

sygn. akt I C 227/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 lutego 2016r.

Sąd Okręgowy w Bydgoszczy I Wydział Cywilny w składzie:	
Przewodniczący	SSR del. Joanna Cyganek
Protokolant	st. sekr. sądowy Anna Kaczmarek
po rozpoznaniu w dniu 27 stycznia 2016r.	w B.
sprawy z powództwa Szpitala (...) im. dr. A. J. w B.	
przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. (...) w B.	
o zapłatę	

1. oddala powództwo;

2. zasądza od powoda na rzecz pozwanego kwotę 3.600 (trzy tysiące sześćset) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

SSR del. Joanna Cyganek

Sygn. akt I C 227/15

UZASADNIENIE

Powód – Szpital (...) im. dr. A. J. w B. wniósł o zasądzenie od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia w W. – (...) w B. kwoty 186 634,27 zł z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty oraz kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że dochodzi tej należności jako wartości świadczeń zdrowotnych udzielonych w stanach nagłych, ratujących życie, na podstawie faktury VAT z dnia 31.12.2011r. skorygowanej fakturą z dnia 28.11.2013r. Faktura obejmuje świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie leczenia psychiatrycznego, udzielone na podstawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z dnia 26.01.2011r. (11- (...)PSY) wraz z aneksem. Powód w dniu 7 maja 2014r. skierował do Sądu Rejonowego w Bydgoszczy wniosek o zawiązanie do próby ugodowej, ale do zawarcia ugody nie doszło. Określając wartość świadczeń objętych pozwem powód określił je zgodnie z cennikiem

świadczeń na rok 2011. Świadczenia te były udzielone w stanach nagłych, ratujących życie, ale poza zakresem objętym umową. Ze względu na charakter świadczeń, wypełniają one dyspozycję art. 7 ustawy z dnia 31.08.1991r. o zakładach opieki zdrowotnej, a obecnie art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej oraz art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wszystkie świadczenia objęte pozwem zostały udzielone ponad limit zakreślony umową. Stosując utrwalone orzecznictwo powód, na etapie negocjacji wysokości kontraktu dokonywał prognoz i określił pułap prognozowanych w oparciu o doświadczenia lat poprzednich świadczeń, jednak pułapy takie nie są przez NFZ akceptowane i są drastycznie obniżane. Przyjęte limity świadczeń nie zapewniają zaspokojenia potrzeb zdrowotnych potencjalnych świadczeniobiorców. Pułapy te mogą być przekroczone w sytuacjach wyjątkowych, gdy wymaga tego ratowanie życia lub zdrowia pacjenta, a pomoc medyczna musi być udzielona natychmiast, bez zbędnej zwłoki, więc w warunkach, gdy odwołanie w czasie udzielenia świadczenia może powodować utratę życia lub zdrowia. Świadczeniodawca nie może w takiej sytuacji odmówić udzielenia świadczenia. Na dochodzone roszczenie składa się roszczenie główne w kwocie 133 794 zł i odsetki w kwocie 52 840,27 zł.

Nakazem zapłaty w postępowaniu upominawczym z dnia 10 lutego 2015r. Sąd Okręgowy w Bydgoszczy orzekł zgodnie z żądaniem pozwu.

Pozwany złożył sprzeciw, w którym wniósł o oddalenie powództwa w całości na koszt powoda. W uzasadnieniu swojego stanowiska zakwestionował roszczenie tak co do zasady, jak i wysokości. Podał, że według danych zawartych w systemie informatycznym NFZ zawierającym dane sprawozdane w raportach statystycznych przez powodowy szpital, wartość świadczeń przekraczających limit kontraktu za rok 2011 zgłoszonych przez powoda, a niezapłaconych przez pozwanego wynosi 66 469,33 zł, przy czym po dniu wniesienia pozwu pozwany nie dokonał żadnej zapłaty na rzecz powoda. Ponadto wskazał, że w odniesieniu do całej umowy, w tym w dwóch punktach umowy objętych pozwem, nie wystąpiło przekroczenie limitu kontraktu, a wręcz tzw. „niewykonania” tj. realizacja kontraktu przez powoda w wysokości niższej niż określona umową. Ogólna wartość umowy między powodem a pozwanym za 2011r. w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wynosiła 6.229.228,47 zł. W ramach tej umowy powód wykonał i zgłosił w raportach świadczenia o wartości 5.875.738,62 zł. Następnie, mimo tak zgłoszonej do NFZ wartości świadczeń, wystawił faktury na łączną kwotę 5.746.806,65 zł, co stanowi kwotę niższą o 353.489,85 zł od kwoty limitu. Powód miał prawo w odniesieniu do tej kwoty wnioskować o tzw. przesunięcia pomiędzy zakresami do dnia 15 grudnia 2011r., czego powód nie uczynił, dlatego pozbawił się możliwości dochodzenia roszczeń z tytułu nadwykonań za ten rok. Pozwany wskazał także, że w punkcie 3 umowy (leczenie uzależnień) powód domaga się kwoty 351 zł. Limit kontraktu przewidziany na ten rodzaj świadczeń wynosił 45.000 zł, natomiast powód zgłosił raporty statystyczne na kwotę 44.487 zł. Wystawione prawidłowo faktury opiewają przy tym na kwotę 44.136 zł, która jest niższa o 351 zł od zgłoszonej do NFZ i o 864 zł niższa niż limit kontraktu. W zakresie punktu 9 umowy (świadczenia psychiatryczne dla dorosłych) kontrakt przewidywał środki w wysokości 1.740.725 zł, powód zgłosił wykonanie świadczeń na kwotę 1.714.216,90 zł, (o 26.508,10 zł mniej niż wartość kontraktu) a faktury wystawił na kwotę 1.649.679,43 zł, co stanowi kwotę niższą niż wartość kontraktu o 34.537,50 zł. W odniesieniu do tych dwóch zakresów umowy powód nie musiał nawet dokonywać przesunięć między zakresami. Miał możliwość zafakturowania świadczeń i uzyskania za nie zapłaty bez jakichkolwiek przesunięć. Środki z zakresu pkt 9 umowy powód ponadto przesunął na podstawie aneksu do umowy z dnia 16.05.2011r. na inny zakres, zatem utracił prawo żądania zapłaty za nadwykonania w tym zakresie, tj. co do kwoty 34.537,50 zł (§ 22 ogólnych warunków umów). Pozwany wskazał też, że powód w zasadzie nie określił w pozwie, za jakie konkretnie świadczenia domaga się zapłaty i jakich kwot, wskazał tylko ogólną sumę. Pozwany nie jest zatem w stanie odnieść się do żądania zapłaty za poszczególne świadczenia. Zakwestionował też twierdzenia pozwu, jakoby świadczenia, niedoprecyzowane wprawdzie, miały charakter ratujących życie lub zdrowie. Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem, nie mają takiego charakteru świadczenia i zabiegi wprawdzie ratujące życie, ale stosowane u chorych leczonych przewlekle, wymagających regularnego poddawania się zabiegom medycznym. Poza tym powód nie oznaczył ich w raportach statystycznych jako ratujące życie mimo takiego obowiązku. Nie wykazał też, by podejmował wszelkie możliwe środki w celu wykorzystania wszystkich środków z kontraktu lub też dokonywał przesunięć przyjąć pacjentów oczekujących w kolejkach tam, gdzie to było możliwe.

W odpowiedzi na sprzeciw powód przedłożył zestawienie pacjentów i udzielonych im świadczeń. Ponadto wskazał, że tylko kwota 17 554,23 zł z tytułu niedowykonań mogła być przesunięta według symulowanego wykonania za rok 2011, zmniejszenie wartości kontraktu w zakresie kwoty 34 537,50 zł nastąpiło wyłącznie w I kwartale 2011r. w celu przesunięcia na inne zakresy oraz że faktury za świadczenia zdrowotne udzielone w stanach nagłych były wystawione poza systemem informatycznym pozwanego, ponieważ powód nie miał możliwości ich wystawienia za pośrednictwem systemu pozwanego. Według powoda system informatyczny pozwanego nie pozwala na wystawienie faktur na kwoty nie mieszczące się w limicie. Powód zaprzeczył temu, aby świadomie nie dokonywał oznaczeń świadczeń jako ratujących życie, w celu uzyskania dodatkowej zapłaty za świadczenia ponadlimitowe.

W dalszym toku postępowania strony pozostały przy swoich stanowiskach.

Sąd ustalił, co następuje:

Powód zawarł z pozwanym umowę nr (...) z dnia 26 stycznia 2011 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Umowa ta była zmieniona aneksem nr (...) do tej umowy w trakcie roku, na skutek wniosku powoda z dnia 15.12.2011r. o dokonanie przesunięć środków finansowych między zakresami w ramach umowy. Przesunięcie dotyczyło kwoty 17 554,23 zł, która została przeznaczona na świadczenia w oddziale dziennym zaburzeń nerwicowych w miejsce świadczeń krótkoterminowych w oddziale terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz świadczeń w poradni psychologicznej.

(dowód: umowa wraz z planem rzeczowo-finansowym, k. 11-19 i 90-92, wniosek, aneks do umowy, k. 84-89)

Środki z zakresu pkt 9 umowy w kwocie 34 537,50 zł powód ponadto przesunął na podstawie aneksu do umowy z dnia 16.05.2011r. na inny zakres.

(okoliczność bezsporna)

Ogólna wartość umowy między powodem a pozwanym za 2011r. w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wynosiła 6.229.228,47 zł. W ramach tej umowy powód wykonał i zgłosił w raportach świadczenia o wartości 5.875.738,62 zł. Następnie wystawił faktury na łączną kwotę 5.746.806,65 zł, co stanowi kwotę niższą o 353.489,85 zł od kwoty limitu.

Limit kontraktu przewidziany na świadczenia określone w punkcie 3 umowy (leczenie uzależnień) wynosił 45.000 zł, natomiast powód zgłosił raporty statystyczne na kwotę 44.487 zł, a faktury wystawił na kwotę 44.136 zł, która jest niższa o 351 zł od zgłoszonej do NFZ i o 864 zł niższa niż limit kontraktu. W zakresie punktu 9 umowy (świadczenia psychiatryczne dla dorosłych) kontrakt przewidywał środki w wysokości 1.740.725 zł, powód zgłosił wykonanie świadczeń na kwotę 1.714.216,90 zł, (o 26.508,10 zł mniej niż wartość kontraktu), a faktury wystawił na kwotę 1.649.679,43 zł, co stanowi kwotę niższą niż wartość kontraktu o 34.537,50 zł.

(dowód: zestawienie świadczeń niezapłaconych, k. 58, zeznania świadków B. S., k. 139, od 00:06:12, A. S., k. 147 od 00:28:14, V. J. w odpowiednim zakresie, k. 147 od 00:05:09).

Świadczenia, za które powód dochodzi zapłaty udzielone wobec pacjentów, których dane osobowe i rodzaj udzielonych świadczeń powód wskazał na kartach 93-116 akt nie były oznaczone w comiesięcznych raportach statystycznych jako ratujące życie. Były to świadczenia polegające głównie na poradach lekarskich kontrolnych, terapeutycznych lub diagnostycznych, a także pobyty na dziennym oddziale psychiatrycznym lub leczenia uzależnień.

(okoliczności bezsporne)

Powód, poza wskazanymi wyżej kwotami, nie skorzystał z możliwości dokonania dalszych przesunięć między zakresami w ramach niewykorzystanej kwoty kontraktu, ani z możliwości uzupełnienia danych dotyczących świadczeń

ratujących życie lub zdrowie i uzyskania za nie zapłaty w ramach pozostałej do dyspozycji kwoty do dnia 15 lutego 2012r. (w ciągu 45 dni od zakończenia roku).

Powód wystawił jedną zbiorczą fakturę za świadczenia niezapłacone na kwotę 155 989,50 zł w dniu 31 grudnia 2011r., następnie w dniu 28 listopada 2013r. skorygował ją do kwoty 133 794 zł.

(dowód: faktury, k. 8-10).

Sąd zważył, co następuje:

Wyżej ustalony stan faktyczny sprawy został ustalony na podstawie przedłożonych do akt sprawy dokumentów i zeznań świadków.

Przedłożone do akt dokumenty, w tym dokumentacja medyczna pacjentów na nośniku CD, k. 35, nie były przez strony kwestionowane co do autentyczności. Skoro tak, a dowody te korzystają z domniemań określonych treścią art. 244-245 k.p.c., należało uznać, że są one w pełni wiarygodne i zachowują moc dowodową. Pozwany, w zakresie dokumentacji medycznej pacjentów nie kwestionował jej prawdziwości, czy też przebiegu leczenia i faktycznie udzielonych świadczeń, a jedynie to, czy świadczenia te były udzielone w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia i wymagały natychmiastowego ich udzielenia na wypadek uznania, że co do zasady świadczenia te były udzielone ponad umowne limity świadczeń i nie mogły być sfinansowane w ramach środków określonych umową. Te okoliczności mogłyby być wyjaśnione wyłącznie po przeprowadzeniu dowodu z opinii biegłego psychiatry, zwłaszcza, że świadczenia nie były oznaczone w raportach statystycznych jako ratujące życie, jednakże Sąd, uznając, że powód nie może dochodzić zapłaty za te świadczenia niezależnie od ich zakwalifikowania jako ratujące życie, o czym w dalszej części uzasadnienia, uznał przeprowadzenie tego dowodu za niecelowy.

W sprawie przesłuchano także świadków V. J., B. S. i A. S.. Osoby te były zatrudnione u powoda lub pozwanego, a nadto posiadały istotną wiedzę na temat sposobu rozliczania zawartych między stronami kontraktów. Pomiedzy zeznaniami tych osób nie ujawniły się istotne różnice, które nakazywałyby odmówić wiarygodności któremukolwiek z nich, w tym co do zasady także zeznaniom świadka V. J.. Jedyną okolicznością, na którą świadek J. wskazywała odmiennie był fakt rzekomej niewyjaśnionej przyczyny, dla której pozwany nie udostępnił powodowi szablonów umowy mimo kierowania prośb. Zeznania te nie są wiarygodne, bowiem powód nie poparł ich żadnymi dokumentami mogącymi tę okoliczność potwierdzić, jak chociażby wnioski o udostępnienie szablonu. Według pozwanego powód już składając raporty statystyczne zgłosił mniej świadczeń, niż to wynikało z umówionych limitów, nie twierdził nigdy, aby jakiegokolwiek zgłoszone pozycje z jakiegokolwiek powodu kwestionował, co powodowałoby konieczność dalszej wymiany stosownych formularzy, prowadzącej do możliwości wystawienia faktury. Wskazać należy, co biorąc pod uwagę mechanizm funkcjonowania NFZ w skali kraju stanowi okoliczność znaną i Sądowi i stronom z urzędu, że rozliczanie świadczeń w 2011 r. odbywało się za pomocą systemu informatycznego, w cyklach miesięcznych, a w każdym miesiącu składało się z dwóch faz. Najpierw szpital przysyłał do NFZ raport statystyczny, w którym zawierał wszystkie udzielone świadczenia. Ten raport był weryfikowany przez NFZ pod kątem tego, czy zawiera wszystkie wymagane dane, które szpital powinien przekazać, czy jakiś pacjent nie został uwzględniony kilkakrotnie i nie udzielono mu świadczeń w trybie szpitalnym i ambulatoryjnym oraz czy temu samemu pacjentowi nie udzielono świadczeń w kilku szpitalach. Po tej weryfikacji świadczeniodawca pobierał raport zwrotny do raportu statystycznego, z którego wynikało, które świadczenia są przedstawione prawidłowo i może je potencjalnie rozliczyć. Szpital mógł też poprawić błędy w raporcie i ponownie przedstawić pacjentów do weryfikacji. Poprawki i przysyłanie raportu statystycznego mogło mieć miejsce kilkakrotnie zanim rozliczenie przechodziło do drugiego etapu, w którym szpital przysyłał do NFZ raport rozliczeniowy, w którym mogły znaleźć się tylko świadczenia przedstawione poprawnie do zapłaty. Na tym etapie powód mógł wybierać świadczenia, które mają być zapłacone, tj. mógł losowo wskazywać świadczenia do wysokości limitu lub przesłać wszystkie potencjalne świadczenia nadające się do zapłaty, a NFZ płacił za kolejne świadczenia, aż do wyczerpania limitu wynikającego z umowy i kolejnych aneksów. Wówczas, świadczeniodawca otrzymywał raport zwrotny do raportu rozliczeniowego i na tej podstawie mógł przygotować fakturę elektroniczną i sporządzić jej wydruk. Nielogicznym byłoby w ocenie Sądu przyjęcie, że przez cały 2011r.

pozwany nie dokonywał tego rodzaju weryfikacji i przesłania raportu zwrotnego powodowi, skoro umowa została ostatecznie rozliczona, powód od 2011r. aż do chwili złożenia pisma procesowego z dnia 29.04.2015r. a potem przesłuchania świadka J. nie twierdził nawet, że faktur w systemie informatycznym NFZ nie wystawił dlatego, że pozwany nie uznawał części zgłoszonych świadczeń. Nie wykazał tej okoliczności, nie przywołał żadnej poszlaki umożliwiającej przyjęcie, że tak faktycznie było. Jeżeliby takie uwagi i zastrzeżenia, jak zeznała świadek J. (00:25:51, k. 147), na piśmie kierował, nic nie stało na przeszkodzie, aby ten dowód załączył. Należy zwrócić przy tym uwagę, że zbiorczą fakturę za świadczenia ponadlimitowe powód wystawił na koniec roku 2011r., ale skorygował ją dopiero w listopadzie 2013r. i nie wskazał nawet, jaki był powód dokonania tej korekty i co składa się na kwotę korekty.

Pozwany cofnął wnioski o przesłuchanie świadka Z. i stron, dlatego zostały one pominięte.

Przechodząc do meritum, Sąd zważył, że w niniejszej sprawie spór dotyczył tego, czy pozwany ma obowiązek zwrócić powodowi poniesione przez niego koszty leczenia pacjentów wskazanych w pozwie. Sporne było więc to, czy udzielone tym pacjentom świadczenia zdrowotne były świadczeniami pilnymi ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia i zdrowia i czy powinny być one rozliczone w ramach łączącej strony umowy, ale także i to - nawet gdyby wszystkie świadczenia uznać za ratujące życie - czy szpital dołożył należytej staranności w gospodarowaniu powierzonymi środkami pieniężnymi.

Na wstępie, rozważyć należy następującą kwestię natury ogólnej. Otóż, wedle treści art. 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Zgodnie natomiast z ust. 2 tego przepisu, Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. Z treści zacytowanych przepisów konstytucyjnych można więc wyciągnąć wniosek, że Państwo zapewnia obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, nie jest to jednak dostęp o charakterze absolutnym i zupełnym. Konstytucja przewiduje bowiem istotne zastrzeżenie, że warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. Z redakcji tego przepisu i powszechnej wiedzy o ograniczonym zasobie środków, z jakich finansowana jest publiczna służba zdrowia, zakładać trzeba, że ustawowe regulacje mają przede wszystkim charakter ograniczeń w dostępie do publicznej opieki zdrowotnej, kierowanych zresztą względami racjonalnymi i obiektywnymi.

W świetle regulacji ustawowych, na powodowym szpitalu ciążył obowiązek udzielania w stanach nagłych świadczeń zdrowotnych ratujących życie i to niezależnie od zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia. W myśl bowiem art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity: Dz.U.2007.14.89), a w obecnym stanie prawnym – art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U.2015.618), zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Z kolei, z treści art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty wynika, że 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. Ponadto, zgodnie z art. 19 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U.2015.581) w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Co istotne 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. Z powyższego uregulowania wynika, że w przypadku, gdy świadczeniodawcę łączy z Narodowym Funduszem Zdrowia umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, to ona jest podstawą rozliczeń pomiędzy tymi podmiotami. Natomiast, gdyby mimo realizowania umowy przez obydwie strony doszło do sytuacji, że szpital udzielił świadczenia ratującego życie lub zdrowie i przekroczył zakontraktowaną ilość danego rodzaju świadczeń, powinien otrzymać zapłatę za to świadczenie na podstawie art. 19 ust. 4 ustawy.

Należy jednak podkreślić, że nie w każdym przypadku udzielenia świadczeń nagłych ratujących życie lub zdrowie finansowanie następuje niezależnie od limitu świadczeń określonych w umowach łączących strony procesu. Z przepisu art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wynika, że 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. Ta zasada dotyczy wszystkich świadczeń, w tym świadczeń ratujących życie i zdrowie udzielonych w stanach nagłych. Może się jednak zdarzyć, że pozwany będzie zobowiązany do zapłaty za świadczenia nagłe udzielone ponad limit określony w umowie.

Ustalenie, w jakich przypadkach pozwany będzie zobowiązany do zapłaty winna poprzedzać wykładania przepisów art. 19 i 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W art. 20 ustawy uregulowano udzielanie świadczeń medycznych w sytuacjach nieobjętych dyspozycją przepisu art. 19 ust. 1 tejże ustawy. Z postanowień przepisu art. 20 wynika, że świadczeń medycznych udziela się w kolejności zgłoszeń osób wymagających takiej pomocy, a w tym celu prowadzi się listę oczekujących. Kolejność na liście może ulec zmianie o czym stanowią przepisy ust. 7 i 8. Wprawdzie z przepisu art. 20 nie wynika wprost obowiązek przeznaczenia części zakontraktowanych świadczeń na realizację świadczeń o charakterze nagłym, lecz taki obowiązek można wyprowadzić z łącznej analizy przepisów art. 19, 20 oraz 132 ustawy. Skoro z przepisu art. 20 ust. 7 wynika możliwość wcześniejszego udzielenia świadczenia medycznego niżby to wynikało z listy oczekujących w razie pogorszenia się stanu zdrowia, a przepis art. 19 ust. 1 stanowi, że w stanach nagłych zagrażających życiu i zdrowiu świadczeń medycznych należy udzielić niezwłocznie, to w planowaniu udzielanych świadczeń należy uwzględnić konieczność udzielenia świadczeń w stanach nagłych. Z przepisów tych wynika bowiem, że kolejność na liście oczekujących uzależniona jest w pierwszej kolejności od stanu zdrowia pacjenta, a następnie kolejności zgłoszenia. Niekiedy jednak, nawet przy zachowaniu zasady racjonalnego wykorzystania zakontraktowanych środków, może dojść do sytuacji, w której szpital przekracza umówione limity świadczeń. Wówczas art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach uprawnia go do żądania zapłaty za świadczenia wykonane ponad limit - jest bowiem wówczas traktowany jako podmiot, który nie miał podpisanej umowy. Ciężar wykazania tych okoliczności spoczywa na podmiocie, który domaga się zapłaty za świadczenia wykonane ponad limit określony w umowie. Powód, którego łączy z pozwanym umowa, domagając się odrębnej zapłaty za świadczenia udzielone w trybie art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty winien zatem wykazać po pierwsze, że wykonane świadczenia spełniają przesłanki wskazane w tych przepisach, a ponadto, że racjonalnie gospodarował zakontraktowanymi środkami finansowymi i starannie realizował umowę łączącą go z Funduszem, co jednak nie pozwoliło zmieścić się w zakontraktowanej ilości świadczeń. To bowiem powód – świadczeniodawca – ma bieżący wgląd w ilość przyjęć w danym zakresie, wgląd do bieżącego wykorzystania limitów, możliwość analizy przewidywanych przyjęć w danym roku na podstawie doświadczeń lat poprzednich. To zatem świadczeniodawca ma do dyspozycji wszystkie argumenty i dane potrzebne do tego, aby podejmować w czasie trwania danego roku kalendarzowego decyzje zmierzające do prawidłowego i racjonalnego wykorzystania powierzonych środków, przynajmniej do granic, po przekroczeniu których utrzymanie się w ramach limitu i jednocześnie zgodne w powołanymi wyżej przepisami udzielanie koniecznych świadczeń jest już niemożliwe. To wreszcie powód posiada odpowiednią wiedzę o stanie zdrowia pacjentów oczekujących w kolejkach, podczas gdy NFZ dysponuje tylko numerami PESEL tych osób i kwalifikacją ich do grup stabilnych lub pilnych. Powyższe stanowisko nie oznacza, że cała odpowiedzialność za prowadzenie prawidłowej gospodarki spoczywa na świadczeniodawcy, jednak jeżeli dysponuje on środkami publicznymi, nawet jeżeli z natury rzeczy przez wiele lat zbyt ograniczonymi z powodu finansów Państwa, winien nimi zarządzać sprawnie, racjonalnie i przejrzyście, a w procesie, w razie potrzeby, móc te fakty udowodnić.

Nawet jednak, gdyby przyjąć za słuszny pogląd, że niezależnie od okoliczności sprawy, a w niniejszej niedostatki racjonalnego gospodarowania są aż nadto widoczne, to na Narodowym Funduszu Zdrowia, jako podmiocie de facto reprezentującym Państwo przy rozdzielaniu środków i odpowiedzialnym za finansowanie usług medycznych w skali kraju spoczywa obowiązek wykazania tzw. okoliczności negatywnej, tj. że powód nie zarządzał zasobami racjonalnie i gospodarnie, to w niniejszej sprawie należy ocenić, że pozwany takiemu obowiązkowi sprostał. Przedstawił dowody

w postaci zeznań świadków S. i S., poniekąd potwierdzonych także zeznaniami świadka V. J., z których wynika, a powód przeciwdowodu tych faktów nie przeprowadził, że powód sprawozdał świadczenia na kwoty niższe, niż przewidywał kontrakt i środków nie wykorzystanych nie rozliczył na poczet nadwykonań i nie uczynił tego w ciągu 45 dni po zakończeniu roku. Okoliczność, czy powód mógł, czy też nie mógł pewnych świadczeń, w tym objętych pozwem, rozliczyć przez wystawienie faktur w systemie informatycznym NFZ ma tutaj drugorzędne znaczenie. Miałyby znaczenie czy i jeżeli tak to dlaczego była jakaś przeszkoda do wystawienia faktur za świadczenia nadlimitowe w systemie (deklarowany przez powoda na etapie zeznań świadka J. brak udostępnienia tzw. szablonu), gdyby powód przez cały rok 2011 pierwotnie sprawozdał więcej świadczeń niż przewidywała umowa.

Ponadto, jak wynika z bezspornych faktów, powód tylko raz w 2011r. skorzystał z możliwości przesunięcia środków między zakresami i to tylko co do kwoty 17 554,23 zł, objętej wnioskiem z 1.12.2011r., także w zakresie kwoty 34 537,50 zł w I kwartale roku 2011r. uzyskał przesunięcie na inny zakres w związku z niedow wykonaniami. Niezależnie od tego, czy zgodnie z treścią ogólnych warunków umowy, której treści powód nie kwestionował, chociaż nie załączył do pozwu (pozwany też tego nie uczynił), które w § 22 przewidują brak możliwości dochodzenia roszczenia z tytułu nadwykonań w zakresach, z których nastąpiło przesunięcie środków na inne zakresy, powód może czy też nie może dochodzić zapłaty tej kwoty, podkreślenia wymaga, że w skali roku powód zgłosił pozwanemu wykonanie świadczeń na kwotę niższą o ponad 300 tysięcy złotych, niż przewidywała umowa, zatem ostatecznie powód wszystkie objęte pozwem świadczenia mógł zrealizować w ramach umowy, bez konieczności ubiegania się o zapłatę za nadwykonania, jedynie podejmując właściwe i konsekwentne decyzje finansowe oraz przestrzegając zasad sprawozdawczości w trakcie trwania roku. Brak konsekwencji w wyjaśnieniu wskazanych przez pozwanego w sprzeciwie rozbieżności w trakcie trwania 2011r. lub nawet do 15 lutego 2012r. skutkowało musiałoby oddaleniem powództwa. Sam fakt wystawienia bez żadnego komentarza faktury korygującej dopiero w 2013r. świadczy, w ocenie Sądu o tym, że powód sam pozbawił się możliwości wyjaśnienia wszystkich rozbieżności kwotowych i korekty swoich sprawozdań w czasie, w którym mógł to uczynić i uzyskałby zapłatę za wszystkie udzielone świadczenia. Nie dowiódł powód bowiem w tym procesie, że rzeczywiście udzielił świadczeń medycznych do pełnej wysokości środków przyznanych umową, a tym bardziej, że udzielił je w jeszcze większym zakresie. Z pewnością za dowód tych okoliczności trudno uznać załączone do pisma procesowego z dnia 29.04.2015r. wydruk ze strony internetowej pozwanego (k. 82) czy zestawienie z symulowanego wykonania świadczeń do spornej umowy za 2011r., k. 87. Po pierwsze, zestawienie z k. 87 nie koresponduje z wydrukiem strony internetowej z k. 82, po drugie, nie wynika z niego, że powód rzeczywiście przesłał do NFZ raporty na kwotę 6 506 579,10 zł. Wreszcie, rzekomo przyjęte przez NFZ świadczenia zgodnie z tym zestawieniem, tj. na kwotę 5 948 448,14 zł i kwota wskazana w fakturze korygującej (133 794 zł) nadal daje sumę niższą od wysokości łącznej kontraktu. Kwota 133 794 zł jest także niższa od różnicy deklarowanych w tym zestawieniu sumy świadczeń przekazanych (zgłoszonych) wedle twierdzeń powoda i wartości kontraktu, przy czym są to wielkości symulowane, a nie rzeczywiście zgłoszone, co mógł być powód uczynić, a potem wykazać, aż do 15 lutego 2012r. Nie ma wątpliwości, że w większości sporów tego rodzaju strony są zgodne co do tego, że świadczeniodawcy udzielają, a potem przekazują (zgłaszają) w przewidzianym do tego terminie więcej świadczeń, niż zakładała umowa. Jeżeli jednak pozwany, który otrzymuje raporty od świadczeniodawcy, zgłosił tak daleko idące rozbieżności w zaewidencjonowanych kwotach, a świadek zgłoszony przez powoda przyznała, że jednostka miała niewykonania, były takie zakresy, w których mimo, że niewykonania były, według powoda nie można było dokonać przesunięć głównie z powodu braku pewności, czy środki te do końca roku nie okażą się potrzebne w danym zakresie, powód te rozbieżności powinien wyjaśnić. Rzecz w tym, że w przypadku powoda „obawa” ta dotyczyła okresu 15 dni grudnia 2011r. i skutkowało niewykorzystaniem ponad 300 tysięcy złotych. Znamienne jest też, że jak świadek J. zeznała na rozprawie, przesunięcia powinny być dokonywane na koniec roku, kiedy będzie znana liczba pacjentów. Taką wiedzę zatem miał powód na koniec roku i winien był z niej skorzystać do 15 lutego 2012r. czyniąc odpowiednie poprawki i wyjaśnienia ewentualnych wątpliwości i rozbieżności. Mógł też skorygować oznaczenie poszczególnych świadczeń jako ratujących życie, jeżeli takie faktycznie były udzielone, co z kolei umożliwiłoby pozwanemu przynajmniej ocenę skali świadczeń udzielanych planowo i tych, których udzielenie nie mogło poddać się dokładnemu oszacowaniu. Co więcej, nie wyjaśnił powód w żaden sposób, dlaczego nie przedstawił faktur na pełną wysokość tych świadczeń, które zgłosił i których pozwany nie kwestionował. Wskazał tylko, że z niewiadomych mu powodów na te świadczenia nie otrzymał tzw. szablonów, czemu pozwany zaprzeczył. W ocenie Sądu nie miałby pozwany, biorąc pod uwagę jego funkcję i cel działania żadnego interesu,

aby celowo uniemożliwić powodowi wystawienie faktur na prawidłowo sprawozdane i niekwestionowane, a nadto mieszczące się w limicie umownym świadczenia.

Powyższe rozważania prowadzą do wniosku, że z punktu widzenia rozstrzygnięcia niniejszej sprawy istotne jest także, w jaki sposób strony realizowały łączącą je umowę.

Z przepisu art. 56 kc wynika, że czynność prawna, a taką stanowi umowa łącząca strony niniejszego procesu, wywołuje skutki nie tylko w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustaw, zasad współżycia społecznego i ustalonych zwyczajów. Takim przepisem, jest art. 354 § 1 k.c. stanowiący, że dłużnik powinien wykonać zobowiązanie zgodnie z jego treścią i w sposób odpowiadający jego celowi społeczno-gospodarczemu oraz zasadom współżycia społecznego, a jeżeli istnieją w tym zakresie ustalone zwyczaje - także w sposób odpowiadający tym zwyczajom. Wedle natomiast § 2 tego przepisu, w taki sam sposób powinien współdziałać przy wykonaniu zobowiązania wierzyciel. W drodze tych regulacji polskie prawo nakłada na obie strony stosunków cywilnoprawnych obowiązek współdziałania przy wykonywaniu zobowiązań i to w zgodzie z kryteriami, o których stanowi art. 354 § 1 i 2 k.c. Sprzeniewierzenie się tym obowiązkom przez którąkolwiek ze stron oznacza, że wykonuje ona swoje zobowiązanie w sposób wadliwy, co może rodzić dotkliwe konsekwencje - w tym wypadku konieczność pokrycia z własnych środków kosztów udzielonych wbrew umowie świadczeń. Sąd orzekający w niniejszej sprawie w pełni podziela pogląd wyrażony przez Sąd Najwyższy, że zakład opieki zdrowotnej, mając świadomość limitowanej puli środków na wykonanie określonych usług medycznych, powinien właściwie je wykorzystać, tworząc system określonej kolejności i rozkładania w czasie wykonania niektórych usług, do czego upoważniał go art. 19 ust. 1 pkt 1 ustawy z.o.z. Powinien tak gospodarować środkami przyznanymi w umowie, aby pozostawała rezerwa na wypadki nagłe. Do wyczerpania maksymalnego limitu finansowania świadczeń określonego w umowie, wydatki na świadczenia wynikające z art. 7 ustawy z.o.z. i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza nie podlegają odrębnemu, pozaumownemu finansowaniu. Natomiast w przypadku każdorazowego wyczerpania kwoty określonej w umowie, świadczenia wykonane w ramach przymusu ustawowego powinny być finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (por. wyrok z dnia 13 października 2006 r., sygn. III CSK 123/06, LEX nr 258671 i wyrok z dnia 18 stycznia 2006 r. sygn. V CSK 60/05, LEX nr 258665).

Wszystkie te okoliczności przemawiają, w ocenie Sądu, za oddaleniem powództwa w całości, w oparciu o przytoczone wyżej przepisy.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 kpc, który ustanawia zasadę odpowiedzialności za wynik procesu, zgodnie z którą strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu) stosownie do wysokości uwzględnionego żądania. Pozwany wygrał sprawę w całości. Koszty poniesione przez pozwanego wyniosły 3600 zł i objęły wyłącznie wynagrodzenie pełnomocnika w wysokości obliczonej zgodnie z § 2 ust. 1 i 2 oraz § 6 pkt. 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu.

SSO Joanna Cyganek

Zarządzenia:

1. Odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć pełn. stron;
2. Za 14 dni lub z wpływem.