

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 23 kwietnia 2014 roku (...) Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Ł. wniosła o zasądzenie od Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego w Ł. kwoty 316.057,25 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 28 sierpnia 2013 roku do dnia zapłaty oraz o zasądzenie od pozwanego zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu powód podał, że celem jego działalności gospodarczej jest udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej była umowa (...) zawarta przez A. M. (1) prowadzącego działalność gospodarczą pod nazwą (...) Centrum Medyczne z Narodowym Funduszem Zdrowia Ł. Oddziałem Wojewódzkim w Ł., która określała rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, zasady rozliczeń oraz kwotę zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawcy. W dniu 31 grudnia 2012 roku zostało zawarte pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia – (...) Oddziałem Wojewódzkim w Ł., a A. M. (1) prowadzącym działalność gospodarczą pod firmą Centrum Medyczne (...) oraz powodem (...) Sp. z o.o. porozumienie w przedmiocie przejęcia praw i obowiązków wynikających z umowy nr (...) na rzecz (...) Sp. z o.o. W 2013 roku powód udzielił świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej na rzecz osób ubezpieczonych ponad limity określone przez NFZ w zawartej umowie i wynikało to ze zwiększonej ilości udzielanych świadczeń związanych bezpośrednio z udzielaniem opieki medycznej w stanach, których udzielenie pomocy nie mogło być odroczone ze względu na ryzyko pogorszenia stanu zdrowia lub zagrożenia życia pacjenta. Powód wskazał, że informował pozwanego o niewystarczającej ilości limitów przyznanych w umowie i zwracał się o renowację kontraktów lub zwiększenie przyznanych limitów. W dniu 27 czerwca 2013 roku pozwany wypowiedział umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w sierpniu 2013 roku powód doręczył pozwanemu fakturę Vat celem rozliczenia należności z tytułu wykonanych świadczeń ponad limitowych wyznaczając termin płatności na 27 sierpnia 2013 roku, ale pozwany odmówił zapłaty zwracając fakturę. Pismem z dnia 5 lutego 2014 roku powód wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 316.057,25 zł tytułem wynagrodzenia za 157 ponad limitowych świadczeń wykonanych w trybie nagłym załączając listę wykonanych świadczeń z określeniem kwotowym każdego świadczenia, okoliczności udzielenia świadczenia uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych oraz przedstawiając indywidualną dokumentację medyczną każdego z pacjentów. Pozwany pismem z dnia 17 lutego 2014 roku odmówił zapłaty kwestionując należność zarówno co do zasady jak i co do wysokości. Zdaniem powoda zostały mu narzucone przez pozwanego niewystarczające limity świadczeń, a wobec tego, że wykonywał ustawowy obowiązek udzielania świadczeń w stanach nagłych, zagrażających życiu i zdrowiu i poniósł z tego tytułu koszty, to pozwany jest zobowiązany do zapłaty za wykonane świadczenia. Zasadność roszczenia powód oparł na dotychczasowym orzecznictwie Sądu Najwyższego, z którego wynika, że istnieje prawna podstawa do roszczeń o zapłatę za świadczenia ponadnormatywne jeśli pomoc jest udzielana w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia, ograniczanie wysokości refundacji jest bezpodstawne, a szpitalowi należy się zapłata bez względu na to, czy NFZ zawarł z nim umowę o udzielanie takich świadczeń.

(pozew k 2- 22)

W odpowiedzi na pozew Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki w Ł. wniósł o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie od powoda na swoją rzecz kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwany wskazał, że przewidziane w umowie wynagrodzenie uregulował w całości do wysokości kwoty zobowiązania określonego w umowie oraz podniósł, że powód wykonując umowę był zobowiązany udzielać świadczeń zgodnie z określonym w umowie harmonogramem pracy oraz planem rzeczowo-finansowym, utrzymywać rezerwy na świadczenia nagłe i tak gospodarować środkami finansowymi, aby w ramach maksymalnej kwoty zobowiązania świadczenia nagłe również zostały sfinansowane. Pozwany nie posiada bowiem specjalnej puli środków na świadczenia nagłe odrębnej od przeznaczonej na świadczenia kontraktowe. Nadto pozwany stwierdził, że dowodem potwierdzającym zasadność roszczeń powoda może być wyłącznie opinia biegłego dotycząca prawidłowości kwalifikacji przypadków jako nagłych, bowiem powód nie wykazał przesłanek z art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia

2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (w dokumentacji znajdują się przypadki przyjęcia pacjentów w trybie planowym, przewiezienia ich z innego szpitala lub przyjęcia do diagnostyki, wdrożenia leczenia zachowawczego przy przewlekłym procesie chorobowym). Jednocześnie pozwany zakwestionował wysokość roszczeń z uwagi na fakt, że została przyjęta wg zasad rozliczenia świadczeń ustalonych w umowie oraz datę początkową naliczania odsetek (wezwanie do zapłaty zostało doręczone w dniu 6 lutego 2014 roku, a termin zapłaty został wyznaczony na 7 dni od dnia otrzymania pisma).

(odpowiedź na pozew k. 552-557)

Na rozprawie w dniu 29 stycznia 2016 roku pełnomocnik powoda cofnął powództwo ze zrzeczeniem się roszczenia w zakresie kwoty 20.707,13 zł i poparł powództwo w pozostałym zakresie. Pełnomocnik strony pozwanej wnosił o oddalenie powództwa.

(stanowisko procesowe stron - protokół rozprawy z dnia 29.01.2016 r . czas nagrania 00:1:47-00:03:50 , 01:01:07-01:04:32)

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

Powód (...) Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Ł. w ramach prowadzonej działalności gospodarczej udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Jednym ze współników i Prezesem Zarządu jest A. M. (1).

(odpis z KRS k. 33-34)

W dniu 10 stycznia 2012 roku A. M. (1) w ramach wykonywanej działalności przez (...) w Ł. zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia – (...) Oddziałem Wojewódzkim z siedzibą w Ł. umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego. Umowa została zawarta na okres od 1 stycznia 2012 roku do 31 grudnia 2014 roku. Do umowy załączono plan rzeczowo-finansowy, w którym wskazano liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową.

W dniu 31 grudnia 2012 roku zostało zawarte pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia – (...) Oddziałem Wojewódzkim w Ł., a A. M. (1) prowadzącym działalność gospodarczą pod firmą Centrum Medyczne (...) oraz powodem (...) Sp. z o.o. porozumienie w przedmiocie przejęcia praw i obowiązków wynikających z umowy nr (...) na rzecz (...) Sp. z o.o. z dniem 1 stycznia 2013 roku.

(umowa k. 35-39, aneks y do umowy k. 40-62, porozumienie k.63- 65)

W 2013 roku powodowa spółka udzielała świadczeń zdrowotnych pacjentom na podstawie powyższego porozumienia realizując umowę pod sygn. 051/210696/03/010/13. Składała stronie pozwanej raporty statystyczne dotyczące świadczeń opisanych w sprawozdaniach do umowy. Spółka nie była w stanie zaplanować ilości świadczeń udzielanych w przypadkach nagłych. W planach ujmowała, że było to 20-30% ogólnego miesięcznego kontraktu. Od października 2012 roku była jedyną placówką w (...) świadczącą usługi w zakresie pełnej chirurgii ogólnej i od tego czasu ilość przypadków nagłych wzrosła o 100%. Na dzień 30 kwietnia 2013 roku występowały nad wykonania w oddziale chirurgii ogólnej z powodu przyjęć nagłych, które według jej wyliczeń wynosiły 402.480,00 zł. Powodowa spółka zwróciła się do NFZ o dodatkowe środki mające na celu pokrycie kosztów realizowanych świadczeń oraz o zwiększenie limitu kontraktu.

(pismo k.82 , płyta CD -773 , dokumentacja medyczna pacjentów k.101-514, załączniki k.688 zeznania przedstawiciela strony powodowej A. M. - protokół rozprawy z dnia 29.01.2016 r . czas nagrania 00:57:07-00:59:46)

NFZ , po przeprowadzeniu postępowania kontrolnego, w dniu 27 czerwca 2013 roku złożyło oświadczenie o rozwiązaniu, bez zachowania terminu wypowiedzenia umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne (...) z dniem 30 czerwca 2013 roku. Powodowa spółka przesłała stronie pozwanej fakturę na kwotę 534.924 zł

dotyczącą świadczeń medycznych wykonanych ponad limit umowy w okresie styczeń-czerwiec 2013 roku na chirurgii ogólnej ze wskazaniem, że zapłata ma być dokonana do dnia 27 sierpnia 2013 roku. Strona pozwana w odpowiedzi na wezwanie do zapłaty wskazała, że maksymalna kwota zobowiązania wynikająca z umowy została uregulowana w części przypadającej za okres trwania umowy (6 miesięcy), zakwestionowała zobowiązanie wynikające z nadesłanej faktury i odmówiła jego zapłaty odsyłając fakturę bez jej księgowania.

(oświadczenie k. 83-94 , pismo k.95, 97-99, faktura k.96)

Pismem z dnia 5 lutego 2014 roku powodowa spółka wezwała stronę pozwaną do zapłaty kwoty 316.057,25 zł tytułem zapłaty za ponad limitowe świadczenia wykonane w trybie nagłym wobec 157 pacjentów. W piśmie z dnia 17 lutego 2014 roku strona pozwana zakwestionowała zgłoszone roszczenie co do zasady, jak również co do jego wysokości.

(wezwanie do zapłaty k. 515 -522, pismo k. 526)

W piśmie z dnia 18 września 2014 roku strona pozwana dokonała potrącenia wierzytelności z wierzytelnością powoda do kwoty 20.707,13 zł, stanowiącą rozliczenie świadczeń udzielonych 6 pacjentom w ramach hospitalizacji z zakresu chirurgii ogólnej i wypłaciła ją powodowi w dniu 18 września 2014 roku.

(pismo k. 676, wydruki z systemu Ł OW NFZ k. 663-671, faktura k. 672 -673,677, załącznik do faktury k.674 , zestawienie do rachunku k.675)

Wykaz nierozliczonych świadczeń medycznych udzielonych pacjentom w 2013 roku na oddziale chirurgicznym w (...) sp. z o.o. w Ł. obejmuje 145 przypadków. Wśród tych 145 pacjentów wymagało:

- pilnego leczenia 120 pacjentów (82,76% tj. nagłych lub natychmiastowych);
- udzielenia świadczeń medycznych w trybie odroczonym 11 pacjentów (7,95% tj. pacjenci znajdowali się w stanie polegającym na przewidywalnym pojawieniu się w przyszłości objawów pogarszania zdrowia, w którym jednak możliwe było odroczenie leczenia;

a 14 pacjentów (9,65%) nie wymagało hospitalizacji w oddziale chirurgicznym (chorzy z niepowikłaną chorobą wrzodową dwunastnicy nie wymagający aktualnie leczenia chirurgicznego, chorzy z objawową kamicą żółciową nie kwalifikujący się aktualnie do leczenia operacyjnego, pacjenci z bólami brzucha kwalifikującymi się do diagnostyki ambulatoryjnej lub w oddziałach gastrologicznych, obserwacyjnych, urologicznych lub ginekologicznych).

(opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej k. 642-647 , pisemna opinia uzupełniająca k . 691-700 , ustna opinia uzupełniająca – protokół rozprawy z dnia 29.01.2016 r . czas nagrania 00:05:33-00:53:58)

Sąd dokonał powyższych ustaleń faktycznych na podstawie powołanych dowodów z dokumentów, zeznać przedstawiciela strony powodowej oraz opinii biegłego z zakresu chirurgii ogólnej, której przedmiotem było określenie czy i które świadczenia były udzielane w stanie nagłego zagrożenia zdrowia pacjentów lub w stanie polegającym na przewidywalnym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem mogło być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała pacjenta, ewentualnie utrata życia, który to stan wymagał natychmiastowego podjęcia leczenia lub w stanie polegającym na przewidywalnym pojawieniu się w przyszłości objawów pogarszania zdrowia, w którym było jednak możliwe odroczenie leczenia, ze wskazaniem, jak długo pacjenci ci oczekiwali na wdrożenie leczenia oraz na jaki prawdopodobny dalszy okres (licząc od momentu udzielenia świadczenia) takie odroczenie było dopuszczalne z punktu widzenia wiedzy medycznej bez narażania pacjentów na skutki w postaci poważnego uszkodzenia funkcji organizmu lub uszkodzenia ciała. Opinia biegłego zarówno pisemna jak i uzupełniająca pisemna oraz ustna nie budzi żadnych wątpliwości i pomimo jej kwestionowania przez strony nie została ona jednak podważona pod względem formalnym i merytorycznym. Wskazać należy, że biegły ustosunkował się do zarzutów stron w pisemnej opinii uzupełniającej, a następnie w opinii ustnej, wyjaśniając podstawy zaliczenia przypadków do stanów nagłych, wątpliwości związane z żywieniem pozajelitowym i zaliczenia do przypadków nagłych, przetaczaniem koncentratów krwinek czerwonych oraz świeżo mrożonego osocza, udzielania

świadczeń na izbie przyjęć, a także omawiając szczegółowo przypadki, w których nie była wskazana hospitalizacja oraz przypadki, które nie wymagały leczenia pilnego i można było wykluczyć stan zagrożenia życia lub zdrowia, w których w krótkim czasie nastąpi pogorszenie stanu zdrowia, którego następstwem będzie poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenia ciała ewentualnie utrata zdrowia (wymagały np. leczenia zachowawczego, w warunkach ambulatoryjnych). Wobec tego w ocenie Sądu opinia ta jest spójna, logiczna, uwzględnia także specjalistyczną wiedzę biegłego, co przemawia za uznaniem jej w pełni za wiarygodną i wyczerpującą, opartą na analizie konkretnych historii chorób pacjentów i zapisanych w nich procedurach leczniczych wykonanych u poszczególnych pacjentów w powodowej spółce. Biegły przy sporządzaniu opinii wykorzystał wiedzę zawodową, 32 letnią praktykę w zakresie chirurgii oraz 33 letnią praktykę w zakresie opiniowania jako sądowy biegły chirurg (k.696v), co pozwala uznać jego kwalifikacje do oceny przypadków będących przedmiotem opinii.

Sąd oddalił wniosek strony powodowej o dopuszczenie dowodu z zeznań świadka E. T. na okoliczność konieczności udzielenia świadczeń z uwagi na zagrożenie zdrowia lub życia pacjenta i posiadania przez NFZ wiedzy o niewystarczających, zaniżonych limitach wykonywania świadczeń, albowiem w sprawie była już sporządzona opinia dotycząca przypadków udzielania świadczeń w stanie zagrożenia życia i zdrowia, a poza tym w aktach znajduje się pismo strony powodowej dotyczące niewystarczającej kwoty przyznanego jej limitu świadczeń, a powszechnie wiadomym jest również, że limity świadczeń ustalane w umowach z NFZ są niewystarczające. Wobec tego Sąd uznał, że zeznania tego świadka byłyby zbędne do merytorycznego rozstrzygnięcia sprawy, a ponadto dopuszczenie tego dowodu spowodowałoby nieuzasadnione przedłużenie postępowania, które toczy się już od kwietnia 2014 roku.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

W niniejszej stronie powodowa dochodziła ostatecznie zapłaty kwoty 295.350,12 zł, wskazując, że na kwotę tę składa się zapłata za świadczenia udzielone w warunkach zagrożenia życia i zdrowia pacjentów w zakresie leczenia szpitalnego – chirurgii ogólnej w okresie od 1 stycznia do 30 czerwca 2013 roku.

Warunki udzielania, zakres, zasady i tryb finansowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2008, Nr 164, poz. 1027). Z treści art. 97 ust. 3 pkt 2 powołanej ustawy wynika, że do zadań Narodowego Funduszu Zdrowia należy przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie.

Okolicznością bezsporną jest, że na mocy porozumienia z dnia 31 grudnia 2012 roku zawartego przez Narodowy Fundusz Zdrowia – (...) Oddział Wojewódzki w Ł., A. M. (1) prowadzącego działalność gospodarczą pod firmą Centrum Medyczne (...) oraz powodową spółkę (...) Sp. z o.o. przejęła ona od dnia 1 stycznia 2013 roku prawa i obowiązki wynikające z umowy nr (...) dotyczącej udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie hospitalizacji. Powodowa spółka realizowała umowę pod sygn. 051/210696/03/010/13. Bezspornym jest także, że powodowa spółka udzieliła świadczeń medycznych pacjentom poza kwotowym limitem ustalonym w umowie i strona pozwana nie zapłaciła jej za te świadczenia.

Przepisy wyżej wskazanej ustawy nie zawierają żadnych regulacji w kwestii dotyczącej rozliczeń między świadczeniodawcą i Narodowym Funduszem Zdrowia z tytułu udzielonych przez powodową spółkę świadczeń medycznych. Artykuł 136 powołanej ustawy określa jedynie konieczne elementy treści takiej umowy, w tym w szczególności rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem, a świadczeniodawcami oraz kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy.

Rozważana kwestia rozliczeń musi być zatem rozstrzygnięta między innymi na podstawie wiążącej strony umowy, z uwzględnieniem jednak art. 56 k.c., a także przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – Dz.U. 1991, Nr 91, poz. 408 ze zm. (obecnie art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej – Dz.U. 2011, Nr 112, poz. 654), art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. 2011, Nr 277, poz. 1634) oraz art. 68 ust. 2 Konstytucji RP.

Zgodnie z treścią art. 56 k.c., czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy, z zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów. Oznacza to, że treść umownego stosunku prawnego może być modyfikowana przez przepisy ustawowe. Do takich przepisów należy zaliczyć przede wszystkim art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (obecnie art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej), według którego zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

Stosownie zaś do treści art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Z kolei, stosownie do art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Wymienione przepisy powinny być interpretowane zgodnie z Konstytucją. Artykuł 68 ust. 1 Konstytucji RP przyznaje każdemu człowiekowi prawo podmiotowe do ochrony zdrowia, a art. 68 ust. 2 przyznaje każdemu obywatelowi prawo do równego dostępu w granicach określonych ustawami do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (por. wyroki Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 marca 1999 r., K 2/98, OTK 1999, nr 3, poz. 38 i z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK 2004, nr 1A, poz. 1, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 2009 roku, V CSK 272/08, LEX nr 530613).

Sąd orzekający w sprawie niniejszej podziela stanowisko Sądu Najwyższego, zgodnie z którym świadczeniodawcy przysługuje wobec Narodowego Funduszu Zdrowia roszczenie o wynagrodzenie za świadczenia ponad limitowe spełnione na rzecz osób ubezpieczonych w okolicznościach, w których było zagrożone zdrowie lub życie tych osób (por. wyroki z dnia 5 listopada 2003 r., IV CK 189/02, niepubl., z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK 365/03, niepubl., z dnia 15 grudnia 2005 r., II CSK 21/05, OSNC 2006, nr 9, poz. 157, z dnia 13 lipca 2005 r., I CK 18/05, OSP 2006, nr 6, poz. 70, z dnia 14 lipca 2006 r., II CSK 68/06, niepubl., z dnia 25 maja 2006 r., II CSK 93/05, niepubl. i z dnia 8 sierpnia 2007 r., I CSK 125/07, OSP 2008, nr 7-8, poz. 72).

Zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego wyrażonym w wyroku z dnia 12 marca 2009 roku (V CSK 272/08, LEX nr 530613) przepisy art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (obecnie art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej) i art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry są adresowane bezpośrednio do zakładów opieki zdrowotnej i lekarzy. Wynika z nich, że udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia albo zdrowia jest własnym ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy będącego zakładem opieki zdrowotnej, czy lekarzem. Należy jednak podkreślić, że nie wyłączają one obowiązków Narodowego Funduszu Zdrowia wynikających z innych ustaw. Obowiązki wynikające z powołanych przepisów mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne.

Koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy zatem, zgodnie z art. 56 k.c., włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między Narodowym Funduszem Zdrowia, a świadczeniodawcą i obciążyć nimi Fundusz zarządzający środkami publicznymi, z których powinny one być pokryte. Jak podkreślił Sąd Najwyższy określone w umowach limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą sytuacji, w których istnieje konieczność natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia. Skoro więc istnieje ustawowy obowiązek udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a obowiązek sfinansowania udzielonych ubezpieczonym przez zakłady opieki zdrowotnej świadczeń spoczywa na Funduszu, to należy uznać, że zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie, jeżeli tylko wykaże, że nastąpiło to w sytuacji określonej w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (obecnie w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej).

Dodatkowo rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie „kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej” (Dz. U. z dnia 13 października 2005 r.) wydane na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.) wskazuje iż: świadczeniodawca umieszcza świadczeniobiorcę, z wyjątkiem świadczeniobiorcy

znajdującego się w stanie nagłym, na liście oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, zwanej dalej „listą oczekujących”, na podstawie następujących kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej: stanu zdrowia świadczeniobiorcy; rokowania co do dalszego przebiegu choroby; chorób współistniejących mających wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie, zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.

Świadczeniodawca, stosując kryteria medyczne kwalifikuje świadczeniobiorcę do kategorii medycznej:

- „przypadek pilny” - jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia,

- „przypadek stabilny” - w przypadku innym niż stan nagły

- i przypadek, o którym mowa w lit a.

Umieszcza świadczeniobiorcę na liście oczekujących po stwierdzeniu, że świadczeniobiorca posiada wymagane skierowanie na świadczenie danego rodzaju albo jest uprawniony do uzyskania świadczenia bez skierowania.

Świadczeniobiorcę zakwalifikowanego do kategorii medycznej „przypadek pilny” umieszcza się na liście oczekujących przed świadczeniobiorcami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej „przypadek stabilny”.

Zgodnie zaś z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z dnia 20 października 2006 r.) stan nagłego zagrożenia zdrowotnego to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania i zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie i funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia; przypadek pilny - to taki, w którym istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia; przypadek stabilny – zachodzi w przypadku innym niż stan nagły i przypadek pilny.

Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027), a w szczególności biorąc pod uwagę treść art. 19.1. tej ustawy w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. W przypadku, gdy świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym są udzielane przez świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca ma prawo do tych świadczeń w niezbędnym zakresie. W razie braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej określonych w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy lub w związku z wystąpieniem siły wyższej, świadczeniodawca zapewnia, w przypadku, o którym mowa w ust. 1, udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez innego świadczeniodawcę. Świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej. W celu uzyskania wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa wniosek do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i ich kosztów oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności udzielenia świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych. Podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych przysługuje prawo kontroli zasadności wniosku.

Mając na uwadze powyższe rozważania prawne, a także okoliczności niniejszej sprawy, a w szczególności wnioski opinii biegłego wywiezione po analizie dokumentacji medycznej każdego pacjenta, Sąd Okręgowy przyjął, że nie ma wątpliwości, iż powód udzielił świadczeń 120 pacjentom wymagającym pilnego lub natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych oraz 11 pacjentom w stanie, w którym hospitalizacja mogła być odroczone, a także 14

pacjentom, którzy w ogóle nie wymagali hospitalizacji. W związku z tym Sąd uznał, że żądanie powoda zasługuje na uwzględnienie w przeważającej części (poza 25 przypadkami hospitalizacji odroczonej i zbędnej oraz 6 przypadkami, co do których powód cofnął powództwo). Wskazać należy, że biegły szczegółowo analizował przypadki udzielonych świadczeń i wskazał podstawy kwalifikowania ich jako udzielonych w stanach nagłych (oznaczonych w opinii biegłego kat.A) i wymagających natychmiastowego podjęcia leczenia (oznaczonych w opinii biegłego kat. B). Wnikliwa ocena dokonana przez biegłego pozwoliła rozwiązać wątpliwości dotyczące ustalenia występowania stanu nagłego, jakie miała strona pozwana. Konsekwencją takich ustaleń jest uznanie, że mimo wyczerpania środków zakontraktowanych umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, powodowa spółka nie mogła odmówić udzielenia pomocy pacjentom zgłaszającym się w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia.

W związku z powyższym, Sąd Okręgowy – na podstawie wyżej wskazanych przepisów – zasądził od Narodowego Funduszu Zdrowia w W. oddziału Wojewódzkiego w Ł. na rzecz (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Ł. kwotę 254.931,44 zł za udzielone świadczenia pacjentom wymagającym pilnego lub natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych. Przy wyliczeniu należnego świadczenia Sąd orzekł na podstawie umówionej przez strony ceny analogicznego świadczenia wykonanego w ramach kontraktowego limitu i wyliczenia przedstawionego przez stronę powodową. Sąd uznał, że skoro w umowie strony wypracowały pewne kryteria, na podstawie których ustalona została kwota za wykonane świadczenia w ramach limitu, to brak jest podstaw do kwestionowania tego wyliczenia. Wskazać należy, że Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 27 sierpnia 2015 roku w sprawie o sygn. III CSK 455/14 stwierdził, że podmiotowi leczniczemu, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługuje roszczenie o wynagrodzenie za wykonanie ponad limitowych świadczeń w stanie nagłym w wysokości uzasadnionych kosztów ich udzielenia, ale stanowisko to w niniejszej sprawie nie mogło mieć zastosowania. Strona pozwana początkowo w odpowiedzi na pozew kwestionowała zasadę rozliczania i wniosła o powołanie biegłego z zakresu księgowości celem ustalenia wysokości rzeczywistych dodatkowych wydatków powoda ponoszonych na udzielanie świadczeń ponad limitowych, ale ostatecznie wniosek ten cofnęła (pismo k.608) i w toku dalszego postępowania nie kwestionowała wyliczenia poszczególnych świadczeń udzielonych przez stronę powodową wymienionym w załączonym do akt zestawieniu (k. 618-639). Wobec tego należało dokonać wyliczenia udzielanych świadczeń w oparciu o przyjęte w umowie wartości usługi i w oparciu o opinię biegłego, z której wynikają jakie przypadki udzielonych świadczeń były w trybie pilnym i natychmiastowym.

Sąd oddalił powództwo w pozostałej części tj. ponad kwotę 254.931,44 zł jako nieuzasadnione, bowiem dotyczyło ono świadczeń udzielonych w trybie odroczonym i w przypadkach nie wymagających hospitalizacji.

O odsetkach ustawowych za opóźnienie od zasądzonej na rzecz strony powodowej kwoty Sąd orzekł na podstawie art. 481 § 1 i § 2 zd. 1 k.c., przyjmując jako termin początkowy ich naliczania 28 sierpnia 2013 roku, to jest następny dzień po upływie terminu wyznaczonego do zapłaty faktury przesłanej stronie pozwanej wraz z pismem z dnia 12 sierpnia 2014 roku (k.95-96).

Wobec tego, że strona powodowa cofnęła powództwo w zakresie kwoty 20.707,13 zł na podstawie art. 355 § 1 k.p.c. w zw. z art. 203 § 1 k.p.c. Sąd umorzył postępowanie w tym zakresie.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art.100 k.p.c. obciążając pozwanego obowiązkiem zwrotu 80 % kosztów powodowej spółce, która przegrała spór w 20%. Sąd zasądził od strony pozwanej na rzecz strony powodowej kwotę 5.922 zł tytułem częściowego zwrotu kosztów procesu. Na koszty procesu składa się: koszty zastępstwa procesowego 2 x 7.217 zł, zaliczka na biegłego uiszczona przez stronę powodową 2.000 zł i opłata od zażalenia uiszczona przez stronę pozwaną 40 zł (łącznie 16.474 zł).

Na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. 100 k.p.c. Sąd nakazał pobrać od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia w W. Oddziału Wojewódzkiego w Ł. na rzecz Skarbu Państwa Sądu Okręgowego w Łodzi kwotę 17.346 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych od uwzględnionej części powództwa, a na podstawie art. 113 ust. 2 pkt 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. z art. 100 k.p.c.

nakazał ściągnąć od (...) spółki z ograniczoną odpowiedzialnością w Ł. kwotę 4.336 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych od nieuwzględnionej części powództwa.

ZARZĄDZENIE

odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć pełnomocnikowi strony pozwanej – r. pr. M. K.-Marszałek .

06.05 .201 6 r .