

Sygnatura akt *XII C 2167/ 2013/ 15*

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

P., dnia 29 października 2014 r.

Sąd Okręgowy w Poznaniu XII Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodniczący: SSO Jacek Musielak

Protokolant: st. sekr.sąd.I. Z. R.

po rozpoznaniu w dniu **03 września 2014 roku w Poznaniu**

sprawy z powództwa **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w K.**

przeciwko **Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki w P.**

o zapłatę

I. Zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę: 206.142,00 złotych (słownie: dwieście sześć tysięcy sto czterdzieści dwa złote) z ustawowymi odsetkami od dnia: 16 lutego 2011 roku do dnia zapłaty.

II. Nakazuje ściągnąć od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Poznaniu kwotę: 10.308,00 złotych tytułem opłaty sądowej, od której powód był zwolniony.

III. Zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę: 7.217,00 złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

/-/ SSO JACEK MUSIELAK

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 19 czerwca 2013 roku Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w K., reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika wniósł przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki o zapłatę kwoty 206.142 zł tytułem należności za wykonane planowane świadczenia zdrowotne za miesiące luty i styczeń 2010r. wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 16 lutego 2011 r. do dnia zapłaty oraz zasądzenia kosztów procesu w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz zwrot opłaty skarbowej od udzielonego pełnomocnictwa w kwocie 17 zł.

Uzasadniając swoje roszczenie powód wskazał, że żądana pozwem kwota obejmuje wynagrodzenie za wykonana przez powoda świadczenia wszczepiania endoprotez na podstawie łączącej strony umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w 2010 roku ponad limit świadczeń określonych tą umową.

Postanowieniem z dnia 28 czerwca 2013 roku Sąd zwolnił powoda od kosztów sądowych w całości. (k. 30)

Nakazem zapłaty w postępowaniu upominawczym z dnia 28 czerwca 2013r. wydanym w sprawie o sygn. akt XII Nc 177/13 Sąd zasądził na rzecz powoda całą żądaną pozwem kwotę (k. 31).

W sprzeciwie z dnia 17 lipca 2013 roku pozwany NFZ wniósł o oddalenie powództwa w całości, zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. (k. 182)

Pozwany podniósł, że wskazana przez powoda kwota 206.142 zł stanowi wartość niezapłaconych nadwykonań za rok 2010 w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja h01, h02, h04, h05, h06, h07, h08, h09, h10, h11. Świadczenia te zostały sprawozdane przez powoda jako nie ratujące życie.

Powód w dniu 27 lutego 2012r. zawarł z (...) ugodę, na mocy której za świadczenia ratujące życie wykonane w 2010r. otrzymał kwotę 404.538,63 zł, stanowiącą zapłatę za świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu- hospitalizacja h01, h02, h04, h05, h06, h07, h08, h09, h10, h11 w wysokości 11.934 zł. Zgodnie z treścią § 3 ust. 2 ugody, powód zrzekł się w przyszłości roszczeń z zakresu powyższych świadczeń – ratujących życie. Zdaniem pozwanego świadczenia objęte pozwem dotyczyły endoprotezy stawu biodrowego i nie stanowiły świadczeń ratujących życie, bowiem nie były oznaczone jako ratujące życie w raportach statystyczno-medycznych, miały charakter planowany, bez elementów nagłości, ich nieudzielenie mogło powodować pogorszenie zdrowia w bliżej nieokreślonym czasie, ale nie jako bezpośrednie następstwo – są to świadczenia podtrzymujące zdrowie/życie, a nie bezpośrednio ratujące życie lub zdrowie.

Powód powołał się na charakter umowy łączącej go z pozwanym, wskazując, iż jest ona podstawą udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i żądania za nie umówionej zapłaty. Fundusz nie ma obowiązku płacić za świadczenia udzielone w liczbie większej niż umówiona, chyba że były one wykonane wobec zagrożenia życia pacjenta.

Pozwany, celem zapewnienia racjonalnego gospodarowania publicznymi środkami finansowymi przeznaczonymi na świadczenia opieki zdrowotnej, uwzględniając zarówno interes pacjentów, jak również świadczeniodawców przyjął, iż „świadczenie aby zostało określone jako ratujące życie winno ściśle spełniać wszystkie kryteria definicji świadczenia udzielonego w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, zgodnie z Ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2006r., Nr 191, poz. 1410, z późn.zm.), której art. 3 pkt 8 stanowi, że: „stan nagłego zagrożenia zdrowotnego – stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia”.

Pozwany wskazał, że powód powinien wykazać, że ponadlimitowe świadczenie były świadczeniami ratującymi życie i zdrowie.

Powód wskazał, że sprawozdane przez powoda do rozliczenia finansowego, udzielone planowo świadczenia medyczne z zakresu endoprotezy w styczniu i lutym 2010r. zostały przyjęte do rozliczenia przez pozwanego bez jakichkolwiek zastrzeżeń i pozwany zapłacił za nie. Jednak zapłata ta została cofnięta z datą 1 października 2010r. na podstawie dokonanej przez pozwanego korekty rachunków za świadczenia udzielone przez powoda w styczniu i lutym 2010r., w której pozwany wyeliminował z rozliczenia finansowego sprawozdane do rozliczenia finansowego planowane świadczenia zdrowotne w ich miejsce wprowadzając świadczenia zdrowotne ratujące życie. Zdaniem powoda, takie praktyki są niezgodne z umową łączącą strony oraz przepisami art. 5, art. 56, art. 77 kodeksu cywilnego, art. 7 a także art. 68 ust.1, ust.2, art. 83 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997r. i zgodnie z art. 5 k.c. nie korzystają z ochrony prawnej.

W piśmie procesowym z dnia 30 kwietnia 2014r. pozwany wskazał, iż bezspornym jest, że powód nie przekroczył określonego umowa limitu świadczeń wykonanych w styczniu i lutym 2010r. i że sprawozdał pozwanemu udzielone planowo świadczenie zdrowotne z zakresu endoprotez, lecz sporne jest, czy sprawozdał je prawidłowo. Dalej pozwany podał, iż nie jest prawdą, że to pozwany wyeliminował z rozliczenia finansowego sprawozdane prawidłowo świadczenia planowe udzielone w styczniu i lutym 2010r., a wprowadził w to miejsce świadczenia zdrowotne ratujące życie udzielone przez powoda w miesiącach późniejszych i to wstecznie. Zdaniem pozwanego, w odniesieniu do 19 świadczeń objętych pozwem, powód sam, z własnej inicjatywy w dniu 21 czerwca 2011r. poprawił w raporcie statystycznym za rok 2010 około 5000 świadczeń i je usunął. Wśród nich znajdowały się świadczenia objęte roszczeniem pozwu. Usunięcie świadczeń z rozliczenia spowodowało automatyczne zastąpienie ich świadczeniami wykonanymi ponad limit, często

wykonanymi znacznie później i czekającymi do zapłaty, w tym w pierwszej kolejności świadczeniami sklasyfikowanymi jako „ratujące życie”.

Na rozprawie w dniu 3 września 2014r. powód oświadczył, że mogło być tak, że te 5000 świadczeń zostało usuniętych w raporcie, a następnie ponownie wprowadzonych do systemu komputerowego. Takie działania techniczne wynikają czasami z potrzeby dokonania jakiejś korekty. Natomiast faktycznie świadczenia te zostały wykonane, wobec czego powód domaga się zapłaty za nie.

W dalszej części postępowania strony podtrzymały swoje stanowiska procesowe.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w K. jest podmiotem leczniczym, nieposiadającym statusu przedsiębiorcy. Podstawą finansową działania powoda w zakresie działalności leczniczej są środki publiczne uzyskane na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych pomiędzy powodem (świadczeniodawcą), a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 Nr 164, poz. 1027 j.t. ze zm.). Środki publiczne stanowią wyłączną podstawę do prowadzenia działalności statutowej przez powoda.

Powód w 2010 roku wykonywał świadczenia zdrowotne na podstawie umowa nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne.

Dowód: umowa nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne – k. 12-17.

Okoliczności bezsporne.

W dniu 27 lutego 2012r. strony zawarły ugodę R dotyczącą zapłaty za nieopłacone świadczenia ratujące życie za rok 2010 w rodzaju Leczenie Szpitalne do Umowy nr (...), na mocy której pozwany zobowiązał się zapłacić powodowi za świadczenia ratujące życie, w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: anestezjologia i intensywne leczenie – hospitalizacja, ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja h01, h02, h04, h05, h06, h07, h08, h09, h10, h11 kwotę 404.538,63 zł.

Dowód: ugoda R dotyczącą zapłaty za nieopłacone świadczenia ratujące życie za rok 2010 w rodzaju Leczenie Szpitalne do Umowy nr (...)- k. 42-43.

Okoliczności bezsporne.

W miesiącach styczniu i lutym 2010r. w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w K. przeprowadzono 19 planowych zabiegów plastyki endoprotezy. Osiem z nich miało status pilnych, zaś jednaście było zaplanowanych z dłuższym wyprzedzeniem. Zapłata z Narodowego Funduszu Zdrowia za wykonane w styczniu świadczenia nastąpiła w lutym, zaś za te wykonane w lutym – w marcu. Wszystkie 19 świadczeń zostało zarejestrowanych w Centralnej Bazie Endoprotezo – Plastyki NFZ, a także zgłoszone do refundacji Narodowemu Funduszowi Zdrowia w systemie informatycznym służącym do wymiany danych pomiędzy płatnikiem (NFZ) a świadczeniodawcą (szpitalem). W 2011 r. powód wykonał świadczenia planowe zgodnie z przyznanym limitem, określonym umowami, nie przekraczając ich. Za udzielone świadczenia wystawiono rachunek i sporządzono raporty statystyczne. Przekazano je w formie elektronicznej pozwanemu do rozliczenia.

Dowód: zeznania świadka P. J. – k. 150-151, wydruki z Centralnej Bazy E. z dnia 2 września 2014r. – k. 149, lista niesprzedanych pozycji rozliczeniowych – k. 27, wydruk z Systemu zarządzania obiegiem informacji NFZ – k. 68-78, dokumentacja medyczna – k. 79-94.

Zasady sprawozdawczości świadczeń wykonywanych przez szpitale określają zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W styczniu i lutym 2010r. obowiązywało Zarządzenie nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2009r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych (...) dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy) oraz rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (II fazy), które następnie zostało zmienione Zarządzeniem nr (...). Z dnia 31 sierpnia 2010r. W załącznikach do ww. zarządzeń w punkcie 4.3.1 „kolejność uznawania i korygowania świadczeń do zapłaty” wskazano: „W komunikatach rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (II fazy) należy wykonywać świadczenia w następującej kolejności:

- i. W pierwszej kolejności świadczenia ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem innym niż ubezpieczony,
- ii. Następnie świadczenia inne niż ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem uprawnienia innym niż ubezpieczony,
- iii. Następnie świadczenia ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem uprawnienia ubezpieczony,
- iiii. Następnie świadczenia inne niż ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem uprawnienia ubezpieczony.

System OW NFZ podczas weryfikacji komunikatu II fazy sprawdza kolejność uznawania świadczeń do zapłaty wg powyższej kolejności w kontekście wszystkich świadczeń wykazanych w komunikatach I fazy i nie wykazanych jeszcze do rozliczenia w komunikacie II fazy. W przypadku, gdy kolejność będzie nieprawidłowa system OW NFZ będzie odrzucał pozycje z komunikatu II fazy do czasu wskazania ich w pierwszej kolejności”.

Narodowy Fundusz Zdrowia w pierwszej kolejności rozlicza zabiegi ratujące życie. Oznaczenia jako zabieg ratujący życie, bądź nie w sprawozdaniu do NFZ dokonuje świadczeniodawca. Sprawozdane przez powoda zabiegi wykonane w styczniu i lutym 2010 r. dotyczyły wszczęcia endoprotez kolana bądź biodra i nie były przez niego oznaczone jako ratujące życie. Jeżeli w kolejnych miesiącach jest więcej świadczeń ratujących życie nad świadczeniami planowymi, to w pierwszej kolejności przyjmuje się do rozliczenia te pierwsze, które niejako wyprzedzają inne świadczenia. Księgowo dokonuje się tej operacji w ten sposób, że wystawiana jest korekta na minus wcześniejszych faktur i na plus późniejszych. Teoretycznie możliwa jest sytuacja, w której świadczenia z kategorii ratujących życie zapełniłyby limit wynikający z kontraktu, a pozostałe świadczenia pozostałyby niezapłacone.

Dowód: Zarządzenie nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2009r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych (...) dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy) oraz rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (II fazy) – k. 135-139, Zarządzenie nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2010r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych (...) dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy) oraz rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (II fazy) – k. 135-145, zeznania świadka K. S. – k. 98, zeznania świadka P. L. – k. 119-121.

Pismem z dnia 18 lutego 2011 roku Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w K. zwrócił się do NFZ (...) Oddział Wojewódzki w P. o refundację nadwykonanych w 2010r. świadczeń zdrowotnych m.in. leczenia szpitalnego w ramach umowy nr (...). W odpowiedzi na powyższe pozwany w piśmie z dnia 3 marca 2011r. poinformował powoda, że świadczenia wykonane ponad określony umową limit nie były świadczeniami ratującymi życie, a co za tym idzie brak podstaw do ich refundacji. Wobec tego, że w kolejnych pismach kierowanych do powoda pozwany podtrzymał swoje stanowisko. W piśmie z dnia 12 kwietnia 2011r. powód wystąpił z ostatecznym wezwaniem do zapłaty kwoty 2.129.614 zł, w tym kwoty 217.000 zł tytułem endoprotezoplastyki.

Dowód: pismo z dnia 18 lutego 2011r. – k. 18, pismo NFZ z dnia 3 marca 2011r. – k. 19, pismo powoda z dnia 31 marca 2011 r. – k. 20, pismo NFZ z dnia 31 marca 2011r. – k. 21, pismo NFZ z dnia 18 kwietnia 2011r. – k. 22-23, ostateczne wezwanie do zapłaty z dnia 12 kwietnia 2011r. – k. 24.

Stan faktyczny okazał się w zasadzie bezsporny, a fakty istotne dla postępowania wykazane zostały przez strony przedłożonymi do akt sprawy dokumentami.

Sąd ustalił powyższy stan faktyczny w oparciu o przedstawione przez strony dokumenty oraz zeznania świadków powołanych przez strony. Sąd dał wiarę zgromadzonym w sprawie dokumentom prywatnym. Autentyczność dokumentów prywatnych, jak również prawdziwość treści dokumentów urzędowych nie była kwestionowana przez żadną ze stron postępowania w oparciu o treść art. 232 k.p.c. w zw. z art. 252 k.p.c. i art. 253 k.p.c., a i Sąd nie znalazł podstaw do tego, aby uczynić to z urzędu. Tym samym okazały się one istotne dla potrzeb rozstrzygnięcia tego sporu.

Przydatne dla wyjaśnienia okoliczności sprawy okazały się także zeznania przesłuchanego w charakterze strony powodowej P. J. (k. 150-151), które Sąd uznał za rzeczowe i wiarygodne. Sąd nie kwestionował zeznań pozostałych przesłuchanych w sprawie świadków, to jest K. S. (k. 98) i P. L. (k. 119-121). Niewiele wnoszą one jednak w kwestii ustaleń faktycznych z uwagi na to, że okoliczności istotne dla sprawy znalazły potwierdzenie w dokumentach i są w znacznej części bezsporne.

Sąd oddalił wniosek pozwanego o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego na okoliczność charakteru udzielonych przez powoda świadczeń, w szczególności, czy były one wykonane w stanie zagrożenia życia i zdrowia określonego pacjenta. W ocenie Sądu dowód ten nie ma istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy (art. 227 k.p.c.), albowiem powód nie kwestionował tego, że 19 zabiegów endoprotezoplastyki wykonanych w styczniu i lutym 2010 roku nie stanowiło zabiegów z kategorii ratujących życie lub zdrowie, a były to zabiegi planowe. Przeprowadzenie tego dowodu nie przyczyniłoby się zatem do wyjaśnienia wątpliwości, a z pewnością przedłużyłoby proces.

Nadto oddaleniu podlegał wniosek pozwanego o przesłuchanie świadka R. M. jako spóźniony, a ponadto nieprzydatny dla ustalenia istotnych w sprawie okoliczności. Pozwany złożył wniosek o przesłuchanie tego świadka w piśmie procesowym z dnia 30 kwietnia 2014r. na okoliczność daty wprowadzenia zmiany w raporcie statystycznym dotyczącej 19 świadczeń dochodzonych pozwem i zasad obowiązujących rozliczeń po korekcie raportu dokonanej przez świadczeniodawcę. Wobec zeznań występującego w imieniu powoda P. J. na rozprawie w dniu 3 września 2014r., w których przyznał on, iż powód usunął około 5000 świadczeń z raportu w systemie informatycznym NFZ, co było wyłącznie czynnością techniczną i miało na celu ich korektę, kwestia ta nie była przedmiotem sporu.

Sąd zważył, co następuje

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie w całości

Powód Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w K. w niniejszej sprawie domagał się zasądzenie od pozwanego kwoty żądanej w pozwie tytułem świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych przez powoda w ramach limitów świadczeń określonych w umowie zawartych z pozwanym (...) Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia jako płatnikiem. Powód argumentował, że udzielone przez niego świadczenia miały charakter świadczeń planowych i mieściły się w ramach przyznanego mu limitu na świadczenia z tego zakresu. Ponadto pozwany dokonał już nawet zapłaty za nie, po czym cofnął przyznane świadczenie.

Pozwany domagając się oddalenia powództwa w całości, opierał się przede wszystkim na ustaleniach umownych łączących strony, podnosząc, że nie jest on zobowiązany do zapłaty za świadczenia udzielone przez powoda, albowiem nie były one świadczeniami ratującymi życie, a za takie pozwany płaci w pierwszej kolejności.

Zaznaczyć w tym miejscu trzeba, że pozwany nie kwestionował samego faktu udzielenia świadczeń objętych żądaniem pozwu, czy też wysokości dochodzonej z tego tytułu należności. Osią sporu był natomiast sposób dokonywania przez pozwanego rozliczenia zgłoszonych mu do zapłaty świadczeń opieki zdrowotnej.

Powód wykonuje swoją działalność w oparciu o przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2008.164.1027 j.t.). Zgodnie z art. 132 ust. 1 powołanej powyżej ustawy, podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez

Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu, z zastrzeżeniem art. 159. Świadczenie zdrowotne są zatem co do zasady finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia do wysokości limitów określonych umową.

Strony były związane umowami zawartymi w oparciu o przepisy powołanej ustawy. W umowach określono limity wykonywanych świadczeń.

Jak stanowi art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.2007.14.89.j.t.), obowiązującej do dnia 1 lipca 2011 r., zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

Zgodnie natomiast z art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2011.277.1634.j.t.), 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.

Zasadniczą kwestią rzutującą na treść rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie było ustalenie, czy pozwany, w obowiązującym stanie prawnym był uprawniony do odmowy zapłaty za wykonane przez powoda świadczenia w sytuacji zagrożenia zdrowia pacjentów, nie zaś bezpośredniego zagrożenia ich życia. Kwestią sporną pomiędzy stronami pozostawała kolejność dokonywania rozliczeń przez pozwanego NFZ świadczeń wykonywanych planowo w ramach przyznanego umową limitu oraz świadczeń sklasyfikowanych jako ratujące życie. Zaznaczyć w tym miejscu trzeba, że powód nie kwestionował tego, iż 19 świadczeń wykonanych w styczniu i lutym 2010r. nie stanowiło świadczeń ratujących życie, a podnosił niezgodność przyjętej przez pozwanego kolejności rozliczenia z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, w tym powołanymi wyżej art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz z zasadami współżycia społecznego. Pozwany natomiast wskazywał, iż objęte żądaniem pozwu świadczenia stanowią świadczenia ponadlimitowe, stąd powód powinien wykazać, iż miały one status świadczeń ratujących życie.

Pozwany, odmawiając powodowi zapłaty za świadczenia powołał się na definicję stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego określoną w art. 3 pkt. 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2006r., Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.), zgodnie z którą, stan nagłego zagrożenia zdrowotnego to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Zdaniem pozwanego w wypadku ponadlimitowych świadczeń wykonanych przez pozwanego w 2010 roku nie można mówić o udzielaniu pomocy w stanach nagłego zagrożenia życia pacjentów.

Strony dokonywały rozliczeń za pośrednictwem systemu informatycznego, w którym powód przekazywał pozwanemu dokumenty rozliczeniowe. Taki sposób dokonywania rozliczeń wynika z par. 23 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Pozwany posługiwał się tym samym systemem do rozliczenia świadczeń do zapłaty. Zasadą, jaką przyjął pozwany było przy tym rozliczanie w pierwszej kolejności świadczeń sklasyfikowanych jako ratujące życie, a dopiero w dalszej kolejności świadczeń planowych udzielonych przez powoda. Sposób rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej określają: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. z 11.07.2008r.) i zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

W przekonaniu Sądu, powyższe akty nie zawierają jednak upoważnienia dla pozwanego do dokonywania zapłaty należności z tytułu umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w przyjęty przez niego sposób. Przyjęta przez pozwanego metoda rozliczeń nie wynika bowiem z żadnego z obowiązujących aktów prawnych, w tym w szczególności z ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej, rozporządzenia Ministra

Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ani też, ze wspomnianego powyżej, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych. Przyjęta przez pozwanego kolejność rozliczania świadczeń wynika jedynie z zarządzenia nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2009r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych (...) dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy) oraz rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (II fazy), które następnie zostało zmienione Zarządzeniem nr (...). Z dnia 31 sierpnia 2010r. Jednakże, wbrew stanowisku pozwanego, nie jest on dla powoda wiążącym źródłem prawa. Zarówno wskazane wyżej ustawa, jak i rozporządzenia Ministra Zdrowia, nie zawierają upoważnienia dla Prezesa NFZ do określania sposobu rozliczania należność z tytułu umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców (...) w par. 3 ust. 1 pkt 13 a precyzuje wprawdzie, jakie dane powinny znaleźć się w rejestrze świadczeń (w tym m.in., czy zostało ono udzielone jako świadczenie ratujące życie i zdrowie), jednak w żadnym punkcie nie wskazuje na konieczność kwalifikowania świadczeń ratujących życie do zapłaty przed zabiegami planowanymi. Treść tego aktu ma charakter czysto techniczny i nie odnosi się do sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Konsekwencją zastosowania przez pozwanego sposobu rozliczeń preferującego świadczenia zakwalifikowane przez świadczeniodawcę jako ratujące życie i zdrowie przed zabiegami planowanymi, było uznanie świadczeń planowanych za ponadlimitowe i odmowa pokrycia ich kosztów. W rzeczywistości doszło zatem do odmiennego, zdaniem Sądu, wbrew założeniom łączącej strony umowy oraz sprzeciwiających się założeniom ustawy, rozłożenia kosztów udzielanych świadczeń.

Zdaniem Sądu, treść zarządzeń Prezesa NFZ w części nakazującej rozliczanie w pierwszej kolejności świadczeń ratujących życie przed świadczeniami planowymi zmierza do obejścia przepisów prawa i sprzeciwia się podstawom systemu opieki zdrowotnej. Wyrażona w art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zasada ochrony zdrowia oraz cytowane powyżej przepisy art. 15 ustawy z dnia 15 grudnia 2011 r. o działalności leczniczej i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, statuują obowiązek zapewnienia pomocy medycznej osobie znajdującej się w stanie zagrożenia życia lub zdrowia. Jak natomiast wynika z art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 210 poz. 2135 z późn.zm.), świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Zatem świadczeniodawca ma prawo w każdym wypadku żądać od Narodowego Funduszu Zdrowia zwrotu kosztów niezbędnej pomocy udzielonej osobie znajdującej się w stanie zagrożenia życia i to nawet w sytuacji, gdy nie wiąże go z NFZ umowa o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lub wyczerpał limit świadczeń przewidzianych tą umową. Nie budzi wątpliwości, że sposób rozliczeń zastosowany przez pozwanego sprzeciwia się tej zasadzie. Strony były zgodne co do tego, że przedmiotem łączącej je umowy były tak świadczenia planowe, jak i ratujące życie. Gdyby przyjąć zasadę rozliczeń stosowaną przez pozwanego, powód mógłby domagać się zapłaty za świadczenia planowe tylko w takim wypadku, kiedy świadczenia ratujące życie nie wyczerpałyby całego limitu określonego umową. W praktyce prowadziłoby to do całkowitego wykluczenia świadczeń planowych jako podlegających rozliczeniu w ramach umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Stosownie do zasady wyrażonej art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Narodowy Fundusz Zdrowia, i tak poniósłby koszty świadczeń ratujących życie. Poza wszelkim sporem jest, że udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia albo zdrowia jest obowiązkiem ustawowym świadczeniodawcy lub lekarza. Zgodnie z ugruntowanym w orzecznictwie Sądu Najwyższego (tak: wyrok SN z dnia 12 marca 2009r., V CSK 272/08, LEX nr 530613, Wyrok SN z dnia 8 października 2008r. w sprawie V CSK 139/08 LEX nr 602330, wyrok SN z dnia 5 lipca 2007r., II CSK 141/07, Lex nr 306763) poglądem, w razie zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta, określone w umowie ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie obowiązują.

Konkludując stwierdzić należy, że stosowanie sposobu rozliczania świadczeń wykonanych w ramach łączącej strony umowy o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, zwalniało by pozwanego z obowiązków nałożonych na niego przepisami prawa.

Pozwany nie kwestionował zasadności, tj. potrzeby, ani wykonania udzielonych przez powoda świadczeń.

Rację ma powód powołując się na art. 5 k.c., zgodnie z którym nie można czynić ze swego prawa użytku, który by był sprzeczny ze społeczno-gospodarczym przeznaczeniem tego prawa lub zasadami współżycia społecznego; takie działanie lub zaniechanie uprawnionego nie jest uważane za wykonywanie prawa i nie korzysta z ochrony. Przyjęta przez pozwanego metoda rozliczeń w rzeczywistości na niekorzyść powoda zmieniła warunki umowy i w praktyce wyeliminowała świadczenia planowe udzielone w styczniu i lutym 2010r. z zakresu endoprotezoplastyki z rozliczenia finansowego. Uchylenie się w ten sposób przez NFZ od ponoszenia kosztów świadczeń, do których pokrycia jest zobowiązany, prowadzi do przerzucenia na powoda kosztów wykonanych zabiegów. Powyższe w oczywisty sposób sprzeciwia się umowie stron, ale także stanowi naruszenie zasad współżycia społecznego i stoi w sprzeczności z dobrem pacjentów. W tym miejscu odnieść się trzeba także do argumentacji pozwanego, który wskazywał na ciężący na nim obowiązek dbałości o gospodarkę finansową oraz konieczność dyscyplinowania zakładów opieki zdrowotnej. W ocenie Sądu, pozwany nie może jednak przerzucać kosztów świadczeń zdrowotnych objętych refundacją i mieszczących się w ramach zawartej umowy na szpital, zmieniając proporcję rozliczania. Takie działania pozwanego powodują niepewność co do tego, czy jakiegokolwiek planowe zabiegi zostaną objęte refundacją, a powód chcąc się uchronić przed finansowymi skutkami tej sytuacji musiałby w zasadzie zaprzestać wykonywania jakichkolwiek innych świadczeń poza tymi ratującymi życie. Prezes NFZ, czuwając nad gospodarką finansową, nie powinien sprzeciwiać się obowiązującym przepisom prawa oraz konstytucyjnej zasadzie dostępu do opieki zdrowotnej.

W niniejszej sprawie natomiast pozwany nie wykazał, aby w rozliczeniach świadczeń, jakie powód przedstawił do refundacji zachodziły nieprawidłowości, które skutkowałyby odmową zapłaty. Powód przy tym, zdaniem Sądu, wyjaśnił okoliczności usunięcia przez niego w dniu 21 czerwca 2011r. z raportu statystycznego za rok 2010 około 5000 świadczeń, wśród nich 19 świadczeń będących przedmiotem tej sprawy, a następnie umieścił je ponownie. Sąd uznał za wystarczające zeznania dyrektora powodowego szpitala, który stwierdził, iż takie działania techniczne wynikają czasami z potrzeby dokonania korekty, a świadczenia po dokonaniu poprawek zostały ponownie zamieszczone w systemie. W ocenie Sądu, ten czysto techniczny zabieg, nie ma żadnego wpływu na istnienie roszczeń powoda, który wykonał przecież świadczenia opieki zdrowotnej i to w ramach umowy zawartej z pozwanym. Pozwany zresztą tych okoliczności nie kwestionował.

Mając na względzie wskazane powyżej argumenty Sąd uznał powództwo powoda za w pełni zasadne. Świadczenia udzielone przez powoda w styczniu i lutym 2010r. z zakresu endoprotezoplastyki nie stanowią świadczeń ponadlimitowych i wykonane zostały w ramach umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne i w ramach określonych w jej treści limitów, a także na podstawie art. 132 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

O odsetkach ustawowych od zasadzonego świadczenia Sąd rozstrzygnął w oparciu o art. 481 k.p.c. oraz § 27 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z którym rozliczenie wykonania umowy następuje najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego. Dla umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych w okresie od 1 stycznia 2010 r. do 31 grudnia 2010r. termin rozliczenia upływał zatem dnia 15 lutego 2011 r. Mając na względzie powyższe Sąd rozstrzygnął zgodnie z żądaniem powoda, zasadzając od pozwanego na jego rzecz odsetki ustawowe od dnia 16 lutego 2011r.

Sąd orzekł o kosztach procesu mając na względzie art. 98 k.p.c. oraz art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, obciążając nimi w całości pozwanego, jako stronę przegrywającą proces. Powód został zwolniony od kosztów sądowych w tym postępowaniu w całości. Oplatą sądową od pozwu wynoszącą 10.308 zł Sąd w całości obciążył pozwanego, nakazując ściągnąć kwotę od opłaty od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Poznaniu. Nadto Sąd obciążył pozwanego kosztami zastępstwa procesowego strony powodowej w kwocie 7.217 zł (§ 6 punkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu).

SSO Jacek Musielak