

Sygn. akt *I ACa 59/15*

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 maja 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Poznaniu I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: **SSA Bogdan Wysocki** /spr./

Sędziowie: **SSA Jan Futro**

/del./ SSO Ewa Blumczyńska

Protokolant: **insp. ds. biurowości Katarzyna Kaczmarek**

po rozpoznaniu w dniu 28 maja 2015 r. w Poznaniu

na rozprawie

sprawy z powództwa **Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej**

w K.

przeciwko **Narodowemu Funduszowi Zdrowia - (...) Oddział Wojewódzki**

w P.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Poznaniu

z dnia 29 października 2014 r. sygn. akt XII C 2167/13

1. **oddala apelację;**

2. **zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 5.400 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.**

/-/ E. Blumczyńska /-/ B. Wysocki /-/ J. Futro

Sygn. akt *I ACa 59/15*

UZASADNIENIE

Powód Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w K. wniósł przeciwko **pozanemu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w P.** o zapłatę kwoty 206.142 zł tytułem należności za wykonane planowane świadczenia zdrowotne za miesiące luty i styczeń 2010 r. wraz z odsetkami

ustawowymi od dnia 16 lutego 2011 r. do dnia zapłaty oraz o zasądzenie kosztów procesu w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Nakazem zapłaty w postępowaniu upominawczym z dnia 28 czerwca 2013 r. Sąd Okręgowy w Poznaniu zasądził na rzecz powoda całą żądaną pozwem kwotę.

W sprzeciwie od powyższego nakazu zapłaty pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Wyrokiem z dnia 29 października 2014 r. Sąd Okręgowy w Poznaniu zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 206.142 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 16 lutego 2011 r. do dnia zapłaty (pkt 1), nakazał ściągnąć od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Poznaniu kwotę 10.308 zł tytułem opłaty sądowej od której powód był zwolniony (pkt 2), zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 7.217 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego (pkt 3).

Podstawą rozstrzygnięcia były następujące ustalenia i wnioski.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w K. jest podmiotem leczniczym, nieposiadającym statusu przedsiębiorcy. Podstawą finansową działania powoda w zakresie działalności leczniczej są środki publiczne uzyskane na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych pomiędzy powodem (świadczeniodawcą), a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Środki publiczne stanowią wyłączną podstawę do prowadzenia działalności statutowej przez powoda.

Powód w 2010 roku wykonywał świadczenia zdrowotne na podstawie umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne.

W dniu 27 lutego 2012 r. strony zawarły ugodę R dotyczącą zapłaty za nieopłacone świadczenia ratujące życie za rok 2010 w rodzaju Leczenie Szpitalne do Umowy nr (...), na mocy której pozwany zobowiązał się zapłacić powodowi za świadczenia ratujące życie, w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: anestezjologia i intensywna terapia – hospitalizacja, ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja h01, h02, h04, h05, h06, h07, h08, h09, h10, h11 kwotę 404.538,63 zł.

W miesiącach styczniu i lutym 2010 r. w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w K. przeprowadzono 19 planowych zabiegów plastyki endoprotezy. Osiem z nich miało status pilnych, zaś jedenaście było zaplanowanych z dłuższym wyprzedzeniem. Zapłata z Narodowego Funduszu Zdrowia za wykonane w styczniu świadczenia nastąpiła w lutym, zaś za te wykonane w lutym – w marcu. Wszystkie 19 świadczeń zostało zarejestrowanych w Centralnej Bazie Endoprotezo – Plastyki NFZ, a także zgłoszone do refundacji Narodowemu Funduszowi Zdrowia w systemie informatycznym służącym do wymiany danych pomiędzy płatnikiem (NFZ) a świadczeniodawcą (szpitalem). W 2011 r. powód wykonał świadczenia planowe zgodnie z przyznanym limitem, określonym umowami, nie przekraczając ich. Za udzielone świadczenia wystawiono rachunek i sporządzono raporty statystyczne. Przekazano je w formie elektronicznej pozwanemu do rozliczenia.

Zasady sprawozdawczości świadczeń wykonywanych przez szpitale określają zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W styczniu i lutym 2010 r. obowiązywało Zarządzenie nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2009 r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych (...) dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy) oraz rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (II fazy), które następnie zostało zmienione Zarządzeniem nr (...). Z dnia 31 sierpnia 2010 r. W załącznikach do ww. zarządzeń w punkcie 4.3.1 „kolejność uznawania i korygowania świadczeń do zapłaty” wskazano: „W komunikatach rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (II fazy) należy wykonywać świadczenia w następującej kolejności:

- i. W pierwszej kolejności świadczenia ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem innym niż ubezpieczony,
 - ii. Następnie świadczenia inne niż ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem uprawnienia innym niż ubezpieczony,
- (...). Następnie świadczenia ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem uprawnienia ubezpieczony,
- (...). Następnie świadczenia inne niż ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem uprawnienia ubezpieczony.

(...) podczas weryfikacji komunikatu II fazy sprawdza kolejność uznawania świadczeń do zapłaty wg powyższej kolejności w kontekście wszystkich świadczeń wykazanych w komunikatach I fazy i niewykazanych jeszcze do rozliczenia w komunikacie II fazy. W przypadku, gdy kolejność będzie nieprawidłowa system (...) będzie odrzucał pozycje z komunikatu II fazy do czasu wskazania ich w pierwszej kolejności”.

Narodowy Fundusz Zdrowia w pierwszej kolejności rozlicza zabiegi ratujące życie. Oznaczenia jako zabieg ratujący życie, bądź nie w sprawozdaniu do NFZ dokonuje świadczeniodawca. Sprawozdane przez powoda zabiegi wykonane w styczniu i lutym 2010 r. dotyczyły wszczęcia endoprotez kolana bądź biodra i nie były przez niego oznaczone jako ratujące życie. Jeżeli w kolejnych miesiącach jest więcej świadczeń ratujących życie nad świadczeniami planowymi, to w pierwszej kolejności przyjmuje się do rozliczenia te pierwsze, które niejako wyprzedzają inne świadczenia. Księgowo dokonuje się tej operacji w ten sposób, że wystawiana jest korekta na minus wcześniejszych faktur i na plus późniejszych. Teoretycznie możliwa jest sytuacja, w której świadczenia z kategorii ratujących życie zapełniłyby limit wynikający z kontraktu, a pozostałe świadczenia pozostałyby niezapłacone.

Pismem z dnia 18 lutego 2011 r. Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w K. zwrócił się do NFZ (...) Oddział Wojewódzki w P. o refundację nadwykonanych w 2010 r. świadczeń zdrowotnych m.in. leczenia szpitalnego w ramach umowy nr (...). W odpowiedzi na powyższe pozwany w piśmie z dnia 3 marca 2011 r. poinformował powoda, że świadczenia wykonane ponad określony umową limit nie były świadczeniami ratującymi życie, a co za tym idzie brak podstaw do ich refundacji. Wobec tego, że w kolejnych pismach kierowanych do powoda pozwany podtrzymał swoje stanowisko. W piśmie z dnia 12 kwietnia 2011 r. powód wystąpił z ostatecznym wezwaniem do zapłaty kwoty 2.129.614 zł, w tym kwoty 217.000 zł tytułem endoprotezoplastyki.

W ocenie Sądu Okręgowego w świetle dokonanych ustaleń faktycznych powództwo zasługiwało na uwzględnienie w całości

Powód domagał się zasądzenie od pozwanego kwoty żądanej w pozwie tytułem świadczeń opieki zdrowotnej udzielonej w ramach limitów świadczeń określonych w umowie zawartych z pozwanym (...) Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia jako płatnikiem. Powód argumentował, że udzielone przez niego świadczenia miały charakter świadczeń planowych i mieściły się w ramach przyznanego mu limitu na świadczenia z tego zakresu. Ponadto pozwany dokonał już nawet zapłaty za nie, po czym cofnął przyznane świadczenie.

Pozwany domagając się oddalenia powództwa w całości, opierał się przede wszystkim na ustaleniach umownych łączących strony, podnosząc, że nie jest on zobowiązany do zapłaty za świadczenia udzielone przez powoda, albowiem nie były one świadczeniami ratującymi życie, a za takie pozwany płaci w pierwszej kolejności.

Pozwany nie kwestionował samego faktu udzielenia świadczeń objętych żądaniem pozwu, czy też wysokości dochodzonej z tego tytułu należności. Osią sporu był natomiast sposób dokonywania przez pozwanego rozliczenia zgłoszonych mu do zapłaty świadczeń opieki zdrowotnej.

Powód wykonuje swoją działalność w oparciu o przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2008.164.1027 j.t.). Zgodnie z art. 132 ust. 1 powołanej powyżej ustawy, podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem

oddziału wojewódzkiego Funduszu, z zastrzeżeniem art. 159. Świadczenie zdrowotne są zatem co do zasady finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia do wysokości limitów określonych umową.

Strony były związane umowami zawartymi w oparciu o przepisy powołanej ustawy. W umowach określono limity wykonywanych świadczeń.

Jak stanowi art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.2007.14.89 j.t.), obowiązującej do dnia 1 lipca 2011 r., zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

Zgodnie natomiast z art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2011.277.1634 j.t.), 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.

Zasadniczą kwestią rzutującą na treść rozstrzygnięcia w sprawie było ustalenie, czy pozwany, w obowiązującym stanie prawnym był uprawniony do odmowy zapłaty za wykonane przez powoda świadczenia w sytuacji zagrożenia zdrowia pacjentów, nie zaś bezpośredniego zagrożenia ich życia. Kwestią sporną pomiędzy stronami pozostawała kolejność dokonywania rozliczeń przez pozwanego NFZ świadczeń wykonywanych planowo w ramach przyznanego umową limitu oraz świadczeń sklasyfikowanych jako ratujące życie. Powód nie kwestionował tego, że 19 świadczeń wykonanych w styczniu i lutym 2010 r. nie stanowiło świadczeń ratujących życie, a podnosił niezgodność przyjętej przez pozwanego kolejności rozliczenia z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, w tym powołanymi wyżej art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz z zasadami współżycia społecznego. Pozwany natomiast wskazywał, że objęte żądaniem pozwu świadczenia stanowią świadczenia ponadlimitowe, stąd powód powinien wykazać, że miały one status świadczeń ratujących życie.

Pozwany, odmawiając powodowi zapłaty za świadczenia powołał się na definicję stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego określoną w art. 3 pkt. 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2006 r., Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.), zgodnie z którą, stan nagłego 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 życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Zdaniem pozwanego w wypadku ponadlimitowych świadczeń wykonanych przez pozwanego w 2010 roku nie można mówić o udzielaniu pomocy w stanach nagłego zagrożenia życia pacjentów.

Strony dokonywały rozliczeń za pośrednictwem systemu informatycznego, w którym powód przekazywał pozwanemu dokumenty rozliczeniowe. Taki sposób dokonywania rozliczeń wynika z par. 23 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Pozwany posługiwał się tym samym systemem do rozliczenia świadczeń do zapłaty. Zasadą, jaką przyjął pozwany było przy tym rozliczanie w pierwszej kolejności świadczeń sklasyfikowanych jako ratujące życie, a dopiero w dalszej kolejności świadczeń planowych udzielonych przez powoda. Sposób rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej określają: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. z 11.07.2008 r.) i zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

W ocenie Sądu powyższe akty nie zawierają jednak upoważnienia dla pozwanego do dokonywania zapłaty należności z tytułu umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w przyjęty przez niego sposób. Przyjęta przez pozwanego metoda rozliczeń nie wynika bowiem z żadnego z obowiązujących aktów prawnych, w tym w szczególności z ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r.

w sprawie ogólnych warunków umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ani też, ze wspomnianego powyżej, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych. Przyjęta przez pozwanego kolejność rozliczania świadczeń wynika jedynie z zarządzenia nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2009 r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych (...) dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy) oraz rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (II fazy), które następnie zostało zmienione Zarządzeniem nr (...) z dnia 31 sierpnia 2010 r. Jednakże, wbrew stanowisku pozwanego, nie jest ono dla powoda wiążącym źródłem prawa. Zarówno wskazana wyżej ustawa, jak i rozporządzenia Ministra Zdrowia, nie zawierają upoważnienia dla Prezesa NFZ do określania sposobu rozliczania należności z tytułu umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców (...) w par. 3 ust. 1 pkt 13 a precyzuje wprawdzie, jakie dane powinny znaleźć się w rejestrze świadczeń (w tym m.in., czy zostało ono udzielone jako świadczenie ratujące życie i zdrowie), jednak w żadnym punkcie nie wskazuje na konieczność kwalifikowania świadczeń ratujących życie do zapłaty przed zabiegami planowanymi. Treść tego aktu ma charakter czysto techniczny i nie odnosi się do sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Konsekwencją zastosowania przez pozwanego sposobu rozliczeń preferującego świadczenia zakwalifikowane przez świadczeniodawcę jako ratujące życie i zdrowie przed zabiegami planowanymi, było uznanie świadczeń planowanych za ponadlimitowe i odmowa pokrycia ich kosztów. W rzeczywistości doszło zatem do odmiennego, zdaniem Sądu, wbrew założeniom łączącej strony umowy oraz sprzeciwiających się założeniom ustawy, rozłożenia kosztów udzielanych świadczeń.

Zdaniem Sądu, treść zarządzeń Prezesa NFZ w części nakazującej rozliczanie w pierwszej kolejności świadczeń ratujących życie przed świadczeniami planowymi zmierza do obejścia przepisów prawa i sprzeciwia się podstawom systemu opieki zdrowotnej. Wyrażona w art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zasada ochrony zdrowia oraz cytowane powyżej przepisy art. 15 ustawy z dnia 15 grudnia 2011 r. o działalności leczniczej i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, statuują obowiązek zapewnienia pomocy medycznej osobie znajdującej się w stanie zagrożenia życia lub zdrowia. Jak natomiast wynika z art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 210 poz. 2135 z późn.zm.), świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Zatem świadczeniodawca ma prawo w każdym wypadku żądać od Narodowego Funduszu Zdrowia zwrotu kosztów niezbędnej pomocy udzielonej osobie znajdującej się w stanie zagrożenia życia i to nawet w sytuacji, gdy nie wiąże go z NFZ umowa o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lub wyczerpał limit świadczeń przewidzianych tą umową. Sposób rozliczeń zastosowany przez pozwanego sprzeciwia się tej zasadzie. Strony były zgodne co do tego, że przedmiotem łączącej je umowy były tak świadczenia planowe, jak i ratujące życie. Gdyby przyjąć zasadę rozliczeń stosowaną przez pozwanego, powód mógłby domagać się zapłaty za świadczenia planowe tylko w takim wypadku, kiedy świadczenia ratujące życie nie wyczerpałyby całego limitu określonego umową. W praktyce prowadziłoby to do całkowitego wykluczenia świadczeń planowych jako podlegających rozliczeniu w ramach umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Stosownie do zasady wyrażonej art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Narodowy Fundusz Zdrowia i tak poniósłby koszty świadczeń ratujących życie. Poza wszelkim sporem jest, że udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia albo zdrowia jest obowiązkiem ustawowym świadczeniodawcy lub lekarza. Zgodnie z ugruntowanym w orzecznictwie Sądu Najwyższego (tak: wyrok SN z dnia 12 marca 2009r., V CSK 272/08, LEX nr 530613, Wyrok SN z dnia 8 października 2008r. w sprawie V CSK 139/08 LEX nr 602330, wyrok SN z dnia 5 lipca 2007r., II CSK 141/07, Lex n3 306763) poglądem, w razie zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta, określone w umowie ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie obowiązują.

Zatem stosowanie sposobu rozliczania świadczeń wykonanych w ramach łączącej strony umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwalniałoby pozwanego z obowiązków nałożonych na niego przepisami prawa.

Pozwany nie kwestionował zasadności, tj. potrzeby, ani wykonania udzielonych przez powoda świadczeń.

Przyjęta przez pozwanego metoda rozliczeń w rzeczywistości na niekorzyść powoda zmieniła warunki umowy i w praktyce wyeliminowała świadczenia planowe udzielone w styczniu i lutym 2010 r. z zakresu endoprotezoplastyki z rozliczenia finansowego. Uchylenie się w ten sposób przez NFZ od ponoszenia kosztów świadczeń, do których pokrycia jest zobowiązany, prowadzi do przerzucenia na powoda kosztów wykonanych zabiegów. Powyższe sprzeciwia się umowie stron, ale także stanowi naruszenie zasad współzycia społecznego i stoi w sprzeczności z dobrem pacjentów. Pozwany nie może przerzucać kosztów świadczeń zdrowotnych objętych refundacją i mieszczących się w ramach zawartej umowy na szpital, zmieniając proporcję rozliczania. Takie działania pozwanego powodują niepewność co do tego, czy jakiegokolwiek planowe zabiegi zostaną objęte refundacją, a powód chcąc się uchronić przed finansowymi skutkami tej sytuacji musiałby w zasadzie zaprzestać wykonywania jakiegokolwiek innych świadczeń poza tymi ratującymi życie. Prezes NFZ, czuwając nad gospodarką finansową, nie powinien sprzeciwiać się obowiązującym przepisom prawa oraz konstytucyjnej zasadzie dostępu do opieki zdrowotnej.

Pozwany nie wykazał, aby w rozliczeniach świadczeń, jakie powód przedstawił do refundacji zachodziły nieprawidłowości, które skutkowałyby odmową zapłaty. Powód wyjaśnił okoliczności usunięcia przez niego w dniu 21 czerwca 2011 r. z raportu statystycznego za rok 2010 około 5000 świadczeń, wśród nich 19 świadczeń będących przedmiotem tej sprawy, a następnie umieścił je ponownie. Sąd uznał za wystarczające zeznania dyrektora powodowego szpitala, który stwierdził, iż takie działania techniczne wynikają czasami z potrzeby dokonania korekty, a świadczenia po dokonaniu poprawek zostały ponownie zamieszczone w systemie. W ocenie Sądu, ten czysto techniczny zabieg, nie ma żadnego wpływu na istnienie roszczeń powoda, który wykonał świadczenia opieki zdrowotnej i to w ramach umowy zawartej z pozwanym. Pozwany zresztą tych okoliczności nie kwestionował.

Mając na względzie powyższe Sąd uznał powództwo powoda za w pełni zasadne. Świadczenia udzielone przez powoda w styczniu i lutym 2010 r. z zakresu endoprotezoplastyki nie stanowią świadczeń ponadlimitowych i wykonane zostały w ramach umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne i w ramach określonych w jej treści limitów, a także na podstawie art. 132 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

O odsetkach ustawowych od zasądzonego świadczenia Sąd rozstrzygnął w oparciu o art. 481 k.p.c. oraz § 27 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Sąd orzekł o kosztach procesu mając na względzie art. 98 k.p.c. oraz art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych.

Apelację od wyroku złożył pozwany, zaskarżył go w całości. Pozwany zarzucał rozstrzygnięciu:

- naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. art. 146 ust. 1. pkt 3, w zw. z art. 132 ust. 1, w zw. z art. 136 ust. 4 oraz art. 102 ust. 5 pkt. 21 i 25 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej „u.ś.o.z.”), przez błędną interpretację i niewłaściwe zastosowanie, poprzez przyjęcie, że Prezes Funduszu nie posiada uprawnień ustalania metody rozliczania świadczeń w ramach zawieranych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych;
- naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. art. 56 k.c. w zw. z art. 155 u.ś.o.z., w zw. z art. 146. ust. 1 pkt 3, w zw. z art. 132 ust. 1 w zw. z art. 136 ust. 4 przez błędną interpretację i niewłaściwe zastosowanie, poprzez przyjęcie, że umowa z dnia 6 lutego 2009 r. o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarta między stronami, nie wywołuje skutków zawartych w zarządzeniach Prezesa Funduszu nr (...) i (...) w sprawie określenia szczegółów komunikatów sprawozdawczych (...) dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy) oraz rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (II fazy), a w szczególności w zakresie kolejności uznawania i korygowania świadczeń do zapłaty,

Wskazując na powyższe zarzuty pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w zakresie pkt 1 poprzez oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu za obie instancje w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych; ewentualnie o uchylenie wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi Okręgowemu w Poznaniu do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach instancji odwoławczej.

Powód wniósł o oddalenie apelacji oraz o zasądzenie od pozwanego na jego rzecz kosztów postępowania odwoławczego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja jest bezzasadna.

Ustalenia faktyczne sądu I instancji nie budzą wątpliwości i nie są podważane w apelacji.

Stąd Sąd Apelacyjny przyjmuje te ustalenia za podstawę własnego rozstrzygnięcia.

Nie doszło natomiast do naruszenia wskazywanych w apelacji przepisów prawa materialnego.

Spór w tym zakresie sprowadza się w zasadzie do oceny mocy prawnej zarządzeń Prezesa NFZ nr (...) z 27 listopada 2009r.(k. 135 – 139) oraz z dnia 31 sierpnia 2010r. (k. 140 -145) w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych (...) dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy) oraz rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (II fazy).

Wspomniane zarządzenia wprowadziły bowiem zasadę selekcjonowania i hierarchizowania udzielanych przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej, pod względem kolejności ich opłacania przez płatnika (NFZ), przy uwzględnieniu kryteriów przyjętych samodzielnie przez Prezesa NFZ, a odwołujących się do pilności (nagłości) świadczenia oraz statusu prawnego pacjenta z punktu widzenia przepisów o ubezpieczeniu zdrowotnym.

W związku z tym należy przypomnieć, że w polskim systemie realizowania obowiązków Państwa w zakresie ochrony zdrowia przyjęto, co do zasady, system kontraktowania przez płatnika (NFZ) świadczeń zdrowotnych udzielanych ubezpieczonemu, przez zawieranie ze świadczeniodawcami stosownych umów, o jakich mowa w przepisach art. 132 i nast. u.ś.o.z.

Umowy te mają charakter umów nazwanych prawa cywilnego, do których w zakresie nieuregulowanym przepisami w/w ustawy zastosowanie znajdują przepisy ogólne kodeksu cywilnego (por. art. 155 ust. 1 u.ś.o.z.).

Prawa i obowiązki stron kształtowane są zatem przede wszystkim przez treść zawartej umowy, przy czym przyjmuje się, że obowiązujący charakter mają również w tym zakresie przepisy wzorca ustawowego, czyli ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiące załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. (Dz. U. nr 81, poz. 484, dalej powoływane jako „o.w.u.”,por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2010r. w spr. III CSK 93/10, LEX nr 1001312).

Na zasadach wynikających z przepisu art. 56 kc treść umów, o jakich mowa, mogłaby być też kształtowana przez inne przepisy o charakterze ustawowym, mające charakter norm bezwzględnie obowiązujących (ius cogens).

Do takich norm nie sposób jednak zaliczyć powoływanych przez skarżącego zarządzeń Prezesa NFZ nr (...) oraz nr (...).

W pierwszej kolejności należy wskazać, że tego rodzaju akty w żadnym wypadku nie mogą być uznane za przepisy ustawowe w rozumieniu przepisu art. 56 kc, ani w ogóle źródła obowiązującego prawa (por. art. 87 – 94 Konstytucji RP).

Nadto, wbrew pogładowi pozwanego, powoływane w apelacji przepisy art. 146 ust. 1 pkt. 3, ani art. 102 ust. 5 pkt. 21) i 25) u.ś.o.z. a także żadne inne przepisy tej ustawy nie zawierają umocowania dla Prezesa NFZ do jednostronnego kształtowania treści umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Przepis art. 102 ust. 5 u.ś.o.z. zawiera katalog uprawnień i obowiązków Prezesa NFZ dotyczących wyłącznie spraw związanych z zarządzaniem Funduszem i w ogóle nie odnosi się do sytuacji prawnej osób trzecich.

Z kolei w ramach kompetencji przyznanej w art. 146 ust. 1 pkt. 3 u.ś.o.z. do Prezesa należy jedynie zapewnienie odpowiedniego standardu jakościowego, organizacyjnego i technicznego wykonywania świadczeń. Nie uprawnia to jednak do wkraczania przez ten organ w merytoryczną treść zawieranych umów, i to w sposób sprzeczny z ich postanowieniami oraz z zasadami ich wykonywania, wynikającymi z o.w.u. (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 marca 2014r. w spr. IV CSK 383/13, LEX nr 1504761).

W szczególności z przepisów §§ 16-18 o.w.u. wynika, iż płatności winny być dokonywane na podstawie sprawozdań obejmujących świadczenia udzielone w danym (miesięcznym lub dłuższym) okresie rozliczeniowym w granicach ustalonego w umowie limitu finansowego.

Sprzeczne z takim ustawowo określonym sposobem finansowania świadczeń byłoby przyjęcie zasady, zgodnie z którą NFZ mógłby odmówić zapłaty za wykonane świadczenia, mimo, iż mieściły się one w przyznanym limicie, w zamian za to wykorzystując objęte tym limitem środki na opłacenie świadczeń udzielonych w okresach późniejszych, uznając je jednostronnie za mające wyższy priorytet (np. z uwagi na „nagłość” potrzeby udzielenia świadczenia).

Niezależnie od tego, nie ma jakichkolwiek podstaw do zaaprobowania twierdzeń apelacji, jakoby treść omawianych zarządzeń Prezesa NFZ stała się integralną częścią umowy z dnia 6 lutego 2009r o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na mocy woli samych jej stron.

W § 1 ust. 2 tej umowy znajduje się co prawda odwołanie do treści zarządzeń Prezesa NFZ, jednak nie związanych z rozpoznawaną sprawą.

Poza sporem jest, że świadczenia objęte powództwem zostały udzielone w ramach ustalonych umownie na miesiące styczeń i luty 2010r. limitów rzeczowych i finansowych.

Pozwany zobowiązany zatem był do zapłaty powodowi za wykonanie tych świadczeń wynagrodzenia na zasadach wynikających z § 4 umowy z dnia 6 lutego 2009r. oraz powołanych postanowień o.w.u. (art. 353 kc).

Ubocznie, w związku z pojawiającymi się w analogicznych sprawach sporami, należy podkreślić, że w ramach wynagrodzenia, ustalonego w umowach zawieranych z NFZ, świadczeniodawca tego rodzaju, jak powodowy szpital, ma obowiązek udzielania świadczeń nie tylko „planowych”, ale także w przypadkach nagłych, w rozumieniu art. 5 pkt. 33) u.ś.o.z.

Na tym tle mogą oczywiście pojawiać się problemy, związane z tym, że np. szpital z jednej strony powinien udzielać świadczeń na podstawie przyjęć tzw. planowych, z drugiej natomiast w zasadzie nigdy nie może odmówić udzielenia świadczenia pacjentowi w przypadkach stanów nagłych, wymagających natychmiastowego ratowania życia i zdrowia.

Wydaje się, że racjonalnym rozwiązaniem byłoby wprowadzenia w umowach zawieranych między NFZ a świadczeniodawcami, w ramach ogólnego wynagrodzenia umownego, pewnego limitu przeznaczonego z góry na udzielanie świadczeń w sytuacjach nagłych, ustalonego w oparciu o dane statystyczne z poprzednich wieloletnich okresów.

W takim przypadku świadczeniodawca mógłby w sposób maksymalnie przewidywalny planować działalność w poszczególnych okresach, natomiast w przypadku przekroczenia ogólnego limitu rzeczowo-finansowego,

wynikającego z umowy, mógłby liczyć na pokrycie przez NFZ kosztów poniesionych na „ponadlimitowe” świadczenia udzielone w przypadkach nagłych na podstawie przepisu art. 19 u.ś.o.z.

Ponieważ jednak strony w umowie nie wprowadziły jakiegokolwiek rozróżnienia udzielanych świadczeń z punktu widzenia priorytetów ich realizacji i opłacania, podejmowanie w tym zakresie rozważań na gruncie ustalonego stanu faktycznego jest zbędne.

Z tych przyczyn na podstawie art. 385 kpc oraz powołanych wyżej przepisów prawa materialnego Sąd Apelacyjny orzekł jak w punkcie 1 sentencji wyroku.

O należnych stronie powodowej kosztach zastępstwa procesowego za postępowanie odwoławcze orzeczono (punkt 2 wyroku) na podstawie przepisów art. 98 § 1 i 3 kpc oraz art. 99 kpc w zw. z art. 391 § 1 kpc, przy uwzględnieniu § 2 ust. 1 i 2 oraz § 12 ust. 1 pkt. 2) w zw. z § Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002r w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (tekst jedn. Dz. U z 2013r, nr 490.).

/-/ J. Futro /-/ B. Wysocki /-/. E. Blumczyńska