Sygnatura akt II C 639/16

UZASADNIENIE

Pozwem z 20 maja 2016 r., skierowanym przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w Ł., (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w P. wniosła o ustalenie nieistnienia stosunku prawnego polegającego na tym, że pozwanemu przysługuje uprawnienie do żądania od strony powodowej zwrotu kwoty 1.920.984 zł tytułem niezasadnie pobranych przez nią środków z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych w 2014 r. oraz 2015 r. w związku z realizacją umów nr (...) oraz zapłaty kwoty 23.739,71 zł tytułem kary umownej nałożonej na stronę powodową przez pozwanego, a strona powodowa zobowiązana jest do zapłaty na rzecz pozwanego ww. kwot. (pozew – k. 3-16)

Postanowieniem z dnia 28 kwietnia 2016 roku w sprawie I Co 80/16 powództwo zostało zabezpieczone poprzez nałożenie na NFZ zakazu dokonywania potrącenia wymienionych wyżej kwot z należnościami (...) S.A. od NFZ z tytułu realizacji umów o świadczenia zdrowotne. (załączone akta I Co 80/16)

W odpowiedzi na pozew strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości, zasądzenie od strony powodowej na swoją rzecz kosztów procesu w tym kosztów zastępstwa procesowego. Uzasadniając swe stanowisko, NFZ podniósł, że powodowa spółka nieprawidłowo rozliczyła świadczenia z zakresu wykonanych jako kolejne (po pierwszej niekwestionowanej hospitalizacji) procedur kardiologicznych z hospitalizacją numer od E 10 do E 14 dotyczących pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym, którym wykonano zabiegi kardiologii inwazyjnej, a które to świadczenia wykonane mogły być z racji stabilnego okresu choroby, w trybie planowym i tak rozliczone. Strona pozwana wskazała, że nie kwestionuje zasadności kolejnych hospitalizacji kwestionowanych pacjentów i zasadności wykonania zabiegów, a jedynie rozpoznanie u nich przy drugiej, ewentualnie kolejnej hospitalizacji, ostrego zespołu wieńcowego grożącego nagłym pogorszeniem stanu zdrowia, a w konsekwencji rozliczenie świadczeń jako nielimitowanych, w miejsce limitowanych lub w ramach tzw. nadwykonań. (odpowiedź na pozew – k. 437-444, 458 i nast.)

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

(...) Spółka Akcyjna z siedzibą w P. od grudnia 2008 r. prowadzi (...) Centrum (...), przy ul. (...) w S., w którym świadczy usługi finansowane z Narodowego Funduszu Zdrowia. (okoliczność niesporna)

W latach 2014-2015 stronę powodową wiązały z Narodowym Funduszem Zdrowia (...) umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr (...) z dnia 13 stycznia oraz nr (...) z dnia 9 stycznia 2015 r., na podstawie których powódka udzielała pacjentom uprawnionym do świadczeń finansowanych przez NFZ, świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne w zakresach: kardiologia-hospitalizacja E10, E11, E12, E13, E14 (03.4100.130.02), Kardiologia – hospitalizacja (03.4100.030.02). Do umowy (...) został sporządzony aneks rozliczeniowy, w którym nadwykonania zostały zapłacone w 100%. Zgodnie z aneksem kwota zobowiązań NFZ z tytułu realizacji umowy w roku 2015 wynosi maksymalnie 18.557.488 zł, która wyczerpuje roszczenia świadczeniodawcy w całości z tytułu wszystkich świadczeń wykonywanych w roku 2015 ponad limit wynikający z umów w rodzaju leczenie szpitalne. Jednocześnie NFZ zastrzegł sobie prawo prowadzenia kontroli, zgodnie z przepisami ustawy z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, realizacji świadczeń, za które na podstawie aneksu już zapłacono oraz zgłaszania roszczeń o zwrot nienależnie przekazanych środków lub o zapłatę kar umownych. Do umowy (...) sporządzono natomiast aneks realizujący postanowienia zawartej miedzy stronami ugody, w której przyjęto warunku finansowania świadczeń nadwykonanych na poziomie 56% ceny z umowy. (umowy wraz z załącznikami oraz aneksami – k. 24-185, pismo k. 1392, kopia protokołu zawierającego ugodę k. 1393, aneks do umowy k. 1415)

Objęte umowami procedury obejmowały tak procedury limitowane (świadczenia planowe), jak i procedury nielimitowane (na które w umowie przewidziano określony limit kwotowy). W przypadku postawienia u pacjenta jednego ze wskazanych konkretnie rozpoznań kwalifikowanych jako OZW czyli ostry zespół wieńcowy, zaliczany do schorzeń wymagających leczenia kardiologicznego z hospitalizacją w ramach procedur nielimitowanych, Narodowy

Fundusz Zdrowia zobowiązany był wypłacić świadczeniodawcy stosowne wynagrodzenie, niezależnie od ilości wdrożonych procedur. Jeśli placówka wykonała więcej procedur nielimitowanych, niż to kwotowo ujęto w umowie, NFZ, po rozliczeniu dokonywanym kwartalnie, płacił za te świadczenia i sporządzano aneks wskazujący na wzrost kwoty na świadczenia nielimitowane. Wśród rozpoznań, które skutkowały wdrożeniem procedur nielimitowanych znajdują się zarówno zawały mięśnia serca, jak i niestabilna dusznica bolesna (niestabilna choroba wieńcowa). Postawienie wskazanych rozpoznań u pacjenta uprawniało do zakwalifikowania go do procedury rozliczanej bezlimitowo w ramach procedur od E 10 do E 14. (zeznania świadka A. W. – e-protokół, k. 873 v., adnotacja 00:11:49)

W przypadku rozpoznania u pacjenta dusznicy bolesnej niestabilnej, pacjent był kwalifikowany przez powodową spółkę jako przypadek ostrej postaci choroby wieńcowej (OZW UA), zagrażającej życiu i zdrowiu. W przypadku ostrego zespołu wieńcowego, przy zmianach o charakterze zwężenia w dwóch czy kilku tętnicach, nie zaopatrywano przy jednej hospitalizacji wszystkich zmian w tętnicach, a jedynie dokonywano rewaskularyzacji zmiany bezpośrednio w tym momencie odpowiedzialnej za zawał. Pacjent po zabiegu był wypisywany ze szpitala i informowany o konieczności przeprowadzenia dalszego leczenia – poszerzenia pozostałych krytycznych lub istotnych zwężeń w odroczonym czasie. Załoga szpitala stała na stanowisku, że podczas jednego pobytu w przypadku zawału, nie należy poszerzać drugiej, ewentualnie trzeciej tętnicy, ponieważ jest to zbyt obciążające dla pacjenta. Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu, w promieniach rentgenowskich, co jest szkodliwe dla organizmu, gdy poddawany jest ich działaniu dłuższy czas. Do naczyń krwionośnych podawany jest kontrast, co może być dla pacjenta toksyczne. Jest to zabieg ryzykowny. Podczas pierwszej hospitalizacji nie wyznaczano daty kolejnego zabiegu, nie wpisywano tych pacjentów na listę oczekujących . Ustabilizowany po pierwszym zabiegu pacjent był umawiany był do poradni kardiologicznej w celu dokonywania około dwu - trzymiesięcznej oceny klinicznej i w toku leczenia ambulatoryjnego podjęcia decyzji o ewentualnym kolejnym zabiegu (nie zawsze okazuje się on konieczny), w ramach tzw. skoordynowanej opieki medycznej.

Jeśli jednak obraz pacjenta ulegał pogorszeniu, to jest mimo ustabilizowania po pierwszym zabiegu, zamanifestowały się u niego objawy niestabilnej dusznicy i zachodziła potrzeba kolejnej interwencji, przy kolejnym przyjęciu do szpitala pacjentów po pierwszej rewaskularyzacji, z rozpoznanymi zmianami dwu lub wielonaczyniowymi, na podstawie całości obrazu klinicznego, stawiano ponownie rozpoznanie OZW i wdrażano procedurę E14. W takich przypadkach - ostrej postaci choroby wieńcowej - u pacjentów już wcześniej z tego powodu hospitalizowanych, manifestujących objawy dusznicy niestabilnej, uznawano, że odroczenie hospitalizacji, lub odsyłanie do innej jednostki, jest zbyt ryzykowne.

Jeśli pacjent jeszcze podczas pierwszej hospitalizacji, po zabiegu, manifestował nadal dolegliwości, nie był wypisywany; podczas jednego pobytu wykonywano wówczas, jeśli było to możliwe, drugi etap leczenia. Byli też pacjenci, którzy byli ponownie hospitalizowani zanim nadeszła wyznaczona wizyta w poradni. (zeznania świadka P. M. – e-protokół, k. 842 v.-843, adnotacje: 00:11:26, 00:18:57, zeznania świadka R. S. – e-protokół, k. 848, adnotacja 02:38:15, zeznania świadka A. W. – e-protokół, k. 873 v - 874., adnotacja 00:08:21), zeznania świadka T. R. – e-protokół, k. 844 v., adnotacje: 00:58:00, 00:59:31)

W okresie od dnia 6 lipca 2015 r. do dnia 4 września 2015 r. pozwany przeprowadził w (...) Centrum (...) inwazyjnej i Angiologii w S., kontrolę doraźną co do realizacji ww. umów w zakresie leczenie szpitalne dla świadczeń o kodzie 03.4100.130.02 kardiologia – hospitalizacja E10, E11, E12, E13, E14 oraz o kodzie 03.4100.030.02 kardiologia – hospitalizacja. W wyniku przedmiotowej kontroli, (...) zakwestionował rozliczenie przez powódkę 152 z 377 świadczeń wykonanych w latach 2014-2015, a szczegółowo wymienionych w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 3 października 2015 r. stwierdzając, że: negatywnie ze względu na kryterium rzetelności oceniono sposób rozliczania 152 sprawdzonych świadczeń. Kontrolujący stwierdzili, że pacjenci, których hospitalizacje poddane zostały kontroli hospitalizowani byli 2 lub 3 krotnie. Nie kwestionowano, że pierwszy pobyt w szpitalu miał zwykle charakter ostry, natomiast podważono fakt, iż leczenie inwazyjne rozkładano na 2 – 3 etapy i świadczenie związane z kolejnym etapem leczenia, pomimo zaplanowania, wykazane było, jako ostry zespół wieńcowy i rozliczano grupami E10 do E14. Stwierdzono również przypadki, że pierwszy pobyt pacjenta w szpitalu był umówiony przez jednostkę kierującą w trybie planowym a wykazywano OZW (ostry zespół wieńcowy). NFZ stał na stanowisku, że drugie i ewentualnie kolejne hospitalizacje pacjentów ze zmianami wielonaczyniowymi, po ustabilizowaniu po pierwszym zabiegu, winny

być kwalifikowane jako przewlekłe choroby wieńcowe i rozliczane w ramach świadczeń planowych (limitowanych), ewentualnie jako nadwykonania. Szpiatalowi zarzucono, że u zakwestionowanych pacjentów nie zawsze wykonano badanie troponin, że nie zawsze dochodziło do nich do progresji zwężenia naczyń w stosunku do pierwotnie zobrazowanego, a także, ze część pacjentów zgłaszała się do szpitala dopiero po jakimś czasie, i to samodzielnie (o własnych siłach), co wskazuje za planowy charakter wykonanych u nich zabiegów. (protokół kontroli – k. 186-214)

Wobec powyższego (...) zażądał zwrotu kwoty 1.920.984 zł jako nienależnie wypłaconego wynagrodzenia za ww wykonane procedury oraz zapłaty kwoty 23.739,71 zł tytułem kary umownej za przedstawienie do rozliczenia danych niezgodnych ze stanem faktycznym.

W dniu 15 września 2015 r. (...) S.A w P. wystąpiła do Narodowego Funduszu Zdrowia (...) w Ł. z zastrzeżeniami pokontrolnymi. Wywiedziono, że należy odróżnić tryb przyjęcia od stanu zdrowia pacjenta w dacie udzielenia świadczenia, a fakt, że pacjent został przyjęty do placówki na podstawie skierowania nie ma wpływu na ocenę jego stanu zdrowia, tj. czy wymaga świadczenia ratującego życie lub zdrowie, czy też nie. Stan zdrowia pacjenta nie podlega ocenie także z punktu widzenia tego, czy przedmiotowe świadczenie zostało udzielone pacjentowi wpisanemu na listę oczekujących, czy też nie. Nadto wszystkie sporne świadczenia, zostały wykonane na rzecz pacjentów przyjętych z rozpoznaną dusznicą bolesną (ICD-10; I-20.0). (zastrzeżenia pokontrolne – k. 215-220)

W odpowiedzi (...) w Ł. wskazał, że zakwestionowane świadczenia należy uznać za planowe i tak powinny być rozliczone. Wobec powyższego nie uznano zastrzeżeń co do zakwestionowania sposobu rozliczenia spornych świadczeń. W toku postępowania kontrolnego nie została zakwestionowana zasadność hospitalizacji, ani wykonania procedur ICD-9. (odpowiedź – k. 221-227, pismo – k. 254-259)

Strona powodowa w odpowiedzi na stanowisko zespołu kontrolującego ws. zastrzeżeń do protokołu kontroli odmówiła podpisania protokołu kontroli. (odpowiedź – k. 227-233)

W wystąpieniu pokontrolnym z dnia 23 października 2015 r. (...) wezwał stronę powodową do złożenia dokumentów korygujących fakturę na kwotę 1.920.984,00 zł. Środki nienależnie otrzymane miano zwrócić w ciągu 14 dni od dnia doręczenia wezwania do ich zwrotu. Nadto obciążono stronę powodową kwotą 23.739,71 zł tytułem kary umownej. (wystąpienie pokontrolne – k. 234-243)

Po przeprowadzeniu wyczerpującej procedury odwoławczej, ostatecznie Narodowy Fundusz Zdrowia nie znalazł podstaw do podjęcia działań zgodnych z oczekiwaniami strony powodowej. (zastrzeżenia – k. 244-253, odpowiedź – k. 254-259, zażalenie – k. 260-268, pismo – k. 271, pismo – k. 272-282)

We wszystkich zakwestionowanych w toku kontroli przypadkach rozpoznania ostrego zespołu wieńcowego w postaci niestabilnej dusznicy bolesnej, postawione przez lekarzy powodowej spółki były prawidłowe. Postawione zostały na podstawie bezpośredniego kontaktu pacjenta z kardiologiem, który przeprowadził wywiad , ocenił stan kliniczny i prawidłowo podjął decyzje o natychmiastowym przyjęciu do szpitala. Nie wykonanie wobec tych chorych, manifestujących ponownie objawy dusznicy niestabilnej, kolejnego etapu leczenia oznaczałoby zagrożenie zdrowia i życia. Nie ma znaczenia, czy pacjent trafia do lekarza rozpoznającego objawy dławicowe z bólem godzinnym czy tygodniowym, a także czy w danym momencie następuje progres. Zawsze stan niestabilnej dusznicy bolesnej przy krytycznym zwężeniu naczynia oznacza zagrożenie, nawet jeśli zmiana w tętnicy nie postąpiła od momentu jest pierwszego zobrazowania. W omawianych przypadkach nie ma znaczenia wykonanie badania troponin, które pozwoliłoby jedynie na ustalenie, czy u pacjenta nastąpiła martwica mięśnia sercowego. Pacjenta z wcześniej rozpoznanym krytycznym zwężeniem naczynia i dolegliwościami świadczącymi o niestabilnej dusznicy bolesnej, nigdy nie należy odsyłać, ponieważ w każdej chwili może doznać zawału.

Etapowe wykonywanie zabiegów rewaskularyzacji jest przyjęta praktyką lekarską. Zmniejsza ryzyko nefropatii minimalizuje działanie promieniowania radiologicznego.

Sposób przeprowadzenia leczenia u wszystkich pacjentów był zgodny z zasadami postępowania medycznego. (pisemna opinia uzupełniająca biegłych z zakresu kardiologii – k. 1050-1053, k. 1261 i nast., opinia ustna k. 1372 i nast.)

W okresie objętym kontrolą i sporem, procedury limitowane, które znalazłyby zastosowanie, gdyby postawiono rozpoznanie przewlekłej choroby wieńcowej, zostały przez powodowa spółkę w całości wykonane. (niesporne, oświadczenie – e-protokół, k. 1374, adnotacje: 01:26:28, 01:30:05)

Powyższy stan faktyczny, Sąd ustalił w oparciu o materiał dowodowy w sprawie w postaci załączonych do akt dokumentów, które nie budziły wątpliwości, co do ich zgodności z rzeczywistym stanem rzeczy i nie były kwestionowane przez żadną ze stron. Sąd wziął również pod uwagę zeznania świadków, które w zakresie wyżej ustalonych faktów uznał za wiarygodne i mające oparcie w pozostałym zebranym w sprawie materiale dowodowym. W odniesieniu do wiadomości specjalnych Sąd oparł się na opiniach biegłych z zakresu kardiologii, którzy w sposób przejrzysty, spójny i konsekwentny wyjaśnili wątpliwości. Sąd pominął jedynie tą część opinii (pierwszą), w której biegli omyłkowo odnieśli się do tych udzielonych pacjentom świadczeń, które nie były przedmiotem sporu.

Sąd oddalił wniosek strony pozwanej o dopuszczenie dowodu z opinii innych biegłych sądowych uznając, że dotychczas pozyskana opinii jest wystarczająca do wydania rozstrzygnięcia. Argumentem za sięgnięciem do kolejne opinie nie może być okoliczność, że w innej sprawie, inny biegły, co do innych pacjentów, wydał opinie odmiennej treści, zgodna z oczekiwaniem strony.

Biegli opiniujący w niniejszej sprawie badali dokumentacje medyczna wszystkich spornych hospitalizacji i nie zakwestionowali żadnego z postawionych w objętych sporem przypadków rozpoznania niestabilnej dusznicy bolesnej. Podkreślali, że najistotniejszy w tej kwestii jest obraz kliniczny pacjenta, który ocenia lekarz z bezpośrednim kontakcie z badanym, z uwzględnieniem jego kardiologicznej przeszłości (w szczególności wcześniejszego zobrazowania choroby wielonaczyniowej i już przebytego zabiegu poszerzenia) oraz schorzeń współistniejacych. Wyjaśnili, że dla omawianego rozpoznania nie jest rozstrzygające badanie poziomu troponin, które pozwala oczywiście na ustalenie, czy przy objawach dusznicy niestabilnej doszło także do martwicy mięśnia sercowego i z tego powodu się je zwykle wykonuje. Rację ma zatem strona powodowa twierdząc, że dusznica niestabilna jest tropominoujemną postacią ostrego zespołu wieńcowego. Podobnie, nie ma istotnego znaczenia, czy u pacjenta, z wcześniej rozpoznanym (w badaniu przy pierwszej hospitalizacji) krytycznym zwężeniem dwóch lub kilku tętnic nastąpiła progresja zwężenia naczynia nieposzerzonego przy pierwszym zabiegu, jeśli pacjent manifestuje objawy dławicowe niestabilnej dusznicy bolesnej. Z tego powodu nie było błędem biegłych zaniechanie ustalania, co do ocenianych pacjentów, czy doszło do nich do pogorszenia stanu zwężenia naczyń. Biegli wyjaśnili także, że dla prawidłowości rozpoznania nie ma znaczenia, czy pacjent zgłosił się do szpitala sam, czy przywieziony został transportem medycznym, a także czy zgłosił się po jakimś czasie od wystawienia skierowania, choć oczywiście prawidłowo pacjent z omawianymi objawami winien zgłosić się do szpitala bezzwłocznie, najlepiej korzystając z transportu. W praktyce jednak, pacjenci często do tego się nie stonują, konsultują potrzebę hospitalizacji z innym jeszcze lekarzem, radzą się rodziny, lekceważą swój poważny stan i zgłaszają się nawet po kilku dniach bolesności. Nie oznacza to jednak, ze nadal jest to pacjent z niestabilna dusznicą stanowiącą istotne dla niego zagrożenia. Decydująca jest zawsze ocena stanu zdrowia w momencie przyjmowania do szpitala.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo ocenione zostało, jako zasadne.

Spór dotyczy prawidłowości rozliczenia 152 ponownych hospitalizacji pacjentów z wielonaczyniową chorobą wieńcową, którym pierwotnie udzielono niekwestionowanych świadczeń nielimitowanych, a kolejne hospitalizacje sprawozdano także jako świadczenie nielimitowane, uzasadnione ostrym zespołem wieńcowym, mimo, iż w ocenie strony pozwanej, pacjenci ci winni być potraktowani jako cierpiący na przewlekłą chorobę wieńcową, a ich planowo ustalone kolejne hospitalizacje sprawozdane zostać winny jako planowe, ewentualnie nadwykonania.

Ponieważ kwestionowane świadczenia zostały już przez stronę pozwana opłacone, powodowa spółka, chcą zwalczyć ewentualne roszczenia o zwrot świadczeń jako nienależnych, wystąpiła o ustalenie nieistnienia stosunku prawnego polegającego na tym, że pozwanemu przysługuje uprawnienie do żądania od strony powodowej zwrotu kwoty 1.920.984 zł tytułem niezasadnie pobranych przez nią środków z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych w 2014 r. oraz 2015 r. w związku z realizacją umów nr (...) oraz zapłaty kwoty 23.739,71 zł tytułem kary umownej za nienależyte wykonanie umów.

Stosownie do treści art. 189 k.p.c. powód może żądać ustalenia przez sąd istnienia lub nieistnienia stosunku prawnego lub prawa, gdy ma w tym interes prawny. Przepis ten wskazuje na dwie przesłanki skuteczności powództwa o ustalenie: interes prawny powoda w ustaleniu oraz to, że ustalenie powinno dotyczyć stosunku prawnego lub prawa, a nie okoliczności faktycznej.

Interes prawny w rozumieniu cytowanego przepisu występuje wówczas, gdy istnieje niepewność stanu prawnego lub prawa. Niepewność ta powinna być jednak obiektywne, czyli zachodzić według rozumnej oceny sytuacji. Interes prawny w rozumieniu art. 189 k.p.c. występuje tylko wówczas, gdy zachodzi potrzeba jego ochrony prawnej. Przez interes prawny w rozumieniu art. 189 k.p.c. rozumieć należy istniejącą potrzebę uzyskania korzyści w sferze sytuacji prawnej.

W świetle okoliczności sprawy, strona powodowa ma interes prawny w ustaleniu, że stronie pozwanej nie przysługuje wobec powódki roszczenie o zapłatę kwoty 1.920.984 zł tytułem zwrotu pobranych przez powódkę środków na wykonanie świadczeń zdrowotnych w 2014 i 2015 r. w związku z realizacją w.w umów i o zapłatę kwoty 23.739,71 zł z tytułu kary umownej przez pozwanego za sprawozdanie danych niezgodnych ze stanem faktycznym. Jak ustalono zapłata za świadczenia nielimitowane została faktycznie uiszczona, a limit na nie przeznaczony w umowie został aneksem rozszerzony do poziomu odpowiadającego faktycznie przekazanym środkom. Ani jednak zapłata ani zawarcie aneksu, co wprost wynika z ich treści, nie oznacza, że pozwanemu nie przysługuje prawo skontrolowania finansowania świadczeń ze środków publicznych, kwestionowania ich i żądania zwrotu, a także naliczenia kary umownej. Mając zaś na uwadze, możliwość ewentualnego potrącenia spornych kwot z bieżącymi należnościami przysługującymi stronie powodowej z tytułu innych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, wobec powiązania stron umowami o charakterze ciągłym, z których strona powodowa finansuje działalność medyczną oraz oczekiwanie na pozew strony pozwanej, uznać należało, ze po stronie powodowej zachodziła obiektywna niepewność stanu prawnego spornego roszczenia, przejawiająca się w wątpliwości istnienia obowiązku zwrotu kwoty 1.920.984 zł tytułem niezasadnie pobranych przez powódkę środków z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz zapłaty kwoty 23.739,71 zł tytułem kary umownej.

Przechodząc do kwestii zasadności powództwa, wskazać należy, że postepowanie dowodowe nie potwierdziło zasadności zarzutów strony pozowanej.

Jak ustalono, strony łączyły w objętym sporem okresie umowy dotyczące świadczeń kardiologia – hospitalizacja, w tym nielimitowanych procedur dla pacjentów hospitalizowanych z ostrym zespołem wieńcowym, do którego zalicza się niestabilną dusznicę bolesną. Jak też już wskazywano, przeprowadzony dowód z opinii biegłych nie pozwala na ustalenie, że powodowy szpital dokonywał sprawozdawania udzielonych świadczeń nielimitowanych niezgodnie ze stanem faktycznym. W szczególności biegli nie znaleźli wśród badanej dokumentacji medycznej przypadków nieprawidłowego rozpoznania niestabilnej dusznicy bolesnej. W tym miejscu nie ma potrzeby powtarzania wyżej przedstawionych ustaleń i oceny dowodu z opinii biegłych. Dość jednak podkreślić ponownie, że chodzi o pacjentów ze stwierdzoną chorobą wielonaczyniową z istotnie lub krytyczne zwężonymi co najmniej dwoma naczyniami, z których tylko jedno, bezpośrednio odpowiedzialne za zawał poszerzono, u których ponownie wystąpiły objawy dławicowe. Nie chodzi zatem o pacjentów, którzy po poszerzeniu jednego naczynia oczekują, bez niebezpiecznych objawów na dalsze leczenie jako pacjenci ze schorzeniem przewlekłym, ale o tych, u których stan zagrożenia ponownie się pojawił. Biegli być może niefortunnie podali, ze stan zagrożenia życia trwa u takich pacjentów po pierwszej rewascykulacji aż do momentu udrożnienia wszystkich istotnie zwężonych naczyń. Sąd rozumie to w taki sposób, że u takich pacjentów w każdej chwili pojawić się mogą objawy dławicowe, które taki stan już stwarzają. Biegli nie

zakwestionowali rozpoznania dusznicy niestabilnej bolesnej u żadnego z pacjentów, których dokumentacje oceniali. Co się zaś tyczy kwalifikacji świadczeń w ramach kategorii nielimitowanej, to zasadnie podnosi strona powodowa, że postawienie diagnozy dusznicy niestabilnej bolesnej nie musi spełniać warunków stanu nagłego w rozumieniu art. 3 ust. 8 ustawy z 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym, by móc rozliczyć procedurę w ramach świadczeń nielimitowanych, skoro niestabilna choroba wieńcowa - UA stanowi, zgodnie ze standardami kardiologicznymi i rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z 22 listopada 2013 roku (Dz.U. 2013 poz. 1520) jeden z trzech rodzajów ostrego zespołu wieńcowego. Dla procedur E 10 – E 14 nie jest także istotny tryb przyjęcia pacjenta, ponieważ przyjęcia tak planowe jak nagłe mogą dotyczyć zarówno stanów wymagających ratowania życia, jak i nie wymagających ratowania życia. Oczywiście te same, co omawiane, procedury inwazyjne mogą też być wykonywane planowo, w stabilnym okresie choroby, w zakresie świadczeń limitowanych, zakontraktowanych w ramach grupy podstawowej – kardiologia-hospitalizacja, ale zwrócić należy uwagę, że wyłączenie dusznicy niestabilnej bolesnej z OZW i objęcie jej limitem, poważnie ograniczyłoby dostępność do tego rodzaju świadczeń pacjentom, których odsyłać nie wolno. Na marginesie wypada podkreślić, że w okresie wykonania spornych procedur, limity przewidziane na udzielenie świadczeń planowych, zostały wykorzystane.

Skoro tak, to niezasadne byłyby ewentualne roszczenia Narodowego Funduszu Zdrowia o zwrot kwot już zapłaconych powodowej spółce za wykonane, zakwestionowane, procedury nielimitowane. Skoro zaś strona powodowa nie sprawozdawała świadczeń niezgodnie ze stanem faktycznym, nie było także podstaw do naliczenia kary umownej.

Przy takiej ocenie, zgodnie z którą mówimy o świadczeniach nielimitowanych, a nie o nadwykonaniach, nie jest istoty fakt, że strony wiążąco ustaliły już kwoty za nadwykonania za lata 2014 i 2015.

Jako podstawę orzeczenia o kosztach przyjęto art. 98 (zasada odpowiedzialności za wynik procesu) i 102 k.p.c. i zasądzono od strony pozwanej tylko część poniesionych przecz stronę powodową kosztów procesu, to jest faktycznie poniesione przez spółkę wydatki, na które w dużej mierze złożyła się uiszczona opłata od pozwu w kwocie 97.237 zł oraz wykorzystane zaliczki.

Odstępując od obciążenia strony pozwanej pozostałymi kosztami (kosztami zastępstwa procesowego powódki oraz nieuiszczonymi wydatkami poniesionymi tymczasowo przez Skarb Państwa, Sąd miał na uwadze, że Narodowy Fundusz Zdrowia jest instytucja szczególną szczególnych zadaniach ustawowych polegających na finansowaniu świadczeń medycznych ze środków publicznych. Sad brał pod uwagę jej niezarobkowy charakter oraz wysokość starty finansowej oddziału (...).