

*Sygn. akt I C 1012/12*

## WYROK

### W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 września 2014 roku

**Sąd Okręgowy w Lublinie I Wydział Cywilny**

**w składzie następującym:**

**Przewodniczący:** SSO Alicja Zych

**Protokolant:** Paulina Radomska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 5 września 2014 roku

**sprawy z powództwa:** Ośrodka (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w L.

**przeciwko:** (...) w W.

**o zapłatę:**

I. oddała powództwo

II. zasądza od powoda na rzecz pozwanego 7 217 złotych tytułem zwrotu kosztów procesu

*Sygn. akt I C 1012/12*

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 18 grudnia 2012 (pozew, k. 2 i n.) roku powód Ośrodek (...) Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w L. domagał się zasądzenia od pozwanego - (...) w W. - (...) Oddziału Wojewódzkiego w L. – kwoty w wysokości 4.896.672 złotych, tytułem odszkodowania za udzielone ponadlimitowe świadczenia zdrowotne wykonane w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia w II półroczu 2008 roku, w tym:

- 818.592 złote z tytułu wykonanych przez powoda ponadlimitowych świadczeń , w postaci koronarografii,
- 3.912.336 złotych z tytułu wykonanych przez powoda ponadlimitowych świadczeń , w postaci zabiegów angioplastyki wieńcowej,
- 165.744 złote z tytułu wykonanych przez powoda ponadlimitowych świadczeń na rzecz chorych z ostrym zespołem wieńcowym (k. 3-v.2),

wraz z odsetkami od dnia 24 stycznia 2012 roku. Ponadto powód żądał zasądzenia od pozwanego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego, zarówno w sprawie niniejszej jak i w sprawie z wniosku o zawezwanie do próby ugodowej toczącej się przed Sądem Rejonowym Lublin-Zachód w Lublinie II Wydział Cywilny o sygnaturze II Co 21/12 (k. 2).

Powód podnosi, iż 18 grudnia 2006 roku strony niniejszego postępowania zawarły umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, na okres od 1 stycznia 2007 do 31 grudnia 2009 roku oraz aneks nr (...) z dnia 30 czerwca 2008 roku do umowy nr (...), aneks nr (...) z dnia 24 lipca 2008 roku do umowy nr (...), aneks nr (...) z dnia 15 września 2008 roku do umowy nr (...) wraz z załącznikiem, aneks nr (...) z dnia 30 października

2008 roku do umowy nr (...), aneks nr (...) z dnia 31 grudnia 2008 roku do umowy nr (...) wraz z załącznikiem, aneks nr (...) z dnia 9 lutego 2009 roku do umowy nr (...).

Powód wskazuje, że umowa i aneksy dotyczyły m.in. spornego okresu rozliczeniowego tj. 1 lipca 2008 - 31 grudnia 2008 roku, w którym wystąpiły po stronie powoda świadczenia ponadlimitowe, w tym wykonane w trybie nagłym.

Powód podnosi, iż w niniejszym postępowaniu dochodzi jedynie zapłaty za świadczenia ponadlimitowe, wykonane w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia. Jak wskazuje powód umowa nie regulowała kwestii związanych z zapłatą przez (...) za ewentualne świadczenia wykonane ponad określony w umowie limit. W tym miejscu powód przywołuje przepisy art. 15 aktualnie obowiązującej ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (dalej jako „ustawa o działalności leczniczej”) i wskazuje na analogiczny przepis art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1990 roku o zakładach opieki zdrowotnej, (obowiązujący w spornym okresie, dalej jako „ustawa o zoz”), w świetle których zakłady opieki zdrowotnej mają obowiązek udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie dla życia lub zdrowia osoby zgłaszającej się, a żadne okoliczności nie mogą być podstawą do odmowy udzielenia takiego świadczenia. Powód odwołuje się również do art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (dalej jako „ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry”).

W ocenie powoda usługi ponadlimitowe były wykonane w zgodzie z powyżej przedstawionymi przepisami, jednak (...) do tej pory nie zapłacił za ich wykonanie w trybie nagłym. Powód wskazuje, iż podstawę wyliczenia kwoty dochodzonej pozwem stanowiły ceny jednostkowe określone w umowach dla danego rodzaju świadczenia, w odniesieniu do świadczeń faktycznie udzielonych pacjentom oraz pozytywnie zweryfikowanych przez system rozliczeniowy (...). Jak wskazuje powód pozytywna weryfikacja stanowi podstawę do dokonania przez (...) zapłaty w ramach przyznanych szpitalowi limitów (k.3).

Powód podnosi, iż z uwagi na zobowiązaniowy charakter stosunku prawnego wiążącego go z pozwanym należy stosować do niego przepisy prawa cywilnego. W ocenie powoda przywołane powyżej przepisy będące podstawą tzw. przymusu ustawowego, zgodnie z art. 56 ustawy z dnia 13 kwietnia 1964 roku - Kodeks cywilny (dalej jako „k.c.”) winny zostać włączone do skutków jakie wywołuje umowa pomiędzy świadczeniodawcą a (...). W związku z tym powód opiera swoje roszczenie o treść artykułu 471 k.c. w zw. z art. 353<sup>1</sup> k.c. oraz 354 k.c. (k.13 i 13-v.).

Powód podaje, iż przed wytoczeniem powództwa w niniejszej sprawie podjął próby ugodowego jej rozwiązania wzywając pozwanego do zapłaty, a wobec bezskuteczności tych działań, składając wniosek o zawiązanie do próby ugodowej - jak wskazuje powód pozwany nie stawił się na posiedzenie pojednawcze, które miało miejsce 15 marca 2012 roku (k. 13-v.).

Uzasadniając termin początkowy liczenia odsetek powód wskazuje, iż 24 stycznia 2012 roku jest to dzień po upływie wyznaczonego pozwanemu w wezwaniu do zapłaty z dnia 4 stycznia 2012 roku, terminu zapłaty kwoty obecnie dochodzonej pozwem (k. 14).

W odpowiedzi na pozew z dnia 26 lutego 2013 roku (odpowiedź na pozew, k. 9504 i n., koperta k. 9511) pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego. Pozwany podnosi, iż zapłacił powodowi całą kwotę za świadczenia w ilości i wartości zakontraktowanej. Pozwany wskazuje, iż nie uznaje roszczenia powoda w części dotyczącej zapłaty za świadczenia planowe, a przedmiotem roszczenia mogą być jedynie świadczenia nagle wykonane po wyczerpaniu limitu. Pozwany wskazuje, iż powód związany jest limitem określonym w umowie, a jego przekroczenie uzasadniają jedynie przypadki mające swoje oparcie w tzw. przymusie ustawowym. Jak podnosi pozwany powód winien udowodnić, iż świadczenia zostały wykonane po wyczerpaniu limitu oraz w trybie przymusu ustawowego. Jak wskazuje pozwany powód pozwem dochodzi zapłaty za wszystkie świadczenia ponadlimitowe. Pozwany podaje, iż do świadczeń udzielanych w trybie przymusu ustawowego nie należą świadczenia, które wprawdzie ratują życie, jednak stosowane są u chorych leczonych przewlekle, wymagających regularnego poddawania się zabiegom medycznym (k.9505, 9506).

W piśmie procesowym z dnia 10 maja 2013 roku (pismo, k. 9598 i n., koperta, k. 9618) pozwany podnosi, iż umowa, która wiązała strony w II półroczu 2008 roku obejmowała dwa zakresy: kardiologię - hospitalizację (pkt 1 umowy) oraz kardiologia - hospitalizacja E11, E12, E13, E14 (pkt 2 umowy). Pozwany wskazuje, że w odniesieniu do pkt 1 limit umowy został przekroczony dnia 2 września 2008 roku, natomiast w odniesieniu do pkt nr 2 przekroczenie limitu nastąpiło 16 grudnia 2008 roku (załącznik do pisma, k. 9601). Pozwany podnosi, iż wobec powyższego wszystkie świadczenia wykonane w ramach 1 pkt umowy zostały wykonane i sprawozdane przez powoda jako świadczenia planowe, natomiast świadczenia wykonane w ramach 2 pkt umowy, zgłoszone jako nagłe zostały wykonane przed przekroczeniem limitu. Dodatkowo pozwany kwestionuje wysokość dochodzonego roszczenia wskazując, iż powód zawyżył wartość dochodzonego roszczenia o 558.912 zł (k.9599 i 9600).

W piśmie procesowym z dnia 11 lipca 2013 roku (pismo, k. 9621 i n.) powód podnosi, iż termin wyczerpania limitu nie ma znaczenia w rozliczeniach, gdyż system rozliczeniowy wskazuje, które świadczenia zostały rozliczone, a które nie i zgodnie z nim pozwany nie zapłacił za 872 świadczenia w II połowę 2008 roku. Nadto powód podnosi, iż pozwany pomimo iż uzależnia rozliczenia od terminu przekroczenia limitu nie zapłaciła za 206 świadczeń wykonanych przed wskazanymi przez siebie, terminami wyczerpania limitu. Dodatkowo powód odnosząc się do sposobu sprawozdania świadczeń jako planowych, podaje, iż wynikał on z nieprawidłowego wprowadzenia do elektronicznego systemu rozliczeniowego. Ustosunkowując się do zarzutu zawyżania wartości świadczeń powód wskazuje, że pozwany w spornym okresie wielokrotnie zmieniał zasady grupowania i rozliczania wstecz, a powód oparł swoje wyliczenia o dokumentację medyczną (k. 9621-9623). Powód podniósł, iż wszystkie przypadki wskazane w pozwie, pomimo iż sprawozdane jako planowe były przypadkami nagłymi i nie zostały opłacone (oświadczenie pełnomocnika powoda z dnia 25 października 2013 roku, protokół rozprawy, k. 9628-v.).

Pozwany w piśmie z dnia 20 lutego 2014 roku (pismo, k. 9632 i n., koperta k. 9638) podnosi, iż na wniosek powoda, aneksem nr (...) z dnia 9 lutego 2009 roku dokonano przesunięcia kwoty 193.293 zł z pkt 2 umowy do pkt 1 umowy, bez zmiany wartości umowy. Jak wskazuje pozwany zgodnie z § 22 ogólnych warunków umów stanowiących integralną część umowy (załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawcy, który dokonał takiej zmiany nie przysługuje już roszczenie do (...) z zakresu, w jakim dokonał zmniejszenia zobowiązania. W ocenie pozwanego z powyższego wynika, iż powodowi nie przysługuje roszczenie o niezapłacone świadczenia wynikające z pkt 2 umowy.

Odnosząc się do twierdzeń powoda o błędnym wprowadzaniu danych do systemu pozwany wskazuje, iż zgodnie z przepisami pozwany miał 45 dni na dokonanie korekty zgłoszenia. Dodatkowo pozwany odnosząc się do trybu przyjęć zaznacza, iż z istoty angiografii i koronarografii wynika ich planowość, a powód nie jest placówką, która jest w stanie samodzielnie wyprowadzić pacjenta z powikłań po koronarografii czy angioplastyce.

W piśmie z dnia 23 lipca 2014 roku (k. 9653 i n.) powód oświadcza, iż przeczy wszystkim twierdzeniom i zarzutom pozwanego, których nie przyznaje wprost.

Powód oświadczył, iż żądanie obejmuje jedynie żądania z pkt 1 umowy, w pozostałym zakresie (...) zapłacił za świadczenia (protokół rozprawy z dnia 5 września 2014 roku, k.).

Pozwany podniósł zarzut przedawnienia, wskazując, iż początek biegu przedawnienia liczy się od 16 lutego 2009 roku i w związku z faktem, iż roszczenia dochodzi przedsiębiorca w związku z prowadzoną przez siebie działalnością gospodarczą, termin ten wynosi trzy lata. Pozwana wskazała, iż upłynął on 15 lutego 2012 roku, a więc dzień przed złożeniem przez powoda wniosku o zawezwanie do próby ugodowej (oświadczenie pełnomocnika pozwanego, protokół rozprawy z dnia 5 września 2014 roku, k.)

#### ***Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:***

W spornym okresie strony wiązała umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 18 grudnia 2006 r. ustalająca wysokość zobowiązania (...) wobec powoda za udzielane przez niego świadczenia, za okres od 1 lipca 2008

roku do 31 grudnia 2008 roku, na kwotę 1.900.032, 00 zł, następnie zwiększoną aneksem nr (...) z dnia 31 grudnia 2008 roku, do 2.610.048, 00 zł (poświadczone za zgodność z oryginałem kopie umowy z dnia 18 grudnia 2006 r., k. 26 i n. i aneksu nr (...) z dnia 31 grudnia 2008 roku, k. 45).

Wszystkie świadczenia, za które zapłaty powód dochodzi pozwem były świadczeniami planowymi, wykonanymi ponad limit, koszty świadczeń „nielimitowych”, tj. nagłych zostały przez (...) opłacone (zeznania prezesa zarządu powodowej spółki (...), elektroniczny protokół rozprawy z dnia 5 września 2014 roku, k. 9756, 0:53:20, okoliczność bezsporna, pismo pozwanego z dnia 10 maja 2013 r., k. 9600).

Sąd uznał powyżej przedstawione dowody za wiarygodne, z uwagi na ich logiczność i spójność, a zeznania J. W. za zgodne z załączoną do akt sprawy dokumentacją medyczną i wystarczające dla rozstrzygnięcia w sprawie. Pozostałe dowody Sąd uznał za nieistotne dla rozstrzygnięcia.

Dodatkowo, odnosząc się do wniosku powoda o dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego z zakresu kardiologii, to dokonana analiza dokumentacji medycznej wykazuje, iż w przypadkach pacjentów, na rzecz których były wykonywane świadczenia, za które zapłaty powód domaga się niniejszym pozwem, stan ogólny tych osób został określony jako dobry. Wszak trudno przyjąć, w świetle zasad doświadczenia życiowego, by dobry stan ogólny mógł współistnieć z krytyczną sytuacją uzasadniającą konieczność natychmiastowego udzielenia pomocy, z uwagi na bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia. Wobec powyższego, w ocenie Sądu, przeprowadzenie dowodu nie wymaga wiadomości specjalnych, tym samym dopuszczenie wnioskowanego dowodu było zbyteczne i prowadziło do nadmiernej zwłoki w rozpoznaniu sprawy. Tym bardziej, iż w dołączonej dokumentacji medycznej w historii choroby pacjentów objętych żądaniem zapłaty dochodzonym w niniejszej sprawie widnieją zapisy informujące o fakcie, że przeprowadzony u chorego zabieg leczniczy jest przeprowadzony w trybie przyjęcia planowanego. Ponadto, co istotne, powód nie zaprzeczał, że objęte żądaniem zapłaty świadczenia medyczne wykonywane były w ramach przyjęć planowych.

### ***Sąd Okręgowy zważył, co następuje:***

Powód opiera swoje roszczenie o art. 471 k.c. w zw. z art. 56 k.c. i art. 15 ustawy o działalności leczniczej (art. 7 ustawy o zoz) oraz art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, a także art. 353<sup>1</sup> k.c. i 354 k.c.

W świetle art. 353<sup>1</sup> k.c. strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego. Zgodnie z art. 471 k.c. dłużnik obowiązany jest do naprawienia szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, chyba że niewykonanie lub nienależyte wykonanie jest następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi. Stosownie do art. 354 k.c. dłużnik powinien wykonać zobowiązanie zgodnie z jego treścią i w sposób odpowiadający jego celowi społeczno-gospodarczemu oraz zasadom współżycia społecznego, a jeżeli istnieją w tym zakresie ustalone zwyczaje – także w sposób odpowiadający tym zwyczajom. W taki sam sposób powinien współdziałać przy wykonaniu zobowiązania wierzyciel. Powód wskazuje, iż, z uwagi na fakt, że umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy (...) (powzanym) a świadczeniodawcą (powodem) podlega rygorom prawa cywilnego, treść przepisu art. 56 k.c. (czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy, z zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów), determinuje skutki jakie wywołuje przedmiotowe zobowiązanie umowne. Z tego wynika, iż skutki wskazanej umowy określają również przepisy art. 15 ustawy o działalności leczniczej (uprzednio art. 7 ustawy o zoz) oraz art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Takie stanowisko znajduje potwierdzenie w ugruntowanym orzecznictwie Sądu Najwyższego i sądów powszechnych (por. wyrok SN z dnia 7 sierpnia 2003 roku, sygn. akt IV CKN 393/01, wyrok SN z dnia 25 marca 2004 roku, II CK 2007/03 niepubl., wyrok SN z dnia 5 sierpnia 2004 roku, sygn. akt III CK 365/03, LEX, nr 276211, wyrok SN z 15 grudnia 2005 roku, sygn. akt II CSK 21/05, OSNC 2006/9/157, wyrok SN z 5 sierpnia 2005 roku, sygn. akt III CSK 265/03, LEX nr 276211, wyrok SN z 18 stycznia 2006 roku, sygn. akt V CSK 60/05, LEX nr 258665, wyrok SN z dnia 29 marca 2006 roku, sygn. akt IV CSK 158/05, LEX nr 399773, wyrok SN z 8 października 2008 roku, sygn. akt V CSK 139/08, LEX nr 602330). Zgodnie z brzmieniem przepisów art. 15 ustawy o działalności leczniczej (7

ustawy o zoz) podmiot leczniczy (zakład opieki zdrowotnej) nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry nakłada na każdego lekarza obowiązek udzielenia 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. Kwestia zwrotu kosztów udzielania tych świadczeń, w sytuacji wyczerpania limitów umów wielokrotnie była przedmiotem rozważań Sądu Najwyższego. Obecnie, zarówno w doktrynie jak i judykaturze dominuje stanowisko, zgodnie z którym podmiotowi leczniczemu nie przysługuje roszczenie o wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe, z uwagi na przywołaną przez powoda zasadę swobody umów zezwalającą stronom na kształtowanie stosunków zobowiązaniowych wedle wspólnej woli. Dowolne, nieuzgodnione z kontrahentem udzielanie świadczeń ponad umówiony limit nie stanowi w istocie wykonania umowy, nie może więc korzystać z ochrony przewidzianej w art. 471 i n. k.c. Nadto art. 354 k.c. wskazuje, iż zobowiązanie musi zostać wykonane zgodnie z jego treścią, a określona wysokość zobowiązania (...) stanowi essentialia negotii treści umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wyjątkiem od powyższego jest sytuacja, w której stan faktyczny wyczerpuje hipotezę norm wynikających z przepisów art. 15 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. W takich sytuacjach, mając na uwadze zarówno art. 68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej statuujący równy dostęp do służby zdrowia jaki i istotę publicznego systemu opieki zdrowotnej (jego gwarancyjny charakter), to publiczna osoba prawna jaką jest (...) ponosi odpowiedzialność za koszty ratowania życia i zdrowia w nagłych wypadkach, w sytuacji wyczerpania limitów określonych w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tak: SN w wyroku z 5 listopada 2003 roku, sygn. akt IV CK 189/02, SN w wyroku z 5 sierpnia 2005 roku, sygn. akt III CSK 265/03, LEX nr 276211, SN w wyroku z dnia 15 grudnia 2004 roku, sygn. akt IV CK 361/04, SN w wyroku z dnia 21 grudnia 2004 roku, sygn. I CK 320/04, SN w wyroku z dnia 28 czerwca 2005 roku, sygn. akt I CK 821/04, SN w wyroku z 18 stycznia 2006 roku, sygn. akt V CSK 60/05, LEX nr258665, SN w wyroku z dnia 29 marca 2006 roku, sygn. akt IV CSK 158/05, LEX nr 399773, SN w wyroku z 4 stycznia 2007 roku, sygn. akt V CSK 396/06). Powyżej przedstawione poglądy podziela również Sąd rozpoznający niniejszą sprawę.

Strona pozwana podniosła zarzut przedawnienia, powinien on więc zostać rozpoznany w pierwszej kolejności. Zgodnie z art. 117 § 2 k.c. po upływie terminu przedawnienia ten, przeciwko komu przysługuje roszczenie, może uchylić się od jego zaspokojenia, chyba że zrzeka się korzystania z zarzutu przedawnienia. Stosownie do art. 118 k.c. jeżeli przepis szczególny nie stanowi inaczej, termin przedawnienia wynosi lat dziesięć, a dla roszczeń o świadczenia okresowe oraz roszczeń związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej – trzy lata. A contrario art. 2 ust. 1 pkt 4 ustawy o działalności leczniczej, podmiot leczniczy niewymieniony w art. 4 ust. 1 pkt 2 i 3 tej ustawy jest przedsiębiorcą. Powód jest przedsiębiorcą wykonującym działalność leczniczą w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, wpisanym do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego (pełny odpis z rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, k. 22 i n.), a dochodzone roszczenie ma związek z prowadzoną działalnością gospodarczą. Tym samym termin przedawnienia w niniejszej sprawie wynosi 3 lata. Dla określenia początku biegu terminu przedawnienia przyjmuje się dzień wymagalności roszczenia (art. 120 § 1 k.c.), który może wynikać z umowy. Przez dzień wymagalności roszczenia należy w art. 120 k.c. rozumieć ostatni dzień, w którym można uczynić zadość roszczeniu zgodnie z jego treścią. Innymi słowy, wymagalność jest tu utożsamiana z terminem spełnienia świadczenia, a ściślej - z terminem, w którym świadczenie powinno być spełnione pod sankcjami wynikającymi z opóźnienia lub zwłoki (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 kwietnia 2003 r., I CKN 316/01, OSNC 2004, nr 7-8, poz. 117).

Zgodnie z § 27 ust. 1 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 6 maja 2008 roku (dalej jako „ogólne warunki umów”), stanowiących ogólne warunki umów w rozumieniu przepisów prawa cywilnego, a tym samym składową część przedmiotowej umowy, rozliczenie jej wykonania następuje najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego. Z analizy załączonych do pozwu poświadczonych za zgodność z oryginałem kopii umów i aneksów (umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej -leczenie szpitalne z 18 grudnia 2006 r., k.26-v.,plan rzeczowo-finansowy, k.29, aneks nr (...) z dnia 31 grudnia 2008 r.,

k. 45, plan rzeczowo-finansowy, k.46, aneks nr (...) z dnia 9 lutego 2009 roku, k.47, plan rzeczowo-finansowy, k.48) wynika, iż przyjęto półroczny okres rozliczeniowy, a sporny okres upłynął 31 grudnia 2008 roku. Tym samym 45 - dniowy termin rozpoczął bieg 1 stycznia 2009 roku i upłynął 14 lutego 2009 roku (ostatnim dniem terminu była sobota, jednak nie stanowi ona dnia wolnego od pracy w rozumieniu art. 115 k.c.- tak też Sąd Najwyższy w uchwale siedmiu sędziów z dnia 25 kwietnia 2003 r., której została nadana moc zasady prawnej, sygn. akt: II CZ 90/02). W ocenie Sądu nie ma zasadniczego znaczenia fakt zawarcia aneksu nr (...) z dnia 9 lutego 2009 roku, gdyż nie powodował on zmian ani w ogólnej, stanowiącej limit, wysokości zobowiązania (...), ani w sposobie określenia końca terminu rozliczeniowego, stanowiąc jedynie formę „przeksięgowania” poszczególnych części tej sumy po stronie świadczeniodawcy. W wyniku zmian wprowadzonych aneksem nr (...) zwiększony został „limit wewnętrzny” tzn. dotyczący pkt 1 umowy, temu zwiększeniu odpowiadała zaś kwota obniżenia limitu dla świadczeń z pkt 2 umowy. Jednocześnie, zgodnie z § 22 ogólnych warunków umów, dokonanie wskazanej zmiany, polegającej na zmniejszeniu limitu przyznanego dla jednego z rodzajów lub zakresów świadczeń skutkuje utratą roszczenia świadczeniodawcy przeciwko Funduszowi o zapłatę za świadczenia wykonane ponad kwotę zmniejszonego limitu. Tym samym kwestia zapłaty i a i dalej przedawnienia powinna dotyczyć jedynie zapłaty za świadczenia objęte pkt 1 umowy. Zwiększenie „limitu wewnętrznego” wywołało skutek w postaci zmniejszenia roszczeń o zapłatę za świadczenia ponadlimitowe z zakresu objętego pkt 1 umowy. Z tego wynika, że wskazany aneks nie wykreował nowych zobowiązań po stronie pozwanego, ani zmiany terminu wymagalności już istniejących. Wobec powyższego, termin początkowy biegu przedawnienia stanowi dzień wymagalności świadczenia tj. 14 lutego 2009 roku, bieg trzyletniego terminu przedawnienia oblicza się zgodnie z art. 111 § 2, a więc od 15 lutego 2009 roku i, stosownie do treści art. 112 k.c., termin przedawnienia upłynął 14 lutego 2012 roku. W związku z powyższym, jedynie ubocznie należy zauważyć, że pozwany wskazał, iż powód złożył wniosek o zawezwanie do próby ugodowej 16 lutego 2012 roku. Powód, obecny i reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika na rozprawie, nie ustosunkował się do tego twierdzenia, co w świetle okoliczności można uznać za przyznanie tego faktu (art. 230 k.p.c.). Należy podkreślić, iż zgodnie z regułami rozkładu ciężaru dowodu, to powód winien wykazać okoliczności „zakłócające” bieg terminu przedawnienia, czego jednak nie uczynił.

Zauważyć należy, że w dniu 18 września 2014 roku tj, na dzień przed dniem wyznaczonej publikacji wyroku w sprawie niniejszej powód złożył pismo nazwane w tytule załącznikiem do protokołu rozprawy z dnia 5 września 2014 roku w treści którego odniósł się do podniesionego na rozprawie dniu 5 września 2014 roku przez pozwanego zarzuty przedawnienia roszczenia ( załącznik do protokołu, k. 9761). Wobec powyższego zachodzi potrzeba rozważania czy takie oświadczenie zawarte w załączniku do protokołu rozprawy jest skuteczne.

Należy zwrócić uwagę na to, że art. 161 k.p.c. stanowi o możliwości zamieszczenia w załączniku do protokołu "oświadczenia". W ugruntowanych poglądach doktryny i judykatury nie budzi wątpliwości, że pod tym określeniem kryje się również przewidziane w art. 217 § 1 k.p.c. prawo strony do przytaczania aż do zamknięcia rozprawy okoliczności faktycznych i dowodów na uzasadnienie swoich wniosków lub dla odparcia wniosków i twierdzeń strony przeciwnej. Zdecydowanie podkreśla się, że załącznik do protokołu nie ma znaczenia samoistnego, jego rola jest pomocnicza w stosunku do obowiązującej zasady ustności rozprawy. Dlatego załącznik nie może zawierać treści samodzielnych, lecz musi ograniczać się do zreferowania lub streszczenia ustnych wywodów i wniosków, przedstawianych uprzednio na rozprawie. W tym miejscu należy odwołać się do powszechnie przyjmowanej w orzecznictwie i piśmiennictwie wykładni przepisu art. 161 k.p.c. i roli załącznika do protokołu rozprawy. Załącznik jest częścią protokołu posiedzenia i ma na celu uzupełnienie jego treści o bardziej precyzyjne i pełniejsze przedstawienie wniosków (wywodów, konkluzji) oraz oświadczeń (twierdzeń i wypowiedzi) strony składającej załącznik. Jego treść musi mieć związek z wypowiedziami autora załącznika złożonymi na posiedzeniu, którego załącznik dotyczy (tak I. Gromska - Szuster - Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz. Tom I pod red. H. Doleckiego i T. Wiśniewskiego, LEX 2013, teza 1 do art. 161 k.p.c.). W uzasadnieniu wyroku z dnia 13 listopada 2003 r. w sprawie I CK 229/02 (Biul.SN 2004/4/9) Sąd Najwyższy podkreślił, że załącznik do protokołu nie ma znaczenia autonomicznego i ma pomocniczą rolę w stosunku do obowiązującej zasady ustności rozprawy. Nie może więc zawierać treści samodzielnych, lecz powinien ograniczać się do zreferowania i streszczenia ustnych wywodów i wniosków przedstawionych uprzednio na rozprawie. Tymczasem w trybie przepisu art. 161 k.p.c. nie jest możliwa ingerencja ex post w treść protokołu rozprawy,

w sposób modyfikujący dotychczasowe oświadczenia strony ( wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 30 października 2013 roku, sygn. akt I ACa 527/13, LEX 1391950).

W tych okolicznościach w ocenie sądu oświadczenie zawarte w załączniku do protokołu nie może odnieść spodziewanego przez powoda skutku i jako nie spełniającego przesłanek z art. 161 kpc jest bezskuteczne.

Wobec powyższego należy uznać, iż z uwagi na upływ terminu przedawnienia powód nie może skutecznie dochodzić swojego roszczenia na drodze sądowej, a więc powództwo z tego powodu podlega oddaleniu.

Jednak nawet gdyby przyjąć, iż zarzut przedawnienia okazałby się niezasadny, to należałoby zwrócić uwagę na poniżej wskazane okoliczności.

Podmiot leczniczy domagając się zapłaty za świadczenia wykonane w warunkach określonych w art. 15 ustawy o działalności leczniczej (art. 7 ustawy o zoz) powinien udowodnić, że istniała konieczność natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia oraz, że wystąpiła ona po przekroczeniu limitu (tak: SN w wyroku z dnia 5 listopada 2003 roku, IV CSK 189/02, SN w wyroku z dnia 10 maja 2006 roku, sygn. akt III CSK 53/05, SN w wyroku z dnia 14 lutego 2008 roku, sygn. akt II CSK 532/07, LEX nr 496387, SN w wyroku z dnia 12 marca 2009 roku, V CSK 272/08 LEX nr 530613).

Hipoteza art. 7 ustawy o zoz, a później 15 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry wielokrotnie była przedmiotem analizy orzeczniczej. Przede wszystkim należy zauważyć, iż celem tych świadczeń ma być ratowanie życia i zdrowia, co wynika z samej istoty świadczeń opieki zdrowotnej, jednak na ich tle świadczenia wykonywane w warunkach przymusu ustawowego wyróżniają się koniecznością niezwłocznego działania pod nieuchronną groźbą niezwłocznej utraty wskazanych dóbr osobistych. Jak wskazano w wyrokach Sądu Najwyższego z dnia 13 października 2007 roku (sygn. akt III CSK 123/06, LEX nr 258671) czy 4 stycznia 2007 roku (sygn. V CSK 396/06 LEX nr 244455), a także z dnia 8 października 2008 roku (sygn. akt V CSK 139/08, LEX nr 602330) świadczenia wykonane w warunkach przymusu ustawowego „obejmują w zasadzie stany nagłe i niespodziewane, których nie można przewidzieć (np. pacjenci z udarem mózgu zawałem, poszkodowani w wypadkach). Nie wystarczy ustalenie, że określony zabieg jest zabiegiem ratującym życie lub zdrowie, konieczne jest ponadto ustalenie, że pacjent potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia lub, że jest to przypadek niecierpiący zwłoki.” Dodatkowo, w przytoczonym wyroku z dnia 4 stycznia 2007 roku, Sąd Najwyższy podkreślił, że zabiegami wskazanymi w art. 7 ustawy o zoz oraz art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, nie są te, które wprawdzie ratują życie ale są stosowane u chorych leczonych przewlekłe, wymagających regularnego poddawania się zabiegom. Przedmiotem niniejszej sprawy były zabiegi planowe, które jak wskazuje powód są zabiegami ratującymi życie “ nie w dniu dzisiejszym ale w ciągu najbliższej przyszłości ” (zeznania prezesa zarządu powodowej spółki (...), elektroniczny protokół rozprawy, k. 9756, 0:49:27).

Nie ulega wątpliwości, iż świadczenia opieki zdrowotnej, a więc, co nie kwestionowane, i świadczenia, za które powód domaga się zapłaty, mają na celu ratowanie życia i zdrowia ludzkiego, jako wartości nadrzędnej, jednak istotą regulacji zbiorczo określanych jako „ przymus ustawowy” jest ochrona osób, których życie i zdrowie znalazło się w sytuacji krytycznej, uzależnionej od natychmiastowego udzielenia tych świadczeń, z natury więc świadczeń nieplanowych. Znajduje to również potwierdzenie w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 9 maja 2007 roku (sygn. akt II CSK 43/07, LEX nr 590209), w którym tenże Sąd stwierdził, iż przewidywalność i planowość zabiegów wynikających z rozpoznanego stanu permanentnego zagrożenia zdrowia i życia wyklucza możliwość uznania ich za wykonywane w stanach nagłych oraz natychmiast, jak tego wymaga art. 7 ustawy o zoz (15 ustawy o działalności leczniczej) oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Sąd, będąc zobligowanym do orzekania w zgodzie z ustawami i w ich granicach (art. 178 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej), nie może więc dokonywać rozszerzającej wykładni przepisów, stanowiących podstawę odstępstwa od, powyżej już przywołanej zasady pokrywania przez (...) jedynie tych kosztów działalności leczniczej świadczeniodawców, które mieszczą się w określonym umową limicie.

Mając na uwadze powyższe, w ocenie Sądu Okręgowego, powód nie wykazał, iż przedmiotowe świadczenia były przeprowadzane w warunkach przymusu ustawowego, a wręcz przyznał, iż domaga się zapłaty za inne świadczenia

ponadlimitowe, - planowane, które ratują życie, a które, jak już wskazano, nie podlegają opłaceniu przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Tym samym powództwo, jako niezasadne, podlega oddaleniu.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c., zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik sprawy. Wysokość należnych pozwanemu kosztów zastępstwa procesowego ustalono w oparciu o § 6 pkt 7 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 oraz cz. IV wykazu przedmiotów opłaty skarbowej, stawek tej opłaty oraz zwolnień stanowiącym załącznik do ustawy z dnia 16 listopada 2006 r. o opłacie skarbowej, w związku z art. 1 ust. 1 pkt 2 tej ustawy.

Biorąc pod uwagę powyższe Sąd orzekł jak w sentencji.