

Sygnatura akt XVIII C 539/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Poznań, dnia 13 maja 2016 r.

Sąd Okręgowy w Poznaniu XVIII Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodniczący:SSO Magdalena Horbacz

Protokolant:p.o. stażysty Joanna Bendlewska

po rozpoznaniu w dniu 13 maja 2016 r. w Poznaniu

sprawy z powództwa Przychodni (...)

(...) sp. cywilna z siedzibą w R.

przeciwko Narodowy Fundusz Zdrowia - (...) Oddział Wojewódzki w P.

o zapłatę

1. Zasądza od pozwanego solidarnie na rzecz powódek M. L. (1) i I. Z. kwotę 448.625,10zł (czterysta czterdzieści osiem tysięcy sześćset dwadzieścia pięć złotych 10/100) z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 marca 2010 roku do dnia zapłaty.
2. W pozostałym zakresie oddala powództwo.
3. Kosztami procesu obciąża strony stosunkowo: powódki w 79%, a pozwanego w 21% i na tej podstawie:
 - a) zasądza od pozwanego na rzecz powódek kwoty po 12.541zł tytułem zwrotu kosztów sądowych oraz kwoty po 1.512zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego pełnomocników powódek;
 - b) zasądza od powódek na rzecz pozwanego solidarnie kwotę 5.688zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

/-/ M. Horbacz

Sygnatura akt XVIII C 539/15

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 29 listopada 2012 r. powódki M. L. (1) i I. Z. prowadzące w formie spółki cywilnej Przychodnię (...) i (...) s.c.” w W. wniosły o zasądzenie solidarnie od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W. reprezentowanego przez (...) Oddział Wojewódzki w P. kwoty 2.112.267,00 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 01 stycznia 2010 r. do dnia zapłaty oraz o zasądzenie od pozwanego solidarnie na rzecz powódek zwrotu kosztów procesu wg norm przepisanych, tym zwrotu kosztów zastępstwa adwokackiego.

W uzasadnieniu pozwu wskazano, że „ Przychodnia (...) i (...) s.c.” jest niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej, wpisanym do rejestru zakładów opieki zdrowotnej. W roku 2009 Przychodnia świadczyła usługi na podstawie umowy z dnia 29 grudnia 2005 r. Nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wielokrotnie aneksowanej : 31 stycznia 2009r.(2x), 06 lutego 2009r., 31 marca 2009r., 29 czerwca 2009r., 27 lipca 2009r., 04 sierpnia 2009r., 18 września 2009r., 12 listopada 2009r., 08 grudnia 2009r. Powódki wskazały, że w 2009 przez Przychodnię świadczone były usługi medyczne ponad limit wynikający z ww. umowy, w tym zakresie

okulistyka zaćmy w styczniu 2009 r. to: 11.495 punktów x 51,00 zł = 586.245,00 zł (wykonano łącznie - 13.145 punktów, zapłacono - 1.650 punktów), w zakresie chirurgii grudzień 2009r. : 4.512 punktów x 51,00 zł= 230.112,00 zł (niezapłacone nad wykonania to : luty - 480 pkt x 51,00zł = 24.480 zł, marzec - 544 pkt x 51,00 zł = 27.744 zł, kwiecień - 672 pkt x 51,00 zł = 34.272 zł, maj - 736 pkt x 51,00 zł = 37.536 zł, czerwiec - 608 pkt x 51,00 zł = 31.008 zł, lipiec - 480 pkt x 51,00 zł = 24.480 zł, sierpień - 544 pkt x 51,00 zł = 27.744 zł, wrzesień -448 pkt x 51,00 zł = 22.848zł), w zakresie okulistyki zaćmy od lutego 2009 r. to : 25.410 punktów x 51,00 zł = 1.295.910,00 zł (niezapłacone nadwykonania: luty - 5.885 pkt x 51,00 zł = 300.135 zł, marzec - 6.600 pkt x 51,00 zł = 336.600 zł, kwiecień - 1.155 pkt x 51,00 zł = 58.905 zł, maj - 11.770 pkt x 51,00 zł = 600.270 zł). Powódki wskazały, że łączna wartość świadczeń wykonanych i nieopłaconych stanowi kwotę 2.112.267,00 zł. Powódki wskazały, że w zakresie wszystkich świadczeń wykonanych przedstawiono pozwanemu stosowne faktury, zostały one przyjęte, a pozwany ich nie zakwestionował. Powódki wskazały, że dochodzą wynagrodzenia należnego za należycie wykonaną pracę, w zakresie świadczeń medycznych niedostępnych dla pacjentów w inny sposób. Jako niepubliczny zakład opieki zdrowotnej powód należycie w ramach umowy planował i organizował udzielanie świadczeń zdrowotnych. Nadwykonania nastąpiły zarówno w sytuacji niemożności odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych, jak i konkludentnej zgody NFZ w tym zakresie (praktyka lat poprzednich, obietnica aneksu). Świadczenia były wykonywane w sytuacji zagrożenia zdrowia (ratowanie zdrowia lub życia), gdzie odroczenie zabiegu nie było możliwe. Powódki wskazały, że z art. 5 pkt 33 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2008 r. Nr 164 poz.1027) w związku z art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.2006.191.1410) wynika, że: stan nagły 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 utraty życia. Zaćma zaś jest jedyną z przyczyn ślepoty, nieleczona prowadzi do stanu zapalnego oka, jaskry i całkowitego zaniku ostrości widzenia.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie na rzecz pozwanego zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

Pozwany zakwestionował zarówno wysokość roszczenia, jak i jego zasadność oraz termin wymagalności dochodzonego roszczenia wraz z odsetkami od dnia 1 stycznia 2010 r. do dnia zapłaty. Pozwany wskazał, że zgodnie z danymi Funduszu wartość zawartej na 2009r. umowy w rodzaju leczenie szpitalne wynosiła 4.580.241,00zł w tym: nadwykonania nieopłacone w zakresie chirurgii ogólnej – Zespołu Chirurgii Jednego Dnia stanowiły kwotę 230.122,00 zł, w zakresie okulistyki – Zespołu Chirurgii Jednego Dnia B12,B13, B15 stanowiły kwotę 1.867.671,30 zł. Pozwany wskazał, że realizacja kontraktu w roku 2009 przez powoda Przychodnie (...) i (...) Spółka Cywilna w W., wskazuje na wartość nieopłaconych nadwykonań w kwocie 2.097.783,30 zł, a zatem roszczenie o zapłatę w kwocie 2.112.267,00 zł nie znajduje uzasadnienia w księgach pozwanego. Pozwany wskazał, że skoro roszczenie dotyczy świadczeń wykonanych ponad wartość umowy to powód musiałby udowodnić, że zostały wykonane w warunkach art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych tj. w stanach nagłych. Pozwany wskazał, że umowa między zakładem opieki zdrowotnej a dyrektorem oddziału wojewódzkiego NFZ jest podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i żądania za nie umówionej zapłaty. Fundusz nie ma obowiązku płacić za świadczenia udzielone w liczbie większej niż umówiona, chyba że były one wykonane wobec zagrożenia życia pacjenta. Pozwany wskazał, że ponadlimitowe świadczenia mogłyby zostać opłacone przez NFZ, jeśli zostałyby udzielone w stanach nagłych i niespodziewanych, których nie można było przewidzieć (np. pacjenci z udarem mózgu, zawałem serca, poszkodowani w wypadkach). W takich sytuacjach lekarze mają bezwzględny, ustawowy obowiązek udzielenia pomocy medycznej i z tego względu Narodowy Fundusz Zdrowia zobowiązany byłby zwrócić świadczeniodawcom równowartość udzielonych świadczeń także wówczas, gdy przekroczyłyby one limit umowny. Pozwany wskazał, że powód w uzasadnieniu pozwu wskazuje na wykonanie świadczeń w zakresie okulistyki i chirurgii ogólnej, wykazy świadczeń, które zostały załączone do pozwu nie są świadczeniami ratującymi życie zgodnie z przyjętym zarządzeniem Nr 157/2010 Dyrektora WOW NFZ. Wykazane w nim usługi medyczne są świadczeniami planowymi, realizowanymi w trybie jednego dnia w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgia ogólna - zespół chirurgii jednego dnia oraz okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B 12, B 13, B 15. Pozwany wskazał, że zgodnie z treścią zarządzenia Nr 93/2008/DSOZ Prezesa Narodowego

Funduszu Zdrowia z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne §2 ust. 1 pkt.6: Leczenie „jednego dnia” – udzielanie świadczeń o charakterze zabiegowym lub zachowawczym w trybie planowym, którego celem jest przeprowadzenie u pacjenta określonego postępowania leczniczego lub diagnostycznego z intencją wypisania go w ciągu 24 godzin. Leczenie „jednego dnia” w zespole opieki dziennej realizowane jest w ciągu jednego dnia. Pobyt pacjenta związany z leczeniem „jednego dnia” w zespole chirurgii jednego dnia nie może przekroczyć 24 godzin. A powód według tych zasad rozlicza wykonane przez siebie świadczenia. Zatem świadczenia wykonane i wykazane przez powoda do sfinansowania ponad kwotę zawartej umowy za rok 2009 nie wynikały z nagłych urazów i zachorowań lecz były świadczeniami, które zostały zaplanowane i zrealizowane na rzecz pacjentów oczekujących na wykonanie świadczeń medycznych. Tym samym świadczenia te nie były świadczeniami ratującymi życie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, stanowiącymi podstawę finansowania na podstawie zarządzenia Nr 157/2010 Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z dnia 8 czerwca 2010r. w sprawie instrukcji dokonywania zapłaty z nieopłacone świadczenia ratujące życie oraz świadczenia nielimitowane za rok 2009.

W toku postępowania pozwany w piśmie z dnia zaproponował ugodę, na warunki której powódki nie przystały.

Sąd ustalił, co następuje:

Powódki M. L. (1) i I. Z. prowadzą w formie spółki cywilnej Przychodnię (...) i (...) s.c.” w W.. „Przychodnia (...) i (...) s.c.” (dalej: Przychodnia) jest niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej, wpisanym do rejestru zakładów opieki zdrowotnej. W 2009 r. Przychodnia świadczyła usługi na podstawie umowy z dnia 29 grudnia 2005 r. Nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z pozwanym Narodowym Funduszem Zdrowia – (...) Oddziałem Wojewódzkim z siedzibą w P.. okoliczności niesporne

Wskazania do udzielenia świadczeń w stanie nagłym w zakresie okulistyki – chirurgii jednego dnia w 2009 r. ponad limit wynikający z łączącej strony ww. umowy, nastąpiły w 172 przypadkach. Przypadki te obejmowały konieczność operacji zaćmy pęcznięcej, potwierdzonej badaniem USG gałki ocznej, dotyczącej 77 pacjentów (tj. M. R. (1), B. Z. (1), K. A. (1), R. A. (1), G. A. (1), S. H., Ł. J., S. L. (1), M. G. (1) OP, Ból W., R. W., S. Z. (1) OP i O., K. J. (1), S. T., R. J., S. L. (2), Ś. S., P. A., S. C., B. M., P. M. (1), S. A., K. W. (1) OP i O., M. B. (1), K. J. (2), K. W. (2), Ś. M., M. M. (2), T. K., K. J. (3), K. K. (1), M. S. (1), L. A. (1), M. H. (2), Mały M., P. J. (1), K. A. (2), Ł. B., K. S. (1), F. J. OP, B. Z. (2), H. A., B. P., B. C., J. G., P. W. (1), M. B. (2), S. R., L. M., P. P. (1), P. G. (1), D. D. (1), K. H. (1) OP i O., M. J., G. J., P. M. (2), Z. H., K. C. (1), K. C. (2), K. I. (1) OP i O., C. C., K. L., D. W., R. S., T. J., K. S. (2) OP, S. K. (1), L. B., K. K. (2), P. H. O., S. K. (2), K. T. O. (1), G. W. (1) - załącznik 3).

W sytuacji stanu nagłego konieczne były zabiegi z powodu retinopatii cukrzycowej proliferacyjnej, leczonej laserowo dotyczące 27 pacjentów (tj. S. S. (1), C. J., B. M. (1), W. L. (1), B. K., N. S. OP, N. S. O., W. G. OP, W. G. O. (1), M. G. (2) OP, M. G. O. (2), I. J., R. C., B. W. (1), S. K. (3), W. C., O. M. (1), K. B., W. K., K. T. (1) OP, K. T. O. (1), B. C., M. T. (1) OP, M. T. O. (2), G. Z. (1), P. M. (3) OP, P. M. O. (1) - załącznik 4).

Z powodu innych schorzeń, wymagających dobrego wglądu w dno oka, stan nagły dotyczył 15 pacjentów (tj. N. K. (1), P. Z., P. W. (2), R. L., P. G. (2), K. H. (2), M. T. (2), K. J., L. A. (2), S. S. (2), K. K. (4), B. W. (2), A. W., S. I., S. Z. (2) - załącznik 5).

Z powodu zwyżek ciśnienia wewnątrzgałkowego, pochodzenia soczewkowego – jaskra soczewkowa w stanie nagłym było 14 pacjentów (tj. Ś. S. OP, Z. M., P. I., J. W. OP, J. W. O., T. T., S. D., K. A., T. J., W.-W., R. A. (2), W. H., B. M. (2), C. K. - załącznik 6).

Z powodu anisotropii pooperacyjnej stan nagły wystąpił w przypadku 15 pacjentów (tj. T. K., G. T., A. E. (1), W. J., W. L. (2), M. B. (3), K. B. O., K. W. O., P. H. (1) OP, F. J. O., P. Z. O., H. I. O., S. B. OP, W.-W. O., P. J. (2) - załącznik 7).

Z powodu krytycznego obniżenia obuocznej ostrości wzroku poniżej 0,1 stan nagły dotyczył 16 pacjentów (tj. M. L. (2), R. E. OP, K. M. O. (2), M. A. (1) OP, Ż. F. O., S. Z. (3), G. W. (2), W.-W. OP, P. S., K. Z., D. Z., K. S. (3), M. G. (3), P. H. (2) OP, K. J. (4), O. S. - załącznik 8).

Z powodu zaćmy wikłającej stan nagły dotyczył 8 pacjentów (tj. S. W., M. M. (5) OP, M. M. O. (3), C. T., S. M. (1), C. B., M. A. O., O. D. OP -załącznik 9).

Nadto do uzyskania pozalimitowych świadczeń w 2009 r. kwalifikują się wykonane w Przychodni zabiegi w zakresie usunięcia zaćmy u kombatantów tj. 9 oczu (u pacjentów tj. S. -H., F. F. (2) OP, F. F. (2) O., T. A. (1), M. W., S. H., C. J. OP, C. J. J. (3), D. J.).

Łącznie nadwykonania kwalifikujące się do zapłaty przez pozwanego w 2009 r. w ramach okulistyki zespołu chirurgii jednego dnia dotyczyły 181 świadczeń.

Dowód: opinia pisemna biegłej sądowej w zakresie okulistyki D. P. (k.670-683); zeznania biegłej sądowej D. P. (k.718-719); zestawienie świadczeń (k.30-88); dokumentacja medyczna przedłożona biegłej sądowej na potrzeby wydania ww. opinii.

Wartość nadwykonań kwalifikujących się do zapłaty poza wartość wynikającą z umowy łączącej strony w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia za 2009 rok, za które pozwany nie zapłacił, a które zostały wykonane w stanie nagłym w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z roku nr 164, poz.1027 ze zmianami) stanowi kwotę 448.625,10 zł (tj. nie rozliczono 161 świadczeń, rozliczono 42 świadczenia na kwotę 117.740,70 zł)

Dowód: pismo pozwanego z 7.09.2015 r. (k.781-782); zestawienie pacjentów numerami PESEL złożone przez powódki zgodnie z opinią biegłej D. P. i wyliczone przez pozwanego (k.783-785)

Spośród wykazu świadczeniobiorców w zakresie chirurgii jednego dnia przyjętych w Przychodni, 5 pacjentów z historią choroby (tj. T. A. (2), N. W., C. Z., G. Z. (2), S. D.) i 3 pacjentów ze spisu listy zabiegów (tj. T. A. (2), C. Z., N. W.), gdzie jednostki chorobowe zostały oznaczone kodem C44 wymagało pilnej interwencji.

Nadto 57 pacjentów, których jednostki chorobowe zostały oznaczone kodem D22, wymagało pilnej interwencji (tj. R. B. (1), R. P., S. E., F. M., N. K., R. B. (2), G. D., M. R. (2), P. K. (1), A. M. (1), K. M. B. (4), N. K. (2), S. M. (2), H. M., R. A. (3), O. M. (2), K. Ł., B. M. (3), L. O., P. M. (4), P. A., M. A. (2), M. L. (3), K. J., D. A., J. A., P. A., K. I. (2), Ś. M., Ś. K., D. K., P. U., O. H., P. G. (3), P. A., A. M. (2), K. M. (1), P. J. (3), P. K. (2), P. P., P. N., P. M. (5), G. M., S. M., K. D., B. F., P. M. (6), W. E. (1), G. A., R. R., W. E. (2), K. M. (2), W. U., P. U., J. B., G. A.) oraz 34 pacjentów ze spisu listy zabiegów (tj. B. M. (4), K. B., F. M., M. K., L. S., B. M. (4), B. A., N. M., P. R., A. M. (1), B. M. (5), K. M. (3), P. B., H. M., S. M. (2), K. Ł., N. J. (1), B. M. (3), P. A., O. M. (3), L. O., M. A. (2), W. A., K. J., N. K. (2), P. N., K. I. (2), P. A., N. J. (2), Ś. K., Ś. M., O. H., P. U., D. K.). Kodem C44 oznacza się nowotwory złośliwe, kodem D22 oznacza się wszelkie znamiona barwnikowe, które budzą onkologiczny niepokój. Powyższe jednostki chorobowe wymagające pilnej interwencji nie były stanami nagłymi zagrażającymi bezpośrednio życiu lub zdrowiu. Powyższe świadczenia mogły zostać wykonane w ramach planowanego zabiegu.

Pozostałe przypadki oznaczone: kodem D23 (niezłośliwy nowotwór skóry -56 osób z historią choroby, 37 osób z listy zabiegów), kodem D21 (nowotwory niezłośliwe tkanki łącznej i innych tkanek miękkich – 9 osób z historią choroby, 8 osób z listy zabiegów) , kodem D17 (tłuszczak skóry, tkanki podskórnej – 4 osoby), oraz zabiegi operacyjne bez wstępnego rozpoznania wykonane u 12 osób, nie należały do jednostek chorobowych, które bezpośrednio zagrażają utratą życia lub w bardzo krótkim czasie znacznym pogorszeniem się stanu zdrowia.

Świadczenia zdrowotne, które powód wykonał w 2009 r. na kwotę 230.112 zł w ramach chirurgii – zespołu jednego dnia, z uwagi na okoliczność, że nie zostały udzielone w stanie nagłym w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004

r. o świadczeniach zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z roku nr 164, poz.1027 ze zmianami), nie kwalifikują się do zapłaty poza wartość wynikającą z umowy łączącej strony.

Dowód: zestawienie zabiegów chirurgicznych (k.25-29); opinia pisemna biegłej sądowej H. Z. (k.765-777); zeznania biegłej H. Z. (k.859-860); dokumentacja medyczna przedłożona biegłej sądowej na potrzeby wydania ww. opinii.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie wskazanych powyżej dowodów z dokumentów oraz opinii biegłych, w tym dokumentacji medycznej przedłożonej biegłym na potrzeby wydania opinii.

Wobec zasadności zarzutów kierowanych do opinii Zakładu Medycyny Sądowej w Ł. z dnia 20.06.2013 r., w tym dotyczących braku przeanalizowania przez autorów opinii dokumentacji medycznej, wydania opinii przez lekarza bez specjalizacji okulistyka i chirurgia onkologiczna, a nadto wydanie opinii w zakresie przepisów prawa, Sąd pominął powyższą opinię jako sporządzoną niezgodnie z postanowieniem sądu, a zatem nie przydatną do rozstrzygnięcia niniejszej sprawy.

Postanowieniem z dnia 21 sierpnia 2014 roku Sąd dopuścił dowód z pisemnej opinii biegłego sądowego – specjalisty chorób oczu - na okoliczność ustalenia czy świadczenia zdrowotne, które powód wykonał w 2009r. na kwotę 2.112.267 zł dochodzoną w niniejszej sprawie, zostały udzielone świadczeniobiorcom znajdującym się w stanach nagłych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z roku nr 164, poz.1027 ze zmianami).

Biegła sądowa w zakresie okulistyki D. P. w pisemnej opinii z dnia 01.03.2015 r. wskazała, że zaćma jest stanem powodującym znaczne pogorszenie funkcji organizmu, jest to stan przemijający, powrót do dobrego widzenia następuje bezpośrednio po zabiegu operacyjnym usunięcia zaćmy. Z tego powodu zaćmy jako takiej nie można zaliczyć do stanów nagłych w rozumieniu ww. ustawy, albowiem jest to zmiana odwracalna. Biegła wskazała, że kryterium trwałego pogorszenia funkcji organizmu, czyli znacznego pogorszenia lub utraty widzenia, spełniają: zaćma pęczniająca - zagrażająca rozwinięciem się ostrego ataku jaskry wtórnej z nieodwracalnym uszkodzeniem pola widzenia i nieodwracalnym spadkiem ostrości wzroku, zaćma przejrzała - zagrażająca pęknięciem torby soczewki, znacznie pogarszająca prawdopodobieństwo uzyskania dobrego widzenia po operacji, zaćma przejrzała i zaćma pęczniająca - zagrażające autoimmunologicznym zapaleniem drugiej gałki ocznej z utratą widzenia tej gałki (zapalenie współczulne, jałowe), takie zmętnienie soczewki, które mimo stosunkowo dobrej ostrości wzroku pacjenta, uniemożliwia dobry wgląd w dno oka i wykonywanie koniecznych zabiegów laserowych (promień lasera nie jest w stanie przebić się przez zmętnienie i skutecznie skupić na siatkówce) na przykład w przebiegu retinopatii cukrzycowej proliferacyjnej, w starczym zwyrodnieniu plamki czy w zwyrodnieniach obwodowej części siatkówki, wymagających zabezpieczenia laserowego, zaćma powodująca znaczne zwężki ciśnienia wewnątrzgałkowego, spowodowanego P. (pseudoeksfoliacją torby soczewki), trudne do leczenia zachowawczego, zaćma wikłająca w przebiegu schorzeń ogólnych, leczonych sterydami – zaćma posterydowa (zagraża rozwojem jaskry wtórnej, uniemożliwia ocenę dna oka), anisometropia czyli różnowzroczność pooperacyjna - dotyczy pacjentów z wysoką wadą wzroku (krótkowzroczność lub nadwzroczność, przekraczająca +- 4 dioptrie) ze zoperowanym jednym okiem, u których dochodzi do podwójnego widzenia, gdyż oczy widzą oglądany przedmiot różnej wielkości i mózg nie jest w stanie zlać obrazów z obojga oczu w jeden obraz, utrudnia to normalne funkcjonowanie i zmusza do życia z przewlekłe zakrytym jednym okiem, czyli pacjent staje się praktycznie jednoocznym, zaćma zaawansowana, obniżająca obuoczną ostrość wzroku poniżej 0,1, czyli dająca ostrość wzroku uniemożliwiającą samodzielną egzystencję - tu wskazaniem do pilnej interwencji jest czynnik społeczny i ekonomiczny - skrajnie złe widzenie naraża pacjenta na szereg urazów i wypadków w codziennym życiu, a na państwo nakłada obowiązek świadczenia pieniężnego w postaci dodatku pielęgnacyjnego dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, zaćma zaawansowana, powodująca całkowitą niezdolność do pracy osób aktywnych zawodowo, ocenia się ostrość wzroku w stosunku do wymogów wzrokowych na konkretnym stanowisku pracy. Poza wyżej wymienionymi wskazaniem medycznymi, do grupy osób wymagających niezwłocznego wykonania procedury usunięcia zaćmy, należy zaliczyć kombatanów (a także inwalidów wojennych i wojskowych oraz świadczeniobiorców, którzy posiadają tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” - na mocy art. 47c w zw. z art. 43 ust 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. świadczeniach opieki zdrowotnej

finansowanych ze środków publicznych – przypis sądu). Z ustawy tej wynika konieczność przeprowadzenia zabiegu usunięcia zaćmy bez wskazań nagłych, a jedynie ze wskazań medycznych w połączeniu z wolą pacjenta, aby zabiegowi się poddać. Jednocześnie biegła D. P. zakwestionowała świadczenia udzielone 27 pacjentom (tj. M. S. (2), S. M. (3), M. H. (3), U. E., D. B., H. E., R. M., M. E., L. I., L. P., P. W. (3), T. A. (3), R. H., C. W., K. R., K. A. (3), G. A. (2), G. – B., K. S. (4), W. M., G. E., K. S. (2), K. T. (2), J. H., A. E. (2), Ł. H., B. B. (2)) – z uwagi na braki w dokumentacji medycznej tj. brak karty ambulatoryjnej z wywiadem i badaniem przed operacyjnym ostrości wzroku.

Zeznając na rozprawie w dniu 17 czerwca 2015 r. biegła D. P. – odnosząc się do zarzutów strony powodowej zawartych w piśmie z 15 czerwca 2015 r. – wskazała, że w przypadku 27 pacjentów dokumentacja była niekompletna, gdyż powinna zawierać: skierowanie do szpitala, kartę badania przedoperacyjnego, która zawiera wywiad lekarski co do schorzeń ogólnych, stopnia i tempa pogarszania się widzenia oraz badanie medyczne ostrości wzroku stwierdzone przed operacją i po operacji, wygląd gałki ocznej i poszczególnych struktur oraz protokół zabiegu operacyjnego. Biegła wskazała, że dokumentacji dostarczonej przez powódkę brakowało karty ambulatoryjnej z wywiadami i badaniem przed operacyjnym ostrości wzroku.

Odnosząc się do pisma pełnomocnika powódek z 25 marca 2015 r. – zarzutu w punkcie 4, biegła wskazała, że pełnomocnik pomieszał dwie grupy pacjentów: kombatanów, który jest pacjentem bez kolejkowym, poza limitowym, nie musi mieć pilnego wskazania i tzw. niekombatant, który aby mógł być zoperowany poza limitem, to jeżeli nie ma innych wskazań medycznych, że odroczenie zabiegu powoduje pogorszenie stanu zdrowia, to nie jest pacjentem tzw. poza kolejkowym. Strona powoda nie zamieściła żadnych informacji na temat zawodów pacjentów. Pacjenci zostali pogrupowani na kategorie i mija się z celem wymieniając ich z nazwiska. Biegła wskazała, że zaćma pęcznięca i zaćma przejrzała została zakwalifikowana jako wymagająca pilnego leczenia, bo jest to stan, który doprowadzić może do rozwoju jaskry wtórnej i utraty widzenia. Odnosząc się do zarzutu pełnomocnika powódek sformułowanego w punkcie 5 pism z 25 marca 2015 r., że biegła wydając opinię winna wskazać podstawy i kryteria zbierania informacji o aktywności zawodowej osób operowanych, biegła P. wskazała, że powyższe informacje powinny znajdować się w wywiadzie lekarskim.

Mając na uwadze powyższe wyjaśnienia biegłej Sąd uznał opinię biegłej D. P. za przekonującą. Opinia jest kategoriowa, zawiera odniesienia do wszystkich zabiegów objętych tezą dowodową i została wydana po przeanalizowaniu przez biegłą całej dokumentacji medycznej dostarczonej przez stronę powodową. Nadto biegła ustosunkowała się do zarzutów strony powodowej wyjaśniając w sposób przekonujący podstawy wydania opinii, wskazując, które z zabiegów i dlaczego należało uznać za ratujące życie lub zdrowie w stanie nagłym.

Postanowieniem z dnia 17 lipca 2015 roku Sąd dopuścił dowód z pisemnej opinii biegłego sądowego chirurga - onkologa na okoliczność ustalenia czy świadczenia zdrowotne, które powód wykonał w 2009 r. na kwotę 230.112 zł dochodzoną w niniejszej sprawie, zostały udzielone świadczeniobiorcom znajdującym się w stanach nagłych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z roku nr 164, poz.1027 ze zmianami).

Biegła sądowa onkolog H. Z. w opinii pisemnej z dnia 7 września 2015 r. wskazała, że spośród wykazu świadczeniobiorców w zakresie chirurgii jednego dnia 8 pacjentów, gdzie jednostki chorobowe zostały oznaczone kodem C44 oraz 57 pacjentów, gdzie jednostki chorobowe zostały oznaczone kodem D22, wymagało pilnej interwencji. Biegła wskazała, że kodem C44 oznacza się nowotwory złośliwe, kodem D22 oznacza się wszelkie znamiona barwnikowe, które budzą onkologiczny niepokój. Biegła wskazała, że w znamionach barwnikowych, nowotworach skóry i tkanki podskórnej, nie przeprowadza się wstępnej diagnostyki, prawidłowym postępowaniem jest wycięcie zmiany w całości wraz ze zdrowym marginesem tkanki otaczającej, następnie materiał pooperacyjny przesyła się do badania histopatologicznego. O ostatecznym charakterze zmiany decyduje badanie histopatologiczne. Pozostałe przypadki oznaczone: kodem D23 (niezłośliwy nowotwór skóry -56 osób z historią choroby, 37 osób z listy zabiegów), kodem D21 (nowotwory niezłośliwe tkanki łącznej i innych tkanek miękkich – 9 osób z historią choroby, 8 osób z listy zabiegów), kodem D17 (tłuszczak skóry, tkanki podskórnej – 4 osoby), oraz zabiegi operacyjne bez wstępnego

rozpoznania wykonane u 12 osób, nie należały do jednostek chorobowych, które bezpośrednio zagrażają utratą życia lub w bardzo krótkim czasie znacznym pogorszeniem się stanu zdrowia.

Zeznając na rozprawie w dniu 1 kwietnia 2016 r. biegła H. Z. wskazała, że z tych jednostek chorobowych oznaczonych kodem D20, D23 i D17 nie były nagłymi przypadkami. Przypadki określone kodem D22 i C44 są przypadkami pilnymi wymagającymi usunięciach zmiany. Biegła wskazała, że nie są to stany natychmiastowe ale pilne. Przypadki D22 i C44 to przypadki, które nie można odłożyć na dłuższy okres czasu, nie ma określenia na jaki czas. Biegła wskazała, że nie można ich uznać jako przypadki nagłe, bo one nie powodują nagłego pogorszenia stanu zdrowia ani nie zagrażają bezpośrednio życiu.

Jednocześnie biegła wyjaśniła, że każda wycięta zmiana wymaga badania histopatologicznego. Bardzo rzadko jest, że w badaniu histopatologicznym nowotwór łagodny okaże się złośliwym. Ocena czy nowotwór jest łagodny czy złośliwy musi być potwierdzona badaniem histopatologicznym. Lekarz ocenia klinicznie jakiego rodzaju jest zmiana na skórze tzn. jeżeli budzi wątpliwości powinien skierować do onkologa dermatologa lub napisać na skierowaniu, że podejrzewa nowotwór złośliwy skóry. Biegła wskazała, że żadne z przypadków ze wstępnym rozpoznaniem D21, D22, D23, D17, C44 nie były stanami nagłymi, jedynie przypadki D22 i C44 były stanami wymagającymi pilnej interwencji, co nie jest tożsame ze stanem nagłym. Biegła wyjaśniła, że w ramach chirurgii jednego dnia można dopisać do normalnej procedury ustalonej na dany dzień pacjenta z rozpoznaniem D22 i C44, wtedy pacjent krótko oczekuje na zabieg tzn. w ramach miesiąca.

Mając na uwadze powyższe wyjaśnienia biegłej Sąd uznał opinię biegłej H. Z. za przekonującą. Opinia jest kategorierna, zawiera odniesienia do wszystkich zabiegów objętych tezą dowodową i została wydana po przeanalizowaniu przez biegłą całej dokumentacji medycznej dostarczonej przez stronę powodową. Nadto biegła ustosunkowała się do zarzutów strony powodowej wyjaśniając w sposób przekonujący podstawy wydania opinii, wskazując, dlaczego powyższych zabiegów nie można uznać za ratujące życie lub zdrowie w stanie nagłym w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z roku nr 164, poz.1027 ze zmianami).

Sąd oddalił wnioski strony powodowej o przesłuchanie konsultanta wojewódzkiego ds. okulistyki prof. dr hab. A. G., o przesłuchanie E. K., o przesłuchanie stron (zgłoszone w pozwie), oraz o przesłuchanie powódki M. L. (1) (zgłoszony w piśmie z 18.09.2015 r. k.822), jako zbędne do rozstrzygnięcia niniejszej sprawy. Rozstrzygnięcie niniejszej sprawy tj. ustalenie istotnych okoliczności faktycznych, wymagało wiadomości specjalnych – wiadomości posiadanych przez wskazanych powyżej biegłych. Dopuszczenie dowodu z zeznania świadków i stron doprowadziłoby jedynie do zbędnego wydłużenia postępowania.

Sąd zważył, co następuje:

W niniejszym postępowaniu powódki prowadząc jako wspólnicy spółki cywilnej Przychodnię (...) i (...) s.c.” w W. domagały się kwoty 2.112.267,00 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 01 stycznia 2010 r., tytułem zapłaty za świadczenia zdrowotne udzielone na rzecz ubezpieczonych w 2009 roku w ramach umowy zawartej z pozwanym na świadczenie usług w zakresie okulistyki zaćmy oraz chirurgii, ponad limit zagwarantowany umową nr (...) z dnia 29 grudnia 2005 r.

Wskazać należy, że podstawą żądania za świadczenie wykraczające poza limit ustalony ww. umowie, a świadczone przez powódki w 2009 roku jest przepis art. 19 ust 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164 poz.1027 tekst jednolity), zgodnie z którym w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Podkreślić należy, że zgodnie z art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, powódki jako podmiot leczniczy nie mógł odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Wskazać należy, że definicja legalna stanu nagłego zawarta jest w art. 5 pkt 33 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który stanowi, że stanem nagłym jest stan, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006

r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z 2007 r. Nr 89, poz. 590 i Nr 160, poz. 1172 oraz z 2008 r. Nr 17, poz. 101).

W rozumieniu art. 3 pkt 8 ww. ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (w niezmienionym brzmieniu obowiązującym od 1 stycznia 2007 r.) stan nagły jest to stan nagłego zagrożenia zdrowotnego czyli 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. Wskazany przepis art. 15 ustawy o działalności leczniczej jest tożsamy w brzmieniu z zasadą wyrażoną w art.7 nieobowiązującej już ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (obowiązującej do 30 czerwca 2011 r.), a który był podstawą uznawania roszczeń podmiotów leczniczych ponad limit wynikający z umowy zawartej z NFZ (wcześniej kasą chorych), zgodnie z którym zakład opieki zdrowotnej nie mógł odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebowała natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

Na tle powyższej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej ugruntowane zostało orzecznictwo, że skoro uprawnienie do uzyskania natychmiastowej pomocy medycznej w stanach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia jest wyrazem ochrony życia i zdrowia gwarantowanej przez Państwo, a na podmiotach udzielających świadczeń medycznych ciąży bezwzględny obowiązek ratowania życia i zdrowia ludzkiego w przypadkach nagłych, to koszty realizacji tego obowiązku powinny obciążać Państwo. W związku z powyższym, przewidziane w umowach o udzielanie opieki zdrowotnej kwoty zobowiązań NFZ wobec zakładów opieki zdrowotnej, nie obejmują zobowiązań wynikających z wykonania świadczeń zdrowotnych udzielanych w stanach nagłych w sytuacji, gdy ich realizacja przekracza określone tam limity. Limity świadczeń zdrowotnych określonych w umowach o świadczenie opieki zdrowotnej nie mogą skutkować odmową udzielenia świadczenia w warunkach zagrażających życiu i zdrowiu. W takim przypadku, jeżeli podmiot leczniczy domaga się zapłaty za świadczenia ratujące zdrowie lub życie wymagające natychmiastowego udzielenia pomocy lekarskiej, NFZ nie może powoływać się na brak środków albo przekroczenie limitu określonego w umowie o udzielanie świadczeń zdrowotnych odmawiając zapłaty za ww. świadczenia. (por.: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 2009 r. V CSK 272/08, LEX nr 530613; wyrok Sądu Najwyższego z 5 listopada 2003 r., IV CK 189/02, LEX nr 164009; wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 2 września 2009 r., I ACa 518/09; wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 26.04.2007r., II GSK 379/06, LEX nr 3234481). Obowiązek zwrotu kosztów udzielenia pomocy medycznej w przypadkach nagłych ma więc swoje umocowanie w przepisach powszechnie obowiązujących i jako taki nie może zostać ograniczony za pomocą czynności prawnych, w tym umów. Umowa uchylająca lub ograniczająca powyższy obowiązek byłaby nieważna z mocy art. 58 § 1 k.c. (por. wyrok Sądu Najwyższego z 13 lipca 2005r., I CK 18/05, OSP 2006, z. 6, poz. 70 z głosem aprobowującym M. Nestorowicza, PiM2006, nr 23, s. 146).

Wskazać należy, że obowiązki wynikające z powyższych przepisów mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Jeżeli zatem podmiot leczniczy, który zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o świadczenie usług medycznych, udzielił świadczenia pacjentowi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ma roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenie względem Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie mniej to na świadczeniodawcy spoczywał obowiązek wykazania, że wskazane świadczenia zdrowotne były świadczeniami ratującymi zdrowie lub życie w wypadkach nagłych w rozumieniu ww. przepisów.

W toku niniejszego postępowania powódki wykazały, że spośród wykonanych w 2009r. świadczeń, w ramach okulistyki – zespołu chirurgii jednego dnia, świadczenia w stanie nagłym nastąpiły w 172 przypadkach. Przypadki te obejmowały konieczność operacji/zabiegu : zaćmy pęcznięcej dotyczącej 77 pacjentów, z powodu retinopatii cukrzycowej proliferacyjnej, leczonej laserowo dotyczącej 27, z powodu innych schorzeń, wymagających dobrego wglądu w dno oka dotyczących 15 pacjentów, z powodu zwyżek ciśnienia wewnątrzgałkowego, pochodzenia soczewkowego – jaskra soczewkowa dotyczących 14 pacjentów, z powodu anisotropii pooperacyjnej dotyczącej 15 pacjentów, z powodu krytycznego obniżenia obuocznej ostrości wzroku poniżej 0,1 dotyczącej 16 pacjentów, z powodu zaćmy włkłającej stan nagły dotyczącej 8 pacjentów. Nadto powódki wykazały, że do uzyskania pozalimitowych świadczeń w 2009 r. kwalifikują się wykonane w Przychodni zabiegi w zakresie usunięcia zaćmy u kombatanów tj. 9 oczu. Zgodnie z opinią biegłej D. P. do zapłaty przez pozwanego za wykonane w 2009 r. w ramach okulistyki zespołu

chirurgii jednego dnia - jako udzielone w stanie nagłym - podlegało 181 świadczeń. Z zestawienia pacjentów numerami PESEL złożonego przez powódki zgodnie z opinią biegłej D. P. i wyliczonego przez pozwanego w piśmie z dnia 7 września 2015 r. (k.781-785) wynika, że wartość świadczeń kwalifikujących się do zapłaty poza wartość wynikającą z umowy łączącej strony w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia za 2009 rok, za które pozwany nie zapłacił, a które zostały wykonane w stanie nagłym w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z roku nr 164, poz.1027 ze zmianami) stanowi kwotę 448.625,10 zł (tj. nie rozliczono 161 świadczeń, rozliczono 42 świadczenia na kwotę 117.740,70 zł).

Mając na uwadze powyższe, Sąd zasądził od pozwanego solidarnie na rzecz powódek kwotę 448.625,10 zł wraz z odsetkami od dnia 1 marca 2010 r. tytułem zaspokojenia wartości roszczeń za świadczenia opieki zdrowotnej wykonane w 2009 r. w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, ponad łączącą strony umowę. W pozostałym zakresie Sąd oddalił powództwo o zapłatę za świadczenia wykonane w 2009 r. w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, gdyż nie zostało wykazane, że zostały udzielone w stanie nagłym.

O odsetkach Sąd orzekł zgodnie z art. 481 § 1 i 2 k.c. (w brzmieniu obowiązującym do dnia 31 grudnia 2015 r.). Zgodzić należało się z pozwanym, że powyższe roszczenie nie wynika z umowy. Roszczenie o zapłatę za świadczenia w stanie nagłym wynika z obowiązku ustawowego – na podstawie wskazanych powyżej przepisów. Wskazać należy, że zgodnie z art. 19 ust 4 ww. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z ustępem 5, w celu uzyskania wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa wnioski do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i ich kosztów oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności udzielenia świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych.

Już w piśmie z 11 marca 2009 r. (k.19) strona powodowa informowała pozwanego o konieczności rozliczenia świadczeń w zakresie chirurgii jednego dnia za miesiąc styczeń 2009r., a w piśmie z dnia 5 lutego 2010 r. (k.21) zwróciła się do pozwanego o rozliczenie świadczeń ponad limit za 2009 r. Pozwany nie kwestionował otrzymania powyższej korespondencji, nadto w aktach znajduje się pismo z 23 marca 2009 r. stanowiące odpowiedź pozwanego za wezwanie powódek (k.20). W ocenie Sądu mając na uwadze powyższe, uznać należało, że co najmniej od 1 marca 2010 r. pozwany pozostaje w opóźnieniu za zapłatę za świadczenia wykonane w 2009 r. w ramach okulistyki – chirurgii jednego dnia. Podkreślić należy, że w toku niniejszego postępowania nie zostały ujawnione żadne nowe okoliczności, zakres świadczeń udzielonych w 2009 r. w ramach Przychodni prowadzonej przez powódki był znany pozwanemu w związku z obowiązkiem świadczeniodawców miesięcznego rozliczania świadczeń. Okoliczność, że pozwany nie miał zagwarantowanych na ten cel środków, nie ma znaczenia dla stanu opóźnienia w zapłacie, w tym ustalenia stanu wymagalności roszczenia powódek.

W pozostałym zakresie tj. co do odsetek za okres od 1 stycznia 2010 r. do dnia 28 lutego 2010 r. Sąd oddalił powództwo, uznając, że roszczenie powódek nie było wówczas wymagalne – brak było wezwania do zapłaty, a roszczenie ponad limit nie wynika z umowy.

Odnosząc się do żądania związanego z zapłatą za świadczenia udzielone w 2009 r. w zakresie chirurgii jednego dnia, wskazać należy, że powódki nie wykazały zasadności tego roszczenia. Z opinii biegłej H. Z. wynika, że żadne ze świadczeń objętych zestawieniem załączonym przez powódki do pozwu w zakresie chirurgii, co do których przedłożona została biegłej dokumentacja medyczna, nie były świadczeniami ratującymi życie lub zdrowie. Z opinii biegłej wynika, że żadne z przypadków ze wstępnym rozpoznaniem D21, D22, D23, D17, C44 nie były stanami nagłymi, jedynie przypadki D22 i C44 były stanami wymagającymi pilnej interwencji, co nie jest tożsame ze stanem nagłym. Były to świadczenia, które mogły być udzielone w ramach planowanych zabiegów.

Mając na uwadze powyższe Sąd oddalił powództwo o zapłatę za świadczenia udzielone w 2009 r. w zakresie chirurgii jednego dnia.

O kosztach procesu Sąd orzekł mając na uwadze wynik postępowania tj. okoliczność, że powódki wygrały proces w 21%. W związku z powyższym na podstawie art.100 k.p.c. rozliczył koszty stosunkowo. Na koszty niniejszego postępowania złożyły się : opłata sądowa od pozwu w kwocie 100.000 zł (w całości uiszczona przez powódki), wydatki na opinie biegłych w łącznej kwocie 19.445,45 zł, na poczet których powódki uiściły zaliczki w łącznej kwocie 40.000 zł. W związku z wynikiem procesu, pozwany obowiązany jest zwrócić powódkom 21% kosztów sądowych tj. 21.000 zł tytułem zwrotu opłaty od pozwu i kwotę 4.083zł tytułem zwrotu wydatków na opinie biegłych. W związku z tym, Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powódki L. kwotę 12.541 zł i na rzecz powódki Z. kwotę 12.541zł tytułem zwrotu kosztów sądowych. Jednocześnie Sąd zasądził od pozwanego na rzecz każdej z powódek kwotę 1.512 zł tytułem zwrotu 21% kosztów zastępstwa procesowego. Z uwagi na wynik sprawy Sąd na podstawie art. 105 § 2 k.p.c. zasądził solidarnie od powódek na rzecz pozwanego kwotę 5.688 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

SSO Magdalena Horbacz