navrhovateľa sa stotožnila s priznaním trov právneho zastúpenia v sume 3.574,68 eur podľa pôvodného rozsudku zo dňa 14.03.2011, č.k. 25C 61/2006-414 v označenej sume.

Poučenie:

Proti tomuto rozsudku je možné podať odvolanie do 15 dní odo dňa jeho doručenia cestou tunajšieho súdu na Krajský súd v Bratislave.

V odvolaní sa má popri všeobecných náležitostiach (§ 42 ods. 3 O.s.p.) uviesť, proti ktorému rozhodnutiu smeruje, v akom rozsahu sa napáda, v čom sa toto rozhodnutie alebo postup súdu považuje za nesprávny a čoho sa odvolateľ domáha.

Odvolanie proti rozsudku, ktorým bolo rozhodnuté vo veci samej možno odôvodniť len tým, že :

- a) v konaní došlo k vadám uvedeným v § 221 ods. 1,
- b) konanie má inú vadu, ktorá mohla mať za následok nesprávne rozhodnutie vo veci samej,
- c) súd prvého stupňa neúplne zistil skutkový stav veci, pretože nevykonal navrhnuté dôkazy, potrebné pre zistenie rozhodujúcich skutočností,
- d) súd prvého stupňa dospel na základe vykonaných dôkazov k nesprávnym skutkovým zisteniam,
- e) doteraz zistený skutkový stav neobstojí, pretože sú tu ďalšie skutočnosti alebo iné dôkazy, ktoré doteraz neboli uplatnené (§205a),
- f) rozhodnutie súdu prvého stupňa vychádza z nesprávneho právneho posúdenia veci.

Rozsah, v akom sa rozhodnutie napáda a dôvody odvolania môže odvolateľ rozšíriť len do uplynutia lehoty na odvolanie.

Ak povinný dobrovoľne nespĺní to, čo mu ukladá vykonateľné súdne rozhodnutie, oprávnený môže podať návrh na výkon exekúcie podľa zák. č. 233/1995 Z.z., ak ide o rozhodnutie o výchove maloletých detí, návrh na súdny výkon rozhodnutia.