

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 31 marca 2022 r.

Sąd Okręgowy w Bydgoszczy I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: SSO Joanna Cyganek

Protokolant: Stażysta Marta Joachimiak

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 16 marca 2022 r. w B.

sprawy z powództwa Wojewódzkiego Szpitala (...) w T.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. (...) w B.

o zapłatę

zasądza od pozwanego na rzecz powoda 652665 zł (sześćset pięćdziesiąt dwa tysiące sześćset sześćdziesiąt pięć złotych) wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 16 lutego 2015r. do dnia 31 grudnia 2015r. oraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016r. do dnia zapłaty;

oddala powództwo w pozostałym zakresie;

koszty procesu między stronami wzajemnie znosi;

kosztami sądowymi, od których strony były zwolnione, obciąża Skarb Państwa.

SSO Joanna Cyganek

Sygn. akt I C 3/17

UZASADNIENIE

Pozwem wniesionym w dniu 30 grudnia 2016 r. przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. (...) w B. powód Wojewódzki Szpital (...) w T. wniósł o zasądzenie od pozwanego na jego rzecz kwoty 1.344.281 zł z tytułu nieopłaconych świadczeń zdrowotnych ratujących życie lub zdrowie wykonanych w stanach nagłych wymagających natychmiastowego ich udzielenia, wykonanych ponad limit za 2014 r. wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 15 lutego 2015 r. do dnia zapłaty. Nadto powód wniósł o zasądzenie od pozwanego na jego rzecz zwrotu kosztów postępowania według norm przepisanych.

W uzasadnieniu podano, że strony zawarły w dniu 5 stycznia 2012 r. umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne, która obowiązywała w 2014 r. Wyjaśniono, że powód wykonał w 2014 r. na rzecz pacjentów świadczenia zdrowotne w warunkach ratowania życia lub zdrowia w stanach wymagających natychmiastowego ich udzielenia na (...) (...) Dziecięcej oraz w Klinice (...), (...) (...) w T. w zakresie przekraczającym poziom sfinansowany w ramach wskazanej umowy. Podkreślono, że łączna wartość świadczeń ratujących życie lub zdrowie w stanach wymagających natychmiastowego ich udzielenia w w/w zakresie za rok 2014, a niezapłacona przez pozwanego

wynosi łącznie 1.344.281 zł. Podano, że przedmiotowe świadczenia zostały zatwierdzone przez NFZ. Zdaniem powoda świadczenia objęte pozwem miały charakter świadczeń ratujących życie lub zdrowie, a ich udzielenie podyktowane było bezwzględnymi wskazaniami medycznymi i wiązało się z koniecznością natychmiastowego ich udzielenia.

Wskazano, że udzielanie świadczeń w stanach nagłych jest ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy o charakterze bezwzględnym i koszt wykonania świadczenia, którego umowa nie przewidywała ze względu na jego rodzaj lub wyczerpanie limitu, nie może obciążać ani świadczeniodawcy, ani świadczeniobiorcy. Nadto powód podniósł, że przedsięwziął szereg środków mających na celu racjonalne gospodarowanie posiadanymi środkami finansowymi, które w 99% pochodzą ze środków publicznych przekazywanych przez NFZ w ramach kontraktu. Zaznaczono, że powód zorganizował system przyjęć pacjentów, listy oczekujących na udzielenie świadczeń, ustalił procedury postępowania w stanach nagłych i racjonalizował przyjęcia pacjentów, natomiast roszczenia wskazane w pozwie powstały w wyniku rażącego niedofinansowania powoda przez pozwanego (k. 3-11).

Postanowieniem z dnia 13 lutego 2017 r. Sąd zwolnił powoda od kosztów sądowych w całości (k. 302).

W odpowiedzi na pozew pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia (...) w B. wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu według norm przepisanych. Pozwany zakwestionował roszczenie co do zasady, jak i co do wysokości. Podkreślił, że zapłacił za wszystkie świadczenia do wysokości limitu kontraktu i z tytułu umowy nie ma wobec powoda żadnych zaległości. Strona pozwana zakwestionowała wykonanie świadczeń objętych pozwem w stanie nagłym jako ratujących życie lub zdrowie. Zdaniem pozwanego powód nie udowodnił, iż świadczenia, za które żąda zapłaty, miały charakter świadczeń zdrowotnych ratujących życie lub zdrowie wykonanych w stanach nagłych wymagających natychmiastowego ich udzielenia. Nadto podano, że umowa obejmuje wszystkie świadczenia opieki zdrowotnej bez względu na to, w jakich okolicznościach były one udzielane przez świadczeniodawcę.

Pozwany zaznaczył, że materiał dowodowy zaofiarowany przez powoda nie daje podstaw do ustalenia, jaka jest wartość spornych świadczeń. W ocenie pozwanego udzielanie świadczeń ponadlimitowych skutkuje tym, że uzasadnione rzeczywiste koszty tych świadczeń są niższe. Podano, że powód nie określił i nie zaproponował żadnego sposobu określenia faktycznych kosztów udzielania świadczeń objętych pozwem. Wskazano, że powód zażądał zapłaty za świadczenia według stawek umownych, obejmujących zarówno zwrot kosztów, jak i należne wynagrodzenie. Pozwany podkreślił, że to na powodzie powinien ciążyć obowiązek wykazania kosztów udzielania świadczeń objętych pozwem.

Nadto zaznaczono, że powód winien udowodnić, iż nie było możliwe dokonywanie przez niego we właściwym czasie przesunięć na liście oczekujących pomimo wykazywania na bieżąco przedmiotowych świadczeń. Wskazano, że świadczeniodawca musi mieć świadomość dysponowania jedynie określoną pulą środków na wykonanie określonych w umowach usług, a zatem winien był właściwie je wykorzystać np. rozkładając w czasie udzielanie świadczeń i tworząc system kolejek, co czego był upoważniony. Wyjaśniono, że roztropna gospodarka środkami finansowymi przewidzianymi w umowach zawartych przez strony była obowiązkiem świadczeniodawcy wynikającym z prawidłowego wykonania zobowiązania i wymagała takiego planowania, aby zostawała bieżąca rezerwa na wypadki nagłe. Zdaniem pozwanego powód winien również tak zaplanować swoją działalność, w tym przyjęcia pacjentów, aby umownego limitu przyjęć nie przekraczać. Podano, że powód nie przedstawił dowodów na podjęcie kroków zmierzających do przestrzegania umownych limitów kontraktów. Pozwany zaznaczył również, że nie dokonuje merytorycznej oceny zasadności udzielenia świadczenia na podstawie raportów, a jedynie dokonuje ich weryfikacji od strony formalnej. Podkreślono, że oceniając zasadność roszczenia konieczne jest również wzięcie pod uwagę sytuacji finansowej pozwanego, która nie pozwalała na dodatkowe finansowanie świadczeń ponad umówiony limit (k. 309-316).

Postanowieniem z dnia 30 marca 2017 r. Sąd zwolnił pozwanego od kosztów sądowych w całości (k. 327).

W dalszym toku postępowania strony podtrzymały stanowiska dotychczas zajęte w sprawie.

Sąd ustalił, co następuje:

Powód w dniu 5 stycznia 2012 r. podpisał z pozwanym umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne nr 02-00- (...) -12-26. W jej zakres przedmiotowy wchodziło także udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu urologii i chirurgii dziecięcej, chirurgii ogólnej, gastroenterologicznej i onkologicznej. Powód zobowiązał się wykonywać umowy zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniach Prezesa NFZ.

Umowa obowiązywała w okresie od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2016 r. Umowa była wielokrotnie aneksowana. Zmiany umowy dotyczyły między innymi wysokości kwoty zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umowy w poszczególnych latach.

Aneksem do umowy nr (...) z dnia 11 lutego 2015 r. ustalono, że kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od 1 stycznia 2014 r. do dnia 31 grudnia 2014 r. wyniesie maksymalnie 159.288.677,08 zł. W w/w okresie rozliczeniowym liczba jednostek rozliczeniowych w zakresie świadczeń z dziedziny urologii wynosiła 6.552,56, z dziedziny chirurgii onkologicznej – 47.846, z dziedziny chirurgii dziecięcej – 91.201, z dziedziny chirurgii ogólnej – 149.000, natomiast cena jednostki rozliczeniowej wynosiła 52 zł, co dawało odpowiednio kwoty 340.733,12 zł, 2.487.992 zł, 4.742.452 zł oraz 7.748.000 zł.

Ugodą z dnia 25 sierpnia 2015 r. strony ustaliły, że z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej objętych umową w okresie od 1 stycznia 2014 r. do dnia 31 grudnia 2014 r. pozwany zapłaci powodowi ustalone zgodnie z umową wynagrodzenie w wysokości 159.222.200,64 zł.

dowód: umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 5 stycznia 2012 r. k. 14-19, zestawienie aneksów do umowy k. 20, aneksy do umowy wraz z załącznikami k. 21-124, porozumienie z dnia 30 grudnia 2014 r. k. 125, ugoda z dnia 25 sierpnia 2015 r. k. 126-127,

Powód wystawił na pozwanego fakturę VAT na łączną kwotę 3.612.790,77 zł, w tym na kwotę 12.272 zł z tytułu świadczeń wykonanych w ramach chirurgii onkologicznej, na kwotę 103.395,24 zł z tytułu świadczeń wykonanych w ramach chirurgii ogólnej, na kwotę 94.172 zł z tytułu świadczeń wykonanych w ramach chirurgii dziecięcej. Propozycja ugody nie została przyjęta przez powoda.

dowód: faktura VAT k. 300-301, zeznania świadka E. K. k. 367-367v (00:04:36-00:14:45),

Rozliczanie świadczeń ponadlimitowych jest dokonywane przez powoda za pomocą systemu informatycznego. Okres rozliczeniowy jest podzielony na okresy sprawozdawcze i po każdym miesiącu powód mógł otrzymać środki tylko za świadczenia, które mieściły się w limicie. Pozwany wiedział o narastających przekroczeniach limitów. Nie zgłaszał zastrzeżeń do udzielanych przez powoda świadczeń.

W ramach umowy powód był zobowiązany do prowadzenia i przekazywania pozwanemu list oczekujących dotyczących świadczeń zdrowotnych. Powód prowadził listy w sposób prawidłowy. Do kolejki powinni być wpisywani pacjenci w stanie stabilnym. Pacjenci przyjmowani w trybie nagłym nie powinni trafiać na listę kolejkową.

dowód: zeznania świadka E. K. k. 367-367v (00:04:36-00:14:45), zeznania świadka B. S. k. 367v-368 (00:14:45-00:21:25), zeznania świadka T. Z. k. 368 (00:21:25-00:28:25),

Powód tworzy listy kolejkowe, jednak zdarzają się przypadki, w których pacjenci wymagają interwencji chirurgicznej wcześniej. Pacjenci z tętniakami z średnicą o wartości krytycznej i z krytycznym niedokrwieniem kończyn są kierowani z Poradni. Są również przywożeni przez Pogotowie. Zwłoka w przypadku operowania tętniaka z średnicą o wartości krytycznej stwarza ryzyko dla zdrowia i życia pacjenta. Na Oddział (...) i (...) Dziecięcej byli przyjmowani pacjenci w ramach ostrego dyżuru, były to dzieci, które uległy wypadkom lub cierpiały na choroby jamy brzusznej.

W powodowym szpitalu obowiązuje księga procedur postępowania w stanach nagłych, jak również księga procedur (...) i Zarządzenie wewnętrzne Dyrektora powodowego szpitala w sprawie określania zasad prowadzenia list

Po przeanalizowaniu dokumentacji 13 pacjentów przyjętych do Oddziału (...) Ogólnej powodowego szpitala stwierdzono, że wszystkim pacjentom zostało udzielone świadczenie zdrowotne w stanie nagłym (PESEL (...), (...), (...), (...), (...), (...), (...), (...), (...), (...), (...), (...)).

dowód: opinia biegłych z zakresu chirurgii ogólnej i gastroenterologii k. 599-655, uzupełniająca opinia biegłych z zakresu chirurgii ogólnej i gastroenterologii k. 699-703, zestawienia udzielonych świadczeń k. 128-132, 177-182, 223-225, 253-255, 289-299, 539,

Po przeanalizowaniu dokumentacji pacjentki PESEL (...) przyjętej do Oddziału (...) Onkologicznej powodowego szpitala stwierdzono, że nie zostało jej udzielone świadczenie medyczne w stanie nagłym.

dowód: opinia biegłego z dziedziny chirurgii ogólnej i chirurgii onkologicznej k. 594-598, zestawienia udzielonych świadczeń k. 128-132, 177-182, 223-225, 253-255, 289-299, 539,

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie wiarygodnych dokumentów złożonych przez strony w toku rozprawy, opinii biegłych, a także zeznań świadków.

Sąd uznał za wiarygodne dowody z dokumentów zebrane w sprawie, albowiem zostały sporządzone we właściwej formie, przewidzianej dla tego typu dokumentów. Były przejrzyste i jasne. Ich autentyczność nie budziła wątpliwości Sądu. Szczególnie istotne znaczenie miała dokumentacja medyczna pacjentów, którym powodowy szpital udzielił świadczeń kwalifikujących się według niego jako ratujące życie i zdrowie, a za które powód dochodził zapłaty w niniejszym postępowaniu.

Sąd częściowo dał wiarę zeznaniom świadków M. J. oraz P. J. na okoliczności związane z ustaleniem, czy świadczenia objęte pozwem zostały udzielone w warunkach stanów nagłych lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia zdrowia, którego następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu, uszkodzenia ciała lub utrata życia wymagających natychmiastowych czynności medycznych oraz na okoliczności związane z ustaleniem zasad tworzenia list kolejkowych pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń. Sąd nie podzielił twierdzeń w/w świadków co do tego, że wszyscy pacjenci wymagali przyjęcia w trybie pilnym i wszystkie wykonane świadczenia ponadlimitowe obejmowały przypadki nagłe ratujące zdrowie lub życie. Powyższe twierdzenia pozostawały w sprzeczności z wnioskami opinii sporządzonymi przez biegłych. Sąd nie znalazł natomiast podstaw do kwestionowania zeznań powołanych świadków na okoliczność zasad tworzenia list kolejkowych pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń.

Sąd co do zasady dał wiarę zeznaniom świadka E. K., B. S. oraz T. Z. na okoliczności związane z ustaleniem sposobu wyliczenia kwot dochodzonych pozwem oraz na okoliczność sporządzania sprawozdań i dokumentacji sprawozdawczej w zakresie również list oczekujących pacjentów, jak również zasad rozliczenia przedmiotowych świadczeń objętych pozwem. Zeznania w/w świadków były logiczne, wzajemnie ze sobą korespondowały i znalazły potwierdzenie w pozostałym materiale dowodowym zgromadzonym w sprawie.

Ze względu na okoliczności sprawy konieczne stało się zasięgnięcie przez Sąd wiadomości specjalnych. Oceniając opinie biegłych z zakresu chirurgii dziecięcej, chirurgii ogólnej i naczyniowej, chirurgii ogólnej i gastroenterologii oraz chirurgii ogólnej i chirurgii onkologicznej Sąd miał na uwadze, że zostały one sporządzone przez osoby o stosownej wiedzy i doświadczeniu zawodowym, w kwestiach dla sprawy istotnych, a wymagających wiadomości specjalnych. Wnioski opinii sporządzonych przez biegłych były przejrzyste, logiczne i gruntownie uzasadnione. Treść opinii nie budziła wątpliwości Sądu, albowiem sporządzone zostały w sposób jasny, klarowny, logiczny, zgodnie z postanowieniem Sądu. Ponadto nosiły cechy fachowości i rzetelności. Opinie biegłych sporządzone zostały na podstawie analizy akt sprawy, dokumentacji medycznej dotyczącej spornych świadczeń i historii chorób pacjentów. Lekarze opiniujący wskazali, że jedynie część przypadków objętych pozwem dotyczy świadczeń medycznych udzielonych z uwagi na zagrożenie życia i zdrowia pacjentów. Ponadto rozpatrzono indywidualnie każdy z przypadków. Lekarze opiniujący w opiniach uzupełniających wyczerpująco ustosunkowali się do zarzutów stron pod

adresem wydanych opinii. Wskazane wyżej względy przemawiają za wiarygodnością opinii sądowych wydanych w sprawie.

Sąd zważył, co następuje:

Roszczenie powoda okazało się częściowo zasadne, stąd powództwo zasługiwało na uwzględnienie w części.

W niniejszej sprawie powód domagał się zasądzenia od pozwanego na jego rzecz kwoty 1.344.281 zł z tytułu nieopłaconych świadczeń zdrowotnych ratujących życie lub zdrowie wykonanych w stanach nagłych wymagających natychmiastowego ich udzielenia, wykonanych ponad limit za 2014 r.

Zgodnie z treścią przepisu art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 t.j.) w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Stan nagły, zgodnie z art. 5 pkt 33 w/w ustawy, to taki o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, z późn. zm.).

Według tego przepisu stan nagły zagrożenia zdrowotnego to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

Zgodnie natomiast z treścią przepisu art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 t.j.) podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Obowiązki wynikające z powyższych przepisów mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Jeżeli zatem podmiot leczniczy, który zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o świadczenie usług medycznych, udzielił świadczenia pacjentowi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ma roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie względem Narodowego Funduszu Zdrowia. W orzecznictwie wypracowanym na kanwie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ale niewątpliwie zachowującym aktualność także obecnie, powszechnie wskazuje się, że określane w umowach ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą przypadków, gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Jeżeli bowiem zachodzi ustawowy obowiązek natychmiastowego udzielenia świadczeń, to nie mogą one być limitowane umową (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 05.11.2003 roku, IV CK 189/02, LEX nr 164009).

Ponadto w doktrynie przyjęło się zapatrywanie, że wynagrodzenie za świadczenia wykonane w stanach nagłych może dotyczyć nie tylko sytuacji, kiedy świadczeniodawca nie zawarł umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w ogóle, ale również kiedy umowę zawarł, jednak pomimo zapewnienia właściwej organizacji pracy liczba potrzebnych do wykonania świadczeń znacznie przekroczyła liczbę określoną w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W przedmiotowej sprawie w praktyce bezsporny pozostawał pomiędzy stronami fakt zawarcia umowy o świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego – urologia i chirurgia dziecięca, chirurgia ogólna, gastroenterologiczna i onkologiczna

oraz fakt wypłacenia przez stronę pozwaną na rzecz szpitala wynagrodzenia za świadczenia udzielone na podstawie tej umowy do wysokości maksymalnej kwoty zobowiązania pozwanego Funduszu. Spór sprowadzał się do kwestii zasadności roszczenia powoda, wykazania czy za udzielone świadczenia należała mu się zapłata oraz rozważenie, czy w trakcie udzielania tych świadczeń zachodziły przesłanki uzasadniające zapłatę na rzecz powoda przez Narodowy Fundusz Zdrowia za wykonane świadczenia zdrowotne w trybie nagłym ratującym życie lub zdrowie pacjentów w ramach tzw. „nadwykonań” wskazanych w art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielanej ze środków publicznych.

Zgodnie z treścią art. 353¹ k.c., strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby treść lub cel umowy nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współzycia społecznego. Stosownie zaś do art. 58 k.c., czynność prawna sprzeczna z ustawą lub mająca na celu obejście ustawy jest nieważna, chyba że właściwy przepis przewiduje inny skutek, w szczególności ten, że na miejsca nieważnych postanowień czynności prawnej, wchodzi odpowiednie przepisy ustawy. Nieważna jest też czynność sprzeczna z zasadami współzycia społecznego (art. 58 § 2 k.c.). Obowiązki wynikające z wskazanych przepisów ustaw szczegółowych, jak ustawa o działalności leczniczej, czy ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielanych ze środków publicznych, mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Tym samym zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 2009 r., V CSK 272/08, LEX nr 530613).

Zakład opieki zdrowotnej odmawiając udzielenia świadczeń zdrowotnych pacjentowi w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia naraża się na odpowiedzialność cywilną, natomiast jego pracownicy - na odpowiedzialność karną i dyscyplinarną z tytułu nieudzielenia pomocy. Poza tym Sąd Najwyższy wskazał, że w umowie między podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych a Narodowym Funduszem Zdrowia (wcześniej Kasą Chorych) stosowanie limitów nie dotyczy świadczeń niecierpiących zwłoki ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia człowieka, jeśli strony nie ustaliły niezbędnych przedsięwzięć organizacyjnych, zapewniających udzielenie tych świadczeń (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 lipca 2005 r., I CK 18/05, LEX nr 181380).

Jeżeli zatem podmiot leczniczy, który zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o świadczenie usług medycznych, udzielił świadczenia pacjentowi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, to przysługuje mu roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie od Narodowego Funduszu Zdrowia. W orzecznictwie powszechnie akceptowane jest stanowisko, że określane w umowach ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą przypadków, gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, o jakich mowa w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 kwietnia 2008 r., V CSK 533/07, LEX nr 515717, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 2009 r., V CSK 272/08, LEX nr 530613). Jeżeli bowiem zachodzi ustawowy obowiązek natychmiastowego udzielenia świadczeń, to nie mogą one być limitowane umową (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 2003 r., IV CK 189/02, LEX nr 164009, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 2009 r., V CSK 272/08, LEX nr 530613). Tym samym na uwzględnienie nie zasługiwały twierdzenia pozwanego co do tego, że świadczenia z zakresu urologii i chirurgii dziecięcej, chirurgii ogólnej, gastroenterologicznej i onkologicznej mogły być finansowane jedynie do wysokości wartości przewidzianej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie natomiast do wysokości wykonania, bez względu na ilość świadczeń wynikających z umowy.

Należy zważyć również, że zobowiązanie pozwanego do zapłaty powodowi za świadczone usługi medyczne wynika z umowy zawartej pomiędzy stronami o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Umowa ta została zawarta na podstawie przepisu art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Zgodnie z treścią przepisu art. 155 ust. 1 tej ustawy, do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. Dokonując interpretacji umowy zawartej pomiędzy stronami należy odwołać się więc także do przepisów art. 56 i 65 k.c., a co do wykonania umowy do art. 354 k.c., co oznacza, że łącząca strony umowa wywołuje nie tylko skutki wynikające z jej treści, ale także z innych przepisów ustawy, w tym art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Z powyższego przepisu wynika wprost, że udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta jest ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy.

Przenosząc powyższe uwagi na stan faktyczny ustalony

w przedmiotowej sprawie stwierdzić można, w oparciu o zebrany w sprawie materiał dowodowy, iż część spornych świadczeń, za które powodowi szpital dochodzi zapłaty, wykonane zostały w omawianym, ustawowym trybie nagłym, dla ratowania życia i zdrowia pacjentów. Jak bowiem wynika z opinii biegłych części przeanalizowanych pacjentów zostało udzielone świadczenie zdrowotne w stanie nagłym. Mając zatem na uwadze wnioski opinii sporządzonych

przez biegłych oraz wykaz świadczeń udzielonych przez powoda (k. 128-132, 177-182, 223-225, 253-255, 539) Sąd uznał za zasadne żądanie powoda co do kwoty 652.665 zł.

Zgodnie z opiniami biegłych następującym pacjentom zostało udzielone świadczenie zdrowotne w stanie nagłym:

PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.248 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.248 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.248 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.248 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.560 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.248 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.612 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.560 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.612 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.248 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.248 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.612 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 2.184 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 6.188 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.248 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.248 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.248 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.248 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.456 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.612 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.248 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.612 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.248 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.612 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.612 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.248 zł,

PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.560 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.248 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.248 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.560 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.248 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.560 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.248 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.560 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.248 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 832 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.248 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.248 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.612 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.248 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.248 zł;
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 63.232 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 9.360 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 16.588 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 9.360 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 10.920 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 63.232 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 63.232 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 7.644 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 8.996 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 16.588 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 7.280 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 10.920 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 9.360zł;
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 10.556 zł,

PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 12.025 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za łączną kwotę 3.692 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 7.124 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 10.764 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 7.124 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 3.016 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 10.140 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 6.240 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 3.016 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 1.612 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 5.616 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 4.316 zł,
PESEL (...), któremu udzielono świadczenia za kwotę 4.316 zł.

Odnosząc się do wartości świadczeń, za które zapłaty dochodziła strona powodowa to wskazać należy, że powód ustalając ich wysokość opierał się na obowiązującej wycenie świadczeń zdrowotnych ustalonej w umowie łączącej strony. Zgodnie z treścią przedmiotowej umowy wartość poszczególnych świadczeń stanowiła iloczyn liczby jednostek rozliczeniowych w zakresie danych świadczeń oraz ceny jednostki rozliczeniowej, która wynosiła 52 zł. W taki też sposób powód ustalał wysokość poszczególnych świadczeń zdrowotnych. Nie sposób więc przyjąć, by pozwany, na etapie zawierania z powodem umowy, dokonując wyceny przedmiotowych świadczeń zdrowotnych dopuścił się w tym względzie błędu czy przeszacowania. Nadto powód przedłożył zestawienia udzielonych świadczeń, z których wprost wynikają poszczególne świadczenia oraz ich wartość. Bezzasadny pozostawał zatem zarzut pozwanego co do nieudowodnienia przez powoda faktycznie poniesionych kosztów udzielenia spornych świadczeń.

Materiał dowodowy nie potwierdził również, by powód w sposób niewłaściwy dysponował pulą środków na wykonanie określonych w umowach usług. Podkreślić należy, że powód wykazał, iż w prawidłowy sposób prowadził listy oczekujących pacjentów na udzielenie świadczeń. Zaznaczyć przy tym należy, że strony w umowie nie ustaliły niezbędnych przedsięwzięć organizacyjnych, zapewniających udzielenie tych świadczeń i wobec tego stosowanie limitów nie dotyczyło świadczeń niecierpiących zwłoki ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia człowieka. Powód nie może odpowiadać za to, że pacjentów wymagających leczenia było więcej, a on jednocześnie nie mógł odmówić udzielenia świadczeń zdrowotnych pacjentowi w sytuacji zagrożenia jego zdrowia lub życia. Pozwany nie wskazał przy tym żadnych racjonalnych rozwiązań mających zagwarantować bezpieczeństwo medyczne pacjentów, którzy trafiali do szpitala po przekroczeniu przyznanego limitów, w tym pacjentów w stanach nagłych, co do których nie było możliwości zapisywania do kolejek.

Mając na uwadze wszystkie powyższe okoliczności Sąd, na podstawie art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i art. 15 ustawy o działalności leczniczej, zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 652.665 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 16 lutego 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty (pkt 1 wyroku), natomiast w pozostałej części powództwo oddalił jako bezzasadne (pkt 2 wyroku).

O odsetkach Sąd orzekł zgodnie z żądaniem pozwu w tym zakresie, na podstawie art. 481 § 1 k.c. oraz stosownie do dyspozycji § 27 ust. 2 załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wskazuje on, że rozliczenie wykonania umowy następuje najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego. W konsekwencji ewentualny termin wymagalności spornych świadczeń, których dochodził powód za 2014 r. upłynął dopiero z dniem 15 lutego 2015 r.

O kosztach postępowania Sąd orzekł zgodnie z art. 100 k.p.c., który stanowi, że w razie częściowego tylko uwzględnienia żądań, koszty będą wzajemnie zniesione lub stosunkowo rozdzielone. Mając na względzie, że strony w zbliżonym stopniu przegrały sprawę (powód w 51%, a pozwany w 49%), a jednocześnie w takim stosunku poniosły koszty postępowania, należało zastosować zasadę wzajemnego zniesienia kosztów procesu. Z uwagi na powyższe Sąd zniósł wzajemnie między stronami koszty procesu (pkt 3 wyroku).

Na podstawie art. 113 ust. 4 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, kosztami sądowymi, od uiszczenia których strony były zwolnione, Sąd obciążył Skarb Państwa (pkt 4 wyroku).

SSO Joanna Cyganek