

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 28 czerwca 2013 r. powód Wojewódzki Szpital (...) w Z. wniósł o zasądzenie na rzecz powoda od Narodowego Funduszu Zdrowia w W. Oddział Wojewódzki w Ł. kwoty 96.323,76 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 lutego 2013 r. do dnia zapłaty oraz o zasądzenie kosztów procesu.

W uzasadnieniu pozwu wskazano, iż powód jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej zawarł z pozwanym szereg umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej m.in. w 2012 roku umowę nr (...) obowiązującą w okresie od 1 do 31 stycznia 2012 r., zgodnie z którą pozwany za świadczenia ginekologiczne zobowiązany był zapłacić kwotę 205.088 zł (którą następnie podwyższono do kwoty 205.556 zł), umowę nr (...) obowiązującą w okresie od 1 lutego do 31 grudnia 2012 roku, zgodnie z którą pozwany za świadczenia ginekologiczne zobowiązany był zapłacić kwotę 2.390.284 złote. W ramach umów, powód był zobowiązany do wykonywania objętych umowami świadczeń zdrowotnych o wartości nieprzekraczającej w/w kwot. Po zakończeniu 2012 roku okazało się, że powód przekroczył zakontraktowaną w ramach w/w umów ilość świadczeń. W konsekwencji wartość udzielonych świadczeń w ramach tych umów wyniosła odpowiednio 226.552, 56 zł i 2.465.416,72 zł. Skoro pozwany zapłacił powodowi kwoty odpowiednio 205.388,56 zł i 2.390.256,96 zł do zapłaty pozostają kwoty 21.164 zł i 75.159,76 zł tj. łącznie 96.323,76 zł z tytułu tzw. „nadwykonań”. Pozwany, wzywany przez powoda do zapłaty dochodzonych kwot pismami z dnia 26 marca 2013 roku i 12 kwietnia 2013 roku, odmówił ich uregulowania.

Zdaniem powoda, co najmniej część udzielonych ponad limit świadczeń zostało udzielonych w „stanach nagłych” (tj. po 1- wsze w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia, po 2 -gie w sytuacji, w której zwłoka w udzieleniu świadczenia mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych wypadkach niecierpiących zwłoki, i po 3-cie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego). Obowiązek udzielenia świadczeń w powyższych okolicznościach narzucają świadczeniodawcy – powodowi w niniejszej sprawie - ustawy. Zdaniem powoda oznacza to, że do interpretacji zawartych umów należy stosować art. 56 k.c., co oznacza, że łączące strony zapisy umowy wywołują nie tylko skutki wynikające z ich treści, ale również z przepisów ustaw.

Powód wskazał również, że pozwany wprowadził od 2011 roku niekorzystny dla powoda sposób rozliczeń zawieranych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Sposób ten polegał na tym, że maksymalna kwota zobowiązania pozwanego wynikająca z umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych wypłacana jest w formie miesięcznych zaliczek – na podstawie raportów wykonanych świadczeń przesyłanych pozwanemu przez powoda. W pierwszej kolejności w danym miesiącu pozwany rozlicza te świadczenia, które powód wskazuje jako ratujące życie, nawet jeśli ich udzielenie nastąpi po udzieleniu świadczeń, których powód nie wskazał jako ratujące życie. Jeżeli suma świadczeń przekroczy kwotę zaliczki miesięcznej, to świadczenia inne niż „ratujące życie” nie zostają przez pozwanego zapłacone. Powoduje to, że powód nie może, choćby dołożył najwyższej staranności zaplanować ilości udzielanych świadczeń- bo nie jest w stanie przewidzieć ilu pacjentów trafi do niego w stanie zagrożenia życia, a odmówić udzielenia świadczeń takim osobom nie wolno. Powyższy sposób rozliczeń jest przez pozwanego stosowany przez cały okres rozliczeniowy. Jeśli np. w miesiącu październiku powód wykonałby świadczenia ratujące życie ponad limit dla tego miesiąca, świadczenia te zostają rozliczone w miesiącach poprzednich, a z rozliczeń za miesiące poprzednie „wypadają” świadczenia inne niż ratujące życie, których wartość odpowiada świadczeniom ratującym życie z października. Zdaniem powoda powyższy sposób rozliczeń stanowi nadużycie prawa (art. 5 kc) i narusza zasadę swobody umów (art. 353¹ kc) i nie wiąże stron.

Żądanie w zakresie odsetek powód uzasadnia tym, że zgodnie z ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych ich rozliczenie powinno nastąpić do dnia 14 lutego 2013 roku.

(pozew k. 2-7)

W odpowiedzi na pozew z dnia 29 lipca 2013r. pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu. Wskazał, że pozwany jest zobowiązany zapłacić w ramach tzw. nadwykonań jedynie za świadczenia udzielone w

stanach objętych definicją stanu nagłego zagrożenia zdrowia. Wyłączona jest natomiast odpowiedzialność pozwanego za przypadki pilne i stabilne. Nadmieniał, iż na powódzie ciążył obowiązek zapewnienia udzielania świadczeń nagłych kosztem ograniczenia przyjęć planowych, poprzez wydłużenie kolejek oczekujących. Zdaniem pozwanego powód nie wykazał potrzeby niezwłocznego udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej w stanach nagłych (gdy odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratę zdrowia albo utratę życia), oraz że żądane przez powoda wynagrodzenie mieści się w pojęciu uzasadnionych kosztów (czyli tylko kosztów zmiennych a więc bez uwzględnienia kosztów stałych), czyli przesłanek w rozumieniu art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

(odpowiedź na pozew k.73-78)

W pismach procesowych z dnia 7 października 2014 roku, 29 grudnia 2014 roku i 19 lutego 2015 roku pozwany podniósł, iż w odniesieniu do części pacjentek hospitalizacja została zgłoszona w trybie planowym.

Nadto, powód po wyczerpaniu limitu przyjęć powinien był pacjentów objętych pozwem odesłać do innych placówek położonych na terenie województwa (...), które nie miały przekroczonych limitów.

Pozwany podniósł też, iż zabieg konizacji (wycięcia nadżerki) może być wykonywany w warunkach ambulatoryjnych w świetle par. 11 ust. 5 i 6 zarządzenia nr (...) z dnia 20 października 2011 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

(pisma k. 192-198, 236-250, 303-304)

W piśmie procesowym z dnia 6 marca 2015 roku pozwany podniósł nadto, iż nie ma podstaw do zapłaty za te świadczenia, które mogły zostać wykonane w warunkach ambulatoryjnych lub przerwa w dwukrotnej hospitalizacji trwała poniżej 14 dni. Podobnie jak w stosunku do tych świadczeń udzielonych pacjentom, gdzie druga hospitalizacja była niezasadna i wystarczyłby jeden pobyt w szpitalu.

(pismo k. 319-320)

W piśmie procesowym z dnia 6 marca 2015 roku powód podniósł, iż domaga się wynagrodzenia za świadczenia zdrowotne ratujące zdrowie lub życie, których wykonania nie mógł odmówić, wykonane ponad limit obowiązujący go na podstawie zawartej z pozwanym umowy i wysokości określonej umową na podstawie art. 56 i 354 kc.

(pismo k. 323-327)

Ostatecznie strony podtrzymały stanowiska. Pełnomocnik powoda podniósł, iż żądanie zasądzenia odsetek od dnia 15 lutego 2013 roku wynika z brzmienia ogólnych warunków zakreślających pozwanemu 45-dniowy termin po zakończeniu okresu rozliczeniowego na zapłatę za świadczenia z danego okresu rozliczeniowego.

(protokół rozprawy z 14.04.2015 r. 00:02:18-00:04:36, 00:05:05-00:10:59)

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 30 grudnia 2011 roku w Ł. powód zawarł z pozwanym umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr (...) – leczenie szpitalne – aneks do umowy nr (...) z dnia 30 grudnia 2011 roku. Umowę zawarto na okres od dnia 1 do 31 stycznia 2012 roku. Załączony do umowy plan rzeczowo-finansowy na okres 1-31 stycznia 2012 roku ustalał dla Oddziału (...) Położniczego, łączną ilość zakontraktowanych świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii II poziom referencyjny na kwotę 205.088 zł. W trakcie obowiązywania umowy strony zawarły dodatkowo porozumienie z dnia 5 marca 2012 roku, które podwyższało z w/w tytułu kwotę zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia do kwoty 205.556 zł. Cena jednostkowa za świadczenie z zakresu położnictwa i ginekologii ustalona została na kwotę 52 zł i pozostała niezmienną natomiast aneksem zwiększono ilość jednostek rozliczeniowych, tj. poszczególnych świadczeń. W ramach umowy, powód był zobowiązany do udzielania wszystkim ubezpieczonym i kwalifikującym się

wg kryteriów ustalonych dla pacjentów przez Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministra Zdrowia, bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej we wskazanym zakresie.

(okoliczności bezsporne, aneks do umowy z dnia 30 grudnia 2011 r. k.8-9v., plan rzeczowo - finansowy k.9-10, porozumienie z dnia 5 marca 2012r. k. 11-11v., plan rzeczowo- finansowy k.12-13).

Powód w styczniu 2012 roku wykonał 12 świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologii ponad limity określone w umowie na łączną kwotę 21.164 zł przy uwzględnieniu ceny jednostkowej 52 zł. Część świadczeń była wykazana jako planowa. Podwójnie (poz. 7 i 8) wpisano do wykazu pacjentów P. K., przy czym w historii choroby figuruje raz i za ten raz ją jedynie rozliczono. Łączna kwota za wynikające z tej umowy świadczenia wyniosła 226.552,56 zł.

(faktura k.58, wydruk z systemu informatycznego k. 51-53, zestawienie pacjentów wraz z numerami PESEL i datami wykonania świadczeń - pismo k. 20., wydruk z systemu komputerowego k. 281-283, dokumentacja medyczna załączona do I tomu akt sprawy)

W dniu 10 lutego 2012 roku w Ł. powód zawarł z pozwanym umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr (...) – leczenie szpitalne. Umowę zawarto na okres od dnia 1 lutego do 31 grudnia 2012 roku. Załączony do umowy plan rzeczowo – finansowy na okres 1 luty-31 grudnia 2012 roku ustalał dla Oddziału (...) Położniczego, łączną ilość zakontraktowanych świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii II poziom referencyjny na kwotę 2.390.284 zł. Cena jednostkowa za świadczenie z zakresu położnictwa i ginekologii ustalona została na kwotę 52 zł. Powód był zobowiązany wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, ustalonych na dany okres rozliczeniowy w drodze Zarządzenia nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne zwanego dalej zarządzeniem Prezesa NFZ, Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484) zwanych dalej o.w.u., oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. Nr 140, poz. 1143 z późn. zm.) zwanym dalej rozporządzeniem Ministra Zdrowia. (okoliczności bezsporne, umowa z dnia 10 lutego 2012 roku k. 14-16, plan rzeczowo-finansowy k. 17-18, zarządzenie k. 251-278)

Powód w okresie luty - grudzień 2012 roku wykonał 49 świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologii ponad limity określone w umowie na łączną kwotę 75.159,76 zł przy uwzględnieniu ceny jednostkowej 52 zł. Część świadczeń była wykazana jako planowa. Potrójnie (poz. 8,9,10)wpisano do wykazu pacjentów A. K., przy czym w historii choroby figuruje raz i za ten raz ją jedynie rozliczono. Łączna kwota za wynikające z tej umowy świadczenia wyniosła 2.465.416 zł.

(faktura k.62,63, wydruk z systemu informatycznego k.21-50v., wydruk z systemu komputerowego k. 281-283, zestawienie pacjentów wraz z numerami PESEL i datami wykonania świadczeń - pismo k. 19-19v., dokumentacja medyczna załączona do I tomu akt sprawy)

Zgodnie z par. 11 ust. 5 zarządzenia Prezesa NFZ udzielanie świadczeniobiorcy świadczeń w ramach hospitalizacji, hospitalizacji planowej i „leczenia jednego dnia” może być realizowane, jeżeli cel leczenia w danym przypadku nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.

Zgodnie z par. 11 ust. 6 tego zarządzenia każdorazowe udzielenie w ramach hospitalizacji, hospitalizacji planowej albo ”leczenia jednego dnia”, świadczenia, które kwalifikuje się do realizacji w trybie ambulatoryjnym, musi wynikać ze stanu klinicznego świadczeniobiorcy uzasadniającego jego realizację, który powinien zostać szczegółowo udokumentowany w indywidualnej dokumentacji medycznej. Jeżeli okres pomiędzy świadczeniami nie przekracza 14 dni, lub z zasad postępowania medycznego wynika, że problem zdrowotny może być rozwiązany jednocześnie, świadczenia te wykazywane są do rozliczenia jako jedno świadczenie. (par. 23 pkt 9)

(zarządzenie k. 259, 277).

Celem uporządkowania ustaleń faktycznych Sąd dokonał klasyfikacji przypadków objętych pozwem na 4 grupy w oparciu o opinię biegłego z zakresu ginekologii zawartą na kartach 124-135 akt sprawy:

I. Grupa pierwsza to pacjentki ciężarne lub matki karmiące - gdzie występuje zagrożenie życia lub zdrowia matki lub płodu. Do tej grupy pacjentek zostały zaliczone:

-M. K. – KG - (...) (nr 2 w opinii biegłego) – przyjęta z powodu porodu przedwcześnie zagrażającego przy położeniu miednicowym w 35 tyg. ciąży. Gorsze odczuwanie ruchów płodu. Wystąpiło zagrożenie życia płodu. Stan wymagający natychmiastowego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego dla ratowania płodu przy – co ważne – położeniu miednicowym. Stan ciężarnej i płodu należał do przypadków nagłych ze względu na gorsze odczuwanie ruchów płodu;

-A. F. -KG - (...) (nr 5 w opinii biegłego) - przyjęta z powodu poronienia zagrażającego w 7/8 hbd. Jest to oczywiście stan nagły ze względów klinicznych z uwagi na zagrożenie życia płodu;

-G. M. - KG- (...) (nr 11 w opinii biegłego) - przyjęta z powodu zagrażającego poronienia w C I w 9 tyg. ciąży. Stan ten wymagał postępowania dla ratowania zdrowia płodu i matki w trybie nagłym z powodu krwawienia z dróg rodnych.

- N. A. - KG- (...) (nr 14 w opinii biegłego) -przyjęta z powodu zagrażającego poronienia w ciąży 6 hd. Przypadek ten należy zaliczyć do postępowania klinicznego o charakterze działań nagłych z uwagi na zagrożenie zdrowia matki i życia płodu;

- M. A. - KG- (...) (nr 15 w opinii biegłego) - przyjęta w 5 tyg. ciąży z powodu zagrażającego poronienia. Co prawda wyłączenie za miesiąc nie wpłynęłoby na stan zdrowia matki jednak z uwagi na zagrożenie życia płodu jest to wypadek nagły.

-W. A. - KG- (...) (nr 17 w opinii biegłego) - przyjęta z powodu C I P I w tyg. ciąży tj. zagrażającego poronienia. Stan ten stanowi zagrożenie życia płodu i zdrowia matki;

- Z. A. - KG - (...) (nr 19 w opinii biegłego) - przyjęta w C I P I, w 35 tyg. ciąży z powodu zagrażającego porodu przedwczesnego. Stan ten stanowi nagłe pogorszenie zdrowia matki i płodu i wymaga pomocy natychmiastowej;

- M. S. - KG- (...) (nr 20 w opinii biegłego) - przyjęta z powodu zagrażającego poronienia w 12 tyg. ciąży z dolegliwościami bólowymi. Stan ten należy zaliczyć do zagrożenia zdrowia matki i stanu życia płodu;

- P. M. - KG- (...) (nr 23 w opinii biegłego) – przyjęta w 8 tyg. ciąży z powodu nieprawidłowego jaja płodowego stanowiącego ciężę obumarłą. Ciężarna wymagała szybkiego usunięcia jaja płodowego ze względu na konsekwencje kliniczne i zagrożenie zdrowia;

- W. I. - KG - (...) (nr 28 w opinii biegłego) - przyjęta w trybie nagłym po porodzie siłami natury z zapaleniem rany po nacięciu krocza- matka karmiąca. Przypadek należy zaliczyć do wymagających nagłych działań klinicznych stanowiący zagrożenie zdrowia matki;

- W. M. (1) - KG - (...) (nr 29 w opinii biegłego) - przyjęta z powodu zagrażającego poronienia w C (...), w 7 tyg. ciąży. Zaliczona do grupy zagrożenia zdrowia matki i życia płodu. Stan nagły;

-S. M. (1) - KG - (...) (nr 30 w opinii biegłego) - ciężarna w 25 tyg. ciąży. Przyjęta celem obserwacji pracy serca płodu, stan nagły z uwagi na zagrożenie życia płodu;

- D. K. - KG - (...) (nr 31 w opinii biegłego)- poród przedwczesny zagrażający w 23/24 tyg. ciąży. Stan zagrożenia życia płodu i zdrowia matki. Przypadek nagły;

- U. M. - KG- (...) (nr 34 w opinii biegłego) –poronienie zagrażające w 13 tyg. ciąży. Stan zagrożenia życia płodu i zdrowia matki. Stan nagły;
- B. M. (1) - KG - (...) (nr 35 w opinii biegłego) - zagrażające poronienie w 6 tyg. ciąży. Stan zagrażający życia płodu i zdrowia matki. Stan nagły;
- S. A. (1) - KG- (...) (nr 39 w opinii biegłego) – zagrażające poronienie w 5/6 tyg. ciąży. Zagrożenie życia płodu i zdrowia matki. Stan nagły;
- O. K. - KG - (...) (nr 40 w opinii biegłego) -poronienie zagrażające w 7/8 tyg. ciąży. Stan zagrażający życiu płodu i zdrowiu matki. Opóźnienie przyjęcia było dodatkowym zagrożeniem wystąpienia poronienia wczesnej ciąży. Pacjentka powinna być leczona w warunkach szpitalnych z uwagi na ewentualną konieczność podjęcia natychmiastowych działań zabiegowych, które nie mogły być wykonane w warunkach ambulatoryjnych;
- S. M. (2) - KG - (...) (nr 41 w opinii biegłego) - zagrażające poronienie w 8 tyg. ciąży. Silne krwawienie z narządów rodnych. Stan zagrożenia życia płodu i zdrowia matki. Stan nagły;
- Z. M. - KG - (...) (nr 42 w opinii biegłego) - zagrażające poronienie w 10 tyg. ciąży. Stan zagrożenia życia płodu i zdrowia matki. Stan nagły z uwagi na występowanie bólów w podbrzuszu. Pacjentka powinna być leczona w warunkach szpitalnych z uwagi na ewentualną konieczność podjęcia natychmiastowych działań zabiegowych, które nie mogły być wykonane w warunkach ambulatoryjnych;
- S. A. (2) - KG- (...) (nr 44 w opinii biegłego) - zagrażające poronienie w 10 tyg. ciąży. Stan zagrażający życiu płodu i zdrowiu matki. Stan nagły ze względu na zagrażające poronienie w chwili przyjęcia;
- D. A. - KG - (...) (nr 46 w opinii biegłego) - zagrażające poronienie w ciąży 8 tyg. Stan zagrożenia życia płodu i zdrowia matki. Stan nagły;
- C. M. - KG- (...) (nr 47 w opinii biegłego) - zagrożenie życia płodu w 38 tyg. ciąży. Stan nagły;
- K. K. (1) - KG - (...) (nr 50 w opinii biegłego) - zagrażające poronienie w 7/8 tyg. ciąży. Cięża bliźniacza. Zagrożenie życia bliźniąt i zdrowia matki. Rozpoznanie zagrożenia poronieniem ciąży bliźniaczej powoduje zaliczenie hospitalizacji jako działania nagłego. Opóźnienie przyjęcia ciężarnej z zagrożoną ciążą bliźniaczą o 17 dni jest niewłaściwym postępowaniem;
- S. E. -KG- (...) (nr 51 w opinii biegłego) - Cięża obumarła 8/5 tyg. A. H., HBs. Zagrożenie zdrowia matki. Stan nagły;
- S. M. (3) - KG- (...) (nr 53 w opinii biegłego) – poronienie zagrażające w 9 tyg. ciąży. Zagrożenie życia płodu i zdrowia matki. Stan nagły;
- W. J. - KG - (...) (nr 54 w opinii biegłego) - poronienie zagrażające w 6 tyg. ciąży. Zagrożenie życia płodu i zdrowia matki. Stan nagły;
- P. P. - KG - (...) (nr 56 w opinii biegłego) - w 37 tyg. ciąży, przy pośladowym położeniu płodu silne skurcze przepowiadające. Stan nagły z uwagi na zagrożenie porodem przedwczesnym i zagrożenie dla życia płodu;
- W. A. -KG- (...) (nr 57 w opinii biegłego) - poród fizjologiczny w 41 tyg. ciąży. Łóżysko niekompletne. Stan nagły;
- N. I. - KG- (...) (nr 59 w opinii biegłego) - poród drogą cięcia cesarskiego. Stan nagły ze względu na brak postępu porodu i zagrożenie życia płodu;
- K. M. - KG- (...) (nr 61 w opinii biegłego) - ciężarna w 20 tyg. ciąży została przyjęta w trybie nagłym z powodu zagrożenia utratą ciąży z powodu niewydolności szyjki macicy. Zagrożenie życia płodu. Stan nagły;

- P. K. - KG - (...) (nr 63 w opinii biegłego, chora mimo jednej historii choroby znajdowała się na dwóch pozycjach zestawienia powoda tj. 7-8 karta 20, przy czym rozliczono ją raz. Stan nagły z powodu zagrażającej zamartwicy płodu, zagrożenie życia płodu.

II. Grupa druga są to przypadki krwawienia z dróg rodnych. Do tej grupy pacjentek zostały zaliczone:

- J. P. – KG - (...) (nr 1 z opinii biegłego) – przyjęta z powodu krwawienia z narządów rodnych związanego z menopauzą. Jednoznacznie należy zaliczyć ją do przypadków nagłych ze względu na wysoki stopień zagrożenia chorobą nowotworową trzonu macicy i konieczność jak najszybszej diagnostyki i ewentualnie natychmiastowego radykalnego postępowania operacyjnego; brak wpisu na skierowaniu krwawiącej 41 -letniej pacjentki „pilne” jest niewłaściwe.

- M. J. - KG- (...) (nr 3 z opinii biegłego) - ze względu na zaawansowany wiek pacjentki - 77 lat, całkowite wypadanie narządów rodnych z nietrzymaniem moczu połączone z krwawieniem z narządów rodnych, cukrzycą typu II, przebytą operację endoprotezy stawu biodrowego prawego - stan chorej kwalifikuje ją do grupy pacjentek o znacznym zagrożeniu zdrowia. Zaliczenie chorej do działań planowych jest błędne gdyż w/w rozpoznania, wiek chorej powodował konieczność natychmiastowych działań o charakterze wielokierunkowym. Dla 77-letniej pacjentki z licznymi poważnymi problemami zdrowotnymi przekładanie zabiegu o 1.5 m-ca jest wysoce niewłaściwe a nawet mogące stanowić zagrożeniem życia;

- O. B.-KG - (...) (nr 6 w opinii biegłego) - chora przyjęta w trybie nagłym z powodu nieprawidłowego i obfitego krwawienia z narządów rodnych związanego z obecnością mięśniaków macicy. Krwawienie z narządów rodnych wymaga natychmiastowego postępowania zabiegowego dla ratowania zarówno zdrowia jak i życia. Chora została przyjęta z rozpoznaniem „M. profusa” (Krwawienie z dróg rodnych obfite) co niewątpliwie wymagało postępowania nagłego pod postacią wyłyżeczkowania kanału i jamy macicy. Wykonanie wyłyżeczkowania chorej krwawiącej po 1.5 m-ca byłoby postępowaniem zagrażającym utratą zdrowia chorej;

- S. A. (3)-KG- (...) (nr 18 w opinii biegłego) - chora przyjęta z powodu nieprawidłowego krwawienia z narządów rodnych co stanowi zagrożenie zdrowia i wymaga postępowania zabiegowego. Przy krwawieniu zagrożenie zdrowia występuje zawsze.

- K. K. (2) - KG - (...) (nr 33 w opinii biegłego) - chora przyjęta z nieprawidłowym krwawieniem z mięśniakowej macicy w stanie zapalnym. Zagrożenie zdrowia pacjentki. Stan nagły ze względu na krwawienie z narządów rodnych;

- S. B. -KG- (...) (nr 49 w opinii biegłego) - pacjentka przyjęta z powodu silnego krwawienia z narządów rodnych. Zagrożenie zdrowia. Stan nagły;

III. Grupa trzecia z nieprawidłowymi wynikami cytologii. Należy tu poczynić pewną uwagę natury ogólnej a mianowicie, iż nieprawidłowe wyniki badań cytologicznych przesądzają o konieczności pilnych działań diagnostycznych z uwagi na zagrożenie nowotworem. (...) nie należy w takim przypadku odkładać na późniejszy termin. Dokładnej diagnostyki nie można przeprowadzić w warunkach ambulatoryjnych. W szczególności w takich warunkach nie wykonuje się koniecznych zabiegów np. konizacji.

Do tej grupy pacjentek należy zaliczyć:

-D. W. - KG – (...) (nr 36 w opinii biegłego) - ze względu na rozpoznanie cytologiczne istniała konieczność wykonania zabiegu terapeutycznego. Stan nagły z uwagi na zagrożenie zdrowia pacjentki.

- B. V. -KG- (...) (nr 37 w opinii biegłego) - ze względu na rozpoznanie cytologiczne konieczny nagły zabieg terapeutyczny. Dysplazja szyjki macicy winna być leczona pilną konizacją ze względu na konieczność ustalenia pewnego rozpoznania. Wykonanie konizacji w warunkach ambulatoryjnych jest celowym działaniem jednak nie

stosowanym w Polsce. Przekładanie daty wykonania zabiegu nie było celowe i bezpieczne dla chorej. Stan nagły z uwagi na zagrożenie zdrowia.

- G. M. - KG- (...) (nr 45 w opinii biegłego) - ze względu na cytologiczne rozpoznanie (...) konieczność zabiegu konizacji, którego nie wykonuje się w warunkach ambulatoryjnych. Stan nagły ze względu na rozpoznanie stanowiące zagrożenie zdrowia chorej;

-B. A. - KG- (...) (nr 52 w opinii biegłego) - ze względu na rozpoznanie cytologiczne konieczność zabiegu konizacji, którego nie wykonuje się w warunkach ambulatoryjnych. Stan nagły ze względu na rozpoznanie stanowiące zagrożenie zdrowia chorej;

- C. U. -KG- (...) (nr 60 w opinii biegłego) - ze względu na rozpoznanie cytologiczne przyjęto do pobrania wycinków w trybie pilnym. Ze względu na rozpoznanie stan nagły;

- O. A. - KG - (...) (nr 62 w opinii biegłego) - ze względu na dysplazję dużego stopnia - (...) /III przyjęta w trybie nagłym do zabiegu operacyjnego.

IV. Czwarta grupa –inne przypadki np. stany zapalne, guzy, torbiele i nadżerki, przerost błony śluzowej. Pacjentki zaliczone do tej grupy w zależności od konkretnych okoliczności można zakwalifikować do przypadków nagłych lub nienagłych.

Przypadki nagłe to:

- B. M. (2) - KG - (...) (nr 4 w opinii biegłego) –chora przyjęta do zabiegu elektrokonizacji z powodu obecności rozległej, podejranej nadżerki na szyjce macicy. Obecność podejranej, rozległej nadżerki części pochwowej mimo poprzedzającego badania histopatologicznego wycinków wymaga jak najszybszego, wręcz nagłego działania zabiegowego. Pobieranie wycinków często nie oddaje istotnego stanu nadżerki. Zły stan pacjentki nie jest jedynym wskazaniem do nagłego trybu postępowania medycznego. Brak wpisu „pilne” na skierowaniu nie jest właściwym sposobem działania.

- W. E. - KG - (...) (nr 7 w opinii biegłego) - chora przyjęta z rozpoznaniem wstępnym dużego guza jajnika wymagającego postępowania operacyjnego dla ratowania zdrowia i życia. Przeprowadzony rozległy zabieg operacyjny wykazał obecność mięśniaków macicy oraz rozległego guza zapalnego esicy i trzonu macicy. Postępowanie operacyjne w tym przypadku wymagało działań nagłych o charakterze rozległych działań chirurgicznych z drenażem jamy brzusznej;

- K. A. - KG - (...) (nr 8, 9 i 10 w opinii biegłego – chora mimo jednej historii choroby znajdowała się w zestawieniu powoda na trzech pozycjach na k 19-19v., ale czas pobytu jest identyczny -03.12.2012-06.12.2012 i tylko za ten jeden pobyt została rozliczona) - chora została przyjęta z powodu olbrzymiego guza jajnika prawego z poważną anemią. Przypadek nagły ze względu na wagę rozpoznania wymagającego postępowania dla ratowania zdrowia i życia stąd kwalifikacja do tej grupy.;

- W. M. (2) - KG - (...) (nr 38 w opinii biegłego) -przyjęta ze względu na silne dolegliwości bólowe spowodowane obustronnym zapaleniem przydatków w trybie nagłym. Stan nagły ze względu na zagrożenie zdrowia;

- O. J. - KG- (...) (nr 27 w opinii biegłego) - chora przyjęta ze względu na stwierdzony przerost błony śluzowej jamy macicy oraz macicę mięśniakowatą. Przerost taki stanowi zagrożenie zdrowia pacjentki ze względu na podejrzenia nowotworowe i wymaga nagłego działania diagnostyczno – terapeutycznego. Występujące obfite metrorrhagie wymagają natychmiastowego ustalenia powodu ich występowania i stanowią poważne podejrzenie rozwoju choroby nowotworowej endometrium. Takich przypadków długotrwałych krwawień z narządów rodnych zdecydowanie nie powinno się przekładać do zabiegu za 1,5 m-ca.

- P. T. - KG- (...) (nr 43 w opinii biegłego) - Chora ze względu na duży rozrost błony śluzowej jamy macicy przyjęta do Oddziału ze względu na zagrożenie zdrowia chorobą nowotworową w trybie nagłym. Wystawienie skierowania z terminem miesięcznym nie było w tym przypadku właściwe. Przy dużym rozroście nie powinno się przesuwać terminu działań;

- N. W. - KG- (...) (nr 55 w opinii biegłego) - pacjentka z wypadaniem całkowitym narządów rodnych oraz cukrzycą typu II i SM. Zagrożenie życia ze względu na choroby towarzyszące. Biorąc pod uwagę powyższe problemy należało przyjąć chorą i operować w trybie nagłym.

Nie wymagały podjęcia natychmiastowego działania:

- N. E. - KG- (...) – (nr 12 w opinii biegłego) – kwota refundacji wyniosła 2.148 zł (28 jednostek * 52 zł). Chora została przyjęta z powodu obustronnego zapalenia znacznie powiększonych przydatków z powodu silnych dolegliwości bólowych. Stan ten zagrażał możliwością wystąpienia niepłodności u młodej pacjentki. Chora zaliczona do grupy zagrożenia zdrowia a nie do grupy wymagającej postępowania nagłego.

- W. D. - KG - (...) (nr 13 w opinii biegłego) – kwota refundacji wyniosła 2.148 zł (28 jednostek * 52 zł) Chora przyjęta z silnymi dolegliwości bólowych z powodu obustronnego zapalenia przydatków. Stan ten stanowił zagrożenie zdrowia młodocianej pacjentki z ew. dalszymi konsekwencjami;

- J. A. - KG- (...) (nr 16 w opinii biegłego) – kwota refundacji wyniosła 3.536 zł (68 jednostek * 52 zł) Przyjęta z powodu guza jajnika prawego. Wymagała zabiegu operacyjnego wyjaśniającego charakter guza jajnika prawego;

- T. B. - KG - (...) (nr 21 w opinii biegłego) – kwota refundacji wyniosła 936 zł (18 jednostek * 52 z). Chora przyjęta z powodu torbieli jajnika prawego i znacznego przerostu błony śluzowej jamy macicy. Ze względu na wiek chorej stan ten stanowił zagrożenie zdrowia i wymagał planowego działania zabiegowego, przy czym dolegliwości brzuszne występowały od dwóch lat,

- K. G. - KG - (...) (nr 22 w opinii biegłego) – kwota refundacji wyniosła 676 zł (13 jednostek * 52 zł) Przyjęta z powodu polipa w pochwie i obniżenia tylnej ściany pochwy. Z powodu podejrzenia o zmianę nowotworową przypadek zaliczony do grupy zagrożenia zdrowia;

- P. W. - KG - (...) (nr 31 w opinii biegłego)- kwota refundacji wyniosła 572 zł (10 jednostek * 52 zł) U chorej rozpoznano guz jajnika co było powodem przyjęcia do diagnostyki z powodu zagrożenia zdrowia;

- K. B. - (...) (nr 48 w opinii biegłego – kwota refundacji wyniosła 3.536 zł (68 jednostek * 52 zł) – dwukrotny pobyt w szpitalu przy czym pacjentkę rozliczono za jeden pobyt w szpitalu. Z powodu rozpoznanego guza jajnika przyjęta do oddziału. Oznaczanie Ca 125 nie jest pewnym postępowaniem diagnostycznym a rozpoznanie guza jajnika jest poważnym problemem zagrożenia zdrowia;

- W. H. - KG- (...) (nr 24 w opinii biegłego) – kwota refundacji wyniosła 936 zł (18 jednostek * 52 zł) Chora przyjęta z powodu macicy mięśniakowatej, wypadania narządu rodnego nie może być zaliczona do grupy z zagrożeniem życia, zdrowia wymagającej działań nagłych;

- F. R. - KG - (...) (nr 25 w opinii biegłego) – kwota refundacji wyniosła 936 zł (18 jednostek * 52 zł) Przyjęta z powodu przerostu błony śluzowej jamy macicy po gestagenoterapii i elektrokonizacji. Zabieg wyłyżeczkowania można było wykonać za 1.5 m-ca;

- K. S. -KG - (...) (nr 26 w opinii biegłego)- kwota refundacji wyniosła 936 zł (18 jednostek * 52 zł) – , 2 pobyty - 22.10.2012 -23.10.2012 r. oraz 26.10.2012 r., przy czym pacjentkę rozliczono za jeden pobyt w szpitalu W trakcie obu pobytów ustalono, że u chorej po wycięciu mięśniaków i częściowej resekcji jajnika prawego występuje niepłodność pochodzenia szyjkowego. Niecelowe było wykonywanie 2 pobytów szpitalnych zamiast jednego;

-O. I. - KG- (...) (nr 58 w opinii biegłego) – kwota refundacji wyniosła 3.900 zł (75 jednostek *52 zł). Chora przebywała w szpitalu 2 -krotnie (7.12.2011 - 9.12.2011 - elektrokonizacja z powodu nadżerki oraz 25.1.2012 r. -28.1.2012 r- wysiłkowe nietrzymanie moczu) Tylko ten ostatni pobyt objęty był okresem umowy pomiędzy stronami. Ze względu na stan chorej wymagała zabiegu (...) przy czym odłożenie zabiegu o miesiąc nie zmieniło by stanu chorej.

(opinia pisemna biegłego sądowego z zakresu ginekologii k. 98-101, pisemne uzupełniające opinie tego biegłego k. 123-135, 209-218, ustna uzupełniająca opinia tego biegłego – protokół rozprawy z 19.02.2015r. 00:01:55-01:23:15, zestawienie pacjentów wraz z numerami PESEL i datami wykonania świadczeń k. 19-20)

Powód w dniu 12 kwietnia 2012 roku wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 21.164 zł w terminie 15 dni od otrzymania dokumentacji rozliczeniowej.

(pismo k. 56-57)

W odpowiedzi pozwany pismem z dnia 18 kwietnia 2013 roku poinformował o braku podstawy do rozliczenia nadwykonań za styczeń 2012 rok.

(pismo k. 54-55)

Powód wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 175.159,76 zł w terminie 15 dni od otrzymania dokumentacji rozliczeniowej. Pismo doręczono pozwanemu w dniu 26 marca 2013 r.

(pismo k. 60-61)

W odpowiedzi pozwany pismem z dnia 27 marca 2013 roku stwierdził brak podstawy do rozliczenia nadwykonań za luty – grudzień 2012 rok.

(pismo k. 59)

Oceniając materiał dowodowy sąd oparł się na opinii biegłego sądowego z zakresu ginekologii T. P. uznając, że jego opinia jest spójna i logiczna oraz nie została przez strony skutecznie zakwestionowana, a zastrzeżenia stron stanowią jedynie polemikę z prawidłowymi wnioskami opinii biegłego.

Sąd oddalił wniosek pozwanego o wyłączenie biegłego sądowego z zakresu ginekologii T. P.. Sąd uznał, że w sprawie nie zachodzą wątpliwości co do bezstronności biegłego, którego opinia jest rzetelna, wyczerpująca, spójna i logiczna, a jego zachowanie nie było stronnicze wobec którejkolwiek ze stron. Nadto wniosek o wyłączenie biegłego został zgłoszony po zakończeniu czynności przez biegłego.

Sąd zważył co następuje:

Roszczenie powoda jest zasadne w przeważającej części.

Wskazać należy, że strony zawarły dwie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – za okres od 1 do 31 stycznia 2012 r. - umowę nr (...) i za okres od 1 lutego do 31 grudnia 2012 rok umowa nr (...). Z tytułu pierwszej umowy powód zgłosił 12 „nadwykonań” a z tytułu drugiej umowy 49 „nadwykonań”. Umowy zostały zawarte na podstawie art. 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135). Przepisy tej ustawy nie zawierają szczegółowych regulacji w kwestii dotyczącej rozliczeń pomiędzy świadczeniodawcą (powodem) i Narodowym Funduszem Zdrowia z tytułu udzielonych przez powoda świadczeń medycznych. Kwestia rozliczeń musi być rozstrzygnięta przede wszystkim na podstawie wiążącej strony umów, z uwzględnieniem art. 56 k.c. Treść umownego stosunku prawnego może być modyfikowana przez przepisy ustawowe. W niniejszej sprawie do tych przepisów należy zaliczyć przede wszystkim art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (odpowiadającego obowiązującemu przed wejściem w życie tejże ustawy art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej), oraz art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodzie lekarza i dentysty.

Świadczeniami zdrowotnymi, o których mowa w art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408 ze zm.) a obecnie w art. 15 ustawy o działalności leczniczej oraz w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn.: Dz.U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 ze zm.) objęte zostały w zasadzie stany nagle i niespodziewane, których nie można przewidzieć (np. pacjenci z udarem mózgu, zawałem serca, poszkodowani w wypadkach drogowych). Nie są nimi zabiegi, które wprawdzie ratują życie, jednak stosowane są u chorych leczonych przewlekłe, wymagających regularnego poddawania się zabiegom medycznym. (por. wyrok SN z dnia 4 stycznia 2007r., V CSK 396/06). Nie wystarczy ustalenie, że określony zabieg jest zabiegiem ratującym zdrowie lub życie, konieczne jest ponadto ustalenie, że pacjent potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia lub że jest to przypadek niecierpiący zwłoki. W przepisach tych chodzi zatem o taki stan, w którym odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia. Jakkolwiek bowiem każde świadczenie medyczne jest udzielane w sytuacji zagrożenia zdrowia ludzkiego, to jednak ustawodawca wyraźnie odróżnił świadczenia medyczne udzielane w normalnych warunkach, gdy udzielenie pomocy nie wymaga natychmiastowego działania i może być odłożone w czasie, od sytuacji, gdy pomoc ta musi być udzielona natychmiast, bowiem jej odroczenie w czasie może skutkować utratą zdrowia lub życia. Choć więc każde świadczenie medyczne jest udzielane w sytuacji zagrożenia zdrowia, to nie każde jest świadczeniem udzielanym w sytuacji wymagającej natychmiastowej pomocy medycznej, której odroczenie w czasie może skutkować utratą zdrowia lub życia. (por. wyrok SN z dnia 8 października 2008 r., V CSK 139/08)

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.

Przepisy te powinny być interpretowane zgodnie z Konstytucją, która w art. 68 ust. 1 przyznaje każdemu człowiekowi prawo podmiotowe do ochrony zdrowia, a w art. 68 ust. 2 przyznaje każdemu obywatelowi prawo do równego dostępu w granicach określonych ustawami do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Świadczeniodawcy przysługuje wobec Narodowego Funduszu Zdrowia roszczenie o wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe spełnione na rzecz osób ubezpieczonych w okolicznościach, w których było zagrożone zdrowie lub życie tych osób. 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 i wynika z nich, że udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia albo zdrowia jest własnym ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy będącego zakładem opieki zdrowotnej, czy lekarzem. 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, 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. Skoro 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. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (wcześniej w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej). Sąd podziela poglądy wyrażone w orzecznictwie Sądu Najwyższego tj. wyroku z dnia 5 listopada 2003 r., IV CK 189/02, LEX nr 164009, w którym stwierdzono, że określone w umowach ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą przypadków, gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Jeżeli bowiem zachodzi ustawowy obowiązek natychmiastowego udzielenia świadczeń, to nie mogą one być limitowane umową. Również w wyroku SN z dnia 13 lipca 2005 r., I CK 18/05, 2006, z. 6. poz. 70, LEX nr 181380, stwierdzono, iż w umowie między Kasą Chorych (NFZ) i świadczeniodawcą zastrzeżenie określające ilościowy limit świadczeń dotknięte jest nieważnością w zakresie świadczeń niecierpiących zwłoki ze względu na zagrożenie życia albo zdrowia, jeżeli strony umowy nie ustaliły niezbędnych przedsięwzięć organizacyjnych, zapewniających udzielenie tych świadczeń. Nadto w wyroku SN z dnia 2006-01-18, V CSK 60/05, LEX nr 258665, wskazano, że przy ocenie wzajemnych stosunków między płatnikiem a szpitalem należy brać pod uwagę „oprócz postanowień zawartych przez strony umów o udzielanie świadczeń, także normy, których adresatami są zakłady opieki zdrowotnej oraz personel medyczny,

zwłaszcza lekarze. Czynności prawne nie stanowią bowiem wyłącznego źródła zobowiązań i nie wyczerpują ich treści (art. 56 k.c.).” W razie wyczerpania limitu wynagrodzenia wynikającego z umowy, „świadczenia wykonane w ramach przymusu ustawowego (ponadlimitowe) powinny być finansowane przez Kasy Chorych (a obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia). Instytucje te należą bowiem do sektora finansów publicznych, który ponosi odpowiedzialność za udzielanie ubezpieczonym (i osobom nieubezpieczonym lecz uprawnionym do korzystania z tej pomocy) opieki zdrowotnej. Dalej w orzeczeniu z dnia 29.03.2006r., IV CSK 158/05, LEX nr 399773 SN stwierdził, że istnieje związek pomiędzy przepisami art. 353¹ i art. 56 k.c. a przepisem art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm., dalej: u.z.o.z.). Zgodnie z art. 56 k.c. czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, również te, które wynikają z ustawy. W zakresie dotyczącym wynagrodzenia za świadczenia spełnione w przypadkach objętych przepisami art. 7 u.z.o.z., a także art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204 ze zm.) treść stosunku zobowiązaniowego powstałego w następstwie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń określają więc te przepisy, a nie postanowienia umowy. Jeżeli istnieje sytuacja zagrożenia życia lub zdrowia, z uwagi na art. 7 u.z.o.z., szpital ma obowiązek udzielenia świadczeń zdrowotnych. Nie sposób przyjąć, jakoby oznaczało to działanie "na własne ryzyko", gdyż byłoby to właśnie sprzeczne z celem ustanowienia publicznego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, które mają charakter gwarancyjny. Odpowiedzialność za ciągłość i powszechną dostępność świadczeń zdrowotnych ponosi publiczna osoba prawna, jaką jest Narodowy Fundusz Zdrowia. W tym również mieści się ryzyko wystąpienia kosztów świadczeń ponadlimitowych, ratujących życie i zdrowie, które Fundusz powinien odpowiednio kalkulować przy tworzeniu planu finansowego. Wykładając art. 7 u.z.o.z., trzeba mieć na uwadze, że obejmuje on tylko świadczenia zdrowotne udzielone "ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia", a więc takie, których niepodjęcie mogłoby, przy uwzględnieniu zasad doświadczenia życiowego i wiedzy medycznej, prowadzić do zgonu pacjenta lub nastąpienia skutków w postaci trwałego uszczerbku na zdrowiu. Dokonanie tak ukierunkowanej oceny jest obowiązkiem personelu szpitala. Artykuł 7 u.z.o.z. wywiera istotny wpływ na wykładnię i skutki umów zawieranych przez świadczeniodawców z Funduszem. Zakres zobowiązania Kasy Chorych, a obecnie Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawcy określa zatem umowa oraz przepisy ustaw nakładających na zakłady opieki zdrowotnej i lekarzy udzielanie pomocy zdrowotnej. Podobnie w wyroku z dnia 10.05.2006r., III CSK 53/05, LEX nr 258669, SN stwierdził, że zakres obowiązku kasy chorych świadczenia za wykonane przez z.o.z. usługi medyczne obejmuje także te usługi, które świadczeniodawca zobowiązany był wykonać z mocy szczególnych przepisów ustawy, nawet jeżeli nie zostały one określone w umowie i objęte uzgodnionym wynagrodzeniem. Chodzi o świadczenia wykonane w warunkach określonych w art. 7 ustawy z. o. z oraz w art. 30 ustawy z 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, to jest w przypadkach nagłych, zagrożenia zdrowia lub życia ludzkiego. W takich sytuacjach powyższe przepisy nakładają wprost na lekarzy i zakłady opieki zdrowotnej bezwzględny obowiązek udzielenia pomocy medycznej.

Reasumując Sąd doszedł do przekonania, iż obowiązek zapłaty przez pozwanego za świadczenia wykonane przez powoda ponad limit wynika z umów łączących strony przy czym obowiązek ten obejmuje zapłatę za przypadki tzw. nagle szczegółowo zdefiniowane w art. 15 ustawy o działalności leczniczej i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i dentystry.

Przed szczegółowymi rozważaniami dotyczącymi poszczególnych grup pacjentek należy odnieść się do zarzutów pozwanego natury ogólnej. Po pierwsze nie można uznać argumentu, że zgłaszanie świadczeń jako planowane przez powoda przesądza o nagłości lub nie konkretnego przypadku. Decyduje o tym bowiem ocena stanu zdrowia na datę przyjęcia pacjentki do szpitala, a nie dokumentacja administracyjna. Przy czym w kilku przypadkach biegły jednoznacznie wypowiedział się, iż brak sformułowania „pilne” na skierowaniu tudzież odroczenie w czasie zabiegów w konkretnym przypadku było niewłaściwe.

Drugi zarzut dotyczący odsyłania pacjentek przez powoda do innych placówek gdzie były niewykonane limity w zakresie świadczeń ginekologicznych również nie zasługuje na uwzględnienie. Po pierwsze, obowiązek taki nie wynika z żadnych przepisów tudzież z umowy łączącej strony. Ponadto Sąd stoi na stanowisku, że pozwany jako jednostka centralna ma obowiązek czuwać nad prawidłowym podziałem świadczeń i kontrolować gdzie są „nadwykonania” a gdzie są niewykorzystane limity celem reagowania w przypadku przekroczenia limitów przez poszczególne zakłady opieki zdrowotnej. Na marginesie tylko Sąd zauważa, iż w wykazie placówek gdzie występowały niewykorzystane

limity znajdowała się również placówka powoda co oznaczałoby, że powodowy szpital musiałby odsyłać pacjentów do siebie.

Odnosząc się do konkretnych przypadków objętych sporem Sąd uznał za przypadki nagłe pacjentki opisane w trzech pierwszych grupach porządkowych korzystające ze świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologii II poziom referencyjny. Grupa pierwsza to pacjentki ciężarne lub matki karmiące. W ocenie Sądu we wszystkich przypadkach z tej grupy nagłość przypadku podyktowana jest zagrożeniem życia lub zdrowia matki lub płodu. Opierając się na opinii biegłego są to pacjentki zestawione za numerami 2, 5, 11, 14, 15, 17, 19, 20, 23, 28, 29, 30, 32, 34, 35, 39, 40, 41, 42, 44, 46, 47, 50, 51, 53, 54, 56, 57, 59, 61, 63 – łącznie 31 przypadków nagłych. Sąd uznał za przypadki nagłe również pacjentki zgłaszające

krwawienia z dróg rodnych zaliczone do drugiej grupy porządkowej. Oczywistym jest bowiem, iż w każdym przypadku krwawienie z dróg rodnych istnieje konieczność natychmiastowego podjęcia działania diagnostycznego z uwagi na zagrożenie życia i zdrowia. Do grupy drugiej Sąd zaliczył pacjentki zestawione w opinii biegłego za numerami 1, 3, 6, 18, 33 i 49 – łącznie 6 przypadków nagłych. Również przypadki zaliczone do grupy trzeciej tj. z nieprawidłowymi wynikami cytologii mają charakter nagły z uwagi na wagę rozpoznania i zagrożenie nowotworem. Nie budzi wątpliwości Sądu, iż w sytuacjach tych potrzebna jest natychmiastowa diagnostyka wymagająca przeprowadzenia zabiegów, które z kolei nie mogą być wykonane w warunkach ambulatoryjnych. Do grupy tej Sąd zaliczył pacjentki zestawione pod numerami 36, 37, 45, 52, 60 i 62 tj. łącznie 6 przypadków nagłych. Szczegółowej analizy wymagają pozostałe przypadki zaliczone do grupy czwartej tj. pacjentki z guzami, torbielami, nadżerkami, przerostem błony śluzowej itp. Uznanie czy w konkretnym przypadku zachodzi przypadek nagły czy też nie zależy od konkretnych okoliczności towarzyszących chorobom poszczególnych pacjentek. I tak w przypadku nr 4 (B.) – o zaliczeniu do nagłego przypadku przesądziło wystąpienie u chorej nadżerki na szyjce macicy w połączeniu z uzasadnionym podejrzeniem nowotworu. W przypadku nr 7 (W.) i nr 8 (K.) – o nagłości przypadków przesądziły stan zapalny i poważana anemii towarzyszące dużym guzom jajnika. W przypadku nr 27 (O.) o jego nagłości przesądziły obfite krwawienia, zaniedbany stan medyczny oraz podejrzenia nowotworowe. W przypadku nr 38 (W.) tryb nagły był uzasadniony stanem zapalnym. Przypadek nr 43 (P.) – przypadek nagły z uwagi na podejrzenie nowotworu i konieczność niezwłocznej diagnostyki. W przypadku nr 55 (N.) o nagłości przypadku decydowały choroby towarzyszące.

Natomiast poza przypadkami nagłymi pozostają inne pacjentki zaliczone do grupy czwartej. Przy czym z okresu 1 lutego - 31 grudnia 2012 roku są to: nr 12 (N.) – wartość świadczenia to 2.184 zł, 13 (...) – 2.184 zł – zapalenie przydatków, nr 16 (J.) – 3.536 zł- guz jajnika, wymagała zabiegu planowego operacyjnego wyjaśniającego charakter guza jajnika prawego, nr 21 (T.) – 936 zł – torbiel jajnika, przerost błony śluzowej – jedynie zagrożenie zdrowia (gdyż dolegliwości brzuszne występowały od dwóch lat), nr 22 (K.) – 676 zł - przyjęta planowo z powodu polipa w pochwie, nr 25 (F.) - 936 zł - przerost błony śluzowej, zabieg wyłyżczkowania można było wykonać za 1.5 m-ca, nr 26 (K. – K.) – 936 zł- niepłodność pochodzenia szyjkowego –nie celowe było wykonywanie 2 pobytów szpitalnych zamiast jednego, nr 29 (W. H. która figuruje pod błędnymi danymi W. M. (1)) - 936 zł -macica mięśniakowata, wypadanie narządu rodnoego nie może być zaliczona do grupy z zagrożeniem życia, zdrowia wymagającej działań nagłych, nr 31 (P.) – 572 zł i nr 48 (K.)–3.536zł – przyjęte do planowej diagnostyki z powodu guza jajnika.

Łącznie kwota świadczeń ponadlimitowych wykonanych w okresie od 1 lutego do 31 grudnia 2012 roku nie uznanych przez Sąd za przypadki nagłe to 16.432 zł.

Natomiast w okresie 1-31 styczeń 2012 roku Sąd uznał za przypadek niebędący nagłym nr 58 (O. – wartość świadczenia 3.900 zł), która została przyjęta z rozpoznaniem nietrzymania moczu, a odłożenie zabiegu (...) o miesiąc nie zmieniłoby stanu chorej.

Reasumując Sąd uznał za nieuzasadnione żądanie zapłaty za świadczenia udzielone pacjentce O. na podstawie umowy obejmującej styczeń 2012 roku o wartości 3.900 zł oraz dziesięć przypadków pacjentek, którym świadczeń udzielono w okresie od 1 lutego do 31 grudnia 2012 roku w łącznej kwocie 16.432 zł.

Odnosząc się do zarzutu pozwanego w zakresie wysokości żądania Sąd uznał, że nie zostały spełnione przesłanki z art. 19 cytowanej już ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Zgodnie z treścią art. 19 ust. 1 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. (ust.2) 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. (ust. 4) W celu uzyskania wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa wnioski 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. (ust.5)

Zgodnie z wykładnią literalną powyższego przepisu wynagrodzenie obejmujące wyłącznie koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej dotyczy świadczeniodawcy, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Tymczasem w niniejszej sprawie umowa taka została zawarta. Tym samym nie znajduje w sprawie niniejszej zastosowania powołany art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w zakresie wyliczenia wysokości wynagrodzenia.

Wobec powyższego Sąd przyjął, iż dla obliczenia wysokości wynagrodzenia powoda miarodajna jest stawka jednostkowa wynikająca z obowiązujących strony umów tj. 52 zł.

Biorąc pod uwagę, iż powód w **styczniu 2012** roku wykonał 12 świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologii ponad limity określone w umowie łączącej strony na łączną kwotę 21.164 zł przy uwzględnieniu ceny jednostkowej 52 zł a jedynie jedno z nich o wartości 3.900 zł nie uznano za przypadek mający charakter nagłego przypadku, po odliczeniu od 21.164 zł kwoty 3.900 zł, **do wypłaty pozostaje kwota 17.264 zł.**

Biorąc zaś pod uwagę, iż powód w **okresie luty – grudzień 2012 roku** wykonał 49 świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologii ponad limity określone w umowie łączącej strony na łączną kwotę 75.159,76 zł przy uwzględnieniu ceny jednostkowej 52 zł przy czym 10 z nich o łącznej wartości 16.432 zł nie uznano za przypadki mający charakter nagłych przypadków, **do wypłaty pozostaje kwota 58.727,76 zł** (75.159,76 zł- 16.432 zł).

Przeprowadzone w sprawie postępowanie dowodowe wykazało, że większość (50) przypadków z 61 (49 plus 12) objętych pozwem udzielono w warunkach przymusu ustawowego, a ich **łączny** koszt wg rozliczeń przyjmowanych w oparciu o łączące strony umowy wyniósł **75.991,76 zł** (17.264 zł + 58.727,76 zł) i taką też kwotę Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda.

O odsetkach ustawowych od zasądzonej na rzecz powoda kwoty sąd orzekł na podstawie art. 481 kc. Odsetki od kwoty 58.727,76 zł Sąd zasądził od dnia 27 marca 2013 r., to jest od dnia następującego po dniu doręczenia pozwanemu pisma wzywającego do zapłaty doręczonym w dniu 26 marca 2013 roku. Odsetki od kwoty 21.164 zł Sąd zasądził od dnia 19 kwietnia 2013 roku, to jest od pierwszego dnia następującego po dniu powzięcia przez pozwanego wiadomości o należności objętej pismem wzywającym do zapłaty datowanym na 12 kwietnia 2013 roku (brak dowodu doręczenia pisma, na które pozwany odpowiedział w dniu 18 kwietnia 2013 roku).

Roszczenie o zasądzenie odsetek od dnia 15 lutego 2013 roku jest niezasadne bowiem dopiero w chwili wezwania pozwanego do zapłaty powziął on wiedzę odnośnie wysokości żądania z tytułu tzw. nadwykonań (oszacowanej przez powoda dopiero po zakończeniu okresu rozliczeniowego tj. na początku 2013 roku).

W pozostałym zakresie powództwo jest niezasadne i podlega oddaleniu.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 100 zd. 1 kpc zgodnie z zasadą stosunkowego ich rozliczenia. Natomiast o nieuiszczonych kosztach sądowych orzeczono na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. 10.90.594) w zw. z art. 100 zd. 1 kpc.

Powód wygrał spór w zakresie żądania pozwu w 79 %, a w zakresie postępowań zażaleniowych w toku procesu w 100 %. Koszty poniesione przez powoda wyniosły 4.564 zł (3.600 zł+964 zł) * 79% = 3.605,56 zł, przez pozwanego 7.435,10 zł (1.000 zł+874,34 zł+3.617 zł+1.000 zł+943,76 zł) * 21 % = 1.561,37 zł. Pozwany powinien zwrócić powodowi 2.044,19 zł tytułem kosztów procesu związanych z żądaniem pozwu jako różnicę między 3.605,56 zł-1.561,37 zł oraz dodatkowo kwotę 420 zł tytułem kosztów zastępstwa w postępowaniach zażaleniowych co łącznie daje kwotę 2.464,19 zł.

W takim samym stosunku na podstawie art. 113 u.k.s. strony winny zwrócić wydatki tymczasowo pokryte z funduszu Skarbu Państwa. Łącznie Skarb Państwa wydatkował tymczasowo 5.558,50 zł tj. część opłaty od pozwu 3.853 zł oraz wydatki na biegłych 1.457,82 zł -k. 103 +277,68 zł -k. 375. Pozwany powinien ponieść 79 % kosztów wydatkowych tymczasowo ze Skarbu Państwa tj. 4.415 zł a powód 21 % tj. 1.173,50 zł.

Z/ odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć pełn. pozwanego.