

Sygn. akt I C 288/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 grudnia 2014 r.

Sąd Okręgowy we Wrocławiu Wydział I Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący : **SSO Beata Burian**

Protokolant : Katarzyna Kudzia

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 9 grudnia 2014 r. we Wrocławiu

sprawy z powództwa Centrum (...) sp. z o.o.

przeciwko **Narodowemu Funduszowi Zdrowia**

o zapłatę 64165zł50gr

I. oddała powództwo;

II. zasądza od strony powodowej na rzecz strony pozwanej kwotę 2088zł25gr stanowiącą część kosztów zastępstwa procesowego, tj. w części odnoszącej się do żądania zapłaty kwoty 64165zł50gr;

I C 288/14

UZASADNIENIE

Centrum (...) sp. z o.o. wniosła pozew w postępowaniu upominawczym o zasądzenie od Narodowego Funduszu Zdrowia kwoty 223050zł z ustawowymi odsetkami, w tym od kwoty 213584zł50gr za okres od 16 sierpnia 2011r. do dnia zapłaty oraz od kwoty 9465zł50gr za okres od 15 lutego 2012r. do dnia zapłaty. Strona powodowa wniosła także o zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych i kwoty 17zł tytułem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa. Uzasadniając żądanie wyjaśniono, iż strona powodowa prowadzi (...) Centrum (...), w ramach którego działają pracownie ultrasonografii w B., tomografii komputerowej w J.i B. oraz rezonansu magnetycznego w J.i B.. Celem działalności (...) Centrum (...) jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie specjalistycznej diagnostyki obrazowej, w tym badań ultrasonograficznych, tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego. W dniu 17 stycznia 2011r. strony zawarły umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne) zmienioną następnie czterema aneksami. Umowa ta została zawarta na czas określony, tj. na okres od 1 stycznia 2011r. do 31 grudnia 2011r. Przedmiotem umowy było udzielanie przez (...) Centrum (...) świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne). Do zawartej przez strony umowy miały zastosowania zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, tj. zarządzenie nr (...) z dnia 2 listopada 2009r. i nr (...) z dnia 14 czerwca 2011r., oraz ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiące załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. (Dz.U. nr 81, poz. 484). W roku 2011 strona powodowa wykonywała wyłącznie świadczenia określone zawartą przez strony umową dla świadczeniobiorców spełniających wymogi ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym w szczególności posiadających skierowania na wykonanie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych objętych umową. Świadczenia te były spełniane za wiedzą i aprobatą NFZ, który na bieżąco był

informowany o ilości i zakresie wykonanych świadczeń albowiem raporty o wykonanych badaniach były wysyłane do NFZ drogą elektroniczną zgodnie z § 23 ust. 7 ogólnych warunków umów. NFZ sprawdza prawidłowość i kompletność informacji o wykonanych badaniach oraz informuje świadczeniodawcę o wykrytych błędach. Tylko badania zweryfikowane przez NFZ, czyli bezbłędne, mogą być przedstawiane następnie do rozliczenia. Tak więc NFZ wiedział i wie o wszystkich badaniach wykonanych przez świadczeniodawcę i uznał je za bezbłędne. Strona powodowa wykonując świadczenia w roku 2011 dążyła do zapewnienia świadczeń jak największej liczbie świadczeniobiorców skierowanych na świadczenia diagnostyczne tak, aby zmniejszać albo przynajmniej nie powodować zwiększenia liczby osób oczekujących na wykonanie świadczeń. Zawierając umowę strony uzgodniły dwa okresy rozliczeniowe – jeden obejmujący okres od 1 stycznia do 30 czerwca 2011r., drugi okres od 1 lipca do 31 grudnia 2011r. Kwota zobowiązania NFZ wobec strony powodowej z tytułu realizacji umowy w pierwszym okresie rozliczeniowym miała wynosić 1551925zł, w tym dla badań USG 7524zł co odpowiadało iloczynowi ceny jednostkowej w kwocie 6zł i liczby punktów za udzielone świadczenia – (...), dla badań TK 692460zł co odpowiadało iloczynowi ceny jednostkowej w kwocie 9zł i liczby punktów za udzielone świadczenia – (...) oraz dla badań MR 851941zł co odpowiadało iloczynowi ceny jednostkowej w kwocie 9zł50gr i liczby punktów za udzielone świadczenia – (...). Natomiast w drugim okresie rozliczeniowym kwota zobowiązania NFZ z tego tytułu miała wynosić łącznie 1528872zł, w tym dla badań USG 7524zł co odpowiadało iloczynowi ceny jednostkowej w kwocie 6zł i liczby punktów za udzielone świadczenia – (...), dla badań TK 686745zł co odpowiadało iloczynowi ceny jednostkowej w kwocie 9zł i liczby punktów za udzielone świadczenia – (...) oraz dla badań MR 834603zł50gr co odpowiadało iloczynowi ceny jednostkowej w kwocie 9zł50gr i liczby punktów za udzielone świadczenia – (...). Wykonując w pierwszym okresie rozliczeniowym umowę zawartą przez strony (...) Centrum (...) świadczył usługi medyczne w granicach udzielonego limitu określonego w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik nr 1 do zawartej umowy, zmienionym aneksem nr (...) oraz wykonał usługi medyczne ponad wynikający z umowy limit na podstawie skierowań wystawianych przez uprawnionych lekarzy, w tym również z adnotacjami „cito” i „pilne” jako tzw. nadwykonania, które są przedmiotem żądania w niniejszej sprawie. Dane o tych świadczeniach również były przekazywane do NFZ na bieżąco w zakresie i na zasadach określonych obowiązującymi przepisami, w tym wyżej powołanymi zarządzeniami Prezesa NFZ oraz ogólnymi warunkami umów. Dlatego też zdaniem strony powodowej ilość i zakres udzielonych przez nią świadczeń były znane NFZ. Zostały przedstawione do rozliczenia jako bezbłędnie wykonane. NFZ nie kwestionował wykonania tych świadczeń, mimo że strona powodowa wykazywała je jako nadwykonania. W okresie od 1 stycznia do 30 czerwca 2011r. strona powodowa wystawiła NFZ faktury VAT na łączną kwotę 3132742zł44gr i kwota ta została przez stronę pozwaną zapłacona. Obejmowała ona jednak wyłącznie świadczenia zakontraktowane umową nr (...) zawartą w dniu 17 stycznia 2011r. Zdaniem strony powodowej NFZ zobowiązany jest także zapłacić za świadczenia wykonane z przekroczeniem limitów określonych w ww. umowie skoro co miesiąc były przekazywane co do nich raporty statystyczne z wykonania świadczeń w ramach obowiązku i strona pozwana te nadwykonania akceptowała nie zgłaszając do nich zastrzeżeń. Pismem z dnia 10 grudnia 2012r. strona pozwana została wezwana do zapłaty dochodzonej pozwem kwoty. Odmawiając jej zapłaty w piśmie z dnia 20 grudnia 2002r. NFZ wskazał, iż w wezwaniu nie określono czy świadczenia były wykonane w trybie zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów oraz nie wskazano konkretnych świadczeń, które zostały wykonane po wyczerpaniu limitu finansowego. W dniu 14 listopada 2013r. strona pozwana ponownie została wezwana do zapłaty, przy czym do pisma dołączono płytę CD z zapisem wykazu wykonanych nadwykonań, w którym zawarto żądane przez NFZ informacje. Na wezwanie to strona pozwana nie zareagowała. W tej sytuacji zdaniem strony powodowej dochodzone roszczenie należy uznać za usprawiedliwione tak co do zasady jak i wysokości, zwłaszcza że NFZ nigdy nie zakwestionował ilości i wartości nadwykonań a jako główną przyczynę odmowy wskazał brak możliwości finansowych. Jeśli chodzi o żądanie zasądzenia odsetek to strona powodowa domaga się ich w wysokości ustawowej za okres od dnia następnego po upływie 45 dni od zakończenia okresu rozliczeniowego, tj. od kwoty 213584zł50gr stanowiącej wartość nadwykonań wykonanych w pierwszym okresie rozliczeniowym od 16 sierpnia 2011r., zaś od kwoty 9465zł50gr stanowiącej wartość nadwykonań wykonanych w drugim okresie rozliczeniowym od 15 lutego 2012r.

Zdaniem strony powodowej zgłoszone żądanie znajduje podstawę prawną w treści zawartej przez strony w dniu 17 stycznia 2011r. umowy nr (...) gdyż zgodnie z art. 56 k.c. czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy, z zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów. W świetle treści art. 68 Konstytucji oraz przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych

ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2008r., nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), tj. art. 2, art. 15, art. 20, art. 29, art. 32, art. 57, trzeba uznać, iż świadczenia opieki zdrowotnej będące przedmiotem dochodzonego roszczenia wykonywane były na rzecz osób uprawnionych do tego a nadto zakres tych świadczeń zaliczyć należy do kwalifikowanej kategorii świadczeń gwarantowanych, a zatem dostępnych nieodpłatnie dla wszystkich świadczeniobiorców. Pacjenci, na rzecz których wykonane zostały świadczenia zgłosili się według własnego wyboru do strony powodowej ze skierowaniami prawidłowo wystawionymi przez uprawnionych lekarzy. Dokonanie przez stronę powodową czynności polegających na ustaleniu kolejności udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej i poinformowanie o tym pacjenta jest równoznaczne ze zobowiązaniem się do udzielenia danego świadczenia. Dokonując tych czynności strona powodowa kierowała się kryteriami medycznymi ale również zasadami sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Ponieważ NFZ na bieżąco był informowany o liście pacjentów oczekujących miał świadomość nie tylko liczby i zakresu już wykonanych świadczeń diagnostycznych ale również zaciągniętych przez stronę powodową zobowiązań do wykonania takich świadczeń w przyszłości. Konieczność odwołania planowanych zabiegów stanowiłaby naruszenie przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych albowiem brak środków finansowych nie jest przesłanką dopuszczającą przełożenie terminu wykonania świadczenia zdrowotnego. Zgodnie z zawartą umową istnienie po stronie powodowej obowiązku wykonania świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów ze skierowaniami skutkuje obowiązkiem NFZ zapłaty za te świadczenia gdyż z treści przepisów art. 47a, art. 67 ust. 2 i art. 60 oraz art. 14 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wynika, że świadczenia udzielone na podstawie skierowania nie są opłacane przez samych świadczeniobiorców ale przez podmiot za to odpowiedzialny, czyli NFZ. Ponadto takie nadwykonania, zgodnie z dyspozycją art. 56 k.c., objęte są treścią zawartej przez strony umowy czyniły bowiem zadość zasadom współżycia społecznego, zwłaszcza równego traktowania, solidarności społecznej oraz sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Także ustalone zwyczaje, które ukształtowały się w dotychczasowej praktyce polegające na akceptacji nadwykonań przez NFZ i późniejszego ich rozliczania powodują, iż treścią zawartej przez strony umowy objęty był obowiązek strony pozwanej zapłaty również za świadczenia zdrowotne wykonane ponad przyjęty limit. Zresztą dotychczas, przy identycznie sformułowanych postanowieniach umownych odnoszących się do limitu wykonań, strona powodowa wykazywała NFZ nadwykonania co skutkowało wypłatą stosownego wynagrodzenia na podstawie zawartych ugód. Strona powodowa zwróciła także uwagę, że w świetle przepisów ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity Dz.U. z 2007r., nr 14, poz. 89 z późn. zm.), ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz.U. z 2013r. poz. 217 z późn. zm.) i ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz.U. z 2011r., nr 277, poz. 1634 z późn. zm.) zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia a lekarze mają obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej w każdym przypadku gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Obowiązki te mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym limitów wykonań. W tej sytuacji należy uznać, że poniesione przez stronę powodową koszty świadczeń udzielonych w warunkach przymusu ustawowego obciążają NFZ jako podmiot zarządzający środkami publicznymi, z których powinny one zostać pokryte. Dochodzone w niniejszej sprawie roszczenie dotyczy badań wykonanych w warunkach art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej i art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej co do których na skierowaniach poczynione były adnotacje „cito” i „pilne”. Strona powodowa wyjaśniła także, że zgłoszone roszczenie można uznać za uzasadnione także na podstawie przepisów kodeksu cywilnego regulujących problematykę bezpodstawnego wzbogacenia. Mianowicie na skutek wykonania nadwykonań NFZ uzyskał korzyść majątkową, której równowartość powinna zostać zwrócona stronie powodowej jako zubożonemu, który spełnił świadczenie nie będąc do tego zobowiązany. Skoro strona powodowa wykonała świadczenia diagnostyczne na rzecz pacjentów posiadających na takie badania właściwe skierowania i poniosła z tego tytułu koszty to NFZ jako podmiot zobowiązany zgodnie z treścią art. 14 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do finansowania tych świadczeń ze środków publicznych zaoszczędził określonej wielkości wydatek, który musiałby ponieść.

W dniu 9 stycznia 2014r. Sąd Okręgowy we Wrocławiu wydał nakaz zapłaty w postępowaniu upominawczym, którym w całości uwzględnił żądanie Centrum (...) sp. z o.o. (sygn. akt I Nc 969/13).

Narodowy Fundusz Zdrowia w sprzeciwie zgłoszonym przeciwko nakazowi zapłaty wydanemu w dniu 9 stycznia 2014r. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych i kwoty 17zł tytułem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa. Strona pozwana zarzuciła, iż zawarta przez strony umowa nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne) reguluje jej całościową odpowiedzialność kontraktową i brak jest podstaw do konstruowania wobec niej roszczeń na podstawie. Mianowicie wynikająca z tej umowy kwota jej zobowiązania ma charakter maksymalny a w konsekwencji wyznacza granicę odpowiedzialności finansowej z tytułu realizacji kontraktu. Taki charakter wysokości tego zobowiązania wynika z art. 135 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2008r., nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), czy § 14 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 81, poz. 484). Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w art. 132 wskazuje elementy jakie musi posiadać umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i między innymi należy do nich kwota zobowiązania wobec świadczeniodawcy. W konsekwencji umowa o udzielanie świadczeń opieki medycznej w części dotyczącej wysokości zobowiązań NFZ z tytułu jej realizacji jest swoistym kompromisem między możliwościami finansowymi strony pozwanej, która nie jest odpowiedzialna za wysokość środków jakie otrzymuje na świadczenia zdrowotne, a potrzebami świadczeniodawców. Jak wynika z treści zawartej przez strony umowy strona pozwana zobowiązała się do sfinansowania wykonanych świadczeń do wysokości kwoty określonej w umowie a strona powodowa została zobowiązana realizować umowę zgodnie z obowiązującymi zarządzeniami Prezesa NFZ, rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zatem strona powodowa miała świadomość takich uregulowań prawnych i w podpisanych przez siebie aneksach zrzekała się roszczeń przewyższających ustaloną w umowie wartość wykonanych przez nią świadczeń. Fakt, iż maksymalna wartość kontraktu wyznacza granice odpowiedzialności kontraktowej NFZ, za wyjątkiem świadczeń nielimitowanych, pozostaje w zgodzie z konstytucyjną zasadą zapewnienia każdemu prawa do ochrony zdrowia z uwagi na fakt, iż warunki i zakres udzielania świadczeń określać ma ustawa. NFZ zarzucił także, że umowy zawierane ze świadczeniodawcami obejmują świadczenia opieki zdrowotnej zarówno planowe, jak i udzielane w trybie nagłym w rozumieniu art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Ponadto strona pozwana podniosła, że dochodzone roszczenie nie zostało udowodnione zarówno co do zasady jak i wysokości. Strona powodowa nie wyjaśniła za jakie dokładnie świadczenia udzielone konkretnym pacjentom żąda zapłaty. Nie złożyła żadnych dowodów na okoliczności powołane w pozwie. Brak zaś dokumentacji medycznej nie pozwala na pełną weryfikację merytoryczną udzielonych świadczeń pod kątem spełnienia kryteriów z art. 7 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, art. 15 ustawy o działalności leczniczej i art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. W świetle treści tych przepisów aby konkretne świadczenie mogło być zakwalifikowane jako wymagające natychmiastowego udzielenia musi mieć miejsce zagrożenie życia lub zdrowia, natychmiastowość (nagłość) tego zagrożenia i jego nieprzewidywalność. Takimi świadczeniami zdaniem strony pozwanej nie są zaś badania MR lub TK. Jeśli chodzi o adnotacje „pilne” na skierowaniu to nie określa ona stanu pacjenta jako przypadek nagły, w którym to stanie badanie powinno zostać wykonane natychmiast. Oznacza to, że lekarz kierujący pacjenta na badania TK lub MR wykonywane w trybie ambulatoryjnym nie uważa za konieczne podjęcie bezpośrednich działań zmierzających do ratowania życia i zdrowia lecz zlecił jedynie dalszą diagnostykę uważając, że może być ona prowadzona w warunkach ambulatoryjnych. Zatem powoduje ona jedynie to, że badanie zostanie wykonane przed badaniami realizowanymi na rzecz pacjentów zakwalifikowanych jako stan stabilny. W innej sytuacji pacjent w stanie bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia powinien zostać skierowany na oddział

szpitalny. Zgodnie z obowiązującym w roku 2011 zarządzeniem nr (...)Prezesa NFZ z dnia 30 listopada 2010r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych (...)dotyczących ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy) strona powodowa każdorazowo zobligowana była oznaczać przypadki nagłe ratujące życie literą T. Zaś wszystkie przypadki objęte żądaniem pozwu zostały oznaczone literą N, tj. jako świadczenia nie spełniające kryterium nagłości. Stosowanie właściwego oznaczenia ma na celu monitorowanie przez NFZ świadczeń, które muszą być sfinansowane mimo wyczerpania miesięcznego limitu co umożliwi racjonalną gospodarkę posiadanymi przez stronę pozwaną środkami. Należy również pamiętać, że świadczenia medyczne z tej kategorii powinny być rozliczane przede wszystkim w ramach limitów ustalonych w kontrakcie. Poza tym strona powodowa prowadzi przedsiębiorstwo lecznicze, w którym udzielane świadczenia mają charakter planowy. Nie jest ono jednostką systemu państwowego ratownictwa medycznego. Zasadą zaś jest kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto strona powodowa mylnie świadczenia będące przedmiotem żądania określa jako ponadlimitowe albowiem takimi świadczeniami są te, których udzielono w sytuacji uprzedniego udzielenia danego rodzaju świadczeń w liczbie przewidzianej w umowie zawartej z NFZ lub gdy w momencie udzielenia świadczenia przekroczona została wynikająca z umowy kwota zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy. Strona powodowa nie wykazała, iż w chwili wykonywania świadczeń, których dotyczy żądanie został wyczerpany limit wynikający z zawartej przez strony umowy. Nie wskazała nawet, w którym momencie wyczerpała maksymalny limit finansowania świadczeń objętych umową. Dlatego też świadczeń opisanych w pozwie nie można określić mianem ponadlimitowe. NFZ zaprzeczył aby strona powodowa złożyła raport statystyczny, w którym ujęto świadczenia zdrowotne wykonane ponad limit umowy, gdyż raport statystyczny obejmuje wyłącznie świadczenia wykonane w ramach maksymalnej kwoty zobowiązania umownego. Strona pozwana wyjaśniła również, że co do zasady kwestionuje świadczenia wykonane ponad limit umowy i nie płaci za świadczenia wykonane ponad wartość umowy łączącej strony. NFZ zwrócił także uwagę, że w dacie wykonywania świadczeń będących przedmiotem postępowania byli świadczeniodawcy mający podpisane umowy ze stroną pozwaną w tych samych zakresach i produktach co strona powodowa, którzy posiadali niewykorzystane limity. Dlatego też nawet gdyby w dacie wykonywania świadczeń rzeczywiście strona powodowa miała przekroczone limity to powinna była wskazać pacjentom świadczeniodawców, którzy limitów nie wyczerpali jako uprawnionych do udzielenia świadczeń w ramach swoich umów. Stan pacjentów strony powodowej pozwalał na skierowanie ich do innych podmiotów leczniczych. Jednocześnie strona pozwana przyznała, że w roku 2011 łączyła strony umowa oraz, że zapłaciła w całości kwoty ustalone umową tytułem wynagrodzenia za jej wykonanie.

Centrum (...) sp. z o.o. pismem procesowym z dnia 23 lipca 2014r. cofnęła częściowo pozew, tj. w części przewyższającej żądanie zasądzenia kwoty 64165zł50gr wraz z ustawowymi odsetkami, w tym od kwoty 52145zł50gr od dnia 16 sierpnia 2011r. do dnia zapłaty oraz od kwoty 12020zł z ustawowymi odsetkami od dnia 15 lutego 2012r., które podtrzymała z przyczyn powołanych w pozwie. Na dochodzoną kwotę 64165zł50gr składa się wartość badań rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej wykonanych w trybie „cito” lub „pilnym”, w których lekarz kierujący na badanie uczynił odpowiednią adnotację na skierowaniu umożliwiającą pilne wykonanie badania diagnostycznego, tj. kwota 54292zł50gr za badania MR i kwota 9873zł za badania TK. Żądanie dotyczy 122 badań MR i TK.

Sąd Okręgowy we Wrocławiu na rozprawie w dniu 30 lipca 2014r., wobec częściowego cofnięcia pozwu, umorzył postępowanie w części dotyczącej żądania zapłaty kwoty 158884zł50gr (art. 355 § 1 k.p.c. w związku z art. 203 § 1 k.p.c.). Postanowieniem z dnia 21 sierpnia 2014r. zasądzone od strony powodowej na rzecz strony pozwanej kwotę 5128zł75gr stanowiącą część kosztów zastępstwa procesowego, tj. w części odnoszącej się do cofniętego żądania pozwu. Postanowienia te są prawomocne.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Przedmiotem działalności Centrum (...) sp. z o.o., jest między innymi ochrona zdrowia i opieka społeczna. Spółka ta prowadzi przedsiębiorstwo lecznicze (...) Centrum (...)z siedzibą w J., który rozpoczął działalność leczniczą w dniu 1 grudnia 2006r. i posiada jednostkę organizacyjną w B.. (...) Centrum (...)prowadzi, zarówno w J.jak i w B., między innymi pracownię rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej i USG.

dowód: informacji odpowiadającej odpisowi aktualnemu z rejestru przedsiębiorców KRS nr (...) według stanu na dzień z dnia 25.01.2013r. k. 21-24;

wydruk ze strony www.rpwdl.csioz.gov.pl księgi rejestrowej nr (...) prowadzonej przez Wojewodę (...) według stanu na dzień 10.12.2013r. k. 25-28;

zeznania świadka S. F. (1) k. 516-517 i 521;

zeznania świadka M. S. k. 517-518 i 521;

przesłuchanie za stronę powodową Prezesa Zarządu K. F. k. 573 i 574;

W dniu 17 stycznia 2011r. Centrum (...) sp. z o.o.prowadząca przedsiębiorstwo lecznicze (...) Centrum (...)zawarła z Narodowym Funduszem Zdrowia (...) Oddziałem Wojewódzkim umowę nr (...), którą Narodowy Fundusz Zdrowia zobowiązał się do sfinansowania w roku 2011 świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne) w zakresie badania ultrasonograficznego wykonywanego przez pracownię w B.oraz wykonywanych przez pracownię w J.i B.badania tomografii komputerowej i badania rezonansu magnetycznego. Wykonanie umowy miało nastąpić zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w wydanym na dany okres rozliczeniowy zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjne opieki specjalistycznej (Dz.U. nr 139, poz. 1142) oraz w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 81, poz. 484).

Zawierając umowę strony postanowiły, że w czasie jej obowiązywania będą miały miejsce dwa okresy rozliczeniowe, tj. od 1 stycznia do 30 czerwca 2011r. oraz od 1 lipca do 31 grudnia 2011r. Strony ustaliły, że z tytułu realizacji umowy w okresie od 1 stycznia do 30 czerwca 2011r. NFZ zapłaci na rzecz strony powodowej kwotę 1528872zł50gr i jest to maksymalna wysokość zobowiązania, zaś z tytułu realizacji umowy w okresie od 1 lipca do 31 grudnia 2011r. nie zapłaci nic.

Załącznikami do umowy były plan rzeczowo – finansowy, harmonogram-zasoby i wykaz podwykonawców.

Kolejnymi aneksami do umowy, tj. aneksem nr (...) z dnia 30 czerwca 2011r. i aneksem nr (...) z dnia 12 września 2011r., strony zwiększyły wysokość wynagrodzenia z tytułu realizacji umowy w okresie od 1 stycznia do 30 czerwca 2011r. do kwoty 1551925zł oraz postanowiły, iż z tytułu realizacji umowy w okresie od 1 lipca do 31 grudnia 2011r. NFZ zapłaci kwotę 1528872zł50gr i jest to maksymalna wysokość zobowiązania. W treści tych aneksów strona powodowa złożyła oświadczenie, iż kwota ww. zobowiązań NFZ wyczerpuje wszystkie jej roszczenia wynikające z realizacji umowy, chyba że strona pozwana będzie dysponowała dodatkowymi środkami przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad umówioną wartość.

Ostatecznie w planie rzeczowo – finansowym na okres rozliczeniowy 1 stycznia – 30 czerwca 2011 przyjęto dla badań USG, że strona powodowa może wykonać (...) jednostek rozliczeniowych przy wartości jednej jednostki 6zł, tj. o ogólnej wartości 7524zł; dla badań (...) jednostek rozliczeniowych przy wartości jednej jednostki 9zł, tj. o ogólnej wartości 692460zł; dla badań (...) jednostek rozliczeniowych przy wartości jednej jednostki 9zł50gr, tj. o ogólnej wartości 851941zł. Na okres rozliczeniowy 1 lipca – 31 grudnia 2011 przyjęto dla badań USG, że strona powodowa może wykonać (...) jednostek rozliczeniowych przy wartości jednej jednostki 6zł, tj. o ogólnej wartości 7524zł; dla badań (...) jednostek rozliczeniowych przy wartości jednej jednostki 9zł, tj. o ogólnej wartości 686745zł; dla badań (...) jednostek rozliczeniowych przy wartości jednej jednostki 9zł50gr, tj. o ogólnej wartości 834603zł50gr.

Wykonanie jednostek rozliczeniowych podzielone było na poszczególne miesiące każdego kwartału.

dowód: umowa nr (...) z dnia 17.01.2011r. wraz z załącznikami i aneksem nr (...) z dnia 8.04.2011r., aneksem nr (...) z dnia 30.06.2011r. wraz z załącznikami, aneksem nr (...) z dnia 12.09.2011r. wraz z załącznikami, aneksem nr (...) z dnia 20.10.2011r. k 29-53;

zeznania świadka J. W. k. 513-516 i 521;

zeznania świadka M. S. k. 517-518 i 521;

przesłuchanie za stronę powodową Prezesa Zarządu K. F. k. 573 i 574;

Zawarcie umowy i ustalenie jej warunków, w tym warunków finansowania nastąpiło w trybie postępowania konkursowego. Wartość wykonania świadczeń przez świadczeniodawcę w poprzednich latach jest jednym z elementów, który jest brany pod uwagę przy negocjacjach w celu ustalenia kwoty zobowiązania na następny rok. Oprócz tego brane są pod uwagę możliwości finansowe NFZ, ilość mieszkańców i ilość podmiotów, które są kontraktowane na danym terenie, a także dane dotyczące zasobu świadczeniodawcy, tj. personelu, dostępności, jakości aparatów. W ocenie strony powodowej kwota, na jaką zawierana jest umowa jest proponowana przez NFZ i strona powodowa musi się na nią zgodzić albo z rezygnować z zawarcia umowy z NFZ.

Wymieniona w umowie kwota zobowiązania strony pozwanej jest elementem składowym planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia zatwierdzanego przez Ministra Zdrowia i Ministra Finansów na rok czasu i mieści się w kwocie przeznaczony zgodnie z planem zakupów i planem finansowym na dany rok. Jest elementem składowym podzielonym na określone obszary kontraktowania, które są związane z tworzonym planem zakupu świadczeń gdzie NFZ planuje ilość jednostek rozliczeniowych w danym zakresie do zakupu w imieniu ubezpieczonych na dany okres rozliczeniowy. W granicach tego rocznego planu (...) Oddział Wojewódzki (...) dysponuje kwotą, która jest ustalona na poziomie Województwa (...) dla wszystkich ubezpieczonych na konkretne zakresy. Plan ten jest podzielony na zakresy związane z rodzajami konkretnych świadczeń, jedną z pozycji planu finansowego są świadczenia ambulatoryjne. Jeżeli kwota, która występuje w planie finansowym jest kwotą, którą można zagospodarować, np. w ciągu roku uległ zwiększeniu plan finansowy, NFZ, na podstawie działań analitycznych, podejmuje decyzje gdzie ewentualnie powinien dokonać zwiększenia takiej kwoty. Dodatkowe środki, których uzyskanie jest związane z analizą prowadzoną na bieżąco w trakcie roku, są w efekcie końcowym podstawą złożenia świadczeniodawcy propozycji zwiększenia środków na realizację, na dostępność do określonego rodzaju świadczeń co się wiąże ze zwiększeniem wartości kontraktu u tego świadczeniodawcy. Analizy te są prowadzone raz na trzy miesiące albowiem świadczeniodawcy po upływie kwartału, kiedy mają już wiedzę o przebiegu realizacji umowy, mogą zwrócić się o dokonanie bilansowania zawartej umowy. Polega to na płynnym przesunięciu środków pomiędzy zakresami. Mianowicie obserwuje się niedowyczerpania w danym zakresie i te wartości środków niewykorzystanych przesuwa się na inne zakresy. NFZ może uzyskać wolne środki także w konsekwencji rozwiązania lub zmniejszenia kontraktu świadczeniodawcy, który go nie wykonuje. Te wolne środki są proponowane innym świadczeniodawcom. Ma to jednak zawsze miejsce w ramach planu finansowego NFZ. Dlatego też zwiększenie wartości kontraktu jest możliwe gdy NFZ posiada na to środki.

Takie zwiększenie u strony powodowej w roku 2011 miało miejsce i nastąpiło aneksem nr (...).

dowód: zeznania świadka J. W. k. 513-516 i 521;

przesłuchanie za stronę powodową Prezesa Zarządu K. F. k. 573 i 574;

Rozliczenie świadczeń medycznych w roku 2011 odbywało się w miesiącu bieżącym za miesiąc poprzedni. Świadczeniodawca przesyłał w drodze elektronicznej NFZ komunikat sprawozdawczy (...) zawierający informacje statystyczne dotyczące wszystkich pacjentów, którym w danym okresie rozliczeniowym udzielono świadczeń na temat komu zostały one udzielone (data urodzenia, numer PESEL), w jakim terminie (data badania), jakie świadczenia zostały udzielone (zakres świadczenia, rodzaj świadczenia), rozpoznanie główne (nazwa, kod), tryb przyjęcia, informacja czy świadczenie było ratujące życia, ilość punktów oraz wartość produktu, którym rozliczane było dane świadczenie. Z danych medycznych w komunikacie tym znajdowała się informacja o rozpoznaniach postawionych

przez lekarza kierującego i wykonanej procedurze ale nie jest to element dokumentacji medycznej. Te dane podlegały weryfikacji NFZ. Na tym etapie kontrola polegała na ocenie poprawności sposobu przesyłania danych do NFZ (oceniana była poprawność pola technicznego) oraz informatycznym nadzorze kolejności zaliczania świadczeń do zapłaty. W procesie uznawania świadczeń system kwalifikował je w następującej kolejności - rozliczenie świadczeń ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem uprawnienia innym niż ubezpieczony, rozliczenie świadczeń innych niż ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem uprawnienia innym niż ubezpieczony, rozliczenie świadczeń ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem uprawnienia ubezpieczony, rozliczenie świadczeń innych niż ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem uprawnienia. Po weryfikacji NFZ odsyłał raporty zwrotne z ewentualnymi błędami a także z informacją za jakie świadczenia i na jaką wartość można wystawić faktury i dokumenty rozliczeniowe. Jeżeli sprawozdanie zostało uznane za prawidłowe to wypłacane były pieniądze na podstawie dokumentów rozliczeniowych.

Następnie świadczeniodawca przysyłał dane, które zostały potwierdzone jako prawidłowe w postaci elektronicznej, jako raport rozliczeniowy. Był to raport statystyczny, w którym wykazywano zakres wykonanych świadczeń przyjętych do rozliczenia w danym miesiącu. Na podstawie tego raportu świadczeniodawca składał fakturę do wysokości, wynikającej z planu rzeczowo – finansowego, kwoty zobowiązania za dany okres sprawozdawczy. Faktura nie mogła być większa niż limit 1/12 planu rzeczowo finansowego.

Świadczenia, których dotyczy niniejsza sprawa zostały zgłoszone komunikatem sprawozdawczym (...) w pierwszej fazie. Nie objęto ich raportami statystycznymi a także wystawianymi na ich podstawie fakturami. W związku z tym nie zostały zapłacone.

dowód: zarządzenie nr (...)Prezesa NFZ z dnia 30.11.2010r. w sprawie określenia szczegółowego komunikatu (...)dotyczącego przekazywania w postaci elektronicznej danych zawartych w rachunku i komunikatu (...)dotyczącego rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z załącznikiem nr(...)k. 288-318;

zarządzenie nr (...)Prezesa NFZ z dnia 30.11.2010r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych (...)dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy) wraz z załącznikiem nr (...) k. 320-376;

zapis zestawienia świadczeń sprawozdawanych przez (...) w roku 2011 na płycie CD koperta k. 404;

zeznania świadka J. W. k. 513-516 i 521;

zeznania świadka M. S. k. 517-518 i 521;

przesłuchanie za stronę powodową Prezesa Zarządu K. F. k. 573 i 574;

W komunikacie sprawozdawczym (...) między innymi zawarto pytanie: „czy wykonane świadczenia z katalogu płatnika było świadczeniem ratującym życie”. Na to pytanie świadczeniodawca został zobowiązany do udzielenia odpowiedzi tak, lub nie. Decyzja co do określenia jednostkowego świadczenia jako ratującego życie lub nie pozostaje całkowicie po stronie świadczeniodawcy, czyli lekarza wykonującego daną usługę.

W komunikatach sprawozdawczych (...) złożonych przez stronę powodową w roku 2011 w części dotyczącej świadczeń do tej pory nierozliczonych (otwartych) nie oznaczono żadnych wykonanych świadczeń jako ratujące życie. Skierowania na wykonanie 122 z tych świadczeń oznaczono adnotacją „cito”. Za wyjątkiem 108 świadczeń oznaczonych jako wykonane w trybie nagłym wszystkie pozostałe zostały wykonane w trybie planowym.

dowód: zarządzenie nr (...)Prezesa NFZ z dnia 30.11.2010r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych (...)dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy) wraz z załącznikiem nr (...) k. 320-376;

zapis zestawienia świadczeń sprawozdawanych przez (...) w roku 2011 na płycie CD koperta k. 404;

Finansowanie przez NFZ świadczeń wykonanych w roku 2011 przez (...) Centrum (...) było okresowe. Od dnia podpisania umowy strona powodowa знаła wartości umowy na pierwsze półrocze, a od dnia 30 czerwca 2011r., tj. podpisania aneksu numer (...) na drugie półrocze. Strona powodowa zwracała się o zwiększenie finansowania. Umowa zawarta z NFZ zawierała załącznik, tzw. plan rzeczowo finansowy. W tym planie kwota umowy podzielona była na poszczególne miesiące. Przy dokonywaniu rozliczeń można było rozliczyć świadczenia tylko do wartości określonej w danym miesiącu i na taką kwotę w oparciu o raport statyczny świadczeniodawca mógł wystawić fakturę. Świadczenia, które nie mieściły się w limicie pozostawały nierozliczone i czekały do momentu kiedy ewentualnie w następnych miesiącach nie zostanie zrealizowany limit, a jeśli ten nadal był realizowany ponad swoją wartość, to te świadczenia nadal pozostawały nierozliczone. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w okresie sprawozdawczym był rachunek wraz z raportem statystycznym, w wersji elektronicznej. Załącznikiem do faktury było zestawienie jako zagregowany raport statystyczny z informacją o ilości wykonanych punktów na danym zakresie i wartości kontraktu.

Strona powodowa co roku ma nadwykonania, o których dowiaduje się pod koniec roku, tj. w październiku, listopadzie. Ponieważ strona powodowa nie jest w stanie przewidzieć ilu będzie chorych, np. onkologicznie, nie może zaplanować badań tak aby nadwykonań nie było.

dowód: zeznania świadka J. W. k. 513-516 i 521;

zeznania świadka M. S. k. 517-518 i 521;

przesłuchanie za stroną powodową Prezesa Zarządu K. F. k. 573 i 574;

W okresie od 1 stycznia do końca grudnia 2011r. Centrum (...) sp. z o.o. wystawiła faktury VAT na kwoty odpowiadające wartości świadczeń wykonanych zgodnie z zawartą umową i kwota ta została przez Narodowy Fundusz Zdrowia zapłacona.

Pismem z dnia 10 grudnia 2012r. Centrum (...) sp. z o.o. wezwała NFZ do zapłaty kwoty 223050zł tytułem niezapłaconej należności za udzielone w roku 2011 świadczenia opieki zdrowotnej, tj. badania tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego oraz ultrasonograficzne. Odpowiadając na wezwanie pismem z dnia 20 grudnia 2012r. strona pozwana oświadczyła, iż żądanie jest niezasadne albowiem jest zobowiązana do sfinansowania świadczeń w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania określonej w umowie. Ponadto wyjaśnił, iż nie posiada finansowych możliwości na zaspokojenie świadczeń wykonanych w okresie od stycznia do grudnia 2011r. ponad wartość zawartych umów. Przy czym zwrócił uwagę, iż aby można było mówić o świadczeniach ponadlimitowych muszą być one udzielone w warunkach wskazanych w przepisach, czyli w sytuacji natychmiastowości zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta, oraz po wyczerpaniu limitu finansowego umowy. Pismem z dnia 14 listopada 2013r. strona powodowa ponownie wezwała stronę pozwaną do zapłaty kwoty 223050zł tytułem niezapłaconej należności za wykonane w roku 2011 nadwykonania.

dowód: faktury VAT wystawione przez Centrum (...) sp. z o.o. w okresie od 01.01.2011r. do 31.12.2011r. wraz ze specyfikacjami z wykonania umowy a znajdujące się na k. 55-154;

pismo Centrum (...) sp. z o.o. z dnia 10.12.2012r. k. 156-158;

pismo NFZ z dnia 20.12.2012r. k. 159-160;

pismo Centrum (...) sp. z o.o. z dnia 14.11.2013r. k. 161-162;

zeznania świadka J. W. k. 513-516, 521;

zeznania świadka M. S. k. 517-518 i 521;

przesłuchanie za stronę powodową Prezesa Zarządu K. F. k. 573 i 574;

Na wartość przedmiotu sporu składa się wartość świadczeń wykonanych w roku 2011 przez (...) Centrum (...) ponad wartość zawartej przez strony umowy. Zostały one wykonane w trybie, w którym lekarz kierujący na skierowaniu napisał adnotacje „cito” lub „pilne”. Świadczenia te opiewają na łączną kwotę 64165zł i zostały wyselekcjonowane przez stronę powodową ze świadczeń ponadlimitowych opiewających na łączną kwotę 223050zł po ich weryfikacji pod kątem udzielenia ich pacjentom onkologicznym lub z poważnymi schorzeniami.

W wykazie świadczeń niezapłaconych strona powodowa ujęła imię i nazwisko oraz PESEL świadczeniobiorców, na rzecz których udzielono świadczeń, numer badania i datę wykonania świadczenia, tryb, zakodowaną informację o zakresie i rodzaju świadczenia. Ponadto identyfikator świadczenia w systemie nadawcy, identyfikator pozycji rozliczeniowej i produktu, status rozliczenia, status weryfikacji i jej wynik, ilość punktów, cenę jednego punktu i wartość świadczenia.

dowód: zapis zestawienia przypadków na kwotę dochodzoną pozwem na płycie CD koperta k. 423;

zestawienie przypadków na kwotę dochodzoną pozwem k. 461 – 475;

przesłuchanie za stronę powodową Prezesa Zarządu K. F. k. 573 i 574;

(...) Centrum (...) przyjmuje pacjentów ze skierowaniem albo bez skierowania. Skierowania te mogą pochodzić od lekarza mającego kontrakt z NFZ i wtedy za te badania płaci NFZ. Mogą również pochodzić od lekarzy udzielających porad prywatnych. Strona powodowa przyjmuje też pacjentów bez skierowania. W tych dwóch ostatnich przypadkach za badania płaci bezpośrednio pacjent. Do strony powodowej przychodzą ze skierowaniami także pacjenci Wojewódzkiego Centrum (...), mimo że ta placówka wykonuje badania TK i MR. W pracowni tomografii komputerowej strony powodowej wykonuje się w czasie tego samego badania trzy badania naraz, tj. klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy małej. Takiej możliwości wykonania badania nie ma Wojewódzkie Centrum (...).

Wszyscy pacjenci, którzy zgłaszają się do strony powodowej oczekują na badanie i tworzy się listę oczekujących. Czas oczekiwania pacjentów strony powodowej na wykonanie badania jest różny i zależy od tego czy za badanie pacjent będzie płacił sam, czy też NFZ oraz jakie badania mają być wykonane. Jeżeli za badania ma płacić NFZ czas oczekiwania na badania rezonansu magnetycznego wynosi około pół roku, badania tomografii komputerowej 3, 4 miesiące. Czas oczekiwania na opis badania zależy od informacji zawartych w treści skierowania a pochodzących od lekarza kierującego, a także od tego co lekarz wykonujący badanie widzi w obrazie. W przypadkach pilnych opis badania ma miejsce nawet tego samego dnia co wykonanie badania albo na następny dzień. Na pilność badania zwraca uwagę lekarz kierujący pisząc w skierowaniu, np. o etapie zastosowanego leczenia, przyczynach skierowania na badanie lub czyniąc adnotacje „pilne”, „cito”. Na pilność badania także zwracają uwagę bliscy pacjenta mówiąc w wywiadzie o szybkim pogarszaniu się zdrowia pacjenta. Diagnosta widząc rozpoznanie na skierowaniu, w tym oznaczenie kodowe, ocenia czy ma prawo zakwalifikować je jako pilne, nawet jeżeli adnotacji „cito” czy „pilne” na skierowaniu nie ma, z tego powodu, że pacjent należy do grupy wysokiego ryzyka. Ta pilność dotyczy zarówno czasu wykonania badania jak i jego opisu. Czas oczekiwania u strony powodowej na badania oraz na opis badania jest krótszy niż w Wojewódzkim Centrum (...).

dowód: wykaz świadczeniobiorców k. 401-402;

zeznania świadka S. F. (1) k. 516-517 i 521;

przesłuchanie za stronę powodową Prezesa Zarządu K. F. k. 573 i 574;

(...) Centrum (...)w roku 2011 nie odsyłał pacjenta w stanie pozwalającym na transport do innego świadczeniodawcy z powodu tego, że w powodowym szpitalu wyczerpał się limit na świadczenia. Jeżeli w placówce powoda nie można było

wykonać badań, to pacjent był informowany, gdzie te badania może wykonać. Na terenie J. jest Wojewódzkie Centrum (...) wykonujące badania TK i MR.

Pacjent ma prawo wyboru, gdzie chce wykonać badania i na skierowaniu nie wskazuje się placówki w jakiej badania ma być wykonane. Pacjenci mogą też być zapisani na badania w różnych placówkach.

dowód: wykaz świadczeniobiorców k. 401-402;

zeznania świadka J. W. k. 513-516 i 521;

zeznania świadka S. F. (1) k. 516-517 i 521;

przesłuchanie za stronę powodową Prezesa Zarządu K. F. k. 573 i 574;

Sąd zważył co następuje:

Ustalając stan faktyczny Sąd oparł się na dowodach z dokumentów, zeznaniach świadków J. W., S. F. (2), M. S. oraz przesłuchaniu za stronę powodową jej Prezesa Zarządu K. F..

Sąd pominął dowód z zeznań świadka G. U. oraz przesłuchania za stronę pozwaną Dyrektora NFZ D. (...) V. N. albowiem pełnomocnik strony pozwanej cofnął wnioski o przeprowadzenie tych dowodów.

(...) sp. z o.o. domagała się zasądzenia od Narodowego Funduszu Zdrowia kwoty 64165zł50gr wraz z ustawowymi odsetkami tytułem zapłaty za wykonanie w roku 2011, ponad świadczenia uznane i zapłacone przez Narodowy Fundusz Zdrowia, badań rezonansem magnetycznym i tomografii komputerowej w trybie „cito” lub „pilnym”. W toku postępowania strona powodowa była reprezentowana przez pełnomocnika będącego radcą prawnym.

Zgodnie z treścią art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2008r. nr 164, poz. 1027 z póź. zm.) 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. Umowy zawierane przez NFZ ze świadczeniodawcami obejmują świadczenia opieki zdrowotnej tak planowe, jak i udzielane w trybie nagłym.

Jak ustalono w toku postępowania dowodowego Centrum (...) sp. z o.o. miała zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia (...) Oddziałem Wojewódzkim umowę, którą Narodowy Fundusz Zdrowia zobowiązał się do sfinansowania w roku 2011 świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne) w zakresie badania ultrasonograficznego, badania tomografii komputerowej i badania rezonansu magnetycznego i zobowiązanie swoje wykonał płacąc stronie pozwanej kwoty ustalone w umowie.

Jednak w roku 2011 (...) Centrum (...) w J.” będący przedsiębiorstwem leczniczym Centrum (...) sp. z o.o. wykonał badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, za które Narodowy Fundusz Zdrowia nie zapłacił. Łączna wartość badań za jakie strona pozwana nie zapłaciła wynosi 223050zł, z czego żądaniem pozwu objęta jest tylko część z nich.

Uzasadniając podstawę prawną dochodzonego roszczenia strona powodowa wskazała na treść zawartej przez strony w dniu 17 stycznia 2011r. umowy nr (...) gdyż zgodnie z art. 56 k.c. czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy, z zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów. Powołała się także na treść art. 68 Konstytucji oraz przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Strona powodowa zwróciła także uwagę, że w świetle przepisów ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej i ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego

świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia a lekarze mają obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej w każdym przypadku gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Obowiązki te mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym limitów wykonań. A na koniec powołała się na konstrukcję bezpodstawnego wzbogacenia.

Jeśli chodzi o art. 68 ust. 2 Konstytucji to należy zauważyć, że dotyczy on prawa obywatelskiego oraz nałożonego na władze publiczne obowiązku finansowania opieki zdrowotnej a także zakazuje różnicowania obywateli według kryterium sytuacji materialnej, poza tym odsyła do ustawy określającej warunki i zakres udzielania świadczeń zdrowotnych (zob. J. Jończyk, glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 12 lutego 2004 r., II UK 243/03, OSP 2004, nr 10, poz. 130). Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest zaś władzą publiczną ale posiadającą osobowość prawną państwową jednostką organizacyjną, której powierzono obowiązek finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (art. 96 i art. 14 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych tekst jednolity Dz.U. z 2008r., nr 164, poz. 1027 z póź. zm.). Ustawą, do której odsyła Konstytucja jest obecnie ustawa z 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która uchyliła ustawę z 23 stycznia 2003r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, która z kolei zastąpiła obowiązującą od 6 lutego 1997r. ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Obecnie w orzecznictwie sądowym powszechnie uważa się, że instytucja ubezpieczeń zdrowotnych wykazuje bardzo złożony charakter. „Mamy tu do czynienia z trzema typami stosunków prawnych, które są wzajemnie współzależne, tj. stosunkiem pomiędzy ubezpieczonym i kasą chorych (obecnie NFZ); stosunkiem pomiędzy kasą chorych i świadczeniodawcą tj. zakładem opieki zdrowotnej oraz stosunkiem pomiędzy świadczeniodawcą a ubezpieczonym [świadczeniobiorcą] tj. pacjentem. Współzależność i współistnienie tych stosunków jest niezbędne dla realizacji prawa do świadczeń zdrowotnych. Stosunek pomiędzy kasą chorych a zakładem opieki zdrowotnej jest stosunkiem umownym, a zatem jego powstanie i wykonanie należy ocenić z punktu widzenia prawa cywilnego” (tak Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z 29 czerwca 2004r. sygn. akt I ACa 1/04, Apel W-wa 2005, nr 2, poz. 14). Pogląd ten ma zastosowanie również wobec Narodowego Funduszu Zdrowia albowiem podobnie jak strona pozwana kasy chorych zgodnie z art. 4 ustawy z 1997r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym były instytucją ubezpieczenia zdrowotnego i w tym celu gromadziła środki i zawierała umowy ze świadczeniodawcami. Jak wynika z przepisów ustawy z 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych NFZ na zasadach i w zakresie określonych w ustawie podmiotami zobowiązany jest do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych a podstawą udzielenia tych świadczeń jest umowa zawarta między świadczeniodawcą a NFZ (art. 14 i art. 132 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Umowy pomiędzy NFZ a świadczeniodawcami wykazują bez wątpienia charakter cywilnoprawny (art. 155 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 lutego 2008r. II CSK 532/07, niepubl.). Zgodnie z treścią art. 56 k.c. czynność prawna wywołuje skutki prawne nie tylko w niej wyrażone lecz również te, które wynikają z ustawy, z zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów. Zatem skutki wynikające z ustawy, zasad współżycia społecznego lub z ustalonych zwyczajów powstają na zasadzie przypisania normatywnego, czyli bez względu na wolę stron, która w tym wypadku obejmuje tylko zawarcie umowy. Na podstawie art. 56 k.c. dochodzi do uzupełnienia treści nawiązanego stosunku prawnego niezależnie od czynnika woli stron, a zgodnie z treścią przepisów prawa lub norm i standardów powinno zachowania powszechnie akceptowanych w społeczeństwie.

Treść zawartej przez strony umowy nakłada zatem na (...) Centrum (...) w J.” obowiązek wykonania świadczeń w warunkach opisanych w:

- art. 7 obowiązującej do dnia 30 czerwca 2011r. ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity Dz.U. z 2007r., nr 14, poz. 89 z późn. zm.),

- art. 15 obowiązującej od dnia 1 lipca 2011r. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz.U. z 2013r. poz. 217 z późn. zm.),

- art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz.U. z 2011r., nr 277, poz. 1634 z późn. zm.),

- art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2008r., nr 164, poz. 1027 z późn. zm.),

zaś na Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązek zapłacenia za nie.

Immanentną bowiem cechą ustawowej regulacji ubezpieczeń zdrowotnych jest zdecydowana nadrzędność interesu publicznego nad interesem jednostek, co przemawia za przypisaniem normom wynikającym z przepisów regulujących prawa i obowiązki stron tych umów - w tym wyżej wymienionym - charakteru norm imperatywnych, od których stosowania w ramach konkretnego stosunku prawnego stronom nie wolno odstąpić ani ich modyfikować zgodnie wyrażoną wolą. Ustawodawca nałożył zatem na zakłady opieki zdrowotnej określone obowiązki udzielania świadczeń niezależnie od limitów wyznaczonych przez finansujący ich koszty NFZ. Dlatego też przyjęcie jakichkolwiek ograniczeń refundacji świadczeń ponadlimitowych, udzielonych w okolicznościach określonych powołanymi wcześniej przepisami byłoby równoznaczne z przesunięciem finansowego ciężaru ich udzielania na świadczeniodawcę. To z kolei godziłoby niewątpliwie w gwarancyjny charakter powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 14 lutego 2008r. II CSK 532/07, niepubl.). Zresztą zgodnie z treścią art. 19 ust. 4 i 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych za wykonanie świadczeń w warunkach opisanych ww. przepisach wynagrodzenie finansowane ze środków publicznych, którymi zarządza Narodowy Fundusz Zdrowia przysługuje świadczeniodawcy, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W toku procesu Centrum (...) sp. z o.o., reprezentowana przez pełnomocnika będącego radcą prawnym, nie wykazała, aby świadczenia zdrowotne, za które żąda zapłaty, były udzielone przy spełnieniu przesłanek określonych we wcześniej powołanych przepisach ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a zgodnie z treścią art. 6 k.c. na niej w tym zakresie spoczywał ciężar dowodu.

Celem udowodnienia swoich twierdzeń na temat okoliczności wykonania świadczeń, za które domaga się zapłaty strona powodowa przedstawiła jedynie wykaz świadczeń niezapłaconych (k. 461 – 475; zapis na płycie CD koperta k. 423), w którym ujęto imię i nazwisko oraz PESEL świadczeniobiorców, na rzecz których udzielono świadczeń, numer badania i datę wykonania świadczenia, tryb, zakodowaną informację o zakresie i rodzaju świadczenia. Ponadto identyfikator świadczenia w systemie nadawcy, identyfikator pozycji rozliczeniowej i produktu, status rozliczenia, status weryfikacji i jej wynik, ilość punktów, cenę jednego punktu i wartość świadczenia. Zdaniem Sądu fakt, iż w rubryce tryb wpisano, że wszystkie wymienione w wykazie badania zostały wykonane jako pilne nie stanowi samo przez się, że natychmiastowość ich udzielenia była konieczna ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Przedstawiony wykaz jak i treści w nim ujęte nie stanowią dokumentacji medycznej pacjentów, u których badania te zostały wykonane. Ograniczona treść danych tam ujętych nie tylko, jak wynika z odpowiedzi na pozew, stronie pozwanej nie pozwalała na ocenę wymienionych świadczeń pod kątem ich wykonania w warunkach natychmiastowej potrzeby z uwagi na zagrożenia życia lub zdrowia, a przecież z racji przedmiotu swej działalności zatrudnia ona osoby posiadające wiadomości specjalne w tym temacie, ale przede wszystkim Sądowi orzekającemu w niniejszej sprawie, który takich wiadomości nie posiada. Poza tym porównanie złożonego przez stronę powodową wykazu, w którym zostało wymienionych 119 badań z dołączoną do akt sprawy przez NFZ częścią komunikatów sprawozdawczych (...) złożonych przez stronę powodową w roku 2011 (zapis na płycie CD koperta k. 404), tj. częścią dotyczącą świadczeń do tej pory nierozliczonych (otwartych), wykazuje pewną sprzeczność nie pozwalającą na przyjęcie bez zastrzeżeń twierdzeń strony powodowej o warunkach w jakich świadczenia będące przedmiotem sporu zostały wykonane Mianowicie z komunikatu sprawozdawczego (...) wynika, że adnotacją „cito” były oznaczone skierowania na wykonanie 122 z wymienionych w nim świadczeń przy czym za wyjątkiem 108 świadczeń oznaczonych w tym

wykazie jako wykonane w trybie nagłym wszystkie pozostałe zostały wykonane w trybie planowym. Poza tym żadnych z ujętych tam badań (...) Centrum (...) nie oznaczył jako świadczeń ratujące życie. W tych okolicznościach, w ocenie Sądu ustalenie natychmiastowości czy nagłości zdarzenia i związanej z tym potrzeby przeprowadzenia badań będących przedmiotem postępowania z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta winno być przedmiotem dowodu z opinii biegłego z odpowiedniej dziedziny medycyny wskazanej przez stronę powodową. Taki wniosek dowodowy nie został jednak zgłoszony, mimo że Centrum (...) sp. z o.o. było reprezentowane przez pełnomocnika będącego radcą prawnym.

Wobec powyższego należy uznać, że strona powodowa nie wykazała, aby sporne przypadki charakteryzowały się koniecznością udzielenia pomocy nagłej w rozumieniu powoływanej już regulacji prawnej tj. w sytuacji pogarszania się zdrowia, której bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagającej podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Nie tylko nie zgłosiła wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sądowego ale nawet nie dała szansy na samodzielne przeprowadzenie takiej oceny przez Sąd bowiem nie złożyła do akt sprawy dokumentacji medycznej dotyczącej przeprowadzonych badań takiej chociażby jak skierowania na badania diagnostyczne, które jak to wynika z § 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania zawierają w szczególności rozpoznanie ustalone przez lekarza kierującego lub wyniki badań diagnostycznych, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia badania lub konsultacji a także informacje z dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta niezbędne do przeprowadzenia tego badania. Oczywiście w sytuacji niezłożenia dokumentacji medycznej nawet zgłoszony wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sądowego nie mógłby zostać uwzględniony albowiem w aktach sprawy brak jest materiału pozwalającego na ocenę warunków wykonania badań i odpowiedź na pytanie, czy była potrzeba natychmiastowego, tj. nagłego ich udzielenia z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta.

(...) sp. z o.o. nie udowodniła konieczności udzielenia świadczeń w sytuacjach opisanych wcześniej powoływanymi przepisami to należało uznać, że nie doszło do uzupełnienia treści nawiązanego przez strony stosunku prawnego przez nałożenie na (...) Centrum (...) w J." obowiązku wykonania świadczeń będących przedmiotem postępowania a na Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązku zapłaty za nie i powództwo oddalić.

Rozstrzygnięcie o kosztach oparto na treści art. 98 k.p.c. i zasądzono od strony powodowej na rzecz strony pozwanej kwotę 2088zł25gr stanowiącą brakującą część kosztów zastępstwa procesowego ustalonego na kwotę 7200zł, zgodnie z treścią § 6 pkt 7 rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (tekst jednolity Dz.U. z 2013r., poz. 490 z późn. zm.) od wartości przedmiotu sporu wynoszącej 223050zł, po uwzględnieniu postanowienia zasądzającego koszty zastępstwa procesowego wobec częściowego cofnięcia pozwu.