

Sygn. akt I C 1654/13

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 lipca 2016 r.

Sąd Okręgowy w Krakowie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący : SSR del. Zygmunt Drożdżejko

Protokolant: Karolina Lipka

po rozpoznaniu w dniu 12 lipca 2016 r. w Krakowie

na rozprawie

sprawy z powództwa **(...) Sp. z o.o.**
w P.

przeciwko **Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. – (...) Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w K.**

o zapłatę

I. zasądza od strony pozwanej Narodowego Funduszu Zdrowia w W. - (...) Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w K. na rzecz strony powodowej (...) Sp. z o.o. w P. kwotę 35 773,99 zł (trzydzieści pięć tysięcy siedemset siedemdziesiąt trzy złote i dziewięćdziesiąt dziewięć groszy) z odsetkami w wysokości ustawowej od dnia 27.01.2012 r. do dnia 31.12.2015 r., a od dnia 01.01.2016 r. do dnia zapłaty w wysokości ustawowej za opóźnienie;

II. w pozostałej części oddala powództwo;

III. zasądza od strony pozwanej Narodowego Funduszu Zdrowia w W. - (...) Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w K. na rzecz strony powodowej (...) Sp. z o.o. w P. kwotę 1747,54 zł (tysiąc siedemset czterdzieści siedem złotych i pięćdziesiąt cztery grosze) tytułem kosztów sądowych;

IV. nakazuje ściągnąć od strony powodowej (...) Sp. z o.o. w P. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Krakowie kwotę 1 046,15 zł (tysiąc czterdzieści sześć złotych i piętnaście groszy) tytułem kosztów sądowych;

V. zasądza od strony powodowej (...) Sp. z o.o. w P. na rzecz strony pozwanej Narodowego Funduszu Zdrowia w W. – (...) Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w K. kwotę 2 160 zł (dwa tysiące sto sześćdziesiąt złotych) tytułem wynagrodzenia pełnomocnika;

VI. wyrokowi w punkcie I., co do kwoty 6 492,12 zł (bez odsetek), nadaje rygor natychmiastowej wykonalności.

Sygn. akt I C 1654/13

UZASADNIENIE

wyroku z dnia 12.07.2016r.

Powód (...) spółka z o.o. w P. (dalej: F.) wystąpił przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. - (...) Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w K. (dalej: NFZ) z pozwem o zapłatę kwoty 177 837, 47 zł.

W uzasadnieniu zostało podniesione, że powód udzielił pomocy lekarskiej 12 osobom i koszt udzielenia pomocy tym osobom to dochodzona kwota. Ich stany należy uznać za stany nagłe. W tym okresie powód nie miał kontraktu z NFZ.

Pozwany ostatecznie uznał roszczenie co do kwoty 6 492,12 zł, ale bez odsetek. W pozostałej części wniósł o oddalenie powództwa podnosząc, że tylko co do dwóch osób istniała konieczność bezwzględnie udzielenia im natychmiast pomocy. Pozostali mogli być przetransportowani, zwłaszcza, że byli przywiezieni karetka z (...).

Postanowieniem z dnia 30.10.2014r. sąd umorzył postępowanie co do kwoty 66 812,54 zł,

albowiem powód cofnął w tym zakresie powództwo ze zrzeczeniem się roszczenia.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W grudniu 2010r. i w styczniu 2011r. powód (...) spółka z o.o. w P. nie miał podpisanego kontraktu na świadczenie usług medycznych z pozwanym Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. - (...) Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w K..

Dowód: okoliczność bezsporna

W grudniu 2010r. i w styczniu 2011r. F. udzieliło pomocy medycznej 12 osobom. W chwili przyjęcia 8 osób tj. M. F., W. J., S. K., M. K. (1), M. L., J. M., M. T. i G. K. znajdowali się w „stanie nagłym” w którym zachodziła konieczność udzielenia im natychmiastowej pomocy medycznej. W stosunku do dwóch osób tj. S. K. i M. T. zachodziły bezwzględne przeciwwskazania do przetransportowania ich do innego szpitala. Obecnie istnieją możliwości transportu ludzi nawet w stanie krytycznym.

Dowód: opinia biegłego k.669-673, 743-744, dokumentacja medyczna zalegająca w aktach i k.685-727

Dodatkowe koszty udzielenia pomocy medycznej dla tych 8 osób wyniosły 35 773,99 zł. Dodatkowe koszty udzielenia pomocy medycznej dla tych 2 osób, których nie można było przetransportować wyniosły 6 492, 12 zł.

Powód zwracał się do pozwanego o refundację kosztów, ale pozwany odmówił. . Pozwany w trakcie tego postępowania żądał wyjaśnień i przedstawienia określonych dokumentów. Te braki były uzupełniane. Ostatecznie wszystko zostało wyjaśnione i uzupełnione przez powoda. Ostateczne stanowisko zostało sformułowane w piśmie powoda z dnia 24.11.2011r. Potem pozwany nie żądał już żadnych wyjaśnień, żadnych dokumentów. Pozwany analizował dokumenty i stanowisko powoda. Ostateczne stanowisko zajął w dniu 27.01.2012r. i odmówił świadczenia.

Dowód: opinia biegłego k.820-842, 805-806, dokumenty k.24-186, 210-402, 430-634 ***Ocena dowodów:***

Sąd uznał opinię biegłego M. K. (2) za przekonującą. Ostatecznie nikt nie kwestionował opinii biegłego. NFZ wskazywał jedynie, że skoro 6 osób mogło być przetransportowanych to nie należy się wynagrodzenie.

Sąd uznał biegłego E. K. za przekonującą. W zasadzie to matematyczne wyliczenia biegłego nie były kwestionowane. Odmienne ocena opinii przez strony wynikała z faktu, iż biegły uznał, że powodowi należy się zwrot kosztów stanowiących wynagrodzenie lekarzy i pielęgniarek. Ta kwestia nie była jednak przedmiotem odezwy do biegłego.

Biegły wyliczył koszty samodzielnie. Kwestia oceny czy należy doliczyć wynagrodzenie lekarzy i pielęgniarek należy do sądu i zostanie to omówione w rozważaniach prawnych.

Sąd dał wiarę dokumentom zgromadzonym w sprawie albowiem nikt nie kwestionował ich prawdziwości.

Zeznania świadka A. M. nie wniosły nic innego do sprawy.

Sąd zważył co następuje:

Roszczenie jest uzasadnione co do kwoty 35 773, 99 zł.

Zgodnie z art. 15 ustawy „o działalności leczniczej” podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

Zgodnie z art. 30 ustawy „o zawodach lekarza i dentysty” 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.

Zgodnie z art. 19 ustawy „o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych” w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie (ust. 1). 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 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 (ust. 5).

Zgodnie z art. 5. 33) ustawy „o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych” stan nagły to stan, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, z późn. zm.);

Zgodnie z art. 3.8) ustawy „o Państwowym Ratownictwie Medycznym” stan nagłego zagrożenia zdrowotnego to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia;

Jak wynika z ustalonego stanu faktycznego powód w grudniu 2010r. i styczniu 2011r. udzielił świadczeń medycznych 8 osobom, które znajdowały się w „stanie nagłym”. Okoliczność, że 6 pacjentów mogło być przetransportowanych do innego ośrodka pozostaje bez znaczenia. Jak wynika z wyżej wskazanych przepisów obowiązkiem powoda było wykonanie świadczeń zdrowotnych adekwatnych do sytuacji. Wprawdzie organizacja transportu to także świadczenie z opieki zdrowotnej, ale nie tym zajmuje się powód. Oceniając czy zachodziła konieczność udzielenia świadczeń bezpośrednio nakierowanych na leczenie należy zachować „zdrowy rozsądek”. Nie o to chodzi, aby z chorym pacjentem (w stanie nagłym) jeździć po K. w poszukiwaniu placówki, która zechce go leczyć. W ten sposób pacjent nie otrzymuje adekwatnej pomocy, a środek transportu zostaje zablokowany. Jeżeli pacjent trafił już do jednostki, która może mu udzielić świadczeń, to należy mu udzielić świadczeń właściwych, ukierunkowanych bezpośrednio na leczenie. Przewozić należy wówczas, gdy placówka z różnych przyczyn nie może udzielić mu bezpośrednio pomocy. Należy również podkreślić, że biegły wskazał na możliwość transportu stojąc na stanowisku, że obecnie nawet pacjentów

w bardzo ciężkim stanie można transportować. To jednak nie oznacza, że za każdym razem należy pacjentów transportować tylko z tego powodu, że dana jednostka nie ma podpisanego kontraktu z NFZ.

Jak wynika z ustalonego stanu faktycznego w tym okresie powód nie miał podpisanego kontraktu z NFZ. Oznacza to, że za udzielenie świadczeń tym pacjentom przysługuje powodowi wynagrodzenie.

Ustawodawca nie określił wprost jak należy liczyć w takiej sytuacji wynagrodzenie. Należy tutaj podkreślić, że finansowanie leczenia dokonuje się ze środków publicznych. Pula tych środków jest ograniczona. Zasadniczy sposób finansowania leczenia to leczenie w ramach kontraktów zawieranych pomiędzy świadczeniodawcą a NFZ. W ten sposób NFZ mając określoną ilość kontraktów, wiedząc jakie ma środki, jest w stanie racjonalnie zaplanować wydatki i zabezpieczyć środki na leczenie wszystkich schorzeń. Z drugiej strony dzielenie kontraktów i przyznawanie środków różnym świadczeniodawcom w ramach tej samej dziedziny leczenia służy wzrostowi konkurencji co ma spowodować nieustanny wzrost poziomu świadczeń i spadek cen. Niewątpliwie udzielanie świadczeń poza system kontraktów w ramach „stanów nagłych” zaburza ten system i może doprowadzić do sytuacji, że jakiś podmiot będzie wykorzystywał te okoliczności, aby uzyskać dodatkowe wynagrodzenie za dodatkowe świadczenie i uzyskać w ten sposób przewagę na rynku. Należy jednak zauważyć, że stworzenia systemu udzielania świadczeń w ramach „stanów nagłych” jest koniecznością. Ma to uchronić pacjentów przed odsyłaniem ich do innych placówek w sytuacjach kiedy wymagają natychmiastowej pomocy. Zatem narzuceniu obowiązku udzielania świadczeń musi istnieć również system wynagradzania podmiotów udzielającym tych świadczeń. Wynagrodzenie za udzielanie świadczeń w stanach nagłych nie musi odpowiadać wynagrodzeniu kontraktowemu. Może być niższe. Wynagrodzenie nie może także przybrać cech wynagrodzenia spekulacyjnego. Wynagrodzenie musi być bezpośrednio związane z udzielonymi świadczeniami. Ustawodawca używa pojęcia „wynagrodzenie”. Oznacza to, że nie chodzi tylko o zwrot wydatków koniecznych. Gdyby o to chodziło to nie zostałby użyty zwrot „wynagrodzenie”, ale użyto by sformułowania, że przysługuje zwrot wydatków koniecznych. Niewątpliwie w pojęciu „wynagrodzenie” mieszczą się wydatki konieczne, ale związane z leczeniem konkretnych osób np. użyte leki. Do pojęcia tego wynagrodzenia nie można jednak zaliczyć kosztów stałych takich jak koszty pożyczek, koszty utrzymania budynków itp. Nie są to bowiem koszty ponoszone bezpośrednio z leczeniem osób w stanie nagłym.

Jeżeli chodzi o wynagrodzenie lekarzy i pielęgniarek to zaliczenie tego wynagrodzenia do kosztów zależy od tego czy ci lekarze i pielęgniarki otrzymali za leczenie dodatkowych osób dodatkowe wynagrodzenie. Jeżeli nie otrzymali - tak jak jest to w przedmiotowej sprawie - to to wynagrodzenie nie jest związane z leczeniem osób w stanie nagłym, ponieważ oni i tak otrzymaliby to wynagrodzenie, bez względu na to czy byłiby pacjenci w stanie nagłym czy nie. Jeżeli personel otrzyma dodatkowe wynagrodzenie to ten koszt można zaliczyć do wynagrodzenia. W takiej sytuacji jest koniecznym wyliczenie czasu potrzebnego do udzielania świadczeń przez personel i określenie wysokości stawki godzinowej. Oczywiście wysokość stawki podlega kontroli, zatem te stawki nie mogą mieć charakteru spekulacyjnego. Sąd nie wyklucza również objęcia pojęciem wynagrodzenia gratyfikację za udzielone świadczenie czyli jakiś zysk, ale ta kwestia nie była podnoszona i uwzględniana w obliczeniach przez F.. Należy jednak zaznaczyć, że wysokość zysku również podlega kontroli.

Podstawę zasądzenia odsetek stanowił art.481 kc. Sąd zasądził odsetki od dnia 27.01.2012r z następujących przyczyn. Kwestię trybu postępowania przy refundacji określa ustawa. Zgodnie z tą ustawą postępował powód. Pozwany w trakcie tego postępowania żądał wyjaśnień i przedstawienia określonych dokumentów. Te braki były uzupełniane. Ostatecznie wszystko zostało wyjaśnione i uzupełnione przez powoda. Ostateczne stanowisko zostało sformułowane w piśmie powoda z dnia 24.11.2011 r. Potem pozwany nie żądał już żadnych wyjaśnień, żadnych dokumentów. Pozwany analizował dokumenty i stanowisko powoda. Ostateczne stanowisko zajął w dniu 27.01.2012r. i odmówił świadczenia. W ocenie sądu skoro pozwany podjął ostateczną decyzję w dniu 27.01.2012r. to wówczas mógł już podjąć prawidłową decyzję i wypłacić wynagrodzenie. Zatem od tego dnia pozostaje w zwłóce. Należy również podkreślić, że okres od 24.11.2011 r. do 27.01.2012r. nie jest zbyt długim okresem i jest to konieczny okres na analizę całej sprawy i podjęcie właściwej decyzji. Brak jest więc podstaw do zasądzenia odsetek od wcześniejszego momentu.

Kosztach procesu sąd orzekł na zasadzie art. 100 kpc.

Powód wygrał co do kwoty 35 773, 99 zł, a przegrał co do kwoty 142064 zł. Oznacza to, że powód wygrał/przegrał w relacji 20/80 %.

Wydatki sądu wyniosły 4792,69 zł.

Powoda obciążają koszty sądowe w wysokości 10 938, 15 zł (7104 - opłata od pozwu- /5% z142064/ + 3834,15 - wydatki - /80% z 4792,69/). Powód uiścił już w sumie kwotę 9892 zł. (8892 zł (opłata) i 1000 zł (zaliczka na biegłego), a więc ma do uzupełnienia 1046,15 zł (10938,15 - 9892) i tą kwotę sąd zasądził na zasadzie art. 113 ustawy kosztach sądowych w sprawach cywilnych”.

Pozwanego obciążają koszty sądowe w wysokości 2747, 54 zł (1789 zł - opłata od pozwu -/5 % z 35 773. 99/ + 958. 54 zł - wydatki - /20% z 4792,69/). Pozwany zapłacił zaliczkę 1000 zł, a więc zaliczamy to na wydatki i nadpłatę 41,46 zł zaliczamy na opłatę, a więc powodowi pozostaje do zwrotu kwota 1747.54 zł.

Jeżeli chodzi o koszty wynagrodzenia pełnomocnika to stawka wynosi 3600 zł.

Pozwanemu należy się kwota 2880 (80 % z 3600), a powodowi kwota 720 zł (20 % z 3600). Po potrąceniu powód ma do zwrotu pozwanemu kwotę 2160 zł (2880 - 720).

Koszty opłaty od pełnomocnictwa sąd wzajemnie zniósł.

Mając powyższe na uwadze orzec należało jak w sentencji wyroku.

Sygn. akt I C 1654/13 S.

1. (...)

2. (...)

(...)