

## UZASADNIENIE

(...) S.A w U. w pozwie z dnia 13 lutego 2015 r., skierowanym przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w Ł. wniosła o zasądzenie kwoty 7.937.538 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 10 lutego 2015 r. oraz kosztami procesu, w tym kwoty 14.400 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego, tj. w wysokości dwukrotności stawki minimalnej, z tytułu zwrotu wartości świadczeń medycznych udzielonych w 2013 r. 676 pacjentom w trybie nagłym, w sytuacji niezawarcia z pozwanym umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

(pozew k. 2 - 18)

Pozwany w odpowiedzi na pozew z dnia 23 kwietnia 2015 r. wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powoda zwrotu kosztów procesu według norm przepisanych, kwestionujący roszczenie pozwu, tak co do zasady, jak i wysokości.

(odpowiedź na pozew k. 604 - 610, tom IV)

Pozwany w piśmie procesowym z dnia 22 maja 2015 r. podniósł zarzut działania powoda celem obejścia przepisu art. 132 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i w związku z powyższym podniósł zarzut nadużycia prawa podmiotowego przez działania naruszające zasady współżycia społecznego i społeczno-gospodarcze przeznaczenie prawa (art. 5 KC), podnosząc że powód udzielał świadczeń głównie celem otrzymania od NF wynagrodzenia w trybie art. 19 powołanej ustawy, a zasadą jest, że tylko podmioty, które mają zawarte umowy z NFZ, otrzymują wynagrodzenie za świadczenia finansowane ze środków publicznych.

(pismo procesowe k. 635 - 639, tom IV)

Powód w piśmie procesowym z dnia 25 marca 2015 r. cofnął powództwo ze zrzeczeniem się roszczenia co do kwoty 22.467,20 zł w związku z częściowym spełnieniem świadczenia.

(pismo procesowe k. 595 - 597, tom III)

Powód w piśmie procesowym z dnia 15 czerwca 2015 r. cofnął powództwo ze zrzeczeniem się roszczenia co do kwoty 12.566,40 zł w związku z częściowym spełnieniem świadczenia. Powód podniósł, że pozwany uznał za uzasadnione koszty świadczeń tożsamych z dochodzonymi w sprawie na poziomie 47,60 zł za punkt rozliczeniowy.

(pismo procesowe k. 720 - 736, tom IV)

Powód w piśmie procesowym z dnia 18 czerwca 2015 r. podniósł, że zarzuty pozwanego zgłoszone w piśmie z dnia 22 maja 2015 r. są bezzasadne, bowiem powód wypełniał jedynie ciężący na nim ustawowy obowiązek, jakim jest przymus udzielania świadczeń pacjentom znajdującym się w stanie nagłym a duża liczba pacjentów przekłada się na ogromne koszty powoda i wynika tylko i wyłącznie z niedoszacowania przez pozwanego zapotrzebowania na rodzaj i zakres świadczeń udzielanych przez powoda oraz z niewystarczającego wyposażenia w sprzęt medyczny zakontraktowanych podmiotów.

(pismo procesowe k. 841 - 845, tom V)

Powód w piśmie procesowym z dnia 21 grudnia 2017 r. sprecyzował roszczenie odsetkowe, wnosząc o zasądzenie kwoty 7.902.504,40 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 13 lutego 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. oraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r.

(pismo procesowe k. 1550, tom VIII)

Strony przed zamknięciem rozprawy w dniu 24 stycznia 2019 r. poparły dotychczasowe stanowiska procesowe.

(e-protokół k. 1731, tom IX)

**Sąd Okręgowy ustalił, co następuje:**

Powodowa spółka jest przedsiębiorcą i prowadzi m.in. działalność szpitali oraz lekarską praktykę specjalistyczną.

(niesporne informacja z KRS k. 22)

Powód prowadzi w B. XII Oddział Kardiologiczny (...) i od rozpoczęcie działalności w B. od 2012 r. nie jest związany z pozwanym żadną umową o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Udziela świadczeń w trybie art. 19 ustawy z dnia 21 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 poz. 581 - dalej u.ś.o.z.), tj. w stanach nagłych.

Powód w 2012 r. udzielił pacjentom w stanach nagłych świadczeń kardiologicznych w warunkach szpitalnych. Pozwany zatwierdził pod względem merytorycznym i kosztowym 471 spośród 759 świadczeń i wypłacił powodowi za zatwierdzone świadczenia zdrowotne wynagrodzenie w wysokości 5.444.715,20 zł a to oznacza, że wyniosło ono 47,60 zł za punkt rozliczeniowy.

Powód w 2013 r. udzielił 676 pacjentom świadczeń kardiologicznych w warunkach szpitalnych i uznając, że zostały one udzielone w stanach nagłych, wystąpił do pozwanego o wypłatę wynagrodzenia w trybie art. 19 ust. 4 i 5 powołanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Pozwany uznał że jedynie 126 przypadków spośród 676 zostało udzielonych w stanach nagłych i jedynie za te przypadki zaproponował wypłatę wynagrodzenia, przyjmując wycenę punktu rozliczeniowego poniżej 47,60 zł za punkt.

Powód nie przyjął z oferowanego wynagrodzenia.

(niesporne, uzasadnienie pozwu k. 5 - 8

+ powołane tamże dowody z dokumentów)

Powód pismem z dnia 4 lutego 2015 r., doręczonym pozwanemu w tym samym dniu, wezwał pozwanego do zapłaty kwoty dochodzonej pozwem w terminie do dnia 9 lutego 2015 r.

Pozwany do chwili zamknięcia rozprawy nie spełnił tego świadczenia.

(pismo k. 495 - 496)

Pozwany wypłacił powodowi wynagrodzenie za świadczenia udzielone w 2012 r. w stanach nagłych w wysokości 5.444.715,20 zł, przyjmując stawkę 47,60 zł za punkt rozliczeniowy.

(niesporne, uzasadnienie pozwu 5-6 i powołane tam że dowody z dokumentów,

zeznania świadka J. R., e-protokół k. 1731)

Strony nie były w stanie uzgodnić wysokości wynagrodzenia za świadczenia udzielane przez powoda w 2013 r. w stanach nagłych.

(niesporne)

W toku procesu (...) Oddział Wojewódzki (...) wypłacił powodowi wynagrodzenie za świadczenie kardiologiczne udzielone J. G. w kwocie wyższej aniżeli dochodzone w niniejszym procesie, analogicznie (...) Oddział Wojewódzki

(...) w odniesieniu do pacjenta A. F.. Poza tym w toku procesu wynagrodzenie za świadczenie kardiologiczne udzielone w 2013 r. T. D. wypłacił powodowi (...) Oddział Wojewódzki (...) po cenie wyższej od dochodzonej w sprawie.

(niesporne, pismo powoda k. 595 - 597 i powołane tamże dowody z dokumentów, tom III i IV, pismo powoda k. 723 i powołane tamże dowody k. 736, tom IV)

Uwzględniając wypłaty dokonane na rzecz powoda w toku procesu, powód ostatecznie dochodził w sprawie wynagrodzenia za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w 2013 r. 673 pacjentom.

(niesporne)

Spośród 673 świadczeń opieki zdrowotnej, część z nich nie została udzielona w stanach nagłych, a dotyczy to świadczeń oznaczonych następującymi liczbami porządkowymi w wykazie złożonym przez powoda (k. 402 – 448, tom III):

33, 40, 58, 76, 106, 111, 120, 140, 148, 150, 152, 153, 159, 164, 169, 177, 178, 180, 186, 213, 214, 222, 225, 237, 239, 257, 265, 266, 274, 289, 290, 292, 295, 300, 302, 304, 305, 328, 329, 331, 361, 377, 395, 397, 402, 419, 425, 426, 434, 442, 443, 476, 500, 534, 536, 539, 546, 548, 549, 563, 564, 582, 600, 601, 606, 620, 650, 666, 669.

Co do powyższych świadczeń, biegły lekarz kardiolog R. G. (1) kategorycznie uznał, że owe świadczenia nie spełniają warunków „stanu nagłego”.

Kolejne świadczenia oznaczone liczbami porządkowymi:

64, 88, 102, 320, 326, 335, 340, 396, 410, 414, 438, 461, 515, 595, 604, w ocenie Sądu nie zostały udzielone w stanach nagłych, albowiem część procedur przy pacjentach oznaczonych powyższymi liczbami porządkowymi została udzielona w stanach nagłych a część nie została zakwalifikowana przez biegłego jako udzielona w owych stanach, natomiast powód nie podjął żadnej inicjatywy dowodowej, aby procedury udzielone w tych przypadkach poddać dalszemu opiniowaniu przez biegłego w celu ostatecznego wyjaśnienia charakteru powyższych świadczeń.

(opinie pisemne biegłego k. 993 – 1413, tomy VI – VII, k. 1553 – 1643, tomy VIII – IX, opinia ustna k.1687 – 1688, transkrypcja k. 1733 – 1760, tom IX)

Wynika z powyższego, że 84 świadczenia z 673 nie zostały udzielone w stanach nagłych, tj. w około 14 % były to przyjęcia planowe, a pozostałe 86 % świadczeń zostało udzielonych w stanach nagłych.

### **Sąd Okręgowy zważył, co następuje:**

Powództwo co do zasady jest usprawiedliwione, aczkolwiek roszczenie pozwu jest wygórowane i zasługuje jedynie na częściowe uwzględnienie.

Sprawa dotyczy świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii za rok 2013, które według twierdzeń pozwu zostały udzielone przez powoda w stanach nagłych, który nie zawarł w tym okresie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Wynagrodzenie za świadczenia wykonane we wskazanym okresie dochodzone jest na podstawie art. 19 u.ś.o.z. Zgodnie z brzmieniem art. 19 ust. 4 u.ś.o.z. świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej, które udzielone zostało świadczeniobiorcy w stanie nagłym, przy czym to wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielania niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej.

Narodowy Fundusz Zdrowia zabezpiecza udzielanie świadczeń w ramach obowiązującej procedury konkursu szczegółowo regulowanej we wskazanej ustawie i aktach wykonawczych do niej, jak również zarządzeniach Prezesa NFZ. Wskazany wyżej przepis zawiera zatem wyjątek od zasady opłacenia ze środków publicznych jedynie świadczeń objętych stosowną umową z NFZ (art. 132 ust. 1 u.ś.o.z.) i uzależnia prawo podmiotu do wynagrodzenia od udzielenia świadczenia w tzw. stanie nagłym, co jest nawiązaniem do obowiązków lekarzy, ale i wszelkich podmiotów leczniczych

wynikających z odrębnych ustaw. W myśl art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2010 r. nr 107 poz. 679) „Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”. Przepis art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. nr 112, poz. 654) stanowi natomiast, że „Podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia”. Obowiązek udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej w stanie nagłym wynika również z art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.).

W odniesieniu do pacjentów w stanie zakwalifikowanym jako nagły żadna okoliczność, ani organizacyjna, ani finansowa, nie mogły stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego przez powodową Spółkę.

Przepis art. 19 u.ś.o.z., reguluje jednocześnie zasady dochodzenia zapłaty za tego typu świadczenia. W pierwszej kolejności świadczenie musi zostać wykonane przez pomiot nie mający kontraktu w stanie nagłym, tj. objętych definicją stanu nagłego zagrożenia zdrowia wynikającą z ustawy z dnia 8.09.2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.06.191.1410). Zgodnie bowiem z art. 5 pkt. 33 u.ś.o.z. użyte w ustawie określenia oznaczają: stan nagły – stan, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z 2007 r. Nr 89, poz. 590, Nr 160, poz. 1172 oraz z 2008 r. Nr 17, poz. 101).

Reasumując, ustawowym obowiązkiem powoda było udzielanie pacjentom świadczeń w stanach nagłych, zaś zaniechania w tym zakresie naraziłyby powoda na odpowiedzialność odszkodowawczą, zaś personel medyczny na odpowiedzialność karną.

W tym stanie rzeczy, całkowicie niezrozumiałe i chybione pozostają wywody pozwanego dotyczące sprzeczności roszczenia powoda z klauzulami generalnymi, o których mowa w art. 5 KC i zmierzają jedynie do uniknięcia odpowiedzialności wobec powoda.

Powód ma rację, że sytuacja wygenerowana przez pozwanego, który od kilku lat uchyla się od zapłaty powodowi należnego wynagrodzenia, jest konsekwencją tylko i wyłącznie niedoszacowania przez pozwanego zapotrzebowania na kardiologiczne świadczenia zdrowotne na terenie Województwa (...) oraz z niewystarczającego wyposażenia zakontraktowanych podmiotów leczniczych w specjalistyczny sprzęt medyczny, a także braków kadrowych personelu medycznego w owych w podmiotach leczniczych.

Sytuacja ta odzwierciedla bardzo zły stan publicznej służby zdrowia w Polsce i jest rażąco sprzeczna z konstytucyjnym prawem każdego obywatela Rzeczypospolitej Polskiej do ochrony zdrowia oraz równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP).

Powszechnie przyjmuje się w orzecznictwie, że koszty świadczeń udzielanych ubezpieczonym pacjentom w warunkach przymusu ustawowego, z którym mamy do czynienia w realiach rozpoznawanej sprawy, należy - zgodnie z art. 56 KC - włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta pomiędzy NFZ a świadczeniodawcą i obciążyć nimi Fundusz, jako podmiot zarządzający środkami publicznymi, z których powinny one być pokryte (por. m.in. wyrok SN z dnia 12 grudnia 2006r., II CSK 287/06)

Przy wyliczeniu wynagrodzenia należnego powodowi, Sąd kierował się umówioną ceną analogicznych świadczeń wykonanych przez powoda w stanach nagłych w 2012 r., która została ustalona przez strony.

Powód nie mógł wstrzymać się z udzielaniem świadczeń w stanach nagłych do czasu uzgodnienia z pozwanym ceny za punkt rozliczeniowy, bowiem ustawowym, bezwzględnie obowiązującym obowiązkiem powoda było niezwłoczne udzielenie takich świadczeń w zależności od stanu zdrowia przyjmowanych pacjentów, a skoro powód za takie same świadczenie udzielone w 2012 r. otrzymywał wynagrodzenie przy zastosowaniu stawki 47,60 zł za punkt rozliczeniowy, to

mógł zasadnie oczekiwać (przypuszczać), że za analogiczne świadczenia udzielane rok później pozwany zapłaci wynagrodzenie nie niższe, aniżeli wypłacone za świadczenia udzielane w 2012 r.

Brak wystarczających środków w budżecie NFZ nie może uzasadniać pokrzywdzenia powoda, który nie może być "ofiara" niedoinwestowania publicznej służby zdrowia.

Za zasadnością przyjęcia przez Sąd stawki 47,60 zł za punkt rozliczeniowy przemawia także okoliczność wypłaty na rzecz powoda przez trzy inne oddziały wojewódzkie (...) wynagrodzenia przy zastosowaniu owej stawki, która była nawet wyższa aniżeli 47,60 zł, a to oznacza, że przyjęcie w okolicznościach sprawy stawki żądanej przez powoda jest w pełni uzasadnione.

W związku z ustaleniem podstawy do wyliczenia należnego powodowi wynagrodzenia, zbędne było powołanie biegłego z zakresu finansów i rachunkowości na okoliczność wartości świadczeń opieki zdrowotnej, udzielonych w stanach nagłych.

Uznając, że ocena, które z 673 świadczeń zostało udzielone w stanach nagłych wymagało wiedzy medycznej (art. 278 § 1 KPC), Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego lekarza kardiologa R. G. (2), która jest jasna, logiczna i przekonująca, a żadna ze stron nie złożyła skutecznych zarzutów do opinii podstawowej, które zdyskwalifikowałyby tę opinię.

Część zarzutów zgłoszonych do opinii podstawowej została przez biegłego uwzględniona, a częściowa zmiana opinii została należycie uzasadniona (opinia ustna k. 1553 - 1643, tom VIII i IX).

Z dokonanych ustaleń wynika że ok. 86% przypadków hospitalizacji pacjentów dotyczyło stanów nagłych, a zatem pozostałe 14% to przyjęcia planowe, za które powodowi nie przysługuje wynagrodzenie.

Kilka badanych przypadków zostało ocenionych przez biegłego lekarza kardiologa w ten sposób, że lekarz przyjmujący mógł na chwilę przyjęcia ocenić, że stan pacjenta jest nagły, a dopiero ex-post okazało się że nie był to stan nagły. W ocenie Sądu przypadki te należało uznać jako stany nagłe, decydujące znaczenie ma bowiem chwila przyjęcia pacjenta i ocena sytuacji na tę chwilę.

Co do pewnych przypadków, szczegółowo wymienionych w części uzasadnienia dotyczącej ustaleń faktycznych, niektóre procedury kardiologiczne w stosunku do części pacjentów zostały wykonane w stanach nagłych, a niektóre nie spełniały kryteriów stanu nagłego i Sąd ocenił tę sytuację jako przyjęcia planowe. Powód nie podjął żadnej inicjatywy dowodowej, aby biegły wyjaśnił omawiane przyjęcia i wykonane procedury, jak też nie przedstawił wyceny tych procedur medycznych, które zostały zakwalifikowane jako wykonane w stanach nagłych.

Z tych wszystkich względów co do 15 pacjentów (liczby porządkowe w tabeli oraz opiniach: 68, 88, 102, 323, 326, 335, 340, 396, 410, 414, 438, 461, 515, 595, 604 brak było podstaw do przyznania powodowi wynagrodzenia.

Poza tym 69 przypadki to sytuacje przyjęć i leczenia ocenione jako stany planowe.

Aby wyliczyć należne powodowi wynagrodzenie Sąd podsumował 84 przypadków, posługując się tabelą przedstawioną przez powoda (k. 402 - 448, tom III) i o uzyskaną sumę pomniejszych żądane przez powoda wynagrodzenie, wcześniej pomniejszone o 35.033,60 zł (w tym zakresie powód cofnął pozew).

Wartość 84 świadczeń nie udzielonych w stanach nagłych, według wyliczenia powoda z wykazu świadczeń i ich wartości (k. 402 - 448, tom III), przy zastosowaniu przyjętej stawki 47,60 zł za punkt rozliczeniowy, wynosi 1.228.460,80 zł.

Zważywszy, że powód dochodził ostatecznie zapłaty 7.902.504,40 zł, zasądzono na rzecz powoda na podstawie powołanych wcześniej przepisów 6.674.043,60 zł, jako różnicę powyższych kwot.

O odsetkach orzeczono na podstawie art. 481 w zw. z art. 455 KC od dnia następnego po upływie terminu do spełnienia świadczenia, określonego w wezwaniu z dnia 4 lutego 2015 r.

Powództwo co do kwoty 1.228.460,80 zł zostało oddalone, jako że obejmuje świadczenia opieki zdrowotnej, które nie zostały udzielone w stanach nagłych i za te świadczenia powodowi nie przysługuje wynagrodzenie ze środków publicznych, zaś co do kwoty 35.033,60 zł zostało umorzone, bowiem w tej części powód cofnął pozew (art. 355 KPC).

Powód wygrał sprawę w ok. 84 %, zatem o kosztach procesu orzeczono zgodnie z zasadą stosunkowego rozdzielenia kosztów, zważywszy, że powód poniósł koszty w łącznej wysokości 57.200 zł (opłata od pozwu + honorarium radcy prawnego).

Na podstawie art. 113 ust. 1 i 4 u.k.s.c. nie obciążono stron nieuiszczonymi kosztami sądowymi.

## ZARZĄDZENIE

Doręczyć odpis wyroku z uzasadnieniem pełnomocnikowi pozwanego.