

## UZASADNIENIE

Wojewódzki Szpital (...) w Z. wniósł pozew domagając się zasądzenia od Narodowego Funduszu Zdrowia w W. 748'762,74 zł z odsetkami ustawowymi od 15 lutego 2013 r. do dnia zapłaty, oraz kosztów procesu wg norm przepisanych.

Dochodzona kwota stanowiła zapłatę za świadczenia zdrowotne udzielone przez powoda w 2012r. ponad limit ustalony w umowie łączącej strony, które zdaniem powoda udzielone zostały w stanach nagłych tzn. w sytuacjach wskazanych w art. 15 ustawy o działalności leczniczej. Powód wyliczył swoje roszczenie jako iloczyn jednostek rozliczeniowych przyjętych w umowach łączących strony w 2012r. dla danej procedury medycznej oraz ceny jednostki rozliczeniowej ustalonej w tych umowach.

Ponadto Szpital podniósł, że w 2011r. pozwany wprowadził niekorzystny dla powoda sposób rozliczeń zawieranych umów o udzielania świadczeń zdrowotnych dokonując preferencji świadczeń ratujących życie, za które i tak musiałby zapłacić. Taki sposób rozliczeń stanowi nadużycie prawa w rozumieniu art. 5 kc i narusza zasadę swobody umów wyrażoną w art. 353<sup>1</sup> kc i nie może wiązać stron. W związku z tym, zdaniem powoda, do wykonanych ponad limit świadczeń objętych pozwem, a niebędących świadczeniami ratującymi życie, należy zastosować zasady rozliczenia wynikające z zawartych umów.

Pozwany nie uznał powództwa tak co do zasady, jak i wysokości podnosząc, że Szpital nie udowodnił aby świadczenia objęte pozwem dotyczyły przypadków nagłych, ani nie wykazał uzasadnionych kosztów ich udzielenia stosownie do art. 19 ust. 4 zdanie 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W kontekście tego drugiego zarzutu NFZ podkreślił, że ewentualny obowiązek rozliczenia za świadczenia w przypadkach nagłych, tzn. ratujących życie, wykonanych ponad limit określony w umowie łączącej strony, nie może opierać się na kalkulacji na jednostkowej cenie świadczenia udzielonego w ramach umowy, ponieważ jest to kwota kontraktowa uwzględniająca koszty stałe funkcjonowania świadczeniobiorcy. Te ostatnie natomiast nie mieszczą się w pojęciu uzasadnionych kosztów świadczeń udzielonych ponad limit.

Stan faktyczny:

Powód jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej.

/ wypis z rejestru – k 10-12 /

Szpital zawierał z pozwanym szereg umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie ustawą z dnia 27 sierpnia 2004. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

/ niesporne /

Na 2012r. strony zawarły następujące umowy:

- umowę nr (...), aneksowaną kilkakrotnie, która przewidywała, że pozwany za świadczenia z zakresu okulistyki, urologii, chorób wewnętrznych, gastroenterologii, endokrynologii i chirurgii ogólnej, realizowane w 2012r. zapłaci ostatecznie 37'440'211,48 zł;

- umowę nr (...), w okresie obowiązującą 19.12.2013. –31.12.2013. na świadczenia z zakresu urologii, która przewidywała, że pozwany w tym okresie za świadczenia z zakresu urologii zapłaci 37'024,00 zł. Objęcie tą umową okresu od 19 grudnia 2012r. do 31 grudnia 2012r. wynikało z zawartego między stronami porozumienia z 4 grudnia 2012r., którym rozwiązano umowę nr (...) w części dotyczącej urologii, z dniem 18 grudnia 2012r.

/ umowa nr (...) wraz z aneksami – k 16-33 i k 35-38, porozumienie z 4 grudnia 2012r. – k 34, umowa nr (...) – k 39-44 /

W 2012r. powód udzielił 318 świadczeń medycznych z zakresu chorób wewnętrznych, endokrynologii, gastroenterologii, urologii, nefrologii, ortopedii, otolaryngologii, okulistyki i chirurgii ogólnej ponad limit wynikający z umów, z których co najmniej 217 udzielono w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w rozumieniu art. 3 punkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Są to jednocześnie sytuacje, które można zakwalifikować jako udzielenie świadczeń medycznych w warunkach zagrożenia życia.

/ opinia pisemna biegłego z zakresu medycyny ratunkowej W. K. – k 314-327, pisemna opinia uzupełniająca biegłego W. K. – k 2282-2285, pisemna opinia uzupełniająca biegłego W. K. – k 2473-2476, zeznania biegłego W. K. – k 2508 /

Powód nie otrzymał od pozwanego zapłaty za te świadczenia.

/ niesporne /

Rozważania prawne:

Zasadniczy spór między stronami w tej sprawie sprowadza się do kwestii podstawy prawnej, w oparciu o którą świadczeniodawca usług medycznych może domagać się od dysponenta środków publicznych wynagrodzenia za świadczenia udzielone ponad limit wynikający z zawartej między nimi umowy.

Sąd podziela w tej kwestii pogląd zaprezentowany w wyroku Sądu Najwyższego z 27 sierpnia 2015 r., wydanym w sprawie III CSK 455/14, a dotyczący interpretacji art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 581), zgodnie z którym podmiotowi leczniczemu, który zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, przysługuje roszczenie o wynagrodzenie za wykonanie ponadlimitowych świadczeń w stanie nagłym w wysokości uzasadnionych kosztów ich udzielenia.

Nie jest zatem zasadne stanowisko strony powodowej, według którego świadczenia udzielone ponad limit przewidziany w umowie, a udzielone w stanach nagłych, powinny być rozliczane według zasad określonych w umowie zawartej przez tego świadczeniobiorcę z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Oznacza to, że na powodzie ciąży procesowy obowiązek udowodnienia nie tylko określonej w art. 19 ust. 4 przesłanki „stanu nagłego”, ale również wykazania w przypadku każdego świadczenia wysokości uzasadnionych kosztów jego udzielenia, stosownie do art. 6 kc.

O ile przeprowadzony na wniosek powoda dowód z opinii biegłego pozwala na uznanie, że w 217 przypadkach świadczenia udzielone w 2012r. roku ponad limit były udzielone w stanach nagłych, to powód nie zgłosił żadnych wniosków dowodowych na okoliczność wykazania jakie były uzasadnione koszty tych świadczeń. Co więcej, mimo konsekwentnego stanowiska strony przeciwnej w tej kwestii, prezentowanego w kolejnych pismach procesowych, Szpital nie przedstawił nawet własnej kalkulacji takich kosztów, co dałoby pozwanemu możliwość odniesienia się do niej. Sąd nie widział przy tym potrzeby wyręczenia powoda w inicjatywie dowodowej zwłaszcza, że był reprezentowany przez zawodowego pełnomocnika.

Odnosząc się natomiast do zarzutów powoda dotyczących ustalania zasad rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniobiorcami w umowach zawieranych między tymi stronami, trudno nie podzielić poglądu strony pozwanej, że to to te podmioty kształtują umowę w oparciu o prognozowaną ilość świadczeń, w tym obejmujących także przypadki koniecznych świadczeń zdrowotnych, udzielanych w sytuacjach niecierpiących zwłoki, o których mowa w art. 15 ustawy o działalności leczniczej, art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry i art. 3 pkt 8 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Jeżeli prognozy te okażą się błędne, to nie można przyjąć, że przypadki wykonania świadczeń objętych tymi dwoma przepisami wchodzi ex lege do treści zawartej umowy. Takie rozwiązanie nie znajduje żadnej podstawy prawnej, a nadto podważa samą zasadę organizacji systemu ochrony zdrowia, opartego na umowach o świadczenie usług leczniczych, kwestionując sens zawieranych kontraktów. Zgodnie z art. 132 ust. 1 oraz art. 136 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

(Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej jest umowa, która określa m. in. rodzaj i zakres udzielanych świadczeń, zasady rozliczeń pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia i świadczeniodawcą oraz maksymalną kwotę zobowiązania. W związku z tym, co do zasady, świadczenia są finansowane do wysokości określonych limitów. Zgodnie z art. 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze wszystkimi świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości wydatków przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu. Narodowy Fundusz Zdrowia, jako jednostka finansów publicznych, co do zasady nie może wykraczać poza środki przyznane na ten cel i z tego powodu również w postępowaniach sądowych nie może być zobowiązany do płacenia za wszystkie świadczenia wykonane ponad umowy.

Nie bez znaczenia jest i ten argument, że rozumowanie zaprezentowane przez powoda w uzasadnieniu pozwu prowadziło do stworzenia dogodnych warunków po temu, aby cały system finansowania służby zdrowia ze środków publicznych stał się fikcją. Zawarcie jakiegokolwiek umowy określającej zasady rozliczania świadczeń medycznych oznaczałoby bowiem nałożenie na Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązku rozliczenia według tych samych zasad wszystkich świadczeń udzielonych w danym okresie rozliczeniowym, niezależnie od ustalonych w umowie limitów. W istocie swego rodzaju byłoby to obejściem prawa. Nawet jeżeli system finansowania świadczeń medycznych jest ułomny, byłoby to niedopuszczalne.

Wobec powyższego powództwo podlega oddaleniu jako nieudowodnione co do wysokości.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 kpc, uwzględniając wydatki poniesione przez stronę wygrywającą na wynagrodzenie zawodowego pełnomocnika oraz zaliczki.

Uwzględniając sytuację finansową powoda Sąd odstąpił od obciążania go nieopłaconymi kosztami sądowymi.