

Sygn. akt **IVC 172/08**

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 4 maja 2015 roku

Sąd Okręgowy w Warszawie IV Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: **SSO Krystyna Gromek**

Protokolant: sekretarz sądowy Kamila Osica

po rozpoznaniu w dniu 4 maja 2015 roku w Warszawie

na rozprawie sprawy:

z powództwa **Szpitala (...) w G.**

przeciwko **Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W.**

o **zapłatę**

orzeka:

1. Zasądza od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia w W. na rzecz powoda Szpitala (...) w G. kwotę 468.886,25 (czteryście sześćdziesiąt osiem tysięcy osiemset osiemdziesiąt sześć 25/100) złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 25 stycznia 2008 roku do dnia zapłaty.
2. Umarza postępowanie w sprawie w zakresie roszczeń ponad kwotę 468.886,25 (czteryście sześćdziesiąt osiem tysięcy osiemset osiemdziesiąt sześć 25/100) złotych, tj. do kwoty 5.326,50 (pięć tysięcy trzysta dwadzieścia sześć 50/100) złotych wobec cofnięcia powództwa ze zrzeczeniem się roszczenia.
3. Oddala powództwo w pozostałym zakresie, tj. co do odsetek za okres od dnia 16 stycznia 2008 roku do dnia 24 stycznia 2008 roku.
4. Oddala wniosek pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia w W. o przyznanie kosztów zastępstwa procesowego od cofniętego powództwa.
5. Zasądza od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia w W. na rzecz powoda Szpitala (...) w G. kwotę 36.000 (trzydzieści sześć tysięcy) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.
6. Nakazuje pobrać od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia w W. na rzecz Skarbu Państwa kasy Sądu Okręgowego w Warszawie kwotę 23.445 (dwadzieścia trzy tysiące czterysta czterdzieści pięć) złotych tytułem części nieuiszczonej opłaty od pozwu, od której uiszczenia powód Szpital (...) w G. był zwolniony, oraz kwotę 6.764,47 (sześć tysięcy siedemset sześćdziesiąt cztery 47/100) złote tytułem kosztów opinii biegłych.
7. Przejmuje na rachunek Skarbu Państwa opłatę sądową od pozwu w pozostałym zakresie, tj. w kwocie 20.549 (dwadzieścia tysięcy pięćset czterdzieści dziewięć) złotych, ponieważ powód Szpital (...) w G. został zwolniony od uiszczenia opłaty sądowej od pozwu w całości.

IVC 172/08

UZASADNIENIE

Dnia 31 stycznia 2008 roku (data stempla pocztowego k.180, data prezentaty 5 luty 2008 k.4) Szpital (...) w G. złożył pozew przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia o zapłatę, wnosząc o zasądzenie kwoty 879.865 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 16 stycznia 2008 roku do dnia zapłaty, oraz zwrot kosztów postępowania według norm przepisanych, w tym kosztów zastępstwa procesowego z tytułu kosztów leczenia pacjentów nieubezpieczonych (k.4-5).

Dnia 17 kwietnia 2008 roku (data prezentaty) pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych, podnosząc m.in. brak podstawy prawnej dochodzonego roszczenia, jak i kwestionując leczenie przez powoda pacjentów nieubezpieczonych w warunkach art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l.i.d., oraz powołując się na powagę rzeczy ugodzonej między stronami w zakresie zrzeczenia się przez powoda roszczenia co do wszystkich ponadlimitowych świadczeń opieki zdrowotnej, a nadto podnosząc, że powód otrzymał już od pozwanego zapłatę za ponadlimitowe świadczenia zdrowotne za lata 2005-2007 w łącznej kwocie 2.193.270,61 zł (k.190-194).

Dnia 8 grudnia 2008 roku powód cofnął powództwo o kwotę 35.928,50 zł bez zrzeczenia się roszczenia w związku z zapłatą tej kwoty przez pozwanego za leczenie części pacjentów dotychczas wykazywanych jako nieubezpieczonych, lecz uprawnionych do świadczeń lub ubezpieczonych wdacie udzielania świadczenia (k.2009-2224).

Dnia 11 lutego 2009 roku (data prezentaty) pozwany nie wyraził zgody na cofnięcie powództwa bez zrzeczenia się roszczenia (k.2230).

Dnia 5 maja 2010 roku (data prezentaty) pozwany wniósł o odrzucenie pozwu w części co do pacjentów przywołanych w innej sprawie tego powoda o sygnaturze akt IVC 1488/07 (k.2510-2512).

Dnia 22 lipca 2010 roku (data prezentaty) powód potwierdził dochodzenie roszczeń w sprawie IVC 1488/07 i ograniczył powództwo w sprawie niniejszej do kwoty głównej 474.212,75 zł, uzasadniając zaistniałą sytuację zmianą stanu faktycznego, tj. faktem dostarczenia przez część pacjentów dowodów posiadanego ubezpieczenia (k.2528-2530, 2531-2550).

Dnia 31 sierpnia 2010 roku (data prezentaty) powód zrzekł się części pierwotnego roszczenia w wysokości 369.543,75 zł (k.2554).

Dnia 5 października 2010 roku Sąd Okręgowy w Warszawie umorzył postępowanie w sprawie w zakresie roszczeń ponad kwotę 474.212,75 zł (k.2556).

Dnia 4 listopada 2013 roku pozwany zgłosił zarzut powagi rzeczy ugodzonej (k.2718, 2717-2721).

Dnia 19 listopada 2014 roku powód ograniczył roszczenie do kwoty 468.886,25 zł (k.2883).

Dnia 15 grudnia 2014 roku (data prezentaty) pozwany zgłosił zarzut przedawnienia (k.2835).

Dnia 28 stycznia 2015 roku powód zrzekł się roszczeń, co do których cofnął powództwo, tj. ponad kwotę 468.886,25 zł (k.2847).

Dnia 4 lutego 2015 roku pełnomocnicy podtrzymali dotychczasowe stanowiska w sprawie, przy czym pełnomocnik powoda wniósł o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego w wysokości pięciokrotności stawki minimalnej (k.2878, 2884).

Dnia 4 maja 2015 roku pełnomocnik powoda nie stawił się, a pełnomocnik pozwanego podtrzymał dotychczasowe stanowiska w sprawie (k.3074, 3075).

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny.

Powód w latach 2005-2007 wykonywał na podstawie umów zawartych z pozwanym kompleksowe całodobowe usługi o udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego. Umowy te określają zakres świadczeń wykonywanych przez powoda na rzecz pacjentów ubezpieczonych (k.45-177).

Strony zawarły 5 ugód pozasądowych, tj. dnia 13 lutego 2006 roku (k.1999-2000), dnia 12 lutego 2007 roku (k.1996-1997), dnia 31 grudnia 2007 roku (k.1998), dnia 8 lutego 2008 roku (k.2004-2006) i dnia 12 lutego 2008 roku (2001-2003), w których świadczeniodawca zrzekł się prawa do dochodzenia roszczeń wynikających z umów, zarówno istniejących, jak i mogących powstać w przyszłości.

Niezależnie od świadczeń wykonanych na podstawie ww. umów powód w okresie od stycznia 2005 roku do końca października 2007 roku wykonał świadczenia na rzecz osób nieubezpieczonych na łączną kwotę, dochodzoną pozwem (k.36-44, dokumentacja medyczna k. 202-1983).

Dnia 13 grudnia 2007 roku powód wezwał pozwanego do uregulowania roszczenia objętego pozwem (k.23, 25, 2859). Pozwany odmówił (k.24, 26, 2860).

Dnia 15 stycznia 2008 roku powód skierował do pozwanego ostateczne przesądowe wezwanie do zapłaty w terminie 7 dni (k.19,21).

Pozwany odebrał wezwanie dnia 17 stycznia 2008 roku (k.20, 22).

Pismem z dnia 22 stycznia 2008 roku NFZ poinformował Dyrektora powodowego Szpitala, że umowy zawierane przez NFZ ze świadczeniodawcami dotyczą wyłącznie pacjentów ubezpieczonych. Natomiast świadczenia na rzecz osób nieubezpieczonych, udzielone ponad limit określony w umowie mogą być dochodzone na drodze sądowej. Istnieje też możliwość zawarcia ugody sądowej, ale ugody mogą być zawierane jedynie w przypadkach świadczeń udzielonych w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta i mogą dotyczyć jedynie świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym (k.2811).

Ugody istotnie dotyczyły tylko osób ubezpieczonych, oraz osób tzw. uprawnionych, tj. takich, które nie zgłosiły się do ubezpieczenia zdrowotnego, ale mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie odrębnych przepisów, np. dzieci do lat 18, osoby podlegające ustawie o narkomanii, czy przeciwdziałaniu alkoholizmowi. W istocie rzeczy są to więc osoby ubezpieczone z prawem do świadczenia opieki zdrowotnej (św. H. C. k.2879, 2930-2931, 2933). Do zrzeczenia się roszczeń objętych niniejszym postępowaniem, czyli dotyczących pacjentów nieubezpieczonych i nieuprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej nie mogło zatem dojść w ugodach .

Zwraca ponadto uwagę fakt, że w omawianym okresie system informatyczny narzucony przez NFZ świadczeniodawcom technicznie uniemożliwiał zarejestrowanie w nim osoby nieubezpieczonej i nieuprawnionej (św. H. J. k. 2881, 2945-2946, 2984, 3058, powódka k.2951, 3063). Powyższe powodowało, że za pośrednictwem tego systemu do NFZ nie docierała informacja o tym, że taki pacjent był leczony. Nie można było przesłać do NFZ-u takiej informacji (św. H. J. k. 2882,3059, św. J. M. k. 2984, 3061-3062). Pacjenci nieubezpieczeni byli „niewidoczni” dla NFZ i nie figurowali w jego rejestrach, ani sprawozdaniach powodowego Szpitala, przekazywanych do NFZ. System rozliczeniowy nie wprowadził nigdy pacjenta nieubezpieczonego (powódka k.2883, 2985 wydruk k.2962-2963). Zatem w dacie podpisywania przedmiotowych ugód NFZ nie miał nawet świadomości co do faktu leczenia tych pacjentów. Nie było o nich w ogóle mowy podczas negocjacji. W sposób oczywisty nie byli oni więc objęci zapisami tych ugód (św. H. J. k.2945). Pacjent nieubezpieczony nie był finansowany (powódka k.2883). Dodać jednocześnie należy, że powód był pozbawiony wpływu na treść ugód. Nie miał możliwości negocjacji. NFZ posługiwał się szablonami ugód (św. H. B. k.2880, 2938, powódka k.2883, 2953-2954), bo jest monopolistą, co umożliwia mu jednostronne określanie warunków. Niezawarcie ugody w praktyce dla powoda oznaczałoby brak środków finansowych do prowadzenia dalszej działalności, a wręcz zamknięcie szpitala (powódka k.2884, 2954). Powód działał w warunkach przymusu ekonomicznego (powódka k.2882-2883, 2954). Ponadto nawet po zawarciu ugody za dany okres rozliczeniowy z rzekomym zrzeczeniem się wszelkich roszczeń za ten okres, NFZ proponował zawarcie kolejnej ugody w ramach tego

samego okresu, co świadczy, że sam NFZ nie traktował tych „zrzeczeń” poważnie. Powodowy Szpital odmówił zawarcia kolejnej ugody w roku 2006 (k.2872 – załącznik do protokołu złożony przed zamknięciem rozprawy).

Sam fakt udzielenia przez powoda świadczeń osobom nieubezpieczonym i nieuprawnionym jest bezsporny między stronami.

Jednocześnie poza oficjalnym systemem pozwany był wielokrotnie informowany, że powód udziela świadczeń osobom nieubezpieczonym i nieuprawnionym. Pozwany przypominał powodowi o obowiązku leczenia również takich pacjentów, ale nie płacił za nich (św. H. J. k.2946, powódka k.3064).

Teoretycznie istniała możliwość finansowania kosztów leczenia takich pacjentów na podstawie przepisów administracyjnych – samorządowych, ale w owym czasie samorzady obawiały się, że będą musiały ponosić te koszty, więc decyzje w tym zakresie były wydawane niechętnie (św. H. J. k.2947).

Powód ustalił kwotę roszczenia na podstawie swojego wewnętrznego systemu (...), w którym byli odnotowani wszyscy pacjenci, więc również nieubezpieczeni i nieuprawnieni (św. H. J. k.2949, 2984, J. M. k. 3062).

Powód znacznie ograniczył roszczenie w toku procesu, ponieważ w miarę upływu czasu okazywało się, że część pacjentów pierwotnie leczonych i bezspornie nieubezpieczonych okazała się osobami uprawnionymi do świadczeń na podstawie odrębnych przepisów (św. H. J. k.2947), o czym była mowa wcześniej, jak również część pacjentów przedstawiła dowody ubezpieczenia w terminie późniejszym (św. H. J. k.2947).

Zasadne więc było dopuszczenie dowodu z opinii biegłych celem ustalenia charakteru tych świadczeń.

Biegli dopuszczeni na okoliczność kwestii nagłości i potrzeby udzielenia świadczeń zgodnie z art.7 u.z.o.z. stwierdzili, co następuje:

- chirurg F. W. uznał, iż w 21 przypadkach pacjentów leczonych w 2006 roku nie zachodziły przesłanki z art. 7 u.z.o.z., a w pozostałych 99 przypadkach przesłanki te wystąpiły (opinia z dnia 30 czerwca 2009 roku – k. 2260). W opinii uzupełniającej z dnia 18 lipca 2012 roku biegły podtrzymał swoje pierwotne stanowisko (k.2670-2671);

- specjalista chorób wewnętrznych J. P. uznał, iż w 3 przypadkach pacjentów leczonych w 2006 roku nie zachodziły przesłanki z art. 7 u.z.o.z., a w pozostałych 49 przypadkach przesłanki te wystąpiły (opinia z dnia 2 stycznia 2010 roku – k. 2304). Biegły podtrzymał swoje stanowisko w piśmie z dnia 25 lipca 2012 roku (k.2673);

- specjaliści Centrum (...):

+chirurg ortopeda-traumatolog J. C. uznał, iż wykonane w roku 2006-2007 (2005-2007 wyjaśnienie z dnia 19 lipca 2012 roku – data prezentaty k.2667) zabiegi chirurgiczno-ortopedyczne spełniają warunek procedur medycznych, których niezastosowanie mogłoby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia (opinia z dnia 2 grudnia 2010 roku - k.2562-2565). Po zarzutach pozwanego z dnia 23 marca 2011 roku (data prezentaty) odnośnie rzekomej nieprzydatności opinii i jej powielania z innych procesów (k.2573) – biegły wyjaśnił, iż pogłębiona opinia wymagałaby m.in. indywidualnego badania klinicznego każdego pacjenta, co bardzo podroży koszty opinii (400-500 zł opinia co do jednego pacjenta) i nie ma pewności, że wszyscy pacjenci wyrażą zgodę na takie badania, natomiast zarzut zbieżności sformułowań z innej opinii wydanej w takiej samej sprawie wynika ze specjalistycznych procedur medycznych, które się powtarzają w różnych sprawach, a powtarzanie tych samych argumentów nie jest obce również specjalistom z innych dziedzin, nie wyłączając prawników często powołujących się na te same paragrafy w takich samych postępowaniach sądowych (wyjaśnienia z dnia 8 kwietnia 2011 roku k. 2582-2584); dnia 10 maja 2011 roku (data prezentaty) pozwany podtrzymał swoje zarzuty (k. 2592-2593) ;

+ neurolog J. Ś. stwierdził braki w dokumentacji (opinia z dnia 10 lutego 2011 roku – k. 2566-2567), a po uzupełnieniu dokumentacji opinię wykonał inny lekarz M. B. , która uznała, iż wszystkie 14 przyjęć pacjentów ze schorzeniami neurologicznymi było zasadnych, spełniających wymogi NFZ (opinia z grudnia 2011 roku bez daty k. 2612-2613);

+ kardiolog M. G. uznał, iż wszystkie 34 przyjęcia pacjentów kardiologicznych były zasadne, spełniały wymogi NFZ (opinia z dnia 5 grudnia 2011 roku k. 2609-2611).

Po zarzutach pozwanego z dnia 2 stycznia 2012 roku (data prezentaty k.2620) odnośnie lakoniczności opinii neurologa i kardiologa, specjaliści ci powołali się na swoją wiedzę i doświadczenie zawodowe, skutkujące podtrzymaniem opinii z zaznaczeniem, że indywidualny opis każdego przypadku zwiększyłby koszty opinii parokrotnie bez zmiany meritum; jednocześnie wyrazili gotowość indywidualnej oceny każdego przypadku po przedstawieniu jego opisu przez pozwanego (pismo (...) z dnia 8 marca 2012 roku – data prezentaty k.2641)

Powód uzupełnił dokumentację medyczną (k.2344-2506), a następnie ponownie cofnął pozew w części co do kwoty 5.326,50 zł – ograniczając powództwo ostatecznie w piśmie procesowym z dnia 19 listopada 2014 roku do kwoty 468.886, 25 zł, kierując się opiniami biegłych co do 3 pacjentów (k.2823-2824).

Dnia 15 grudnia 2014 roku (data prezentaty) pozwany nie wyraził zgody na cofnięcie powództwa bez zrzeczenia się roszczenia (k.2831-2832).

Dnia 28 stycznia 2015 roku (data prezentaty) powód zrzekł się roszczeń ponad kwotę 468.886,25 zł (k.2847-2853).

Sąd Okręgowy dokonał powyższych ustaleń w oparciu o:

- dokumenty zaliczone do materiału dowodowego, ponieważ ich autentyczność nie była kwestionowana przez strony,
- opinie biegłych, które mimo zarzutów pozwanego – jednak skutecznie odpartych przez biegłych - Sąd Okręgowy dopuścił w poczet materiału dowodowego jako czytelne, jednoznaczne i nie budzące wątpliwości,
- zeznania świadków H. C., H. B., H. J., J. M., które Sąd Okręgowy uznał za wiarygodne w pełni jako logiczne, wewnętrznie spójne i zgodne z pozostałym materiałem dowodowym,
- zeznania stron postępowania, ograniczone do zeznań strony powodowej, które Sąd Okręgowy uznał za wiarygodne w pełni jako logiczne, wewnętrznie spójne, spontaniczne i zgodne z pozostałym materiałem dowodowym.

Natomiast opinia prawna Pani Prof. E. B. z dnia 30 listopada 2013 roku (k.2812-2822) została przyjęta jako stanowisko powoda w procesie, zawierające elementy ocenne profesjonalisty; nie jest to opinia biegłego w rozumieniu art. 278 KPC.

Sąd Okręgowy oparł swoje rozstrzygnięcie na podstawie:

- art. 7 obowiązującej wówczas ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.2007.14.89 j.t. ze zm.), zgodnie z którym: „Zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.”. Przepis ten dotyczy wszystkich pacjentów, spełniających opisane w nim kryteria, niezależnie od tego czy pacjenci wymagający pomocy są objęci ubezpieczeniem zdrowotnym, czy nie;
- art.30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarz dentysty (Dz.U.2011.277.1634 j.t. ze zm.), zgodnie z którym: „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.”. Przepis ten dotyczy również wszystkich pacjentów, spełniających opisane w nim kryteria, niezależnie od tego czy pacjenci wymagający pomocy są objęci ubezpieczeniem zdrowotnym, czy nie;

- art. 44 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.2013.757 j.t. ze zm.), zgodnie z którym (brzmienie pierwotne): „1. Zespół ratownictwa medycznego transportuje osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego, pod względem czasu dotarcia, szpitalnego oddziału ratunkowego lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora medycznego.

2. Odmowa przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez szpitalny oddział ratunkowy lub szpital, o których mowa w ust. 1, skutkuje zastosowaniem kary umownej określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub niezwłocznym rozwiązaniem tej umowy.”. Przepis ten dotyczy również wszystkich pacjentów, spełniających opisane w nim kryteria, niezależnie od tego czy pacjenci wymagający pomocy są objęci ubezpieczeniem zdrowotnym, czy nie.

W powyższej ustawie zdefiniowano również „stan nagły” w art. 3 pkt 8, zgodnie z którym: „stan nagłego zagrożenia zdrowotnego - 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;”.

Obecnie kwestie te reguluje w szczególności:

- art.15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U.2013.217 j.t ze zm.), zgodnie z którym: „Podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.”;

- art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2012.159 j.t. ze zm), zgodnie z którym: „Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.”;

- art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2008.164.1027 j.t. ze zm.), zgodnie z którym: „W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie.”;

- art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2008.164.1027 j.t. ze zm.), zgodnie z którym: „**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.”.

Sąd Okręgowy podziela stanowisko Sądu Najwyższego zawarte w uzasadnieniu do Wyroku SN z dnia 8 sierpnia 2007 roku, wydanego w sprawie I CSK 125/07, zgodnie z którym „Skarb Państwa [...] jest zobowiązany do zwrotu kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych osobom nieubezpieczonym w warunkach art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l.i.d., w związku z czym dla istnienia takiego obowiązku nie był konieczny wyraźny przepis prawa” (k.30). Obowiązki wynikające z ww. przepisów „mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne, dlatego koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy zgodnie z art. 56 KC włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między [...] Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcą i obciążyć nimi [...] Narodowy Fundusz Zdrowia jako zarządzający środkami publicznymi, z których powinny być one pokryte” (k.34). Przyjęte reguły [...] należy odnieść także do świadczeń udzielonych w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia osobom nieposiadającym uprawnień do świadczeń zdrowotnych z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, chyba że koszt tych świadczeń został pokryty przez samych zainteresowanych. Obowiązek udzielenia pomocy medycznej tym osobom był bowiem również objęty skutkami umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych (art. 56 KC), zawartych przez zakład opieki zdrowotnej z [...] Narodowym Funduszem Zdrowia, a obciążenie zakładu opieki zdrowotnej kosztami jego realizacji oznaczałoby nałożenie na określoną grupę zawodową daniny publicznej bez wyraźnego przepisu ustawy.” (k.34-35).

Powód nie jest więc obciążony obowiązkiem ponoszenia kosztów leczenia pacjentów nieubezpieczonych.

Ma zatem prawo domagać się zwrotu poniesionych kosztów. **Ma legitymację czynną w procesie.**

Powstaje pytanie czy ktokolwiek, a w szczególności, czy pozwany ma obowiązek za te świadczenia zapłacić?

Czy pozwany ma legitymację bierną do występowania w tym procesie?

Zgodnie z art. 13 wyżej cytowanej ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2008.164.1027 j.t. ze zm.): „**Świadczenia** opieki zdrowotnej **udzielane** świadczeniobiorcom **innym niż ubezpieczeni są finansowane z budżetu państwa**, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.”.

Zatem koszty leczenia osoby nieubezpieczonej pokrywa budżet państwa.

Zgodnie z art.14 cyt. ustawy: „Na zasadach i w zakresie określonych w ustawie **podmiotami zobowiązanymi** do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych **są: właściwi ministrowie lub Fundusz.**”.

W przepisie użyto partykuły łącznej „lub”, co oznacza „albo jedno albo drugie”, oraz „i jedno i drugie”.

Przepisy nie stanowią kto dokonuje wyboru płatnika.

Skoro tak to wybór płatnika należy do podmiotu uprawnionego do zwrotu poniesionych kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej.

Powód wybrał jako płatnika NFZ.

Pozwany jest podmiotem odpowiedzialnym za system opieki zdrowotnej.

Pozwany jest również dysponentem środków publicznych uzyskanych z obowiązkowych składek o charakterze daniny publicznej i z innych źródeł, co wprost wynika z art. 97 w związku z art. 116 wyżej cytowanej ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2008.164.1027 j.t. ze zm.).

Zgodnie bowiem z art. 97 ust. 1 tej ustawy: „Fundusz zarządza środkami finansowymi, o których mowa w art. 116.”.

Zgodnie z art. 116 tej ustawy: 1. Przychodami Funduszu są:

- 1) należne składki na ubezpieczenie zdrowotne;
- 2) odsetki od nieopłaconych w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne;
- 3) darowizny i zapisy;
- 4) środki przekazane na realizację zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie;
- 5) dotacje, w tym dotacje celowe przeznaczone na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 2b, 3 i 3b;
- 6) środki uzyskane z tytułu roszczeń regresowych;
- 7) przychody z lokat;
- 7a) (uchylony);

7b) kwoty, o których mowa w art. 4 ust. 10 ustawy o refundacji;

7c) kwoty, o których mowa w art. 34 ust. 6 ustawy o refundacji;

7d) kwoty z tytułu nałożonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia kar pieniężnych, o których mowa w art. 50-52 ustawy o refundacji;

7e) kwoty zwrotu części uzyskanej refundacji, o której mowa w art. 11 ust. 5 pkt 4 ustawy o refundacji;

8) inne przychody.

1a. Przychody, o których mowa w ust. 1, zmniejsza się o odpis na taryfikację świadczeń, o którym mowa w art. 31t ust. 5-8.

2. Środki finansowe Funduszu mogą pochodzić również z kredytów i pożyczek.”.

W świetle powyższego **NFZ ma legitymację bierną do występowania w niniejszym procesie**. Ma ją również właściwy minister, ale wybór strony pozwanej należał do powoda zgodnie z dyspozycją art. 14 cyt. ustawy.

Powód mógł pozwać każdy podmiot wymieniony jako płatnik w art. 14 cyt. ustawy według własnego wyboru.

Powód wybrał NFZ i NFZ ma obowiązek pokryć koszty poniesione przez powoda zgodnie z jego udowodnionym żądaniem.

Zarzut przedawnienia roszczenia podnoszony przez pozwanego jest oczywiście chybiony.

Rację ma pozwany jedynie co do okresu przedawnienia właściwego w niniejszej sprawie. Nie ma wątpliwości, że wynosi on 3 lata.

Jednak przedawnienie w niniejszej sprawie nie wystąpiło.

Powód wystąpił z pozwem dnia 31 stycznia 2008 roku (koperta – stempel pocztowy k. 180).

Zatem przedawnienie dotyczyłoby wszystkich świadczeń udzielonych przez pozwanego przed dniem 31 stycznia 2005 roku.

Powoływanie się przez pozwanego na umowy zawarte z powodem jest oczywiście bezprzedmiotowe, ponieważ umowy te nie obejmowały osób nieubezpieczonych, co stwierdził sam pozwany w piśmie skierowanym do Dyrektora powodowego Szpitala dnia 22 stycznia 2008 roku (k.2811).

Do czego więc ma się odnosić termin przedawnienia, którego upływ Sąd ma obowiązek zbadać, skoro pozwany podniósł ten zarzut?

Zdaniem Sądu Okręgowego decydujące znaczenie mają tu terminy udzielenia świadczeń pacjentom nieubezpieczonym.

Powód złożył do akt sprawy przy pozwie wykaz osób nieubezpieczonych, którym udzielił świadczeń, podając m.in. daty pobytu pacjenta w powodowym Szpitalu (k.36-44).

Wykaz ten obejmuje lata 2007, 2006, 2005.

Pacjenci hospitalizowani w roku 2005 w liczbie 8 zostali przywołani na k.44.

Z wykazu jednoznacznie wynika, że nikt nie zakończył pobytu przed 31 stycznia 2005 roku. „Najstarszy” pacjent opuścił powodowy Szpital dnia 26 kwietnia 2005 roku.

Przedawnienie roszczeń nie nastąpiło.

Odnośnie zarzutu powagi rzeczy ugodzonej podnieść należy, że powód działał pod presją faktycznej przewagi NFZ-u i dlatego ugoda nie może być uznana za wyraz w pełni swobodnej i rozważnie podjętej decyzji powoda. Taka ugoda jest sprzeczna z zasadami uczciwego obrotu i lojalności wobec kontrahenta, czyli należy ją uznać za sprzeczną z zasadami współzycia społecznego. Ugoda zawarta w takich warunkach stanowi nadużycie kontraktowe w rozumieniu art. 5 KC. Jednocześnie ugoda jak każdy przejaw woli stron stosunku prawnego podlega ocenie sądów powszechnych, co podkreślił Minister Zdrowia w piśmie z dnia 5 listopada 2014 roku, skierowanym do Dyrektora powodowego Szpitala (k.2854-2856).

Zarzut nadużycia kontraktowego należy rozpatrywać w kontekście art. 58 § 2 k.c. w zw. z art. 353¹ k.c.

Zgodnie z treścią art. 58 § 2 k.c. nieważna jest czynność prawna sprzeczna z zasadami współzycia społecznego.

Przez zasady współzycia społecznego rozumie się obowiązujące w stosunkach między ludźmi reguły postępowania. W relacjach pomiędzy przedsiębiorcami zasady te obejmują powszechnie akceptowane reguły przyzwoitego zachowania się wobec kontrahenta, które nakładają na przedsiębiorcę obowiązek przestrzegania dobrych obyczajów, zasad uczciwego obrotu, rzetelnego postępowania, lojalności, uczciwości i zaufania. Reguły te nakładają również na kontrahenta obowiązek powstrzymania się od wszelkich zachowań, które zagrażają lub naruszają interesy partnera.

Wprawdzie w stosunkach między profesjonalistami, do których niewątpliwie należy zaliczyć strony, zarzut z art. 5 k.c. może być podniesiony wyjątkowo, niemniej dla oceny zasadności zarzutu istotne jest jego zbadanie w kontekście całokształtu okoliczności faktycznych sprawy.

Aby wykazać że doszło do nadużycia kontraktowego, należy wykazać, że doszło do nadużycia prawa.

W sprawie doszło do naruszenia zasady równości stron, gdyż pozwany jednostronnie narzucił zapisy ugody, pozbawiając powoda możliwości ich negocjowania, oraz do wykorzystania przez pozwanego trudnej sytuacji powoda.

W orzecznictwie przyjmuje się, że przymusowe położenie występuje, gdy jedna ze stron umowy znajduje się w takich warunkach materialnych, osobistych lub rodzinnych, które zmuszają ją do zawarcia umowy bez zapewnienia równoważności świadczeń oraz nie pozwalają na swobodne pertraktacje (vide wyroki Sądu Najwyższego z dnia 27.09.2005 r., sygn. akt V CK 191/05, LEX nr 407057, z dnia 11.10.1973 r., sygn. akt I PR 388/73, LEX nr 14233, czy z dnia 28.01.1974 r., sygn. akt I CR 819/73, LEX nr 7391).

Skoro głównym źródłem przychodów powoda są kontrakty na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte z NFZ, to uzależnianie przez pozwanego zwrotu kosztów powodowi za udzielone świadczenia od zgody na określone warunki, należy uznać za wykorzystanie przymusowego położenia.

Powyższe w ocenie Sądu stanowi również nadużycie prawa podmiotowego, jakim jest wykorzystanie przez pozwanego pozycji monopolistycznej na rynku.

W tym miejscu wskazać należy, że zgodnie art. 132 ust. 1 oraz art. 97 ust. 1. ustawy z dnia 24.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, poz. 1027 t.j.) NFZ jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną, która zarządza środkami finansowymi pochodzącymi ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, a podstawowym jej zadaniem jest finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanej świadczeniobiorcom, co oznacza, że jedynie podpisanie umowy z NFZ daje możliwość finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych.

W tym miejscu zgodzić się należy ze stanowiskiem powoda, że pozwany uzależniając zwiększenie finansowania od zrzeczenia się roszczeń za świadczenia, w tym udzielone w warunkach przymusu, pozbawia podmioty lecznicze prawnej możliwości dochodzenia roszczeń mających swe źródło w powszechnie obowiązujących przepisach prawa.

Sąd przyznaje, że (...) Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, jako jednostka należąca do sektora finansów publicznych, zobowiązany jest do przestrzegania zasad gospodarki finansowej podmiotów sektora finansów publicznych, stanowiących m.in. że wydatki publiczne mogą być ponoszone w wysokości ustalonej w planie finansowym jednostki, jednak zobowiązanie zrzeczenia się roszczeń za świadczenia udzielone w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia, oznacza przeniesienie na świadczeniodawcę obowiązku finansowania świadczeń, których koszty powinny być pokryte ze środków publicznych (vide wyrok Sądu Najwyższego z 12.03.2009 r. V CSK 272/08).

Wbrew stanowisku pozwanego do świadczeń zdrowotnych udzielonych pacjentom w trybie art. 7 ustawy z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (obecnie art. 15 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej), nie mają zastosowania wszelkie limity i ograniczenia wynikające z kontraktów zawartych z NFZ. Założenie to znajduje potwierdzenie w stanowisku Sądu Najwyższego, który stwierdził, że obowiązki wynikające z przepisów art. 7 (...) wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne, a koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu (...) należy (...), zgodnie z art. 56 k.c. włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między NFZ a świadczeniodawcą i obciążyć nimi Fundusz zarządzający środkami publicznymi, z których powinny one być pokryte. (...), a zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie, jeżeli wykaże, że nastąpiło to w sytuacji określonej w art. 7 (...) (vide wyrok z dnia 12.03.2009 r., V CSK 272/08).

Argumentem usprawiedliwiającym pozwanego nie może być okoliczność, że powód został potraktowany tak jak inne podmioty lecznicze, gdyż inne podmioty również występują z pozwami przeciwko pozwanemu z tytułu nadużycia kontraktowego (vide sprawa IVC 1029/13 tutejszego Sądu).

Również fakt, że w rezultacie podpisania ugód powód otrzymał kwotę dodatkowych środków, nie może oznaczać, że doszło do zachowania równości stron, ponieważ kwota zabezpieczała tylko część potrzeb finansowych powoda i nie dotyczyła pacjentów nieubezpieczonych.

Z pisma pozwanego z dnia 22 stycznia 2008 roku (k.2811), skierowanego do Dyrektora powodowego Szpitala jednoznacznie wynika, że:

- 1/ umowy zawarte między stronami dotyczyły wyłącznie pacjentów ubezpieczonych, oraz
- 2/ ugody zawarte między stronami dotyczyły również wyłącznie pacjentów ubezpieczonych, czyli
- 3/ ani umowy łączące strony, ani ugody łączące strony nie dotyczyły, czyli nie obejmowały świadczeń udzielonych przez Szpital osobom nieubezpieczonym.

W sytuacji, w której powód od początku procesu podnosi, że domaga się zapłaty świadczeń udzielonych właśnie osobom nieubezpieczonym, powoływanie się przez pozwanego zarówno na umowne rozliczenie przez strony świadczeń udzielonych przez powoda, jak i zarzut powagi rzeczy ugodzonej jest oczywiście chybione.

Sąd zbadał jednak powagę rzeczy ugodzonej, ponieważ do zamknięcia rozprawy miał obowiązek dociekania prawdy materialnej w procesie.

W wyniku przeprowadzonego postępowania Sąd Okręgowy uznał zarzut powagi rzeczy ugodzonej za chybiony.

Pozwany domagał się również od powoda potwierdzenia, że powód zwrócił się do wszystkich nieubezpieczonych pacjentów, którym udzielił pomocy medycznej o zapłatę za udzielone świadczenia i tej zapłaty nie otrzymał (k.1992-1994).

Powód nie miał obowiązku przedstawiać takiego potwierdzenia.

Uzależnienie żądania zapłaty przez NFZ od bezskuteczności zapłaty przez nieubezpieczonych pacjentów nie wynika z żadnego przepisu prawa, czyli nie ma umocowania prawnego.

Odnosnie obowiązku powoda w zakresie występowania do gmin o wydanie decyzji potwierdzających prawo pacjentów nieubezpieczonych do świadczeń opieki zdrowotnej, podnieść należy, że w okresie udzielania tych świadczeń przez powoda, gminy były nieprzygotowane do realizacji tego zadania. Przepis ten był w zasadzie „martwy” (k.2850).

Odnosnie odsetek podnieść należy, że podstawę rozstrzygnięcia stanowi art. 481 KC, zgodnie z którym: „§ 1. Jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi.

§ 2. Jeżeli stopa odsetek za opóźnienie nie była z góry oznaczona, należą się odsetki ustawowe. Jednakże gdy wierzytelność jest oprocentowana według stopy wyższej niż stopa ustawowa, wierzyciel może żądać odsetek za opóźnienie według tej wyższej stopy.

§ 3. W razie zwłoki dłużnika wierzyciel może nadto żądać naprawienia szkody na zasadach ogólnych.” w związku z art. 455 KC, zgodnie z którym: „Jeżeli termin spełnienia świadczenia nie jest oznaczony ani nie wynika z właściwości zobowiązania, świadczenie powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do wykonania.”.

Pozwany odebrał ostateczne przedsądowe wezwanie do zapłaty dnia 17 stycznia 2008 roku z terminem płatności 7 dni (k.19, 20, 21, 22). Termin ten upłynął bezskutecznie dnia 24 stycznia 2008 roku. Zatem dłużnik popadł w zwłokę dnia **25 stycznia 2008 roku** i od tej daty zasądzono odsetki ustawowe, oddalając powództwo tylko co do odsetek za okres od dnia 16 stycznia 2008 roku do dnia 24 stycznia 2008 roku, czyli za 9 dni.

W świetle powyższego orzeczono, jak w sentencji, działając na podstawie ww. przepisów.

O kosztach rozstrzygnięto na podstawie art. 100 i 102 KPC, oraz § 6 pkt 7 w związku z § 2 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu.

Określenie należnej sumy z roszczenia głównego zależało od wzajemnego obrachunku i oceny sądu w rozumieniu art. 100 KPC.

Odnosnie odsetek powód uległ tylko co do nieznaczącej części swego żądania w rozumieniu art. 100 KPC.

Jednocześnie Sąd Okręgowy nie obciążył powoda obowiązkiem zwrotu kosztów przypadających pozwanemu w zakresie cofniętego powództwa ze zrzeczeniem się roszczenia, ponieważ cofnięcie powództwa także wynikało z wzajemnego obrachunku w rozumieniu art. 100 KPC, a nadto stanowi wypadek szczególnie uzasadniony w rozumieniu art. 102 KPC.

Powód bowiem był w prawie w dacie pozwu i tylko upływ czasu pozwolił powodowi na weryfikację statusu pacjentów z pierwotnie zakwalifikowanych jako nieubezpieczonych na ostateczne uznanie ich za uprawnionych do świadczeń medycznych na podstawie odrębnych ustaw lub za ubezpieczonych po potwierdzeniu ich ubezpieczenia zdrowotnego w toku procesu.

Ponadto powód jako zakład opieki zdrowotnej, będący w ciężkiej sytuacji finansowej, wszystkie posiadane środki przeznacza na ratowanie życia i zdrowia pacjentów.

Odnosnie kosztów zastępstwa procesowego Sąd Okręgowy stoi na stanowisku, że niezbędny nakład pracy pełnomocnika powoda był bardzo wysoki, charakter sprawy zawily, a wkład pracy pełnomocnika w przyczynienie się do jej wyjaśnienia i rozstrzygnięcia bardzo znaczący.

Dlatego Sąd Okręgowy przyznał pełnomocnikowi powoda wynagrodzenie w wysokości pięciokrotności stawki minimalnej zgodnie z wnioskiem pełnomocnika (7.200 zł x 5=36.000 zł).

Sąd Okręgowy obciążył pozwanego kosztami opinii biegłych w całości, tj. kwotą:

- 382,26 zł – k.2275;

- 53,42 zł – k.2330;

- 3.177,77 zł –k.2590;

- 2.723,58 zł – k.2618;

- 127,44 zł – k.2679,

a opłatą sądową tylko w części uwzględnionego powództwa, tj. w 53,29 % [468.886,25 zł : 879.865 zł].