

Sygnatura akt XII C 730/15

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

P., dnia 23 lutego 2017 r.

Sąd Okręgowy w Poznaniu XII Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodniczący: SSO Ewa Hoffa

Protokolant: starszy sekretarz sądowy Krystyna Wojciechowska-Trawka

po rozpoznaniu w dniu 26 stycznia 2017 r. w Poznaniu, na rozprawie ,

sprawy z powództwa (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w P.

/KRS: (...)

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia- (...) Oddział Wojewódzki w P. / NIP: (...)

o zapłatę

I. Zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 205.251,62 zł /dwieście pięć tysięcy dwieście pięćdziesiąt jeden złotych i sześćdziesiąt dwa grosze/ z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od kwot:

- 192.556 zł od dnia 4 marca 2015 r.,

- 12.695,62 zł od dnia 22 kwietnia 2016 r. do dnia zapłaty każdej z tych kwot.

II. W pozostałej części powództwo oddala.

III. Kosztami postępowania obciąża powoda w 59/100 części, a pozwanego w 41/100 części i z tego tytułu:

1/ zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 8436 zł /osiem tysięcy czterysta trzydzieści sześć złotych/ ,

2/ nakazuje ściągnąć od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa /Sądu Okręgowego w Poznaniu/ kwotę 3524 zł /trzy tysiące pięćset dwadzieścia cztery złote/.

/-/ E. Hoffa

Sygn akt XII C 730/15/3

## UZASADNIENIE

Powód, (...) S. A. wniósł o zasądzenie od pozwanego na jego rzecz kwoty 959.036 zł z odsetkami ustawowymi od 15 lutego 2015 r. do dnia zapłaty, oraz o zwrot kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego w kwocie 14.400 zł /k.1/.

W toku postępowania powód cofnął powództwo o zapłatę kwoty 197.692 zł i zrzekł się roszczenia /k.652 i 654/ wskazując, że nastąpiła w dniu 21 grudnia 2015 r. zapłata za świadczenia zdrowotne udzielone pacjentom oznaczonym w spisie świadczeń ponadlimitowych kolorem szarym /k.655- 678- spis spornych świadczeń/

Podtrzymał roszczenia o zapłatę kwot:

- 747.032 zł z odsetkami ustawowymi od 15 lutego 2015 r. do dnia zapłaty,

- kwoty 14.311,72 zł / odsetki ustawowe za opóźnienie od kwoty 197.692 zł skapitalizowane za okres od 15 lutego 2015 r. do 20 grudnia 2015 r. włącznie/ z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od 22 kwietnia 2016 r.

Pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia- (...) Oddział Wojewódzki w P. wniósł o oddalenie powództwa i o zwrot kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego w kwocie 14.400 zł /k.225/.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Strony zawarły umowę z dnia 23 stycznia 2012 r. w której powód zobowiązał się do świadczenia usług w zakresie opieki zdrowotnej w okresie od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2016 r. /k.27- 23- kserokopia umowy/.

Świadczenia zdrowotne obejmujące (...) i „Kardiologię- Hospitalizację E11, E12, E13 i E14” /k. 31- załącznik nr 1/ wykonywał (...) Ośrodek (...) w L..

Załącznik do umowy określał sposób finansowania świadczeń /k.31-49/, a aneksem z 10 lutego 2015 r. /k.58- 59/ strony zwiększyły post factum zakres finansowania świadczeń za 2014 r.

Żądana pozwem kwota obejmuje tzw. świadczenia ponadlimitowe udzielone przez powoda w okresie od 1 stycznia 2014 r. do 31 grudnia 2014 r. w zakresie

(...) i „(...)” nie opłacone w ramach w/w aneksu z dnia 10 lutego 2015 r.

Powód ocenił, że udzielił tych świadczeń w stanach zagrożenia życia pacjentów zarówno w sytuacjach gdy konieczność świadczeń pojawiła się nagle jak i w sytuacjach gdy świadczenia te zostały wcześniej zaplanowane.

Wskazał, że zabiegi:

- koronografii /kardiologia- hospitalizacja- oznaczenie E27/,

- koronaroplastyki /kardiologia- hospitalizacja- oznaczenia: E20, E23 i E 26/,

- wszczepienia, lub wymiany rozrusznika /kardiologia- hospitalizacja- oznaczenie E31 i E32/,

- wszczepienia, lub wymiany kardiowertera- defibrylatora/ (...) > 17 r.ż. /kardiologia- hospitalizacja- oznaczenie E23 i E36/,

- pozostałe zabiegi /kardiologia- hospitalizacja- oznaczenia E37, E61, D16/

Były świadczeniami ratującymi życie pacjentów w tym sensie, że koronografia była badaniem niezbędnym wykonanym wobec pacjentów z chorobą wieńcową, lub znacznie zagrożonym zawałem serca, a koronaroplastyka, wszczepienie, lub wymiana rozrusznika /w związku z upływem czasu jego działania/, wszczepienie, lub wymiana kardiowertera-defibrylatora i pozostałe świadczenia ratowały pacjentów przed śmiercią, lub znaczącym pogorszeniem stanu zdrowia

/k.356- 357-zeznania świadka I. J., k.357- 358- zeznania świadka E. B., k.358- 359- zeznania świadka M. T./

Wystawił fakturę VAT nr (...) na kwotę 959.030 zł i określił w niej termin płatności na dzień 3 marca 2015 r. /k.176- kserokopia faktury/.

Pismem z dnia 19 lutego 2015 r. wezwał pozwanego do zapłaty tej kwoty dołączając wykaz pacjentów którym udzielił świadczeń pozalimitowych /k.174- 175- kserokopia pisma, k.154- 191- lista świadczeń ze związłymi opisami według wzorów dla systemu informatycznego /k.151- 153/.

Pozwany twierdził, że sporne świadczenia ponadlimitowe nie zostały przez powoda w raportach statystycznych oznaczone /"oflagowane"/ jako „nierozliczone świadczenia ratujące życie” wobec czego nie miał podstaw, aby rozważać opłacenie tych świadczeń, bowiem to na powodzie spoczywa obowiązek wykazania, że ponadlimitowych świadczeń dokonał w stanach nagłych i w sytuacji ratowania życia poszczególnych pacjentów /k.238 i 239/.

Ocena świadczeń ponadlimitowych pod tym kątem i kryteria tej oceny przez pozwanego były oparte na analizie raportów statystyczno- medycznych /k.359- 361- zeznania świadka P. L., k.363- płyta CD/. Pozwany brał też pod uwagę, czy posiadane środki pozwalają mu dokonać zapłaty za świadczenia ponadlimitowe, które można by ewentualnie zakwalifikować jako udzielone w sytuacji zagrożenia życia.

W dniu 21 grudnia 2015 r. pozwany dokonał na rzecz powoda zapłaty za świadczenia zdrowotne udzielone pacjentom oznaczonym w spisie świadczeń ponadlimitowych kolorem szarym /k.655- 678- spis spornych świadczeń/.

Powód wykonał świadczenia ponadlimitowe w sytuacji nagłego zagrożenia życia, lub nagłego zagrożenia zdrowia u następujących pacjentów:

1/ J. A. /k. 732- opinia biegłego, k. 661- tabela -świadczenie o wartości 1664 zł/,

2/ T. M. /k.735- opinia, k.662- tabela- świadczenie o wartości 1664 zł/,

3/ J. R. (1) /k.749- opinia, k.662- tabela- świadczenie o wartości 1664 zł/, **łącznie 4992 zł**,

4/ L. Z./k.789- opinia, k.662- tabela- świadczenie o wartości 1664 zł/,

5/ A. Ż./k.790- opinia, k.665- tabela- świadczenie wartość 6240 zł/,

6/ B. S. /k.791- opinia, k.666- tabela- świadczenie o wartości 6240 zł/,

7/ L. W./k.792- opinia, k.666- tabela- świadczenie warte 7748 zł/,

8/ G. P. /k.793- opinia, k.666- tabela- świadczenie o wartości 7748 zł/,

9/ W. K. /k.794- opinia, k.666- tabela- świadczenie o wartości 7748 zł/,

10/ J. G. /k.795- opinia, k.667- tabela- świadczenie o wartości 7748 zł/,

11/ C. D. /k.795- opinia, k.667- tabela- świadczenie o wartości 7748 zł/,

12/ Z. P. /k.797- opinia, k.667- tabela- świadczenie o wartości 7748 zł/,

13/ A. K. /k.735- opinia, k.667- tabela- świadczenie o wartości 7748 zł/,

14/A. F. /k.799- opinia, k.667- tabela- świadczenie o wartości 7748 zł/.

Łącznie koszt tej grupy świadczeń /7748x11/ **85.228 zł**

15/ T. W. /k.803- opinia, k.668- tabela- świadczenie o wartości 26.624 zł/,

16/ B. K. /k.804- opinia, k.668- tabela- świadczenie o wartości 26.624 zł/,

17/ R. K. /k. 806- opinia, k.668- tabela- świadczenie o wartości 39.988 zł/.

Łącznie koszt tego rodzaju świadczeń **93.236 zł**

18/ J. R. (2) /k.808- opinia, k.655- tabela- świadczenie o wartości 4160 zł/,

19/ J. P. /k.809- opinia, k.668- tabela- świadczenie o wartości 3068 zł/,

20/ S. G. /k.810- opinia, k.669- tabela- świadczenie o wartości 1872 zł/.

Łącznie koszt tych świadczeń **9100 zł**.

W sumie należna powodowi kwota /oprócz świadczeń wypłaconych przez pozwanego w toku niniejszego postępowania/ wynosi **192.556 zł** (...)+85.228+93.226+9100/.

Powyższy stan faktyczny sąd ustalił na podstawie wyżej opisanych dokumentów złożonych w poświadczonych kserokopiach, których autentyczności strony nie kwestionowały, a brak było podstaw, aby kwestionować je z urzędu.

Zeznaniom świadków zawnioskowanych przez powoda /k.356- 357-zeznania świadka I. J., k.357- 358- zeznania świadka E. B., k.358- 359- zeznania świadka M. T., k.363- płyta CD z nagraniami/, oraz świadka zawnioskowanego przez pozwanego /k.359- 361- zeznania świadka P. L./ sąd dał wiarę bowiem nie zawierały one wewnętrznych sprzeczności i nie były sprzeczne z pozostałym materiałem dowodowym przyjętym za podstawę ustaleń.

Wnioski o dowody z zeznań innych świadków /k.2, k.236/ zostały cofnięte

/ k.361- oświadczenia na rozprawie 15 października 2015 r./.

Odmienne ocena konieczności świadczeń medycznych wynikała, zdaniem sądu, ze zróżnicowanych kryteriów oceny przyjętych z jednej strony przez świadków udzielających pomocy lekarskiej konkretnym pacjentom, a z drugiej strony przez świadka czuwającego nad prawidłowym wydatkowaniem środków finansowych na podstawie warunków umownych.

Dowód z przesłuchania stron sąd ograniczył do przesłuchania powódki /k.637- 638- zeznania M. B.- członka zarządu powódki, k.638- 339- zeznania A. W.- prezesa zarządu powódki/ co strony zaakceptowały.

Zeznaniom tym dał wiarę, bowiem nie były one sprzeczne z zeznaniami w/w świadków i dokumentami przyjętymi za podstawę ustaleń.

Konieczny w tej sytuacji był dowód z opinii biegłego, który by zbadał , na podstawie zestawienia spornych świadczeń pozalimitowych /k. 655-678- wykaz świadczeń oznaczonych kolorem białym/ i historii chorób, które ze spornych świadczeń ponadlimitowych były świadczeniami ratującymi życie w sytuacjach nagłych.

Opinię biegłego kardiologa prof. dr. hab. M. J. z dnia 25 września 2016 r. /k.693- 694 i k.717- 810/ sąd uznał za wysoce przydatną dla rozstrzygnięcia sprawy wobec czego wydanie opinii uzupełniającej /k.822- wniosek powoda/ uznał za dowód zbędny i niepotrzebnie przedłużający postępowanie.

Biegły M. J. wyczerpująco odpowiedział na pytania zawarte w zleceniu opinii sformułowanym na rozprawie w obecności pełnomocników stron i adekwatnym do przedmiotu rozpoznania w niniejszym postępowaniu /k.639- 640/. Ocena, czy odłożenie w czasie świadczeń w stosunku do niektórych pacjentów mogłoby skutkować istotnym pogorszeniem stanu zdrowia w krótkim czasie, lub spowodować zmiany w tętnicach wieńcowych, oraz o ile można by odłożyć w czasie poszczególne świadczenia byłaby wysoce hipotetyczna i stanowiłaby dywagacje nieprzydatne dla rozpoznania tej konkretnej sprawy. Z tych przyczyn wniosek o opinię uzupełniającą sąd oddalił /k. 834/.

Ponieważ opinia z dnia 25 września 2016 r. była zrozumiała, konkretna i pozbawiona wewnętrznych sprzeczności, a żadna ze stron nie wносиła o przesłuchanie biegłego sąd odstąpił od jego przesłuchania.

Sąd zważył co następuje:

Roszczenie powoda należało oceniać na podstawie art. 15 ustawy z dnia 7 grudnia 2012 r. o działalności leczniczej / Dz.U. z 2013 r. poz. 217/, który stanowi, że podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia i życia.

Przesłanki wskazane w tym przepisie, odpowiadają definicji stanu nagłego, zawartej w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym /Dz.U. z 2007 r. Nr 191, poz. 1410 ze zm./, do której wprost odwołuje się art. 5 ust. 33 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych /Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.).

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, i wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

Powyższe definicje ustawowe wskazano według ich brzmienia w 2014 r.

W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej powinny być udzielone świadczeniobiorcy niezwłocznie.

Obowiązki wynikające z powyższych przepisów mają charakter bezwzględnie obowiązujący i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne.

Jeżeli zatem podmiot leczniczy, który zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o świadczenie usług medycznych, udzielił świadczenia pacjentowi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, przysługuje mu roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie względem Narodowego Funduszu Zdrowia w sytuacji, gdy limit świadczeń wskazany w umowie został już wykonany.

Należy też wskazać, że art. 30 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i dentysty /Dz. U. z 2011 r. Nr.277 poz. 1634/ wskazuje, że lekarz ma obowiązek udzielać pomocy w każdym przypadku gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała, lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach nie cierpiących zwłoki

Nie sposób zatem oczekiwać od lekarza, aby w takiej sytuacji odmówił pomocy, albowiem wówczas działałby wbrew ciężącemu na nim ustawowemu obowiązkowi ratowania życia lub zdrowia, co skutkowałoby koniecznością poniesienia odpowiedzialności karnej, a niejednokrotnie także i cywilnej.

Jest to wprawdzie przepis ogólny w porównaniu z przepisami wyżej cytowanymi, ale, pomocniczo, powinien być wzięty pod uwagę przy ocenie stanu faktycznego.

Na podstawie wyżej opisanych przepisów należało więc zasądzić od pozwanego na rzecz powoda kwotę 192.556 zł.

Pozwany nie kwestionował faktu udzielenia przez powoda świadczeń ponadlimitowych dochodzonych w pozwie, jednak kwestionował twierdzenia powoda, że zostały one udzielone w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Obowiązek wskazania i udowodnienia, lub znacznego uprawdopodobnienia tej okoliczności ciążył na powodzie.

Art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych /Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) określa, że:

1. W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie.
2. 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.

3. W razie braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej określonych w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy lub w związku z wystąpieniem siły wyższej, świadczeniodawca zapewnia, w przypadku, o którym mowa w ust. 1, udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez innego świadczeniodawcę.

4. 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.

5. 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.

6. Podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych przysługuje prawo kontroli zasadności wniosku, o którym mowa w ust. 5. Przepisy art. 64 stosuje się odpowiednio.

Pozwany stosuje od 2010 r. algorytm pozwalający, na podstawie raportu statystyczno- medycznego składanego przez placówkę udzielającą świadczeń zdrowotnych, wstępnie ocenić, czy świadczenia wskazane jako świadczenia ratujące życie były udzielone w stanie nagłym /k.360- 361- zeznania świadka P. L./. W przypadkach wątpliwych pozwany odmawia opłacenia świadczeń ponadlimitowych.

Powód wezwał pozwanego do zapłaty pismem z dnia 19 lutego 2015 r. dołączając wykaz świadczeń ponadlimitowych ze związłymi opisami odpowiednio do treści rubryk z systemu informatycznego /k.154-191 i 175/.

Od tej daty pozwanemu znany był zakres konkretnych roszczeń.

Następnie powód wystawił fakturę /k.176- kserokopia/ w której zażądał zapłaty w dniu 3 marca 2015 r. za wskazane świadczenia ponadlimitowe.

Odsetki za opóźnienie należą się więc powodowi od 4 marca 2015 r., bowiem żądane świadczenie ponadlimitowe nie stanowi elementu rozliczenia wykonania umowy w rozumieniu §27 pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Świadczenie stało się wymagalne od 4 marca 2015 r. i to zgodnie z art. 481§1 i 2 k.c. w związku z art. 476 k.c.

Kwotę 192.556 zł zasądono więc z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 4 marca 2015 r. do dnia zapłaty.

W toku postępowania pozwany zapłacił powodowi kwotę 197.692 zł w dniu 21 grudnia 2015 r. /bezsporne/ i od tej kwoty należą się powodowi skapitalizowane odsetki za opóźnienie za okres od 4 marca 2015r. do 20 grudnia 2015 r. włącznie, czyli kwota 12.695,62 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 22 kwietnia 2016 r. /k.652-dowód doręczenia pisma z żądaniem zapłaty pozwanemu/ na podstawie art. 482§1 k.c. w związku z art. 476 k.c.

Ze względu na cofnięcie pozwu i zrzeczenie się roszczenia co do w/w części roszczenia głównego- kwoty zapłaconej powodowi w toku postępowania sąd umorzył w tej części, postępowanie na podstawie art. 355§ 1 k.p.c., a w pozostałej części powództwo oddalił.

Powód domagał się zapłaty kwoty 959.036 zł, a zapłacona przez pozwanego w toku postępowania część roszczenia /197.692 zł/ i zasądzona kwota roszczenia głównego /192.556 zł/, to łącznie 390.248 zł.

Powód wygrał więc sprawę w 41%, a przegrał w 59%.

Koszty sądowe obejmują opłatę od pozwu w kwocie 23.976 zł i koszty opinii biegłego w kwocie 11.523,72 zł / k.834- postanowienie o przyznaniu biegłemu wynagrodzenia/, łącznie 35.499,72 zł, w zaokrągleniu 35.500 zł. Koszty zastępstw procesowych każdej ze stron, to kwota 14.417 zł, łącznie 28.834 zł.

Suma kosztów sądowych i pozasądowych, to kwota 64.334 zł.

Powód powinien ponieść 59% tej kwoty, czyli 37.957 zł, a pozwany 41% tej kwoty, czyli 26.377 zł.

Powód uiścił całą opłatę sądową w wysokości 23.976 zł /k.13/, zaliczkę w kwocie 8000 zł /k.651- dowód wpłaty zaliczki/ i wynagrodzenie pełnomocnika w kwocie 14417 zł, łącznie 46.393 zł. Jest to o 8436 zł więcej niż obciążające go koszty postępowania /46.393- 37.957/.

Pozwany poniósł koszty zastępstwa procesowego w kwocie 14417 zł, czyli o 11.960 zł poniżej obciążających go kosztów postępowania /26.377- 14.417/.

Powinien zwrócić więc powodowi kwotę 8436 zł, a Skarbowi Państwa /Sądowi Okręgowemu w Poznaniu/ zaliczkowaną na uzupełnienie wynagrodzenia biegłego kwotę 3523 zł /k.834- kwota zaokrąglona do pełnego złotego/.

Podstawą prawną orzeczenia o kosztach postępowania jest art. 100 k.p.c.

/-/ E. Hoffa