

UZASADNIENIE

Pozwem skierowanym przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. (...) w B., powód: Wojewódzki Szpital (...) w T. domagał się zasądzenia od pozwanego kwoty 204.616,88 zł z tytułu nieopłaconych świadczeń zdrowotnych ratujących życie lub zdrowie wykonanych ponad limit- „nadwykonań” za 2014r. wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 15 lutego 2015r. do dnia zapłaty. Nadto, powód wniósł o zasądzenie od pozwanego na swoją rzecz zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych, a także o zwolnienie powoda od ponoszenia wszelkich opłat i kosztów postępowania.

W uzasadnieniu wskazano, iż powód zawarł z pozwanym umowę z dnia 5 stycznia 2012r. nr 02-00- (...) -12-26 (12- (...)) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej- leczenie szpitalne, która obowiązywała w 2014r. Umowa była wielokrotnie aneksowana. Powód wyjaśnił również, że w 2014r. wykonał na rzecz pacjentów świadczenia zdrowotne w warunkach ratowania życia lub zdrowia w stanach wymagających natychmiastowego ich udzielenia w Szpitalu (...) na Oddziałach Obserwacyjno- Zakaźnym, Hepatologicznym, Schorzeń (...) oraz Dermatologicznym w zakresie przekraczającym poziom sfinansowany w ramach umowy. Łączna wartość świadczeń ratujących życie lub zdrowie w stanach wymagających natychmiastowego ich udzielenia w w/w zakresie za rok 2014 a nie zapłacona przez pozwanego, zdaniem powoda wynosi łącznie 204.616,88 zł. Powód wyjaśnił również, że rozliczenie świadczeń z NFZ polega na zgłoszeniu wykonanych świadczeń do rozliczenia przez Szpital w systemie elektronicznym (...). Nie są przy tym z tego tytułu generowane żadne dokumenty, które mogłyby stanowić dowód w niniejszej sprawie.

Podsumowując, powód zaznaczył, iż w Szpitalu zastosowano szereg środków mających na celu racjonalne gospodarowanie środkami finansowymi, które w 99% pochodzą ze środków publicznych przekazywanych przez NFZ w ramach kontraktu. Dodał również, że jego roszczenia wskazane w pozwie wynikają z wręcz z rażącego niedofinansowania Szpital przez NFZ.

W odpowiedzi, pozwany domagał się oddalenia powództwa a także zasądzenia od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu według norm przepisanych oraz zwolnienia pozwanego od kosztów sądowych w całości. W uzasadnieniu, w pierwszej kolejności zakwestionowano roszczenia powoda zarówno co do zasady, jak i co do wysokości. Pozwany stwierdził, że zapłacił Szpitalowi za wszystkie świadczenia do wysokości limitu kontraktu i z tytułu łączącej strony umowy nie ma żadnych zaległości. Powołując się na przepis art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pozwany zaprzeczył, jakoby powodowy Szpital wykonał objęte pozwem świadczenia w stanach nagłych jako ratujące życie lub zdrowie. Pozwany podkreślił również, że powód w żaden sposób nie określił kosztów udzielania konkretnych, objętych pozwem świadczeń. Wniosek o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego księgowego, pozwany uznał jako przedwczesny oraz zbyteczny.

Postanowieniami z 11 stycznia 2017r. /k.276/ oraz 27 stycznia 2022r. Sąd zwolnił strony procesu w całości od obowiązku ponoszenia kosztów sądowych w sprawie.

W dalszym toku procesu strony podtrzymały swoje stanowiska w sprawie.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Powód Wojewódzki Szpital (...) w T. zawarł z pozwanym Narodowym Funduszem Zdrowia (...) w B. w dniu 5 stycznia (...) umowę nr (...) (12- (...)) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej- leczenie szpitalne. Umowa obowiązywała od 1 stycznia 2012r. do 31 grudnia 2016r. W zakres przedmiotowy w/w zobowiązania wchodziło także udzielenie świadczeń zdrowotnych w ramach Oddziałów: Obserwacyjno- Zakaźnym, Hepatologicznym, Schorzeń (...) oraz Dermatologicznym. Umowa ta była wielokrotnie aneksowana.

/okoliczności bezsporne/ a nadto: umowa z dnia 5 stycznia (...). o numerze nr 02-00- (...) -12-26 (12- (...)) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej- leczenie szpitalne, wraz z aneksami, k. 23-133.

Na podstawie zawartej pomiędzy stronami procesu w dniu 25 sierpnia 2015r. ugody, ustalono, że z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej objętych umową w okresie od dnia 1 stycznia 2014r. do dnia 31 grudnia 2014r. pozwany zapłaci powodowi wynagrodzenie w wysokości 159.222.200,64 zł, w tym kwotę wynikającą z art 10f ustawy z dnia 22 lipca 2006r. O przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń. Pozwany zobowiązał się również zapłacić na rzecz powodowego Szpitala dodatkowe wynagrodzenie w kwocie 11.524 zł z tytułu udzielania w okresie od dnia 1 stycznia 2014r. Do 31 grudnia 2014r. Świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju LECZENIE SZPITALNE, w zakresach: Świadczenia w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym- UE oraz Świadczenia w Izbie Przyjęć- UE, w ilościach przekraczającej liczbę jednostek rozliczeniowych określonych w umowie.

dowód: ugoda nr (...) z dnia 25 sierpnia 2015r, k. 135-136v.

W aneksie nr (...) do umowy nr (...), który obowiązywał od 1 stycznia 2014r. strony uzgodniły, że kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy (powoda) z tytułu realizacji umowy wynosi maksymalnie 159.288.677,08 zł.

dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...), wraz z załącznikami, k. 127-133.

Powód raportował pozwanemu świadczenia udzielone w 2014 roku. Ich rozliczenie polegało na zgłoszeniu wykonanych świadczeń do rozliczenia przez Szpital w (...) ((...)), przy czym nie są generowane z tego tytułu żadne dokumenty. Pozwany weryfikuje tak zgłoszone świadczenia we własnym programie i po ich zatwierdzeniu przesyła drogą elektroniczną w formie pliku do powodowego Szpitala. Jedynie w przypadkach wystąpienia błędu w trakcie przyjmowania pacjenta, sporządzany jest raport. W raporcie jest kilka trybów przyjęcia pacjenta. Jednym z nich jest przyjęcie w trybie nagłym, ratujący życie. Przyjęcie w trybie nagłym nie jest traktowane na równi ze świadczeniem ratującym życie.

Pozwany nie zapłacił za wszystkie wykonane przez powoda w 2014 roku świadczenia ponadlimitowe.

/okoliczności bezsporne/ a nadto: e-protokół rozprawy z dnia 23 sierpnia 2017r, zeznania świadka B. S., k. 365.

Powodowy szpital podjął szereg czynności zmierzających do prowadzenia racjonalnej gospodarki przekazanymi przez pozwanego środkami finansowymi. Zorganizował odpowiedni system przyjęć pacjentów, listy oczekujących na udzielenie świadczeń, a także ustalił procedury postępowania w stanach nagłych i racjonalizował przyjęcia pacjentów. W powodowym Szpitalu obowiązują też księgi procedur postępowania w stanach nagłych oraz księga procedur Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izłą Przyjęć oraz zarządzanie wewnętrzne nr (...) Dyrektora Szpitala w sprawie określania zasad prowadzenia list oczekujących na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Na podstawie tego zarządzenia został także powołany Zespół (...) w Wojewódzkim Szpitalu (...) w T.. Na terenie powodowego Szpitala funkcjonuje nadto regulamin porządkowy określający organizację i porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych. Powód posiada także najnowsze certyfikaty ISO. Od 2011r.

W powodowym Szpitalu, na Oddziale (...) tworzone są kolejki przyjęć do Szpitala. Okres oczekiwania na leczenie WZW typu B i C wynosi od pół roku do 8 miesięcy. Są również kolejki pacjentów oczekujących na biopsję pilną, która wykonywana jest do miesiąca czasu, oraz biopsję stabilną- do 2,3 miesięcy. W przypadku skierowania pacjenta na oddział szpitalny, badania obrazowe są wykonywane w ciągu 2-3 dni. Jeżeli pacjent kierowany jest do poradni specjalistycznej, okres oczekiwania na badanie wynosi już pół roku.

Na oddziale Obserwacyjno- Zakaźnym, jedynie przypadki boreliozy podlegają zapisom w trybie kolejkowego przyjęcia.

/okoliczności bezsporne/ a nadto: Księga procedur postępowania w stanach nagłych, k. 247-259; księga procedur Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izłą Przyjęć, k. 233-246; zarządzenie, k. 260-262; e-protokół rozprawy z dnia

23 sierpnia 2017r., zeznania świadka B. H., k. 365; e-protokół rozprawy z dnia 23 sierpnia 2017r., zeznania świadka B. H., zeznania świadka J. M., k. 365.

Świadczenia medyczne, które zostają uznane jako udzielone w stanie nagłym to świadczenia udzielone pacjentom w stanie polegającym na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia. Świadczenia udzielone w stanie nagłym nie jest tożsame ze świadczeniem udzielanym w trybie planowym pilnym.

Dowód: opinia biegłej B. D. (1) specjalisty chorób zakaźnych wraz z jej pisemnym uzupełnieniem, k. 371-393, 440-442v

Powód za pomocą systemu elektronicznego, zgłosił pozwanemu do rozliczenia zrealizowane przez siebie nadwykonania, których wartość stanowiła odpowiednio:

- Oddział Dermatologiczny: 14.352 zł;
- Oddział Obserwacyjno- Zakaźny: 44.096 zł;
- Oddział Hepatologiczny: 27.768 zł;
- Oddział Schorzeń (...): 118.400,88 zł;

Łączna wartość w/w świadczeń wynosiła 204.616,88 zł.

dowód: realizacja świadczeń w 2014r., k. 137-138; karty informacyjne, k.139-144; realizacja świadczeń, k. 145-146; karty informacyjne, k. 147-163v; realizacja świadczeń, k. 164-165; karty informacyjne, k. 166-174v; realizacja świadczeń, k. 175-179; karty informacyjne, k. 180-232v.

Spośród 78 pacjentów zgłoszonych przez powodowy Szpital do rozliczenia w ramach nadwykonań za rok 2014, tylko 57 z nich wymagało udzielenia im natychmiastowych świadczeń zdrowotnych wysokospecjalistycznych dla ratowania życia lub zdrowia. Wartość powyższych świadczeń wynosiła 146.272,88 zł.

dowód: opinia biegłej B. D. (1) specjalisty chorób zakaźnych wraz z jej pisemnym uzupełnieniem, k. 371-393, 440-442v; tabele na kartach:138, 146, 165, 177-179.

Zakres żądania powodowego Szpitala stanowi jedynie część wszystkich roszczeń, jakie powód systematycznie kieruje przeciwko pozwanemu.

/ okoliczność bezsporna/

Taki stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie zgromadzonych w aktach sprawy dokumentów, zeznań świadków: E. S., I. R., B. H., J. M. oraz B. S., a także w oparciu o opinię biegłej wraz z jej pisemnym uzupełnieniem.

Sąd uznał za wiarygodne dowody z dokumentów zebrane w sprawie, albowiem zostały sporządzone we właściwej formie, przewidzianej dla tego typu dokumentów. Strony w żaden sposób nie kwestionowały ich wiarygodności i prawdziwości. Autentyczność zgromadzonych dokumentów nie budziła również wątpliwości Sądu.

Sąd częściowo przyznał walor wiarygodności zeznaniom świadków E. S., I. R., B. H. oraz J. M. uznając je za spójne, zgodne, logiczne i konsekwentne. Świadkowie ci będąc lekarzami zatrudnionymi w powodowym Szpitalu uczestniczyły w leczeniu pacjentów, których koszty hospitalizacji zostały zgłoszone do rozliczenia w tym procesie. Pomimo, że świadkowie zgodnie twierdziły, że wszyscy zgłoszeni przez powoda pacjenci wymagali natychmiastowego udzielenia pomocy, Sąd w toku przeprowadzonego postępowania dowodowego nie mógł poprzestać na tychże deklaracjach uznając je za wiążące w tej sprawie. Podkreślić stanowczo trzeba, że świadkowie będąc pracownikami powodowego

Szpitala z oczywistych względów były zainteresowani korzystnym dla niego rozstrzygnięciem. Z tych względów Sąd uznał, że rozstrzygnięcie w zakresie zasady odpowiedzialności pozwanego, a także wysokości dochodzonych świadczeń pieniężnych mogło zostać wykazana wyłącznie za pomocą dowodu z opinii biegłych.

Nie było podstaw do kwestionowania zeznań złożonych przez B. S., albowiem przedstawione przez niego okoliczności były w zasadzie niesporne w tym procesie. Świadek potwierdził, w jaki sposób powodowy Szpital zgłasza pozwanemu do rozliczenia koszty leczenia przyjętych na poszczególne oddziały pacjentów. Wskazał również, że przyjęcie w trybie nagłym nie jest z tożsame ze świadczeniem pomocy medycznej w warunkach ratowania życia.

Sąd podzielił w całości wnioski wynikające z pisemnej opinii biegłej B. D. (1) specjalisty chorób zakaźnych – również w zakresie jej pisemnego uzupełnienia, albowiem były one logiczne, przekonujące i odpowiadały wymogom zawartym w treści przepisu art. 285§1 k.p.c. Podkreślić należy, iż biegła w sposób bardzo szczegółowy i skrupulatny przeanalizowała każdy przypadek wykonanego przez powoda świadczenia ponadlimitowego. Z treści opinii wynika, iż spośród 78 zgłoszonych przez powoda pacjentów, 57 z nich wymagało udzielenia świadczeń medycznych w trybie nagłym, a 21 w takim trybie nie powinno być przyjętym do Szpitala.

Biegła w swojej opinii uzupełniającej odniosła się również stawianym przez powoda zastrzeżeniom do opinii głównej. Wnioski sformułowane przez biegłą zostały przy tym uzasadnione w sposób przekonujący, przystępny i zrozumiały dla osób nie posiadających specjalistycznej wiedzy medycznej. Uznając opinię biegłej za miarodajne źródło wiedzy odnośnie zagadnień spornych, Sąd miał również na uwadze, iż pozwany pomimo pierwotnego kwestionowania powództwa w całości, nie zgłaszał do niej żadnych zastrzeżeń. Z tych względów Sąd uznał opinię za wartościową i przydatną dla oceny stanu faktycznego przedmiotowej sprawy.

Sąd pominął dowód z zeznań E. K., albowiem okoliczności, które miałyby zostać przez tego świadka wykazane, były nieprzydatne dla rozstrzygnięcia sporu, a także zmierzały do wykazania faktów bezspornych lub dostatecznie wykazanych za pomocą pozostałego materiału dowodowego.

Sąd pominął także wnioskowany przez Szpital dowód z dalszej opinii uzupełniającej biegłej B. D. (2), albowiem zmierzał on do niepotrzebnego przedłużania postępowania. Sąd zważył również, iż stawiane obu opiniom zastrzeżenia przez powoda stanowiły w istocie jego polemikę z wnioskami opinii. Powód nie przedstawił żadnych dodatkowych, nieznanych wcześniej dokumentów, które mogłyby stanowić podstawę ewentualnej zmiany stanowiska biegłej.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo w przeważającej części zasługiwało na uwzględnienie.

Zgodnie z treścią przepisu art. 19 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2014 roku, poz. 619) w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Stan nagły, zgodnie z art. 5 pkt.33 w/w ustawy, to taki o którym mowa w art. 3 pkt.8 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. nr 191, poz. 140 ze zm.) Według tego przepisu stan nagły zagrożenia zdrowotnego to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

W myśl art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013r., poz. 217 t.j.) podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Obowiązki wynikające z powyższych przepisów mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Jeżeli zatem podmiot leczniczy, który zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o świadczenie usług medycznych, udzielił świadczenia pacjentowi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ma roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie względem Narodowego Funduszu Zdrowia. W orzecznictwie wypracowanym na kanwie ustawy

o zakładach opieki zdrowotnej, ale niewątpliwie zachowującym aktualność także obecnie, powszechnie wskazuje się, 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, LEX nr 164009).

Linia obrony pozwanego była ukierunkowana na próbę wykazania, że roszczenie powoda nie zostało udowodnione zarówno co do zasady, jak i wysokości. Twierdził, że udzielone przez powoda świadczenia nie były realizowane w warunkach ratowania życia i zdrowia w stanach nagłych. Twierdził przy tym, że powód może domagać się zapłaty jedynie za świadczenia do wysokości limitu wynikającego łączącej strony procesu umowy.

Umowa, na podstawie której pozwany zobowiązał się finansować świadczenia w zakresie udzielonego Szpitalowi limitu nie obejmowała świadczeń poza go wykraczających (udzielanych w stanach nagłych ratujących zdrowie lub życie). W związku z tym, chybionym jest argument pozwanego /przy hipotetycznym uznaniu całego żądania powoda za zasadne/, zgodnie z którym powód mógł dokonać rozliczenia nadwykonań za rok 2014r. w ramach łączącej strony umowy. Brak bowiem uzgodnionego przez strony wynagrodzenia za udzielane przez świadczeniodawcę usług medycznych w nagłych przypadkach zagrożenia życia i zdrowia ludzkiego nie zwalnia od odpowiedzialności NFZ.

Wskazać przy tym trzeba, że powództwo skierowane przez powodowy Szpital nie jest jednostkowym przypadkiem. Podobne sprawy kierowane wobec pozwanego były i nadal są przedmiotem licznych postępowań sądowych, w tym inicjowanych przez powoda. Istotą tego procesu było zatem rozstrzygnięcie, czy wskazane w pozwie świadczenia medyczne zostały udzielone przez powodowy Szpital w stanach nagłych ratujących życie lub zdrowie.

Zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z 29 marca 2006r., IV CSK 158/05, jeżeli istnieje sytuacja zagrożenia życia lub zdrowia, z uwagi na art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (obecnie art. 15 ustawy z 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej), szpital ma obowiązek udzielenia świadczeń zdrowotnych. Nie sposób przyjąć, jakoby oznaczało to działanie „na własne ryzyko”, gdyż byłoby to właśnie sprzeczne z celem ustanowienia publicznego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, które mają charakter gwarancyjny. Odpowiedzialność za ciągłość i powszechną dostępność świadczeń zdrowotnych ponosi publiczna osoba prawna, jaką jest Narodowy Fundusz Zdrowia. W tym również mieści się ryzyko wystąpienia kosztów świadczeń ponadlimitowych, ratujących życie i zdrowie, które Fundusz powinien odpowiednio kalkulować przy tworzeniu planu finansowego. Mając powyższe na uwadze, roszczenie powoda zostało niewątpliwie wykazane co do zasady.

Dalsze rozważania będą ukierunkowane na ocenę wykazania żądania powoda co do wysokości. Pozwany nie jest podmiotem władnym ocenić, czy udzielone przez Szpital świadczenia zostały wykonane w warunkach nagłych ratując życie lub zdrowie, albowiem nie posiada on specjalistycznej wiedzy medycznej. Żeby ocenić prawidłowość dokonanej przez powodowy Szpital klasyfikacji poszczególnych pacjentów, koniecznym dopuszczenie dowodu z opinii biegłego, który w ostatecznie stwierdzi, które z objętych pozwem świadczeń miały charakter nagłych i ratujących życie, a które takiego charakteru nie posiadały.

Odnosząc się do każdego z 78 zgłoszonych przez Szpital do rozliczenia pacjentów, biegła oceniła, że w stosunku do dwóch pacjentów leczonych na Oddziale Dermatologicznym, trzech pacjentów leczonych na Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym, sześciu pacjentów leczonych na Oddziale Hepatologicznym oraz dziesięciu pacjentów hospitalizowanych w ramach Oddziału Schorzeń (...), nie zachodziły warunki uzasadniające podjęcia natychmiastowych świadczeń zdrowotnych dla ratowania życia lub zdrowia przez powodowy Szpital. Powód kwestionując wnioski wynikające z opinii, wnosił o przeprowadzenie dowodu z uzupełniających opinii, które miały stanowić odpowiedź na zadane przez niego pytania. Biegła nie znalazła podstaw do zmiany swojego pierwotnego stanowiska i podtrzymała wszystkie wnioski opinii. Wskazała przy tym, że powód myli pojęcie „natychmiastowe” z pojęciem „pilne”.

W związku z powyższym, przyjąć należało, iż w stosunku do 57 zgłoszonych do rozliczenia świadczeń udzielonych przez powoda ponad limit, Szpital słusznie domaga się od pozwanego zwrotu kosztów ich leczenia. Natomiast w zakresie pozostałych 21 pacjentów, powód niewłaściwie zakwalifikował udzielone świadczenia jako ratujących życie

lub zdrowie pacjentów w warunkach nagłej konieczności ich udzielenia. Ich rozliczenia mógł się domagać w ramach łączącej strony procesu umowy w zakresie udzielonych przez pozwanego limitów.

Przy takich rozważaniach, Sąd doszedł do wniosku, iż pozwany jest zobowiązany zwrócić powodowi 146.272,88 zł, o czym orzeczono w punkcie 1 wyroku.

W zakresie pozostałych dwudziestu jeden udzielonych przez Szpital świadczeń o łącznej wartości 58.338 zł, powództwo podlegało oddaleniu (punkt 2 wyroku).

Odnosząc się na marginesie do wartości świadczeń, za które zapłaty powód żądał w przedmiotowym postępowaniu, oczywistym jest, w ocenie Sądu, iż powód ustalając określając wartość świadczeń ponadlimitowych, za które domagał się zapłaty opierał się na obowiązującej wycenie świadczeń zdrowotnych dokonanej przez pozwanego. Nie sposób w żaden sposób przyjąć, by pozwany dokonując wyceny świadczeń zdrowotnych mieszczących się w zakresie umowy dopuścił się w tym względzie przeszacowania, dlatego za właściwy miernik wartości świadczeń ponadlimitowych, niczym przecież nie różniących się co do jakości i metod od świadczonych w ramach umowy, uznać należy stawki określone dla powoda przez pozwanego na użytek zawartej umowy.

Mając powyższe na uwadze, orzeczono, jak w punktach 1 i 2 wyroku, na podstawie przepisu art. 19 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zw. z art. 15 z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Odsetki należne powodowi Sąd zasądził od dnia 15 lutego 2015r.- zgodnie z żądaniem pozwu. Orzeczenie w tym zakresie oparte zostało o treść § 27 ust. 2 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81 z 2008r., poz. 484) rozliczenie wykonania umowy następowało najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego, to jest po upływie roku kalendarzowego. W konsekwencji ewentualny termin wymagalności spornych świadczeń, których dochodził powód za 2014r. upłynął dopiero z dniem 15 lutego 2015 r.

O kosztach procesu, jak w punkcie 3 wyroku orzeczono na podstawie art. 100 k.p.c. oraz na podstawie § 2 pkt 7 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie w związku z art. 113 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych.

Powód wygrał proces w 71,5 %, ponosząc koszty procesu w kwocie 10817 zł. Tym samym pozwany wygrał sprawę w 28,5 %. Zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu powód powinien zwrócić 28,5% poniesionych przez pozwanego kosztów procesu czyli kwotę 3.078 zł. Pozwany zaś powodowi 71,5 %, czyli kwotę 7.734,16 zł. Po potrąceniu w/w należności, należało zasądzić od pozwanego na rzecz powoda kwotę 4.656,16 zł (7.734,16- 3.078= 4.656,16).

Strony procesu zostały zwolnione w całości od obowiązku ponoszenia kosztów sądowych, wobec tego, kosztami tymi obciążono Skarb Państwa. (punkt 4 wyroku)

SSO Joanna Cyganek

ZARZĄDZENIE

1/ odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć pełn. powoda i pełn. pozwanego,

2/ za 14 dni lub z apelacją. (A)

B., dnia 11 lutego 2022r.

SSO Joanna Cyganek