

Sygn. akt IV C 1296/09

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 25 kwietnia 2013 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie Wydział IV Cywilny

w składzie:

Przewodniczący SSO Sylwia Kulma

Protokolant stażysta Marzena Bał

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 18 kwietnia 2013 r. w Warszawie

sprawy z powództwa Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W.

o zapłatę

1. zasądza od Narodowego Funduszu Zdrowia w W. na rzecz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S. kwotę 12.991,01 zł (dwanaście tysięcy dziewięćset dziewięćdziesiąt jeden złotych 01/100) wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 lutego 2007 r. do dnia zapłaty,
2. w części powództwa cofniętego co do kwoty 96.126,52 zł (dziewięćdziesiąt sześć tysięcy sto dwadzieścia sześć złotych 52/100) postępowanie umarza,
3. w pozostałym zakresie powództwo oddala,
4. zasądza od Narodowego Funduszu Zdrowia w W. na rzecz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S. kwotę 651 zł (sześćset pięćdziesiąt jeden złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu,
5. zasądza od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S. na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia w W. kwotę 3236,40 zł (trzy tysiące dwieście trzydzieści sześć złotych 40/100) tytułem kosztów zastępstwa procesowego,
6. koszty sądowe ustala na kwotę 9.868,33 zł (dziewięć tysięcy osiemset sześćdziesiąt osiem złotych 33/100) i obciąża nimi Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w S. w 89,90 % i Narodowy Fundusz Zdrowia w W. w 10,10 %,
7. nakazuje Kasie Sądu Okręgowego w Warszawie ściągnąć na rzecz Skarbu Państwa od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S. kwotę 6871,62 zł (sześć tysięcy osiemset siedemdziesiąt jeden złotych 62/100) tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych,
8. nakazuje Kasie Sądu Okręgowego w Warszawie ściągnąć na rzecz Skarbu Państwa od Narodowego Funduszu Zdrowia w W. kwotę 996,71 zł (dziewięćset dziewięćdziesiąt sześć złotych 71/100) tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych

Uzasadnienie:

Pismem z dnia 21 sierpnia 2009 r. (koperta, k. 45) powód Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w S. wniósł pozew o zasądzenie od Narodowego Funduszu Zdrowia w W. na rzecz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S. kwoty 128.883,96 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 1 stycznia 2007 r. do dnia zapłaty oraz

o zasądzenie kosztów procesu od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia na rzecz powodowego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S. według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, iż pozostaje z pozwanym NFZ w stosunkach kontraktowych na świadczenie usług medycznych dla osób ubezpieczonych. Ustalone w umowach limity finansowe i ilościowe na świadczenie tych usług w roku 2006 miały jednakże tak niski poziom, że powodowały ich przekroczenie. Przekroczenia te obejmowały też świadczenia medyczne niosące pomoc pacjentom w zagrożeniu ich życia i zdrowia, czyli w przypadkach nagłych, wymagających natychmiastowej interwencji lekarskiej. W ocenie powoda ilość i wartość usług medycznych dla ratowania życia i zdrowia ponad limity umowne za 2006 r. wyliczone w 2007 r. po zamknięciu roku obrachunkowego 2006 wynoszą 128.883,96 zł. Powód wskazał również, iż od stycznia 2007 r. prowadzi korespondencję z NFZ w sprawie wypłacenia wynagrodzenia za wykonane usługi medyczne dla pacjentów pozostających w stanie zagrożenia życia i zdrowia za rok 2006, pozwany odmawia jednakże zapłaty (pozew, k. 4-6).

W odpowiedzi na pozew z dnia 22 października 2009 r. pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

W uzasadnieniu odpowiedzi na pozew pozwany wskazał, iż w myśl art. 132 ust. 1 oraz art. 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Fundusz była umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarta pomiędzy Funduszem i świadczeniodawcą, a suma kwot zobowiązań Funduszu wobec świadczeniodawców nie mogła przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu. Z kolei art. 136 powyższej ustawy przewidywał, że umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych określa w szczególności rodzaj i zakres udzielanych świadczeń, zasady rozliczeń pomiędzy NFZ a świadczeniodawcą oraz kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy. W ocenie pozwanego wskazane powyżej przepisy nie pozwalały zatem NFZ na finansowanie świadczeń zdrowotnych nie objętych umową o udzielanie świadczeń zdrowotnych, jak też zobowiązywały go do finansowania świadczeń jedynie w ramach środków przeznaczonych na ten cel w planie finansowym (...) Oddziału Wojewódzkiego (...).

W dalszej kolejności pozwany zauważył, iż zawarte pomiędzy powodem a pozwanym umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zostały w całości wykonane przez pozwanego. Powód otrzymał bowiem od pozwanego zapłatę za wszystkie świadczenia objęte tymi umowami. Kwota dochodzona przez powoda w niniejszej sprawie jest kwotą przekraczającą maksymalną kwotę zobowiązania Funduszu wobec powoda, jakie zostały wskazane w zawartych umowach. Pozwany nadmienił, iż obowiązkiem świadczeniodawcy jest wykonanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z tym że ograniczony zakres i wartość świadczeń objętych umową rodzi po stronie świadczeniodawcy obowiązek prawidłowej organizacji udzielania świadczeń, w szczególności obowiązek ustalania kolejności dostępu ubezpieczonych do świadczeń w oparciu o kryteria medyczne.

Pozwany nadmienił również, iż wielokrotnie zwracał uwagę powodowi na brak możliwości zakupu dodatkowych świadczeń zdrowotnych (zwiększenia ich liczby). Zdaniem pozwanego nie można się też zgodzić z twierdzeniami powoda, jakie wywiódł on z treści otrzymywanych z Funduszu odpowiedzi, gdyż nie jest prawdą jakoby pozwany NFZ w całości uznał zasadność merytoryczną udzielonych przez powoda nadwykonań świadczeń medycznych w 2006 roku.

W ocenie pozwanego należy również zakwestionować stanowisko powoda, iż wszystkie świadczenia ponadlimitowe, za które domaga się on zapłaty w niniejszej sprawie to świadczenia udzielone w przypadkach niecierpiących zwłoki (przypadki nagłe).

Ponadto strona pozwana kwestionowała domaganie się w przez powoda zapłaty odsetek ustawowych od dnia 1 stycznia 2007 r. (odpowiedź na pozew, k. 50-56).

Pismem z dnia 4 kwietnia 2013 r. (koperta, k. 467) powód Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w S. ograniczył swoje roszczenie do kwoty 32.757,44 zł z jednoczesnym zrzeczeniem się roszczenia w pozostałym zakresie (k. 465-466).

Pismem z dnia 16 kwietnia 2013 r. pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia stosownie do art. 203 § 3 k.p.c. złożył wniosek o przyznanie kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych (k. 468-469).

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Powód Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w S. podpisał z pozwanym Narodowym Funduszem Zdrowia następujące umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2006:

1. umowę Nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień z aneksami; kwotę zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 1 stycznia 2006 r. do dnia 31 grudnia 2006 r. określono ostatecznie w wysokości 2.879.764,61 zł,
2. umowę Nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka długoterminowa; kwotę zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 1 stycznia 2006 r. do dnia 31 grudnia 2006 r. określono ostatecznie w wysokości 1.444.264,80 zł,
3. umowę Nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne; kwotę zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 1 stycznia 2006 r. do dnia 30 czerwca 2006 r. określono ostatecznie w wysokości 947.743,40 zł oraz od dnia 1 lipca 2006 r. do dnia 31 grudnia 2006 r. określono w wysokości 1.031.443,68 zł.

Dowód: umowy ZOZ-NFZ, aneksy do umów (k. 149-181)

Daty wyczerpania limitów ustalonych w umowach stron dla poszczególnych świadczeń zdrowotnych były następujące:

1. Oddział Psychiatryczny dla Dorosłych – ok. 10 grudnia 2006 r.,
2. Świadczenia w ZOL dla Dorosłych – ok. 30 grudnia 2006 r.,
3. Świadczenia w ZOL dla pacjentów w stanie wegetatywnym/apatycznym – ok. 28 grudnia 2006 r.,
4. Poradnia Diabetologiczna – ok. 25 listopada 2006 r. ,
5. Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc – ok. 5 grudnia 2006 r. ,
6. Poradnia Chorób Zakaźnych – ok. 17 grudnia 2006 r.,
7. Poradnia Ginekologiczno-Położnicza – ok. 22 grudnia 2006 r.,
8. Poradnia Chirurgiczna – ok. 23 grudnia 2006 r.,
9. Poradnia Proktologiczna – ok. 17 grudnia 2006 r.,
10. Poradnia Urazowo – Ortopedyczna – ok. 26 października 2006 r.,
11. Poradnia Otolaryngologiczna – ok. 22 grudnia 2006 r.

Dowód: zestawienie nadwykonań i limitów w 2006 r. (k. 71-72)

Kryteria wykonania świadczeń leczniczych w trybie nagłym, w stanach bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów spełniało:

1. w Oddziale Psychiatrycznym – 3 pacjentów (S., Ś., K.) plus 3 pacjentów, których przerwanie leczenia mogłoby narazić na utratę zdrowia i życia (W., D., N.),
2. w ZOL dla Dorosłych – brak dokumentacji,
3. w ZOL dla pacjentów w stanie wegetatywnym/apatycznym – brak dokumentacji,
4. w Poradni Diabetologicznej – 26 pacjentów,
5. w Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc – 40 pacjentów
6. w Poradni Chorób Zakaźnych – 7 pacjentów,
7. w poradni Ginekologiczno-Położniczej – brak dokumentacji,
8. w Poradni Chirurgicznej – brak pozycji zrealizowanych pod dniem 23 grudnia 2006 r.
9. w Poradni Proktologicznej – 4 pacjentów,
10. w Poradni Urazowo-Ortopedycznej – 20 pacjentów,
11. w Poradni Otolaryngologicznej – 4 pacjentów

Dowód:, opinia biegłego sądowego z zakresu chorób wewnętrznych M. O. (k. 84-86), ustna uzupełniająca opinia biegłego M. O. (k. 129-130), opinia sędowo-psychiatryczna biegłej B. D. (k. 355-359), opinia uzupełniająca biegłej sądowej psychiatry B. D. (k. 399-401), ustna uzupełniająca opinia biegłej psychiatry B. D. (k. 477, od min. 3:37 do min. 8:20), akta załącznikowe

Wartość nadwykonań świadczeń leczniczych w trybie nagłym, w stanach bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów – za biegłym S. W. – były następująca:

1. w Oddziale Psychiatrycznym – 3.162 zł plus 6.426 zł (1.938 zł /pacjent W., poz. 15/ + 2.958 zł /pacjent D., poz. 22/ + 1.530 zł /pacjent N., poz. 23/) – k. 271,
2. w ZOL dla Dorosłych – brak,
3. w ZOL dla pacjentów w stanie wegetatywnym/apatycznym – brak,
4. w Poradni Diabetologicznej – 678,86 zł
5. w Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc - 1.161,02 zł
6. w Poradni Chorób Zakaźnych – 183,08 zł
7. w poradni Ginekologiczno-Położniczej – brak,
8. w Poradni Chirurgicznej – brak,
9. w Poradni Proktologicznej – 110,40 zł,
10. w Poradni Urazowo-Ortopedycznej – 1.120,05 zł,
11. w Poradni Otolaryngologicznej – 149,60 zł.

Wartość imiennych świadczeń zdrowotnych udzielonych w 2006 r. przez powoda w stanach nagłych, zagrażających życiu lub zdrowiu osobom:

1. wobec których świadczenie oznaczono adnotacją „renta-brak składki” wynosiła 156,12 zł,
2. wobec których brak stosownych adnotacji wynosiła 171,74 zł.

Dowód: opinia biegłego sądowego w zakresie ekonomii i finansów M. W. (k. 193-216), ustna uzupełniająca opinia biegłego M. W. (k. 243), opinia biegłego sądowego z zakresu (...) i finansów (...) (k. 251-274), pisemna opinia uzupełniająca biegłego S. W. (l. 313-314), uzupełniająca ustna opinia biegłego S. W. (k. 327-328)

Począwszy od 2007 r. powód prowadził korespondencję z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie sfinansowania świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych ponad limit 2006 r. W odpowiedzi na pisma powoda Narodowy Fundusz Zdrowia wskazywał na brak możliwości zaspokojenia roszczeń Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S. z tytułu ponadlimitowych świadczeń oraz na fakt, iż wywiązał się w całości ze swoich zobowiązań wobec powoda. Ostatecznie pismem z dnia 24 czerwca 2009 r. pozwany NFZ wskazał, iż jego stanowisko w sprawie finansowania nadwykonań za 2006 r. w wysokości 128.883,96 zł nie uległo zmianie i nadal jest negatywne.

Dowód: pisma stron (k. 11-44)

Powyższy **stan faktyczny** Sąd ustalił na podstawie następujących dowodów: umowy ZOZ-NFZ, aneksy do umów (k. 149-181), zestawienie nadwykonań i limitów w 2006 r. (k. 71-72), opinia biegłego sądowego z zakresu chorób wewnętrznych M. O. (k. 84-86), ustna uzupełniająca opinia biegłego M. O. (k. 129-130), opinia sądowo-psychiatryczna biegłej B. D. (k. 355-359), opinia uzupełniająca biegłej sądowej psychiatry B. D. (k. 399-401), ustna uzupełniająca opinia biegłej psychiatry B. D. (k. 477, od min. 3:37 do min. 8:20), akta załącznikowe, opinia biegłego sądowego w zakresie ekonomii i finansów M. W. (k. 193-216), ustna uzupełniająca opinia biegłego M. W. (k. 243), opinia biegłego sądowego z zakresu (...) i finansów (...) (k. 251-274), pisemna opinia uzupełniająca biegłego S. W. (l. 313-314), uzupełniająca ustna opinia biegłego S. W. (k. 327-328), pisma stron (k. 11-44),

Sąd dał wiarę w całości wszystkim dokumentom, w tym także tym złożonym w kopiach z uwagi na fakt, iż były jasne, kompletne i wzajemnie się potwierdzały, wobec czego Sąd także nie znalazł powodu, aby podważać wynikające z nich fakty.

Istotnym elementem dowodowym tego postępowania były sporządzone na potrzeby niniejszego postępowania opinie biegłych sądowych z zakresu medycyny oraz finansów. W ocenie Sądu opinie te zostały sporządzone w sposób rzetelny, spójny i zupełny, a biegli oparli się na zgromadzonej dokumentacji. Ponadto w opiniach uzupełniających biegli potwierdzili swoje dotychczasowe twierdzenia oraz ustosunkowali się do pytań stron.

Sąd zważył, co następuje:

W ocenie Sądu powództwo zasługiwało na częściowe uwzględnienie.

W niniejszej sprawie strona powodowa ostatecznie żądała zasądzenia kwoty 32.757,44 zł z tytułu:

- 1) ponadlimitowego pobytu 12 pacjentów w Oddziale Psychiatrycznym (należność w kwocie 24.786 zł),
- 2) ponadlimitowego pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy (należność w kwocie 4.567,80 zł),
- 3) ponadlimitowych usług w Poradniach Specjalistycznych (należność w kwocie 3.403,64 zł) – k. 414-415 oraz k. 465-466.

Rozważania w niniejszej sprawie należy rozpocząć od podstawy prawnej roszczenia z tytułu ponadlimitowych świadczeń udzielonych przez powoda Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w S..

W orzecznictwie Sądu Najwyższego nie budzi wątpliwości, że stosunek między Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcą usług medycznych, którym z reguły jest zakład opieki zdrowotnej, ma charakter umownego

zobowiązania. Jego powstanie i wykonanie podlega ocenie z punktu widzenia prawa cywilnego, a postanowienia umowy mają co do zasady charakter wiążący (vide m.in. art. 132 ust. 1 i 5 oraz art. 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). W konsekwencji, co do zasady świadczeniodawcy nie przysługuje roszczenie w stosunku do Narodowego Funduszu Zdrowia o wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe.

Wyjątkiem od powyższego jest jedynie sytuacja udzielania pomocy medycznej w warunkach art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia) i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki). Ponadto zgodnie z dyspozycją art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. W zakresie definicji stanu nagłego art. 5 pkt 33 powyższej ustawy odsyła do art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (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).

W tym miejscu należy się jeszcze zastanowić, jakie są relacje art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej również jako u.s.o.z.) z art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (dalej również jako u.z.o.z.) i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (dalej również jako u.z.l.) oraz przesłanki uzasadniające dochodzenie wynagrodzenia niezależnie od zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W szczególności chodzi o to, czy pomoc medyczna udzielana przez lekarza w sytuacji przypadku niecierpiącego zwłoki (w rozumieniu art. 30) mieści się w zakresie pojęcia stanu nagłego (w rozumieniu u.s.o.z.)

W ocenie Sądu należy zgodzić się z tym poglądem, że zarówno pojęcia zawarte w art. 7 u.z.o.z., art. 30 u.z.l., jak i art. 19 u.s.o.z. w zasadzie dotyczą tych samych sytuacji. W przepisach tych 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. Równocześnie istnieje jednakże istotna różnica między definicjami stanu nagłego i przypadku niecierpiącego zwłoki (art. 30 u.z.l.) – różnica co do zakresu niekorzystnych skutków dla życia i zdrowia pacjenta, którym ma zapobiec podejmowana w ich trakcie pomoc lekarska. O ile w sytuacji przypadku niecierpiącego zwłoki pomoc lekarska ma zapobiec nie tylko ciężkim, ale i lekkim niekorzystnym skutkom dla życia i zdrowia, o tyle w sytuacji stanu nagłego ma ona zapobiec już tylko ciężkim (poważnym) niekorzystnym skutkom. W konsekwencji w pojęciu stanu nagłego mieściłby się wyłącznie ciężki przypadek niecierpiący zwłoki, a poza jego zakresem pozostawałby lekki przypadek niecierpiący zwłoki.

Przesłanki opisane w art. 7 u.z.o.z. w zasadzie odpowiadają definicji stanu nagłego (a w zasadzie stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego) zawartej w art. 5 pkt 33 u.s.o.z. w związku z art. 3 pkt 8 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, a tym samym należy uznać, że w takich sytuacjach zastosowanie będzie miał również art. 19 u.s.o.z. w odniesieniu do osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej (vide A. Pietraszewska-Macheta, Komentarz do art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, LEX 2010).

Oprócz powyższego Sąd pragnie zauważyć, iż na podstawie art. 56 k.c. czynności prawne wywołują skutki nie tylko w nich wyrażone, ale również te, które wynikają z ustawy. Biorąc pod uwagę wcześniejsze rozważania Sądu oraz stanowisko Sądu Najwyższego (vide m.in. wyrok z dnia 12 grudnia 2006 r., sygn. akt II CSK 287/06, LEX nr 445261) należy podkreślić, iż zakres obowiązku Narodowego Funduszu Zdrowia wobec podmiotów świadczących usługi medyczne obejmuje także te świadczenia zdrowotne, które świadczeniodawca zobowiązany był wykonać z mocy ustawy, tj. art. 7 u.z.o.z., art. 30 u.z.l. i art. 19 u.s.o.z. W określonych w powyższych przepisach sytuacjach na lekarzy i zakłady opieki zdrowotnej nałożony jest wprost bezwzględny obowiązek udzielenia pomocy medycznej.

Koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy więc, zgodnie z art. 56 k.c., włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między NFZ a świadczeniodawcą i obciążyć nimi Narodowy Fundusz Zdrowia jako podmiot zarządzający środkami publicznymi, z których powinny być one pokryte.

Przenosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy Sąd zauważa, iż w toku postępowania nie zostało wykazane, iż wszystkie udzielone przez powoda Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w S. ponadlimitowe świadczenia w 2006 roku odpowiadały przesłankom zawartym w przepisach art. 7 u.z.o.z., art. 30 u.z.l. i art. 19 u.ś.o.z.

Mając na uwadze przywołane przez Sąd na początku rozważań prawnych ostateczne żądanie strony powodowej należy po pierwsze zauważyć, iż w zakresie ponadlimitowych świadczeń w Zakładzie (...) stwierdzono brak stosownej dokumentacji medycznej i zestawień wykonanych w 2006 r., a w konsekwencji niemożność stwierdzenia przesłanek stanu nagłego i niemożność wyliczenia wartości udzielonych świadczeń (k. 85, 202). Na marginesie Sąd zauważa, iż zgodnie z ogólną regułą dowodową wynikającą z art. 6 k.c., to na stronie powodowej spoczywał obowiązek wykazania powyższego. Przedstawiona przez stronę powodową jedynie lista pacjentów nie mogła stanowić dostatecznego materiału dowodowego, ponadto powód w żaden sposób nie wykazał okoliczności przyjęcia pacjentów do Zakładu (...).

Wobec powyższego Sąd oddalił powództwo w powyższym zakresie.

W zakresie pozostałych żądań powoda ustalenia Sądu były oparte głównie na opiniach biegłych z zakresu medycyny i finansów.

W zakresie ponadlimitowych usług w (...) Sąd pragnie zauważyć, iż mimo negocjowania przez stronę pozwaną charakteru tych świadczeń jako spełniających przesłanki zawarte w przepisach art. 7 u.z.o.z., art. 30 u.z.l. i art. 19 u.ś.o.z., Narodowy Fundusz Zdrowia – zastępowany przez profesjonalnego pełnomocnika – nie zgłaszał żadnych nowych wniosków dowodowych na powyższą okoliczność, Sąd zaś – mając na uwagę rzeczowość przedstawionej przez biegłego sądowego opinii – nie widział konieczności dopuszczenia takiego dowodu z urzędu.

Wobec powyższego Sąd uznał powództwo w powyższym zakresie.

W zakresie zaś ponadlimitowego pobytu 12 pacjentów w Oddziale Psychiatrycznym Sąd podkreśla, iż wobec pacjentów S., Ś. i K. istniały bezwzględne wskazania psychiatryczne do przyjęcia do Oddziału Psychiatrycznego zamkniętego, wobec zaś pacjentów W., D. i N. przerwanie leczenia mogłoby narazić pacjentów na utratę zdrowia i życia ze względu na niezdolność do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych. Co do pozostałych pacjentów, tj. K., K., J., B., to ich stan psychiczny nie stanowił zagrożenia dla ich zdrowia i życia, zaś stan psychiczny pacjentek A. i Ś. po 10 grudnia 2006 r. nie stanowił bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia.

Wobec powyższego Sąd uznał powództwo w powyższym zakresie tylko wobec 6 z 12 pacjentów, którzy spełniali przesłanki zawarte w przepisach art. 7 u.z.o.z., art. 30 u.z.l. i art. 19 u.ś.o.z.

Na marginesie Sąd zauważa jeszcze, iż prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych posiadają renciści, emeryci, a wskazanie pacjenta jako rencisty lub emeryta dowodzi, że osoba ta jest ubezpieczona. Fakt niepobrania składki przez ZUS lub KRUS nie leży w zakresie działalności zakładu opieki zdrowotnej.

O odsetkach Sąd orzekł w oparciu o treść art. 481 k.c. w zw. z art. 455 k.c. w zw. z § 26 ust. 2 Załącznika do ówczesnie obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2005 Nr 197 poz. 1643). Jak już powyżej zauważono, koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy zgodnie z art. 56 k.c. włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między NFZ a świadczeniodawcą. Wobec powyższego – w ocenie Sądu – odsetki od zasądzonej kwoty należy liczyć od dnia następującego po ostatnim dniu, w którym konieczne było rozliczenie się z wykonanej przez powoda umowy, tj. 15 lutego 2007 r. (zgodnie z § 26 ust. 2 rozliczenie wykonania umowy następuje najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego; zgodnie z § 1 pkt 5 przez okres

rozliczeniowy rozumie się okres roku kalendarzowego albo inny, zawierający się w roku kalendarzowym, okres oznaczony w umowie).

Mając powyższe na uwadze Sąd orzekł jak w **pkt. 1. i 3. wyroku**.

Pierwotnie strona powodowa żądała zasądzenia od pozwanego kwoty 128.883,96 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 1 stycznia 2007 r. do dnia zapłaty. Pismem z dnia 4 kwietnia 2013 r. (koperta, k. 467) powód ograniczył swoje roszczenie do kwoty 32.757,44 zł z jednoczesnym zrzeczeniem się roszczenia w pozostałym zakresie (k. 465-466).

W ocenie Sądu przedmiotowe cofnięcie nie pozostaje w sprzeczności z prawem, zasadami współżycia społecznego, ani nie zmierza do obejścia prawa, Sąd uznał je więc za dopuszczalne w świetle art. 203 § 4 k.p.c., a więc na podstawie art. 355 § 1 k.p.c. umorzył postępowanie co do kwoty 96.126,52 zł (**pkt 2. wyroku**).

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 100 zd. 1 k.p.c. w zw. z art. 98 § 3 k.p.c. i 99 k.p.c., uznając za właściwe – przy częściowym uwzględnieniu żądania powoda – stosunkowe rozdzielanie kosztów.

Strona powodowa określiła wartość przedmiotu sporu w niniejszej sprawie na kwotę 128.883,96 zł, podczas gdy jej żądania zostały ostatecznie uwzględnione co do kwoty 12.991,01 zł. Powód wygrał więc sprawę w 10,10%, przegrywając ją tym samym w 89,90% (**pkt 6. wyroku**).

Powód uiszczył opłatę od pozwu w wysokości 6.445 zł (k. 4), uwzględniając powyższą proporcję Sąd zasądził na rzecz powoda kwotę 651 zł tytułem zwrotu kosztów procesu – **pkt 4. wyroku**. W tym miejscu Sąd pragnie zauważyć, iż radca prawny M. S. – zastępujący stronę powodową – przystępując w toku procesu do sprawy nie wnosił o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego, zgodnie zaś z art. 109 § 1 zd. 1 k.p.c. roszczenie o zwrot kosztów wygasa, jeśli strona najpóźniej przed zamknięciem rozprawy bezpośrednio poprzedzającej wydanie orzeczenia nie złoży sądowi spisu kosztów albo nie zgłosi wniosku o przyznanie kosztów według norm przepisanych.

Strona pozwana była zastępowana przez profesjonalnego pełnomocnika, którego wynagrodzenie zgodnie z § 6 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. Nr 163, poz. 1349 ze zm.) wynosi 3.600 zł. Uwzględniając powyższą proporcję Sąd zasądził na rzecz pozwanego kwotę 3.236,40 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego (3.600 zł x 89,90%) – **pkt 5. wyroku**.

Na koszty sądowe w kwocie 9.868,33 zł składają się następujące kwoty:

- 1) 1.395 zł tytułem wynagrodzenia za sporządzenie opinii przez biegłego M. O.; kwota została wypłacona z zaliczki (k. 89),
- 2) 125 zł tytułem wynagrodzenia za stawiennictwo na rozprawie w dniu 16 listopada 2010 r. i wydanie ustnej opinii przez biegłego M. O. oraz tytułem zwrotu kosztów podróży; kwota została wypłacona z zaliczki (k. 132-133),
- 3) 3.547,66 zł tytułem wynagrodzenia za sporządzenie opinii pisemnej oraz tytułem zwrotu wydatków związanych z wydaniem opinii przez biegłego M. W.; kwota została wypłacona tymczasowo z sum budżetowych Skarbu Państwa (k. 227-228),
- 4) 112,43 zł tytułem wynagrodzenia za przygotowanie i stawiennictwo na rozprawie w dniu 27 września 2011 r. przez biegłego M. W.; kwota została wypłacona tymczasowo z sum budżetowych Skarbu Państwa (k. 245),
- 5) 3.591,45 zł tytułem wynagrodzenia za sporządzenie opinii pisemnej przez biegłego S. W.; kwota została wypłacona tymczasowo z sum budżetowych Skarbu Państwa (k. 285),

- 6) 143,37 zł z tytułu wynagrodzenia za udział w rozprawie i złożenie ustnej opinii uzupełniającej z dnia 19 czerwca 2012 r. przez biegłego S. W.; kwota została wypłacona tymczasowo z sum budżetowych Skarbu Państwa (k. 331),
- 7) 684,99 zł tytułem wynagrodzenia za wydanie pisemnej opinii przez biegłą B. D.; kwota została wypłacona tymczasowo z sum budżetowych Skarbu Państwa (k. 375),
- 8) 238,85 zł tytułem wynagrodzenia za sporządzenie pisemnej opinii uzupełniającej przez biegłą B. D.; kwota została wypłacona tymczasowo z sum budżetowych Skarbu Państwa (k. 406),
- 9) 30,03 zł tytułem wynagrodzenia za stawiennictwo na rozprawie w dniu 18 kwietnia 2013 r. i wydanie ustnej opinii uzupełniającej w sprawie przez biegłą B. D.; kwota została wypłacona tymczasowo z sum budżetowych Skarbu Państwa (k. 478).

Na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. Nr 167, poz. 1398 ze zm.) Sąd nakazał kasie Sądu Okręgowego w Warszawie:

- 1) ściągnąć na rzecz Skarbu Państwa od powoda kwotę 6.871,62 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych; $(9.868,33 \text{ zł} \times 89,90\%) \text{ minus } 2.000 \text{ zł} = 6.871,62 \text{ zł}$ (powód wpłacił kwotę 2.000 zł tytułem zaliczki na pokrycie kosztów opinii biegłego, k. 75v) – **pkt 7. wyroku;**
- 2) ściągnąć na rzecz Skarbu Państwa od pozwanego kwotę 996,71 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych $(9.868,33 \text{ zł} \times 10,10\%)$ – **pkt 8. wyroku.**