

Sygn. akt: I C 472/12

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 lutego 2013 r.

Sąd Okręgowy w Bydgoszczy I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSO Hanna Daniel
Protokolant:	stażysta Małgorzata Kujawa

po rozpoznaniu w dniu 12 lutego 2013 r. w Bydgoszczy

sprawy z powództwa (...) Szpitala (...) im. dr W. B. w G.

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

o zapłatę

- zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 2.380.221 (dwa miliony trzysta osiemdziesiąt tysięcy dwieście dwadzieścia jeden) zł z ustawowymi odsetkami od dnia 4 czerwca 2012r. do dnia zapłaty;
- w pozostałym zakresie postępowanie umarza;
- zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 7.217 (siedem tysięcy dwieście siedemnaście) zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego;
- kosztami sądowymi obciąża Skarb Państwa.

sygn. akt: I C 472/12

UZASADNIENIE

Powód (...) Szpital (...) im. dr W. B. w G. wniósł o zasądzenie od Narodowego Funduszu Zdrowia w W. (...) w B. na swoją rzecz kwoty 3.222.231 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 4 czerwca 2012 roku do dnia zapłaty oraz kosztów procesu /k.2-5/.

W uzasadnieniu powód podał, iż w 2011 roku zrealizował świadczenia zdrowotne z

zakresu leczenia szpitalne na podstawie umowy łączącej go z pozwanym z dnia 18 stycznia

2011 roku. Wskazał także, że tym okresie wykonał także świadczenia nielimitowane określone w § 16 ust. 2 pkt 1-10 zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne za kwotę 3.222.231 zł, za które pozwany nie zapłacił. W odpowiedzi na wystosowany przez powoda wniosek o uiszczenie należności pozwany nie kwestionował merytorycznej zasadności zapłaty, jednakże odłożył na czas bliżej nieokreślony jego rozpoznanie powołując się na konieczność przeanalizowania wykonanych przez powoda świadczeń, co w myśl

obowiązujących przepisów nie jest dopuszczalne. Wezwanie do zapłaty również nie przyniosło oczekiwanych przez powoda rezultatów.

Pozwany w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie na jego rzecz kosztów procesu według norm przepisanych /k.39-46/.

W uzasadnieniu pozwany podał, iż dochodzona przez powoda kwota jest zawyżona, albowiem strony w dniu 28 czerwca 2012 roku zawarły ugodę, na mocy której zapłacił on kwotę 858.728 zł za udzielone tzw. „nadwykonania” w 2011 roku w zakresach: położnictwo i ginekologia - hospitalizacja II poziom referencyjny No1, No2, No3, N20 oraz położnictwo i ginekologia - hospitalizacja No1, No2. Ponadto pozwany wskazał, iż zachodzą rozbieżności pomiędzy kwotą dochodzona pozwem, a kwotami wskazanymi w fakturze VAT, nadesłanej wcześniej przez powoda, co wymaga wyjaśnienia. Jednocześnie podniósł, iż faktura ta zawierała błędy merytoryczne uniemożliwiające potraktowanie jej jako prawidłowo wystawionej. Oprócz tego pozwany zaznaczył, iż w jego ocenie roszczenie powoda narusza zasady współżycia społecznego określone w art. 5 kc, gdyż nie uwzględnia zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców. Pozwany zaznaczył, że sytuacja występowania „nadwykonań” w placówkach służby zdrowia jest powszechna. Finansowanie tego typu

świadczeń jest wtedy możliwe, gdy pozwany otrzyma dodatkowe środki na ten cel, przy czym musi on sprawiedliwie je podzielić pomiędzy wiele szpitali. Tym samym, w ocenie pozwanego, roszczenie powoda nie uwzględnia tych realiów i prowadzi de facto do pokrzywdzenia innych świadczeniodawców.

Powód ostatecznie sprecyzował żądanie pozwu domagając się zapłaty kwoty 2.380.221 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 4 czerwca 2012 roku do dnia zapłaty, a w pozostałym zakresie cofnął on pozew /k.102-102v/.

Sad ustalił, co następuje:

Strony łączyła umowa nr (...) wraz z załącznikami o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne na rok 2011, która w całości została zrealizowana przez powoda,

okoliczność bezsporna

W okresie od lipca do grudnia 2011 roku powód wykonał także świadczenia medyczne ponad liczbę jednostek rozliczeniowych ustalonych w powyższej umowie w zakresach: kardiologia - hospitalizacja - Eli, E12, E13, E14; neonatologia - II poziom referencyjny -N20, N23, N24, N25, N22; neonatologia hospitalizacja - N20, N24, N25; położnictwo i ginekologia - hospitalizacja II poziom referencyjny - No1, No2, No3, N20; położnictwo i ginekologia - hospitalizacja - No1, No2. Wartość powyższych „nadwykonań” wyniosła kwotę 3.222.231 zł. Powód pismem z dnia 14 lutego 2012 roku złożył wniosek o zapłatę powyższej kwoty. W odpowiedzi pozwany wskazał, że rozpatrzy powyższy wniosek po zakończeniu wszystkich rozliczeń i dokonaniu analizy świadczeń i określeniu możliwości finansowych.

Dowód: wniosek powoda z dnia 14.02.2012 roku/k. 19-20/;

pismo pozwanego z dnia 28.02.2012 roku /k 22/.

Pismem z dnia 31 maja 2012 roku powód wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 3.222.231 zł tytułem wykonania w 2011 roku świadczeń ponad limity ustalone w umowie. W załączeniu przestawił fakturę VAT opiewającą na powyższą sumę. Pozwany w odpowiedzi odesłał powyższą fakturę wskazując, iż została ona wystawiona poza systemem informatycznym.

Dowód: wezwanie do zapłaty z dnia 31.05.2012 roku /k. 23/;

faktura VAT nr (...)/k.24/;

pismo pozwanego z dnia 04.06.2012 roku /k 2 7/

Ugodą z dnia 28 czerwca 2012 roku pozwany zobowiązał się zapłacić powodowi dodatkowe wynagrodzenie w kwocie 858.738 zł z tytułu udzielenia w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2011 roku świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie położnictwo i ginekologia -hospitalizacja II poziom referencyjny - N01, N02, N03, N20 oraz położnictwo i ginekologia -hospitalizacja - N01, N02 w rodzaju leczenia szpitalnego w ilości przekraczającej liczbę jednostek rozliczeniowych określonych w umowie za jednoczesnym zrzeczeniem się dalszych roszczeń przez powódkę z powyższych zakresów w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2011 roku. Wystawiona przez powoda na mocy tejże ugody faktura VAT na kwotę 858.432 zł została uregulowana przez pozwanego w dniu 27 lipca 2012 roku. Wobec tego do zapłaty pozostała kwota 2.380.221 zł obejmująca świadczenia nielimitowane wykonane w 2011 roku przez powoda w zakresach: kardiologia - hospitalizacja - Eli, E12, E13, E14, neonatologia - II poziom referencyjny - N20, N23, N24, N25, N22 oraz neonatologia hospitalizacja -N20, N24,N25.

Dowód: ugoda z dnia 28.06.2012 roku /k. 50-52/;

faktura VAT z dnia 30.06.2012 roku /k. 74/;

potwierdzenie operacji /k. 75/;

zestawienie /k. 76/.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o przedstawione przez strony dokumenty, których autentyczność nie budziła wątpliwości. Dokumenty te zostały sporządzone we właściwej formie. Były one przejrzyste i logiczne. Dodać należy, iż żadna ze stron nie kwestionowała ich wiarygodności.

Sąd co do zasady dał wiarę zeznaniom powoda - dyrektora M. N. /k.102v/ oraz pozwanego -zastępcy dyrektora oddziału E. K. /k.104-104v/, jednakże miały one drugorzędny charakter dla rozstrzygnięcia sprawy, albowiem w dużej mierze nie miały one charakteru wypowiedzi o faktach.

Sąd zważył, co następuje:

W rozpoznawanej sprawie powód, po ostatecznym sprecyzowaniu żądania, domagał się zasądzenia na jego rzecz kwoty odpowiadającej łącznej wartości udzielonych pacjentom świadczeń ponad limit wynikający z umowy w następujących zakresach: kardiologia - hospitalizacja- Eli, E12, E13, E14, neonatologia - II poziom referencyjny - N20, N23, N24, N25, N22 oraz neonatologia hospitalizacja - N20, N24, N25, wykonanych w 2011 roku. Innymi słowy powód żądał zapłaty z tytułu tzw. „nadwykonań”, które są udzielane w sytuacjach wymagających natychmiastowej interwencji i hospitalizacji.

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie. Powód uzasadniając swoje roszczenie powołał się na treść § 16 ust. 2 Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr- (...) z dnia 3 listopada 2009 roku w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, z którego wynika, że w przypadku gdy wartość wykonanych świadczeń między innymi z grup określonych w przedmiotowych zakresach przekroczy kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału - zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązań z tytułu realizacji świadczeń we właściwych ze względu na realizację zakresach oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy Oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy. Co do zasady przyjęć należy, iż świadczenia medyczne w zakresach kardiologia - hospitalizacja - Eli, E12, E13, E14, neonatologia - II poziom referencyjny - N20, N23, N24, N25, N22 oraz neonatologia hospitalizacja - N20, N24, N25 w każdym wypadku udzielane są pacjentom w stanach zagrożenia ich życia lub zdrowia. Za takim rozumowaniem przemawiają zasady doświadczenia życiowego, z których wynika, że każde nagłe zdarzenie z powyższych zakresów świadczeń wymaga podjęcia niezwłocznych działań leczniczych

w celu odwrócenia niekorzystnych zjawisk dla życia lub zdrowia pacjenta. Zatem gdy ulegnie już wyczerpaniu limit przewidziany w umowie, szpital nie może uchylić się od obowiązku udzielenia pomocy świadczeniobiorcom potrzebującym tego typu pomocy medycznej. Dodać należy, iż lekarze znający sytuację finansową szpitala z pewnością w sytuacjach, gdy nie było takiej potrzeby nie wykonywali usługi medycznej. Jednakże w przypadku schorzeń kardiologicznych rzadko kiedy możliwe jest nieudzielenie natychmiastowej pomocy bez negatywnych konsekwencji zdrowotnych dla świadczeniobiorcy. Serce jest jednym z najważniejszych organów w ciele człowieka i każda anomalia w jego funkcjonowaniu pociąga za sobą co najmniej zagrożenie dla zdrowia pacjenta, niejednokrotnie zaś życia. To samo dotyczy pozostawienia noworodka bez opieki medycznej. Tego typu pacjent wymaga szczególnej opieki oraz wzmożonego nadzoru pod względem prawidłowego funkcjonowania wszystkich procesów życiowych i nie jest możliwe odmówienie pomocy przez szpital z uwagi na wyczerpanie środków, przewidzianych umową. Działanie takie, rzecz jasna nieakceptowane społecznie, pociągnęłoby za sobą nieodwracalne konsekwencje zdrowotne dla noworodka, włącznie z utratą życia. Wobec tego pozwany jest zobowiązany, zgodnie z § 16 ust. 2 powyższego

Zarządzenia Prezesa NFZ, do zapłaty na rzecz powoda za świadczenia udzielone pacjentom w przedmiotowych zakresach.

Ustawowy obowiązek udzielenia pomocy pacjentowi w stanie zagrożenia życia lub zdrowia, bez względu na treść umowy łączącej podmiot leczniczy z Narodowym Funduszem Zdrowia, zawarty jest obecnie w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 r. nr 112, poz. 664 ze zm.). Przepis ten znajduje zastosowanie w niniejszej sprawie, albowiem jak wynika z wniosku powoda z dnia 14 lutego 2012 roku przedmiotowe tzw. „nadwykonania” miały miejsce w okresie od lipca do grudnia 2011 roku, zaś powyższa ustawa weszła w życie w dniu 1 lipca 2011 roku. Omawiany przepis co do zasady stanowi odpowiednik art. 7 nieobowiązującej już ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity - Dz. U. 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.). Według tego przepisu podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Przesłanki opisane w art. 15 ustawy o działalności leczniczej odpowiadają definicji stanu nagłego, zawartej w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2006 r. Nr 191, poz. 1410 ze zm.), do której wprost odwołuje się art. 5 ust. 33 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity - Dz. U. 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.). Pojęcie to, w całości brzmiące jako „stan nagły zagrożenia zdrowotnego” oznacza 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. Według art. 19 ust. 1 wskazanej wyżej ustawy w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. W tym kontekście warto zauważyć, iż podmiot leczniczy, odmawiając udzielenia świadczeń zdrowotnych pacjentowi w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia, który poniósł w związku z tym szkodę, naraża się na odpowiedzialność cywilną, natomiast jego pracownicy - na odpowiedzialność karną (M. Nestorowicz, Odpowiedzialność cywilna za ograniczenie dostępności do leczenia i niezyskanie świadczenia zdrowotnego w nowym systemie opieki zdrowotnej, Pr. i Med. 2000, nr 6- 7, str 5).

Zaakcentować należy, iż 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 nieobowiązującej już ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ale niewątpliwie zachowującym aktualność także obecnie, powszechnie wskazuje się, iż 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, LEXnr 164009).

Powyższe rozważania w sposób kategoryczny nie pozwalają na uwzględnienie zarzutu pozwanego opartego na art. 5 kc. Dodatkowo warto nadmienić, iż powód wykonując ciężący na nim obowiązek ustawowy, nie może ponosić negatywnych konsekwencji natury ekonomicznej z tego względu, że pozwany nie posiada wystarczających środków na zaspokojenie roszczeń wszystkich świadczeniodawców. Problem ten dla dobra pacjentów winien zostać jak najszybciej rozwiązany, jednakże nie kosztem podmiotów leczniczych. Natomiast przyjęcie argumentacji pozwanego prowadziłoby w istocie do unikania przez zakłady lecznicze konieczności przeprowadzania zabiegów ratujących zdrowie lub życie w sytuacji, gdy doszło już do przekroczenia limitu zawartego w umowie, bowiem w sytuacji udzielenia takiego świadczenia szpital pozbawiony byłby możliwości dochodzenia swoich roszczeń na drodze sądowej i stałby się uzależniony jedynie od możliwości finansowych pozwanego, subiektywnie rozumianych wyłącznie przez ten podmiot. Zatem zupełnie chybiony jest zarzut naruszenia przez powoda zasad współżycia społecznego. Pozostałe twierdzenia pozwanego dotyczące błędów merytorycznych zawartych w wystawionej przez powoda fakturze VAT nie miały znaczenia dla zasadności roszczenia.

Mając powyższe na uwadze, Sąd na podstawie art. 15 o działalności leczniczej i § 16 ust. 2 Zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 3 listopada 2009 roku zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 2.380.221 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 4 czerwca 2012 roku do dnia zapłaty (punkt 1 wyroku).

Na mocy art. 355 § 1 kpc Sąd w pozostałym zakresie umorzył postępowanie (punkt 2 wyroku) na skutek cofnięcia w tej części pozwu.

Zgodnie z art. 98 kpc strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić

przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu). Pozwany przegrał niniejszą sprawę, wobec tego Sąd na podstawie przytoczonego wyżej przepisu i § 6 pkt 7 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. 2002 r., Nr 163, poz. 1349 ze zm.) zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 7.217 zł tytułem zwrotu kosztów procesu (punkt 3 wyroku).

Na mocy art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (tekst jednolity - Dz. U. 2010 r. Nr 167, poz. 1398 ze zm.) Sąd obciążył Skarb Państwa kosztami sądowymi (punkt 4 wyroku).