

Sygn. akt I C 703/17

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 kwietnia 2018 r.

Sąd Okręgowy w Olsztynie I Wydział Cywilny

w składzie: Przewodniczący: SSO Juliusz Ciejek

Protokolant: st. sekr. sąd. Anna Szczepanek

po rozpoznaniu w dniu 3 kwietnia 2018 r. w Olsztynie

na rozprawie

sprawy z powództwa Wojewódzkiego Szpitala (...) w O.

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

o zapłatę

I. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 1.153.554 zł 43 gr (jeden milion sto pięćdziesiąt trzy tysiące pięćset pięćdziesiąt cztery złote czterdzieści trzy grosze) z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 grudnia 2017 r. do dnia zapłaty,

II. w pozostałym zakresie powództwo oddala,

III. koszty procesu stron wzajemnie znosi,

IV. nie obciąża stron kosztami sądowymi.

Sygn. akt I C 703/17

UZASADNIENIE

W dniu 1 grudnia 2017 r. Wojewódzki Szpital (...) w O. wniósł pozew przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) w O. o zapłatę kwoty 1.647.934,90 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty. Nadto o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu, według norm przepisanych.

W uzasadnieniu wskazał, że strony w dniu 30 grudnia 2011 r. miały zawarte umowy, których przedmiotem było udzielenie świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz w ramach świadczeń odrębnie kontraktowanych (żywienie dojelitowe). Każda z umów zawierała szczegółowy zakres świadczeń. Zgodnie z przyjętą polityką, część zabiegów medycznych takich jak diagnostyka i mało inwazyjne zabiegi chirurgiczne przesuwane były ze szpitali do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Wśród nich były świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii, okulistyki, diabetologii, endokrynologii, leczenia chorób naczyń, hematologii, chorób zakaźnych, nefrologii, neurologii, kardiologii, neurochirurgii, otolaryngologii, transplantologii, chirurgii onkologicznej, gastroenterologii, ortopedii i traumatologii oraz żywienia dojelitowego. Leczenie jednodniowe nie wymagało całodobowej i całodziennej opieki, a nadto było tańsze. Pozwany zalega z zapłatą z tytułu świadczeń ambulatoryjnych w wysokości 732.294,90 zł, zaś z w ramach świadczeń odrębnie kontraktowanych (żywienia dojelitowego) – 915.640 zł, łącznie 1.647.934,90 zł. Pozwany Fundusz konsekwentnie odmawia zapłaty za zabiegi wykonane w ramach procedur jednodniowych. (k. 3-12).

W odpowiedzi na pozew, Narodowy Fundusz Zdrowia (...) w O. wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie na swoją rzecz od powoda kosztów postępowania sądowego, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

W pierwszej kolejności wskazał, że niniejsze powództwo jest bezzasadne. W ocenie pozwanego, powód nie przedstawił żadnych znaczących dowodów na poparcie swoje stanowiska. Nie wykazał tym samym zasadności dochodzonego roszczenia. Podniósł przy tym, że w ramach zobowiązania umownego, pozwany opłacił udzielone przez powoda świadczenia, do kwoty wynikającej z tego zobowiązania. Odnosząc się do zarzutu odmowy zapłaty za zabiegi wykonywane w ramach procedur jednodniowych, wskazał, że są one objęte opieką zdrowotną w ramach leczenia szpitalnego, a nie w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. W ramach umowy o świadczenie opieki zdrowotnej obejmującej ambulatoryjną opiekę zdrowotną wykonywane były świadczenia ambulatoryjne, które pozwany sukcesywnie opłacał w ramach limitu kwoty określonej w umowie. Pozwany tym samym nie jest zobowiązany do zapłaty za świadczenia udzielane ponad limit określony w umowie. Tym samym brak jest podstaw do finansowanie przez pozwanego wszystkich świadczeń udzielanych przez powoda. Tylko w przypadkach udzielania świadczeń w trybie nagłym można rozważać zasadność zapłaty ponad wynikający z umowy maksymalny poziom jej finansowania. W ocenie pozwanego, powód nie udowodnił, że dochodzona kwota dotyczy udzielonych świadczeń ratujących życie. Nie wykazał przy tym jaki jest koszty udzielonych świadczeń i jakie czynniki na niego się składają (k. 267-271).

Na rozprawie w dniu 6 lutego 2018 r. pełnomocnik powoda oświadczył, że dochodzone roszczenie dotyczy braku należności jedynie za 2016 r. i obejmuje wykonane świadczenia w ramach kontraktu obowiązującego za 2016 r., lecz nieopłaconego. Strona powodowa domaga się zapłaty z tytułu wykonania umowy, nie świadczeń ponad limitowych, czy świadczeń z tytułu procedur ratujących życie bądź zdrowie (k. 287-288).

Wobec powyższego, pełnomocnik pozwanego wskazał, że maksymalna kwota finansowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej za 2016 r. została określona na kwotę 4.789.436,55 zł i Narodowy Fundusz Zdrowia całą kwotę zapłacił szpitalowi. Maksymalna kwota finansowania świadczeń zdrowotnych kontraktowych została określona na poziomie 6.293.259 zł też została wypłacona powodowi. Szpital przedkładał miesięczne sprawozdania, z których wynikało, że w 2016 r. koszty udzielonych świadczeń są wyższe niż maksymalne do dofinansowanie tj.:

- a) w ramach świadczenia ambulatoryjnego o kwotę 732.223,80 zł,
- b) w ramach świadczenia kontraktowego o kwotę 915.640 zł.

W związku z tym powyższe kwoty jako wydane przez powoda, ale nie w związku z ratowaniem życia, nie powinny być wypłacone (k. 287v).

W związku z powyższym, na tej samej rozprawie w dniu 6 lutego 2018 r., pełnomocnik powoda przyznał, iż sumy wskazane przez stronę pozwaną rzeczywiście były wypłacone Szpitalowi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Doprecyzowując stanowisko wskazał, że w związku z polityką NFZ, jego wymaganiami i obowiązkami ustawowymi doszło do nadlimitowego świadczenia usług medycznych, za które w niniejszym procesie dochodzi zapłaty (k. 288).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Wojewódzki Szpital (...) w O. jest Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej posiadającym osobowość prawną. Celem szpitala jest prowadzenie działalności leczniczej obejmującej stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

(okoliczność bezsporna, a nadto dowód z KRS k. 13-14, k. 299-300)

W dniu 30 grudnia 2011 r. Narodowy Fundusz Zdrowia (...) w O. zawarł z Wojewódzkim Szpitalem (...) w O. umowę o udzielenie świadczeń opieki specjalistycznej tj. ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (nr umowy (...)). Zgodnie z planem rzeczowo-finansowym świadczenia dotyczyły usług w zakresie:

- 1) położnictwa i ginekologii,
- 2) okulistyki,
- 3) diabetologii,
- 4) endokrynologii,
- 5) leczenie chorób naczyń,
- 6) hepatologii,
- 7) hematologii,
- 8) nefrologii,
- 9) chorób zakaźnych,
- 10) neurologii,
- 11) kardiologii,
- 12) kardiologii,
- 13) neurochirurgii,
- 14) transplantologii,
- 15) chirurgii onkologicznej.

Zgodnie z umową, świadczeniodawca (powód) zobowiązał się do wykonania umowy zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności w tzw. w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ustalanych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (określane jako „warunki zawierania umów”), w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych w zakresie określonym w warunkach zawierania umów oraz w ogólnych warunkach umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

Kwota zobowiązania Funduszu wobec powodowego Szpitala w okresie rozliczeniowym obejmującym okres od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2012 r. została określona na poziomie 3.338.147,30 zł.

(dowód: umowa k. 17-19, załącznik do umowy k. 20-21, załączniki k. 23-63)

W tym samym dniu tj. 30 grudnia 2011 r. strony zawarły jeszcze jedną umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, tym razem w zakresie świadczenia zdrowotnego kontraktowanego odrębnie. Przedmiotem umowy, zgodnie z planem rzeczowo-finansowym był świadczenie w zakresie:

- 1) badań izotopowych,
- 2) terapii izotopowej,
- 3) żywienia pozajelitowego w warunkach domowych,

- 4) żywienia dojelitowego w warunkach domowych,
- 5) leczenia cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dorosłych.

Podobnie jak w poprzedniej umowie, świadczeniodawca (powód) zobowiązany był wykonać umowę zgodnie z zasadami i warunkami określonymi w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i rozporządzeniach Ministra Zdrowia, szczegółowo opisanych w § 1 pkt 2 umowy.

Kwota zobowiązania Funduszu w tytułu realizacji usług została określona na poziomie 4.996.246 zł za okres od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2012 r.

(dowód: umowa nr (...) k. 64-66, załączniki do umowy k. 67)

Następnie, umowa dotycząca świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (tzw. (...)) była wielokrotnie zmieniana w zakresie kwoty zobowiązania pozwanego Funduszu. Ostatecznie aneksem nr (...) zawartym w dniu 22 grudnia 2016 r. do umowy w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, kwota ta uległa zwiększeniu do poziomu 4.789.436,55 zł. Aneks wszedł w życie od dnia 1 stycznia 2016 r.

(dowód: aneks nr (...) k. 22)

Z uwagi na małą kwotę zakontraktowaną w umowie z pozwanym Funduszem, szpital, za namową dyrektora oddziału Funduszu, ograniczył liczbę przyjęć szpitalnych na rzecz pomocy pacjentom w trybie ambulatoryjnym. Poradnie zabiegowe musiały zostać wyposażone w odpowiedni sprzęt. Ambulatoryjna pomoc była tańszą formą leczenia pacjentów niż przyjęcie i leczenie ich na oddziale szpitalnym. Szpital dysponował licznymi specjalistycznymi poradniami, wyposażonymi w dobrych specjalistów. Inne placówki, w tym pozwany Fundusz, odsyłał pacjentów z „trudniejszymi przypadkami” do powodowego szpitala. Szpital zobligowany był przyjąć pacjentów posiadających status „pilny”. W takiej sytuacji pacjent musi zostać przyjęty celem zweryfikowania zasadności kwalifikacji pilnej. W poradniach szpitalnych nie ma trybu „nagłego”, ale jest tryb „stabilny” i „pilny”. Powodowemu szpitalowi wzrosła liczba przyjętych pacjentów o statusie „pilny”.

Wśród przyjmowanych pacjentów są też pacjenci rejestrujący się po raz pierwszy. Pacjenci rejestrujący się w poradniach szpitalnych nie dysponują żadnymi dokumentami pozwalającymi zweryfikować ich stan zdrowia. Wymaga to wykonania specjalistycznych badań.

Inną grupą pacjentów są pacjenci oczekujący na wizytę dwa lata. Uprawnienie ich do przyjęcia wynika z systemu kolejkowego.

Szpital posiada katalog uprzywilejowanych pacjentów, których przyjmuje bez kolejki. Wśród nich są kombatancki, honorowi dawcy krwi, kobiety w ciąży, inwalidzi wojenni i zasłużeni dawcy przeszczepów.

W przypadku wyboru przez pacjenta poradni w ramach szpitala, powodowy szpital nie może odmówić pomocy medycznej.

(dowód: zeznania I. K. przesłuchanej w charakterze strony powodowej k. 578v-579)

W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w okresie rozliczeniowym od 1 stycznia 2016 r. do 31 grudnia 2016 r. poszerzono zakres świadczeń o następujące kategorie:

- 1) świadczenia z zakresu gastroenterologii (pierwszorazowe i skojarzone oraz diagnostyki onkologicznej),
- 2) świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu (skojarzone, diagnostyka onkologiczna, świadczenie w poradniach).

(bezsporne, a nadto dowód: załączniki do umowy nr (...) -k. 20-21, aneksy do umowy k. 22- 63)

Umowa dotycząca udzielania świadczeń w ramach świadczenia zdrowotnego kontraktowego odrębnie (tzw. SOK) także była wielokrotnie zmieniana w zakresie kwoty zobowiązania.

Aneksem z dnia 3 października 2016 r. strony zgodnie ustaliły, że kwotę zobowiązania określają na poziomie 6.212.640 zł z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2016 r.

Następnie strony w dniu 28 grudnia 2016 r. zawarły aneks nr (...), powyższą kwotę zmieniły do poziomu 6.293.259 zł, przy czym zgodnie z ich wolą moc obowiązująca aneksu określili od dnia 1 listopada 2016 r.

(bezsporne, a nadto dowód: aneksy dotyczące umowy SOK k. 68-77, 84)

Powodowy Szpital wykonał w 2016 r. usługi medyczne w ramach zwartych umów. W tym celu powód sporządził tabelaryczne opracowanie i rozliczenie udzielonych świadczeń. Zawarte dane zostały uwzględnione przez pozwanego, za które w ramach umowy zapłacił (bezsporne)

Jednak, jeszcze w tym samym roku, tj. w 2016 powód, jako świadczeniodawca, wykonał świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej przekraczając próg kwotowy wynikający z umowy. W ramach świadczenia pomocy wykonano usługi medyczne w następujących poradniach:

1. ginekologii i położnictwa:

- a) nadzór nad ciążą z innymi wzmiankami obciążającymi wywiad położniczy, ciążami bliźniaczymi,
- b) niezapalne schorzenia jajnika, jajowodu, więzadła szerokiego, inne zapalenia schorzenia jajnika, jajowodu, więzadła szerokiego macicy,
- c) badania ogólne ginekologiczne – rutynowe,
- d) nowotwory złośliwe, nowotwory nieokreślone, nowotwory złośliwe trzonu macicy, złośliwe nowotwory jajnika, mięśniak gładkokomórkowy macicy, nowotwory złośliwe pęcherza moczowego, niezłośliwe nowotwory jajnika,
- e) schorzenia sutka,
- f) dysplazja szyjki macicy, nasilona dysplazja szyjki macicy,
- g) polipy trzonu macicy, polipy żeńskiego narządu rodneho,
- h) opieka i badania matki karmiącej.

W ramach wykonywanych usług były to świadczenia pierwszego, drugiego, trzeciego i piątego typu.

2. okulistyki:

- a) zaburzenia siatkówki w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej, zaburzenia ciała szklistego, odwarstwiania siatkówki z przedarciem, zamknięcie naczyń siatkówki, inne zaburzenia siatkówki,
- b) zaćma starcza początkowa, zaćma wklajająca, zaćma starcza jądrowa, inne postacie zaćmy starczej, zaćma dziecięca, zaćma młodzieńcza i przedstarcza,
- c) starczowzroczność, nadwzroczność, krótkowzroczność, nieźorność, niedowiedzenie,

- d) zapalenie brzegów powiek, śluzowo-ropne zapalenia spojówek, ostre zapalenie spojówek, wyrodnienie plamki i bieguna tylnego, zapalenie rogówki i spojówki, wrzód rogówki, śluzowo-ropne zapalenie spojówek, inne zapalenie rogówki, blizna rogówki i przymglenie, stożek rogówki,
- e) inne pooperacyjne zaburzenia oka i przydatków oka,
- f) zaburzenia refrakcji i akomodacji,
- g) rany drażniące gałki ocznej bez ciała obcego, stłuczenia gałki ocznej i tkanek oczodołu,
- h) krwotoki do ciała szklistego, krwotoki siatkówkowe,
- i) podejrzenie jaskry, jaskra pierwotna z otwartym kątem przesączania, jaskra wtórna w innych chorobach oka,
- j) uraz oka i oczodołu, jęczmień i gradówka, uraz spojówki i abrazja rogówki bez wzmianki o ciele obcym,
- k) nowotwory złośliwe (naczyniówki), nowotwory niezłośliwe (rogówki),
- l) zapalenie tęczówki i capiała rzęskowego,
- m) dwojenie (diplopia),
- n) niedomykanie szpary powiekowej,
- o) inne zaburzenia tarczy nerwu wzrokowego, zanik nerwu wzrokowego,
- p) ślepotą jednego oka, bezsoczewkowość, upośledzenie widzenia,
- q) skrzydlik,
- r) badanie oczu i wzroku.

Były to świadczenia specjalistycznego pierwszego, drugiego, trzeciego, czwartego i ósmego typu oraz świadczenia pohospitalizacyjne.

3. diabetologii:

- a) cukrzyca insulinozależna z wieloma powikłaniami,
- b) cukrzyca insulinozależna z nieokreślonymi powikłaniami,
- c) cukrzyca insulinozależna z powikłaniami,
- d) inne określenie postaci cukrzycy,
- e) hiperglikemia,
- f) inne zaburzenia wydzielania wewnętrznego trzustki,

Usługi odbywały się w ramach świadczenia specjalistycznego pierwszego i drugiego typu.

4. endokrynologii:

- a) wole wieloguzkowe, nietoksyczne,
- b) tyreotoksykoza [nadczynność tarczycy] z rozlanym wolem, tyreotoksykoza z wolem wieloguzkowym toksycznym,

- c) zapalenie tarczycy, zapalenie tarczycy autoimmunologicznej, zapalenie tarczycy podostre, zapalenie tarczycy przewlekłe,
- d) niedoczynność tarczycy w wyniku zastosowania leczenia lub innego egzogennych substancji, niedoczynność przysadki, inne postacie niedoczynności tarczycy, inne określone choroby tarczycy, choroby tarczycy, niedoczynność tarczycy po przebytej infekcji,
- e) niedoczynność przysadki jatrogenna, inne choroby przysadki,
- f) wrodzone zespoły nadnerczowo-płciowe związane z niedobremu enzymów, inne zaburzenia kory nadnerczy, choroby nadnerczy, pierwotna niewydolność kory nadnerczy,
- g) nowotwór niezłośliwy (nadnerczy), nowotwór złośliwy tarczycy,
- h) hiperlipidemia mieszana, hiperprolaktynemia,
- i) moczówka prosta,
- j) guzek tarczycy pojedynczy nietoksyczny,
- k) akromegalia i gigantyzm przysadkowy,
- l) nadczynność przytarczyc,
- m) otyłość spowodowana nadmierną podażą energii,
- n) zaburzenia wewnątrzwydzielnicze.

Świadczenia w ramach usług z zakresu endokrynologii były wykonywane jako świadczenia specjalistycznego pierwszego, drugiego, trzeciego, czwartego typu, jak również jako świadczenia zabiegowe grupa 88, 110.

5. endokrynologii – świadczenia pierwszorazowe:

- a) wole wieloguzkowe nietoksyczne,
- b) inne postacie niedoczynności tarczycy, inne choroby tarczycy z powodu niedoboru jodu i pokrewnych przyczyn,
- c) nadczynność przytarczyc,
- d) zapalenie tarczycy autoimmunologiczna, zapalenie tarczyc przewlekłe z przemijającą tyreotoksykozą, zapalenie tarczyc podostre, nadczynność tarczycy, choroby tarczycy,
- e) pierwotna niewydolność jajników,
- f) choroba C. pochodzenia przysadkowego,
- g) choroby nadnerczy,
- h) tętniaka odcinka brzusznej tętnicy głównej, bez wzmianki o pęknięciu, tętniak i tętniak rozwarstwiający tętnicy głównej, tętniak tętnicy biodrowej wspólnej (zewnątrznej i wewnętrznej),
- i) niedrożność i zwężenie tętnicy szyjnej, wewnętrznej,
- j) miażdżyca, miażdżyca tętnic kończyn, żylaki kończyn dolnych, żylaki kończyn dolnych bez owrzodzenia i zapalenia,
- k) zator i zakrzep tętnic kończyn dolnych,

- l) zapalenie i zakrzepowe zapalenie żył innych naczyń głębokich kończyn dolnych, niewydolność żył przewlekła i obwodowa,
- m) obrzęk chłonny nieskalsyfikowany gdzie indziej,
- n) inne choroby naczyń obwodowych.

Świadczenie specjalistyczne odbywały się w typie pierwszym, drugim, trzecim i czwartym oraz jako świadczenie pohospitalizacyjne.

6. hematologii:

- a) chorób krwi i narządów krwiotwórczych nieokreślonych,
- b) przewlekłej białaczki limfocytowej,
- c) nieokreślonych zaburzeń krzepnięcia,
- d) samoistnej plamicy małopłytkowej, nieokreślonej małopłytkowości,
- e) nieokreślonych zaburzeń dotyczących krwinek białych, nieokreślonej niedokrwistości,
- f) innych określonych nowotworów złośliwych tkanki limfatycznej, krwiotwórczej i tkanek pokrewnych,
- g) szpiczaka mnogiego, chłoniaka nieziarniczego rozlanego, czerwienicy prawdziwej, obwodowego i skórniego chłoniaka z komórek T,
- h) plamicy i innych skaz krwotocznych,
- i) niedokrwistości z zakresu niedoboru żelaza, niedokrwistość z niedoboru witamy B12,
- j) zespołu mielodysplastycznego,
- k) nieokreślonej hipergammaglobulinemii,
- l) cykli chemioterapii nowotworów,
- m) dziedzicznego niedoboru czynnika VIII,
- n) talasemia beta, gammaopatia monoklonalna, makroglobulinemia W.,
- o) odpornej niedokrwistości z nadmiarem blastów z transformacją, odpornej niedokrwistości bez synderoblastów,
- p) nabytej niedokrwistości hemolistycznej,
- q) choroby śledziony.

7. hematologii – świadczenia pierwszorazowe:

- a) zaburzenia krzepnięcia, chorób krwi i narządów krwiotwórczych, zaburzenia krwinek białych,
- b) nieokreślonej małopłytkowości, nadpłytkowości samoistnej,
- c) plamic i innych skaz krwotocznych,
- d) niedokrwistości z niedoboru żelaza, odpornej niedokrwistości bez syderoblastów, nieokreślonej niedokrwistości,

- e) nadkrwistości wtórnej,
- f) przewlekłej białaczki limfocytowej, nowotworów złośliwych tkanki limfatycznej, krwiotwórczej i tkanek pokrewnych,
- g) szpiczaka mnogiego,
- h) gammopatia monoklonalna.

Świadczenie specjalistyczne z zakresu hematologii odbywały się w typie pierwszym, drugim, trzecim i czwartym.

8. nefrologii, w tym świadczenia pierwszorazowe:

- a) przewlekłej niewydolności nerek, schyłkowej niewydolności nerek, zaburzeń układu moczowego, wielotorbielowatości nerek,
- b) chorób nadciśnieniowych nerek, zespołu nerczycowego, zespołu zapalenia nerek, zaburzeń nerek i moczowodu w chorobach niesklasyfikowanych gdzie indziej, kamienicy nerki i moczowodu,
- c) cukrzycy insulinozależnej (z powikłaniami nerkowymi),
- d) wrodzonych zaburzeń nerek, nerki małej jednostronnie,
- e) nowotworów nerki, torbieli nerki.

W ramach wykonywanych świadczeń powód udzielał świadczeń specjalistycznych pierwszego, drugiego i trzeciego typu.

9. chorób zakaźnych:

- a) przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C i typu B bez wirusa delta,
- b) styczności i narażenia na inne choroby zakaźne,
- c) toksoplazmowa, choroby z L..

Świadczenia specjalistyczne były udzielane jako pierwszego, drugiego, trzeciego i czwartego typu.

10. neurologii, w tym świadczenia pierwszorazowe:

- a) zaburzeń ośrodkowego układu nerwowego, zawroty głowy i odrzucenia, bólu głowy, drżenie samoistne, zaburzeń nerwu trójdzielnego, innych zaburzeń układu nerwowego niesklasyfikowane gdzie indziej,
- b) chorób kręgów szyjnych, bóle grzbietów,
- c) następstw krwotoku podpajęczynówkowego, migotania i trzepotania przedsionków,
- d) innych polineuropatii, neuropatii samoistnej postępującej, innych spondyloz, polineuropatii wywołanej przez leki, polineuropatii zapalnej,
- e) padaczki, padaczki objawowej (ogniskowej, częściowej) i zespołu padaczkowego z prostymi napadami częściowymi, następstw chorób naczyń mózgowych,
- f) zawałów mózgu wywołanych przez nieokreślona niedrożność lub zwężenia tętnic mózgowych, udarów,
- g) zaburzeń korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych, stwardnienia rozsianego,

- h) miastennicy ciężkiej rzekompornężnej, „petit mal”, bez napadów „grand mal”,
- i) nowotworów złośliwych mózgu, chorób P., dystonii, chorób Alzheimera, epistaxis,
- j) chorób demielinizacyjnych ośrodkowego układu nerwowego, następstw chorób naczyń mózgowych, choroby kręgow szyjnych,
- k) zespół ciśnienia nadgarstka, migreny, powierzchowne urazy głowy, uszkodzenia nerwu łokciowego, dystrofii mięśniowej.

Usługi medyczne były świadczone w ramach leczenia specjalistycznego pierwszego, drugiego, trzeciego, czwartego i siódmego typu.

11. kardiologii, w tym świadczenia pierwszorazowe:

- a) nadciśnienia wtórnego, nadciśnienia pierwotnego,
- b) niewydolności serca, niewydolności serca lewokomorowej, innych zaburzeń rytmu serca, niewydolności serca zastoinowej,
- c) migotania i trzepotania przedsionków, zespołu chorej zatoki, bloku przedsionkowo-komorowego drugiego stopnia,
- d) kardiomopatie,
- e) omdlenia, zapaści, częstoskurczu napadowego.

W powyższym zakresie udzielano pomocy w typie pierwszy, drugim, trzecim i siódmym.

12. neurochirurgii:

- a) chorób krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych, innych chorób krążków międzykręgowych,
- b) nowotworów o niepewnym lub nieznanym charakterze centralnego systemu nerwowego, nowotworów niezłośliwych, torbieli mózgu, innych zaburzeń mózgu, tętnika mózgu, wodogłowia, nowotworów złośliwych,
- c) chorób kręgosłupa, kręgow szyjnych, innych zwyrodnień krążka międzykręgowego szyjnego, zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa,
- d) innych wad rozwojowych układu nerwowego, zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych,
- e) mononeuropatii kończyny górnej,
- f) kurczowego porażenia czterokończynowego, urazów śródczaszkowych, następstw urazów głowy, wstrząśnień,
- g) innych chorób naczyń mózgowych,
- h) zespołu (...).

Świadczenia były wykonywane w ramach pierwszego i trzeciego typu.

13. otolaryngologii:

- a) ubytku błony bębenkowej, inne perforacje błony bębenkowej, przewlekłego zapalenia krtani i tchawicy, zapalenie strun głosowych, porażenie strun głosowych,

- b) głuchoty przewodzeniowej i czuciowo-nerwowej (odbiorczej i obsustronna), głuchoniemota nieskalsyfikowana gdzie indziej, inna głuchota,
- c) innych schorzeń nosa i zatok przynosowych, skrzywienia przegrody nosowej,
- d) przewlekłego zapalenia błony śluzowej jamy nosowej i gardła, polipów jamy nosowej i nosa, zapalenie nosa i gardła,
- e) złamania czaszki i kości twarzoczaszki, zaburzeń układu przedsionkowego, łagodne napadowe zawroty głowy,
- f) nowotworów o niepewnym lub nieznanym charakterze, nowotworów niezłośliwych, nowotworów złośliwych krtani, zwężenie krtani, nowotwory złośliwe zachyłka gruszkowatego, nowotworów niezłośliwych dużych gruczołów ślinowych, nowotworów złośliwych dziąseł,
- g) przewlekłego zapalenia ucha środkowego, zapalenie ucha zewnętrznego, bezdech senny, zaburzenia snu, przewlekłej choroby migdałków podniebiennych i migdałka gardłowego oraz zatok, ropnia okołomigdałkowego,
- h) wrodzone wady rozwojowe twarzy i szyi
- i) zawężenie i niewydolności dróg łzowych, chorób gruczołów ślinowych, przerost małżowin nosowych,
- j) choroby języka, ostrych zapaleń zatok szczękowych.

W świadczeniach specjalistycznych z zakresu otolaryngologii udzielono pomocy typu pierwszego, drugiego i trzeciego oraz świadczeń zabiegowych rugby 101, 102, 103, 58 i 105.

14. transplantologii:

- a) transplantacji nerek,
- b) transplantacji narządu i tkanek.

W ramach transplantologii wykonywano świadczenia typu pierwszego oraz monitorowano skutki leczenia u chorego po przeszczepie nerki, w tym leków immunosupresyjnych oraz wykonywano niezbędne badania.

15. chirurgii onkologicznej:

- a) nowotworów o niepewnym lub nieznanym charakterze jamy ustnej i narządów trawiennych,
- b) niezłośliwych nowotworów skóry, nieokreślonego guzka w sutku, niezłośliwych nowotworów tkanki tłuszczowej
- c) nowotworów złośliwych pęcherza moczowego, czerniaka złośliwego skóry, łagodnej dysplazji sutka, nowotworów złośliwych jelita grubego i odbytnicy, innych chorób jelit, nowotworów złośliwych żołądka, innych złośliwych nowotworów skóry,
- d) innych wrodzonych wad rozwojowych twarzy i szyi, znamion barwnikowych,
- e) powiększonych węzłów chłonnych,
- f) obserwacji medycznej i oceny przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne,
- g) choroby H..

Wśród wykonanych badań z zakresu chirurgii onkologicznej typu pierwszego, drugiego i trzeciego, wykonano także usługi zabiegowe określone jako grupa 22, 92, 100 i 105.

16. gastroenterologii:

- a) wrzodziejącego zapalenia jelita grubego i cienkiego, marskości żółciowej, przewlekłego zapalenia wątroby, innych chorób żołądka i dwunastnicy, torbielowatości wątroby,
- b) chorób C.,
- c) zespołu pobudliwego jelita grubego, torbieli trzustki, zrostów jelitowych z niedrożnością,
- d) nowotworów niezłośliwych wątroby, zwłóknienia wątroby.

Wykonywano także świadczenia zabiegowe – grupa 108 oraz świadczenia specjalistycznego typu pierwszego, drugiego, trzeciego i czwartego.

17. ortopedii i traumatologii narządu ruchu:

- a) złamania nasady bliższej kości promieniowej, złamania nasad dalszych kości łokciowej i promieniowej, obrzęk chłonny, złamania trzonu kości łokciowej, uraz podudzia, skręcenia i naderwania stawu skokowego, złamania barku i ramienia, złamania, zwłóknienia, skręcenia i naderwania stawów i więzadeł kolana, liczne złamania odcinka lędźwiowego kręgosłupa, złamania obojczyka, złamania przezkrętarzowe, mnogie złamania kości udowej, złamania żeber, mostka, liczne złamania podudzia, złamanie kości śródstopia, złamania nasady bliższej piszczeli, uraz szyi tułowia oraz następstwa tych urazów,
- b) chorób zwyrodnieniowych stawów kolanowych, biodrowych, pierwotna, obustronna koksartroza, osteoporoza ze złamaniem patologicznym, złamania kciuka, uraz ścięgna A., złamanie kciuka, wiotkie porażenie kończyn
- c) mechaniczne powikłania innych wewnętrznych urządzeń ortopedycznych, wszczepów i przeszczepów, protez,
- d) chorób układu krążka międzykręgowego, uszkodzenia barku, skręcenie i naderwanie odcinka szyjnego kręgosłupa, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa,
- e) rozmiękania chrząstki, uszkodzenia łąkotki, chorób kręgow szyjnych,
- f) nowotworów niezłośliwych kości i chrząstek stawowych, nowotworów o niepewnym lub nieznanym charakterze,
- g) urazy mięśni i ścięgna zginacz innego płata na poziomie nadgarstka i ręki,
- h) choroby tkanek miękkich, zaburzenia rozrostowe tkanki fibroblastycznej,
- i) liczne złamania odcinka piersiowego kręgosłupa, zniekształcenia kręgosłupa,
- j) przepuklina pachwinowa, przewlekła niestabilność kolana,
- k) choroba P.,
- l) zakażenia spowodowane wewnętrzną protezą stawu, zapalenia tkanki podskórnej palca ręki i stopy, ostrogi kości piętowej, zapalenia kości i jamy szpikowej kręgu, zapalenie kaletki maziowej wyrostka łokciowego, nawykowe przemieszczania i podwiniecie stawu, zwyrodnienie wielowarstwowe,
- m) rozlanego urazu mózgu,
- n) amputacja kciuka.

Wykonywane zabiegi i pomoc medyczna były udzielane w ramach pierwszego, drugiego i trzeciego typu. Świadczenia zabiegowe były wykonywane dla grupy określonej jako 102, 81, 31, 100, 107, 39.

Wykonane badania wymagały otrzymania uprzedniego skierowania. Wartość wykonanych świadczeń 17 poradni w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w zakresie nieopłaconym przez pozwanego, jako ponadlimitowych, w przypadku zastosowania do nich wyceny takiej jak w oparciu o stawki z umowy wyniosłaby 732.294,90 zł.

(dowód: wykaz udzielonych świadczeń k.305- 436v, zeznania I. K. reprezentującego powoda k. 578v-579, dokumentacja k. 86-257)

W roku 2016 powód jako świadczeniodawca wykonał usługi odrębnie kontraktowe w zakresie żywienia dojelitowego. Forma żywienia dojelitowego w warunkach domowych utrzymuje pacjentów przy życiu. Polega na zainstalowaniu pacjentowi wlewu, który pozwala dostarczyć bezpośrednio do żołądka substancję pokarmową z pominięciem górnego przewodu pokarmowego. Taki zakres usług jest planowany w trybie pilnym. W roku 2016 powód udzielił pomocy 6.958 zł pacjentom z terenu województwa (...). Koszt żywienia dojelitowego każdorazowo wynosiło 88 zł. Miesięczny koszt pacjenta w ramach żywienia dojelitowego to kwota 2.496 zł. Obejmuje on koszty odżywki, urządzeń medycznych z załączeniem zgłębnika, który jest jednak zakładany w oddzielnej procedurze szpitalnej. Katalogowe ceny preparatów i urządzeń służących do ich podawania – strzykawek, wynoszą 1.270-1.634 zł miesięcznie. Obok tych kosztów są jeszcze koszty pośrednie, jak koszty apteki, obsługi zamówień, sterylizatorni, koszty laboratorium. W 2016 r. wartość wykonanych świadczeń w ramach żywienia dojelitowego, w zakresie nieopłaconym przez pozwanego, jako ponadlimitowego, w przypadku zastosowania do nich wyceny takiej jak w oparciu o stawki z umowy wyniosłaby 915.640 zł.

(dowód: wydruk żywienia dojelitowego k. 438 -551, zeznania I. K. reprezentującego powoda k. 578v-580 zeznania A. Z. reprezentującego pozwanego k. 581-581v)

Za wykonane usługi w zakresie pomocy ambulatoryjnej oraz żywienia dojelitowego wykonane nad limit wynikający z umowy, pozwany Szpital zwracał się do pozwanego o zapłatę, jednak bezskutecznie. Pozwany Fundusz w trakcie wielokrotnych spotkań zapewnił o priorytetowej wypłacie za świadczenia zabiegowe i pierwszorazowe. Jako jedyny szpital w regionie Wojewódzki Szpital (...) w O. posiada takie poradnie jak transplantologiczną i kardiochirurgiczną. Jest także największym w Polsce ośrodkiem żywienia dojelitowego i pozajelitowego.

Narodowy Fundusz Zdrowia nakłada kary na jednostki świadczące pomoc medyczną za odmową przyjmowania pacjentów.

Próby odsyłania pacjentów do innych poradni, w tym poradni podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) kończyły się fiaskiem. Pacjenci wracali z powrotem do poradni powodowego Szpitala z nowymi skierowaniami.

(bezsporne, zeznania I. K. reprezentującego powoda k. 578v-580, zeznania A. Z. reprezentującego pozwanego k. 581)

Do dnia wytoczenia powództwa, pozwany nie zapłacił za wykonaną przez powoda pomoc medyczną.

(bezsporne)

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo było usprawiedliwione co do zasady i w znacznym zakresie co do wysokości. Zostało przeto uwzględnione na poziomie 70 % dochodzonej należności.

W niniejszej sprawie bezspornym pozostawał między stronami fakt zawarcia umowy o świadczenie w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz w ramach świadczeń odrębnie kontraktowanych (żywienie dojelitowe). Bezspornym pozostawał również fakt wypłacenia przez stronę pozwaną maksymalnych kwot zobowiązania pozwanego Funduszu za świadczenia udzielone w 2016 r. w ramach dwóch umów z 30 grudnia 2011 r. Pozwany nie kwestionowały tu samego faktu udzielania przez stronę powodową świadczeń opieki zdrowotnej objętych pozwem i tego, że świadczenia te przekraczają limity ustalone w umowach zawartych z pozwanym Funduszem.

Z poczynionych przez Sąd ustaleń wynika, że świadczenia, których spełnienia strona powodowa domagała się od strony pozwanej, stanowiły zapłatę za opiekę zdrowotną udzieloną przez powodowy Szpital w ramach niezbędnej pomocy medycznej. Wśród udzielonej pomocy była też opieka ratująca życie.

Zasadniczy spór między stronami w tej sprawie sprowadzał się do kwestii podstawy prawnej, w oparciu o którą świadczeniodawca usług medycznych może domagać się od dysponenta środkami publicznymi wynagrodzenia za świadczenia udzielone ponad limit wynikający z zawartej między nimi umowy w sytuacji wykonywania swoich ustawowych obowiązków.

Zgodnie z art. 15 ustawy o działalności leczniczej, podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenie takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Z kolei art. 30 ustawy o zawodach lekarzy i lekarza dentysty, statuuje obowiązek udzielania przez lekarza pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Jednocześnie przepis artykułu 68 ust. 1 i 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej stanowi, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władza publiczna zapewnia równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Adresatem normy wyrażonej w art. 68 ust. 2 Konstytucji są władze publiczne, na których spoczywa obowiązek stworzenia odpowiednich instytucji umożliwiających zapobieganie chorobom, a w razie ich wystąpienia umożliwienie odpowiedniego ich zwalczania, leczenia (por. B. Banaszek, Komentarz do art. 68 Konstytucji RP. C.H. Beck 2012). Warunki i zakres udzielenia świadczeń przez publiczną służbę zdrowia reguluje ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Artykuł 68 ust. 2 Konstytucji RP w sposób wyraźny przesądza o tym, że świadczenia publicznej opieki zdrowotnej finansowane są ze środków publicznych, a zatem ze środków będących w dyspozycji pozwanego. Odmowa udzielenia pomocy medycznej byłoby działaniem wbrew ciężącemu na powodowym szpitalu ustawowemu obowiązkowi ratowania życia i zdrowia. Jednocześnie stanowiłoby to naruszenie zaakceptowanych powszechnie wartości, których wyrazem jest norma wyrażona w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP.

Powyższe przepisy adresowaną są bezpośrednio do podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, zarówno do lekarzy, jak i do placówek medycznych. Brak wywiązania się z ustanowionych w nich obowiązków rodzić może dla tych podmiotów zarówno odpowiedzialność cywilną, jak i zawodową, a w skrajnych przypadkach nawet odpowiedzialność karną. Podmiot wykonujący działalność leczniczą ma więc obowiązek udzielenia świadczenia w warunkach określonych w hipotezach przytoczonych norm i to bez względu na limit przewidziany w umowie zawartej z Funduszem. Tym samym stosunek prawny między świadczeniodawcą (powodem), a Narodowym Funduszem Zdrowia jest z jednej strony kształtowany przez umowę, a z drugiej – na podstawie art. 56 k.c. – również w oparciu o powyższe obowiązki ustawowe, a wywiedzione z Konstytucji. Obowiązki te, z uwagi na ich bezwzględny charakter, wyprzedzają zaś ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne, w tym limity wynagrodzeń w nich ustalone.

Zgodnie z art. 56 k.c. do skutków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej należy więc włączyć koszty świadczeń udzielonych w warunkach przymusu ustawowego. Koszty tych świadczeń obciążając zaś pozwany Fundusz, który jest jednostką utworzoną do finansowania świadczeń opłaconych ze środków publicznych. Skoro bowiem świadczeniodawca nie może odmówić udzielenia świadczenia, a obowiązek ten nałożył na niego ustawodawca, to nie można wymagać, aby samodzielnie świadczenia te finansował. Tym bardziej, że obowiązek zapewnienia ochrony życia i zdrowia obywateli, w tym zagwarantowania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie spoczywa na państwie. Koszty tych świadczeń powinien więc pokryć Skarb Państwa. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, uprawnienia i obowiązki finansowe Skarbu Państwa realizuje Narodowy Fundusz Zdrowia (por. wyroki SN: z dnia 10 stycznia 2014 r. I CSK 161/13, z dnia 12 marca 2009 r. V CSK 272/08, z dnia 5 listopada 2003 r. IV CK 189/02, z dnia 15 grudnia 2005 r. II CSK 21/05, z dnia 14 lipca 2006 r., II CSK 68/06, z dnia 25 maja 2006 r., II CSK 93/05, z dnia 8 sierpnia 2007 r. I CSK 125/07).

Mając powyższe na uwadze strona powodowa może więc dochodzić zapłaty za świadczenia opieki zdrowotnej udzielonej ponad limit wynikający z umów zawartych z pozwanym Narodowym Funduszem Zdrowia, pod warunkiem,

że świadczeń tych udzieliła w okolicznościach wypełniających hipotezę art. 15 ustawy o działalności leczniczej, art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

W ocenie Sądu, materiał dowodowy zgromadzony w niniejszej sprawie pozwalał na stwierdzenie, że świadczenie, za które strona powodowa dochodziła zapłaty w niniejszym postępowaniu, stanowiły świadczenia ratujące życie i zdrowie. Jednocześnie otrzymana przez pacjentów pomoc była świadczeniem udzielonym w warunkach przymusu ustawowego.

W pierwszej kolejności ocenie zostaną poddane świadczenia w ramach umowy odrębnie kontrolowanych świadczeniach, albowiem nie wymagają one głębszych rozważań z uwagi na ich status „ratujących życie”. Wprawdzie strona powodowa nie wskazywała wprost, aby tego typu świadczenia należały do kategorii ratujących życie. Jednak strona pozwana broniąc swojego stanowiska odmawiającego zapłaty za wykonane świadczenia, wskazywała, że w ramach umowy odrębnie kontraktowanej, świadczenia te nie nosiły przymiotu nagłości i nie służyły ratowaniu życia.

Przykładem w czystej postaci działania ratującego życie jest procedura związana z żywieniem dojelitowym. Jak wskazała, zeznająca w imieniu strony powodowej, Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala (...) w O., I. K., procedura ta pozwala pacjentom dotkniętym niemożnością tradycyjnego spożywania posiłków po prostu żyć. Nie ulega zatem wątpliwości, że dostarczenie substancji pokarmowych bezpośrednio do żołądka, ratuje im życie. Bez dostarczenia energii (pożywienia) ich egzystencja uległaby zakończeniu przez śmierć „głodową”. Na koszty całego wyposażenia pacjenta do niezbędnej egzystencji w warunkach domowej składa się sprzęt medyczny i akcesoria (odżywki, zgłębniki), które umożliwiają mu funkcjonowanie w domu. Miesięczny koszt to kwota 2.496 zł. Niemniej jednak należy do tych kosztów doliczyć koszty pośrednie, jak koszty apteki, obsługi zamówień, sterylizatorni, koszty laboratorium.

Tym samym próba obalenia, że działania w ramach świadczeń odrębnie kontraktowanych obejmujących żywienie dojelitowe w warunkach domowych nie jest działaniem ratującym życie – uznać należy za nietrafione. Mało tego, należy dodatkowo wskazać, że to jedyny sposób ich życia wśród najbliższych – w swoim domu. Bez wspomagania żywieniowego, zmuszeni byłiby przebywać w szpitalu, a bez pomocy lekarskiej skazani byłiby na śmierć. Nie ma zatem wątpliwości, że zwłoka w zakresie świadczonych usług przez powodowy Szpital stanowiłaby realne zagrożenia dla życia tych pacjentów.

W tym miejscu należy dokonać oceny zasadności ponadlimitowego udzielenia świadczeń w ramach ambulatoryjnej pomocy specjalistycznej oraz w ramach świadczeń odrębnie kontraktowanych - żywionych dojelitowe pacjentów w warunkach domowych.

W ramach tej pierwszej procedury powodowy Szpital udzielił pomocy medycznej w zakresie położnictwa i ginekologii, okulistyki, diabetologii, endokrynologii, leczenia chorób naczyń, hepatologii, hematologii, nefrologii, chorób zakaźnych, neurologii, kardiologii, kardiochirurgii, neurochirurgii, transplantologii, chirurgii onkologicznej, a także gastroenterologii oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

W ramach udzielonej pomocy medycznej ww. poradniach była świadczona pomoc doraźna, bieżąca i jednocześnie niezbędna. Dlatego też oceny zasadności udzielonej pomocy medycznej należy dokonać pod kątem, czy strona powodowa, pomimo przekroczenia limitu zakontraktowanego na 2016 r. z Narodowym Funduszem Zdrowia zobowiązana była z mocy przepisów ustawy, w szczególności cytowanego już art. 30 ustawy o zawodzie lekarzy i lekarza dentysty oraz art. 15 ustawy o działalności leczniczej, do świadczeń w ramach 17 poradni specjalistycznych. Następnie do ustalenia, czy w takim przypadku stroną pozwaną obciąża obowiązek zapłaty za tego rodzaju świadczenia.

Przypomnieć trzeba, że zgodnie z art. 15 ustawy o działalności leczniczej podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Z kolei art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, lekarz ma obowiązek udzielić 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. Dotyczy to przypadków pilnych, wymagających natychmiastowej pomocy z

uwagi na niebezpieczeństwo pogorszenia stanu zdrowia, czy skomplikowania dalszego leczenia. Obowiązek ratowania życia i zdrowia wynikający z przepisów art. 15 ustawy o działalności leczniczej jest obowiązkiem bezwzględnym i wyprzedza ograniczenia wynikające z umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie w przepisie tym chodzi o takie przypadki, w których zachodzi niemożność odłożenia (przesunięcia) w czasie pomocy lekarskiej, mogącej według wiedzy i doświadczenia medycznego – zapobiec powstaniu u pacjenta niekorzystnych skutków dla jego życia i zdrowia. Termin „natychmiastowość”, „nagłość” w rozumieniu zarówno art. 15 cytowanej ustawy, jak i art. 30 ustawy o zawodach lekarzy i lekarza dentysty nie oznacza więc realnej możliwości ziszczenia się zagrożenia życia i zdrowia pacjenta, ale o czas, w jakim świadczenie zdrowotne winno być udzielone osobie znajdującej się w określonym stanie zdrowotnym. Nie chodzi więc jedynie o przypadki niesienia pomocy osobom, których zagrożenie życia i zdrowia jest bezpośrednio i w każdej chwili może zrealizować się negatywny skutek tego zagrożenia. Chodzi o przypadki udzielenia pomocy, które musi być wykonane natychmiast z uwagi na wystąpienie schorzenia, dolegliwości zagrażającej życiu i zdrowiu, bez względu na to, czy zagrożenie jest nagłe, czy nie.

Obowiązek udzielenia świadczenia uregulowany w art. 15 ustawy o działalności leczniczej i art. 30 w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, często będzie oczywiście dotyczył przypadków, gdy ktoś wzywa Pogotowie (...) lub zgłasza się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Można sobie bowiem wyobrazić, że przypadki takie mogą charakteryzować się mniej poważnymi obrażeniami, co do których podjęte metody leczenia mogą być odroczone na krócej lub dłużej. Dlatego, nie można się ograniczać jedynie do takich przypadków, albowiem można sobie wyobrazić sytuacje odwrotne. W przypadku pacjenta leczonego przewlekłe, może przecież wystąpić konieczność natychmiastowego wykonania świadczenia medycznego.

W przypadku świadczenia pomocy ambulatoryjnej strona powodowa wykazała, że jest ośrodkiem najlepszym w województwie, posiada poradnie specjalistyczne, których nie ma w innych placówkach na terenie Warmii i M., posiada licznych specjalistów, a inne ośrodki medyczne odsyłają pacjentów z trudnymi problemami medycznymi właśnie do powoda. Niejednokrotnie też sami pacjenci wybierają powodową placówkę medyczną kierując się najwyższą dla nich wartością jaką jest – ich zdrowie i życie. To wszystko z kolei doprowadziło do tego, że liczba pacjentów powodowego Szpitala cały czas wzrasta. Okolicznościom tym, pozwany Fundusz nie zaprzeczył. Wręcz przeciwnie, przesłuchany w charakterze strony A. Z., przyznał, że naocznie widział dużą ilość pacjentów w powodowym Szpitalu. Sam zresztą jednego z pacjentów odesłał do powodowego szpitala. Nadto warto zwrócić uwagę, że pozwany Fundusz w przypadku nieprzyjmowania pacjentów ma możliwość nałożenia na powoda, jak również na inne placówki, kary finansowej.

W ramach procedury ambulatoryjnej udzielana była pomoc z różnych specjalności. Jednocześnie pomoc ta jest tańszą formą leczenia niż pobyt pacjenta w szpitalu. Wojewódzki Szpital (...) posiada licznych specjalistów, stąd częstą decyzją pacjentów jest leczenie się w powodowym szpitalu. To z kolei nakładało na powoda obowiązek przyjęcia pacjentów do leczenia. Obowiązek ten wynikał, jak już wskazano powyżej z Konstytucyjnego obowiązku zapewnienia dostępu do usług medycznych. Pozbawienie bowiem pacjenta opieki medycznej stanowiłoby zagrożenie dla ich zdrowia i życia, wyczerpując tym samym dyspozycję art. 3 pkt 8 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Zgodnie z przywołanym przepisem, stan nagłego zagrożenia zdrowotnego to stan polegający 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, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Definicja powyższego stanu zawarta jest również w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (art. 5 pkt 33).

Wobec powyższego nie sposób zatem oczekiwać od personelu medycznego powodowej placówki, aby odmawiał przyjęcia pacjentów z różnymi dolegliwościami tylko dlatego, że nie są one przypadkami nagłymi. Nie da się bowiem przewidzieć, kiedy u pacjentów wystąpi nagle załamanie procesów życiowych wymagających natychmiastowej interwencji. Oczekiwanie bowiem dwa lata na przyjęcie do specjalisty, choć nie jest sytuacją nagłą, jednak wymaga udzielenia pomocy także i tej osobie. Albowiem zarówno osoby, których życie jest bezpośrednio narażone na jego utratę, jak również, które potrzebują pomocy lekarskiej doraźnej objęci są ustawowym obowiązkiem nałożonym na personel medyczny – w postaci świadczenia pomocy lekarskiej.

Konieczność specjalistycznej konsultacji lub leczenia uznali już bowiem lekarze podstawowej opieki medycznej lub inni specjaliści. Aby uzyskać poradę lub pomoc medyczną w trybie opieki ambulatoryjnej, konieczne jest bowiem skierowanie od innego lekarza specjalisty, oddziału szpitalnego lub lekarza POZ. W tej sytuacji to szpital podejmuje ryzyko zwłoki lub błędnej kwalifikacji pacjenta do systemu kolejkowego. Niejednokrotnie może to wymagać przeprowadzenia badań lub konsultacji. Konsekwencją błędnej oceny może być proces odszkodowawczy lub nawet karny. Co więcej, pacjent zakwalifikowany do oczekiwania w systemie kolejkowym, nawet jeżeli jego stan jest stabilny, po upływie wyznaczonego czasu ma prawo domagać się porady lub leczenia. Skoro zawarł on ze szpitalem swoistą umowę o świadczenie usługi medycznej, to w przypadku nadejścia terminu mu przypisanego mógłby skutecznie formułować wobec szpitala roszczenia odszkodowawcze.

Metodologię rozliczeń z pozwanym Funduszem wyjaśniła I. K., będąca Dyrektorem powodowej jednostki. Wskazała ona, że kierownik działu zajmującego się opracowaniem i rozliczeniem udzielonych świadczeń sporządza w systemie elektronicznym taki wykaz, zgodnie z wytycznymi NFZ, który nie uznał ich z uwagi na przekroczenie limitu kontraktowego. Jednocześnie wskazała, że o kwalifikacji świadczenia decyduje lekarz. Nadto wskazała, że żadnego pacjenta, który zgłosi się do powodowego szpitala nie odsyłają do innych placówek. Co należy tłumaczyć to tym, że takie działanie wynika z faktu ciężaru nałożonego na lekarza i placówce medycznej. Tym ciężarem jest ustawowy, bezwzględny obowiązek niesienia pomocy (w tym wypadku niezbędna diagnoza, która umożliwi dalszą kwalifikację pacjenta i nadanie mu statusu trybu leczenia „pilnego” lub „stabilnego”). Jak również Konstytucyjnego obowiązku zapewnienia dostępu do usług medycznych. Pozbawienie bowiem pacjenta opieki medycznej w ramach umówionych świadczeń stanowiłoby zagrożenie dla jego zdrowia i życia, wyczerpując tym samym dyspozycję art. 3 pkt 8 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Przedłożone przez stronę powodową dokumenty w postaci zestawień przedkładanych NFZ-towi, zeznań strony powodowej, nie były kwestionowane merytorycznie przez pozwanego. Pozwany ograniczył się jedynie do oświadczenia, że nie stanowią one dowodu. Zgodnie z aktualnie obowiązującym rozumieniem dokumentu wyrażonym w art. 77³ k.c. jest nim każdy nośnik umożliwiający zapoznanie się z jego treścią. Oczywiście przedłożone przez powoda zestawienia to dokumenty prywatne, ale podlegają one ocenie na zasadach ogólnych. Ponieważ pozwany nie podnosił, że stwierdzają one udzielenie świadczeń medycznych osobom nieuprawnionym, nieistniejących procedur medycznych lub zawierają inne wady, Sąd w zaistniałej sytuacji procesowej oparł na nich swoje ustalenia.

Nie ma podstaw, by ograniczyć ustawowy obowiązek natychmiastowo udzielenia świadczenia jedynie do sytuacji wystąpienia u pacjenta stanu nagłego, bezpośrednio zagrażającego życiu i zdrowiu. Norma wywiedziona z powyższych przepisów nakłada zatem na państwo dbałość o dostęp do podstawowych świadczeń medycznych, w tym także do ich sfinansowania, kształtując w ten sposób ustrój społeczny w rozważanym zakresie.

Jako podstawę prawną zasadności dochodzonego roszczenia, należy wskazać art. 752 k.c. Zgodnie z tym przepisem, kto bez zlecenia prowadzi cudzą sprawę, powinien działać z korzyścią dla osoby, której sprawę prowadzi i zgodnie z jej prawdopodobną wolą, a przy prowadzeniu sprawy obowiązany jest zachować należytą staranność.

Do zapewnienia bezpłatnych świadczeń zdrowotnych zobowiązany jest Skarb Państwa. Realizując świadczenia zdrowotne po wyczerpaniu limitu kwotowego umowy, powód wykonywał czynności faktyczne – konkretne usługi medyczne z jednej strony z własnej inicjatywy, ale z drugiej przymuszony istniejącymi, wskazanymi wyżej okolicznościami. Czynił to w trosce o zdrowie i życie pacjentów, którzy u niego szukali pomocy. Mimo, że mógł mieć świadomość wyczerpania limitu świadczeń wynikający z umów łączących go z pozwanym, nie mógł odesłać zgłaszających się chorych wymagających zasadnej porady lub opieki specjalistycznej, bądź wskazanych do odżywiania dojelitowego, którym Państwo gwarantuje opiekę aktami takiej rangi jak Konstytucja. Pozwany nie tylko nie sprzeciwiał się działaniom powoda, ale wręcz naciskał na ich wykonanie (pismo NFZ - k. 556).

Tego rodzaju działania należy określić jako prowadzenie cudzych spraw obejmujących usługi na rzecz osób trzecich bez zlecenia, czyli stosunek zobowiązaniowy uregulowany w art. 752 k.c. i n. Prowadzenie to ma charakter nieodpłatny. Jednakże powód może żądać zwrotu uzasadnionych wydatków i nakładów szeroko ujętych. Pozwany wprowadzie

kwestionował wysokość dochodzonej kwoty za wykonane usługi medyczne, jednak nie poparł swojego argumentu żadnym dowodem, ograniczając się do gołosłownej próby podważenia wysokości roszczenia. Oczywiście nie sposób odnosić tu wprost w drodze analogii stawek z kontraktu do wykazania wartości procedur wykonanych ponadlimitowo. Na stronie powodowej w tym procesie spoczywał ciężar wykazania kosztów rzeczywiście poniesionych. W tym kierunku nie przejawiała ona w istocie żadnej inicjatywy dowodowej poza wykazaniem jaka byłaby kontraktowa wartość tych świadczeń. Sąd przyjął jednak za udowodnione, że świadczenia te istotnie wykonała.

Z uwagi na brak podstaw do precyzyjnego określenia wysokości świadczonych usług medycznych, między innymi przez brak powołania w tym zakresie dowodów, Sąd mógł jedynie posiłkowo zastosować wyliczenia należności na podstawie stawek świadczeń zakontraktowanych z NFZ. Siłą rzeczy oprócz wydatków muszą one zawierać i zysk placówki, do czego brak podstaw przy zastosowanej konstrukcji prawnej.

W tym stanie rzeczy wysokość zasadnej należności powoda musiała należeć do oceny Sądu. Dokonano jej przy zastosowaniu art. 322 k.p.c., zgodnie z którym, jeżeli w sprawie o naprawienie szkody, o dochody, zwrot bezpodstawnego wzbogacenia lub o świadczenie z umowy dożywocia, sąd uzna, że ścisłe udowodnienie wysokości żądania jest niemożliwe lub nader utrudnione, może wyroku zasądzić odpowiednią sumę według swej oceny opartej na rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy.

I tak w przypadku żywienia dojelitowego koszt samych odczynników kształtował się na poziomie około 60% całej procedury. Oczywiście do tego należy doliczyć niezbędne koszty administracyjne, co w ocenie Sądu zasadnym czyni przyjęcie łącznie stawki 70 % sumy należności z tego tytułu dochodzonej przez powoda.

Podobną analizę przeprowadzono w odniesieniu do roszczeń z tytułu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, których sumę wyliczył powód na 731.294,90 zł. Bezsprzeczne jest, że wobec przyjmowanych w tym trybie pacjentów stosowano nie tylko porady, ale i inwazyjne procedury medyczne, wymagające diagnostyki i sprzętu zabiegowego. Nie sposób precyzyjnie ustalić ich kosztów. Zwiększeniu podlegał też czas pracy lekarzy kontraktowych i pozostałego personelu szpitala, które zabezpieczyć musiał powód, co generowało istotne koszty dodatkowe. Z tego względu zasadnym było przyjęcie z tego tytułu 70 % stawek kontraktowych i w tym przypadku jako wyjściowego minimum kosztów szpitala z tego tytułu. Strona powodowa nie wykazała, żadnych dowodów dla uzasadnienia wyższych kosztów z tego tytułu.

W ocenie Sądu uznać należy, że za świadczenie w ramach żywienia dojelitowego i leczenie w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zasadnym będzie zasądzenie łącznie 70 % dochodzonej z tego tytułu kwoty, to jest 1.153.554,43 zł, którą to na podstawie na podstawie art. 753 § 2 k.c. przy zastosowaniu art. 322 k.p.c. zasądzona od pozwanego, jak obowiązane do ochrony zdrowia uprawnionych, na rzecz powoda, jako prowadzącego jego sprawy z tego tytułu. W pozostałym zakresie powództwo zostało oddalone, jako nieudowodnione.

O odsetkach Sąd orzekł na podstawie art. 481 k.c. Pozew wpłynął do Sądu w dniu 1 grudnia 2017 r. Rodzaj zgłoszonego żądania, ocena konkretnego stanu faktycznego uzasadnia roszczenia powoda także w zakresie odsetek. Wobec tego Sąd zasądził odsetki zgodnie z żądaniem pozwu, od daty wytoczenia powództwa do dnia zapłaty.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 100 zd. 1 k.p.c., dokonując się wzajemnego zniesienia.

Powód dochodził w niniejszym postępowaniu roszczeń na łączną kwotę 1.647.934,90 zł, a utrzymała się z żądaniem w kwocie 1.53.554,43 zł. Oznacza to, że wygrał proces 70%, zaś pozwany w 30% (1.53.554,43 x 100: 1.647.934,90)

Powód poniósł następujące koszty procesu: uiszczoną w części opłatę sądową od pozwu w kwocie 200 złotych, koszty zastępstwa procesowego w wysokości 10.800 zł. Pozwany zaś poniósł koszty swojego pełnomocnika w kwocie 10.800 zł.

Niemniej jednak mając na uwadze charakter zgłoszonego roszczenia, które ze swojej natury podlega uznaniu i ocenie Sądu w świetle wszystkich ujawnionych w toku procesu okoliczności, a także niewielką różnicę w poniesionych przez

obie strony postępowania kosztach niezbędnych do celowej obrony i ochrony swoich praw, Sąd postanowił wzajemnie znieść koszty procesu (vide: pkt III sentencji wyroku).

Sąd na podstawie art. 113 ust. 4 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych nie obciążył stron postępowania kosztami sądowymi w częściach w jakich każda z nich przegrała niniejsze postępowania z tożsamą argumentacją jak wyżej.