

*Sygn. akt I C 538 / 10*

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 listopada 2013 r.

Sąd Okręgowy we Wrocławiu I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: **SSO Krzysztof Rudnicki**

Protokolant: **Małgorzata Wąchała**

po rozpoznaniu w dniu 22.10.2013 r.

we Wrocławiu

na rozprawie

sprawy z powództwa (...) **Publicznego Szpitala (...) we W.**

przeciwko (...) (...) **Oddziałowi Wojewódzkiemu we W.**

o zapłatę 355 776 zł

**I.** umarza postępowanie w sprawie co do kwoty **10 200 zł**;

**II.** oddala dalej idące powództwo;

**III.** zasądza od powoda na rzecz pozwanego **7 217 zł** kosztów procesu;

**IV.** obciąża Skarb Państwa niepokrytymi kosztami sądowymi.

## UZASADNIENIE

Powód – (...) Publiczny Szpital (...) we W. wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) (...) Oddziału Wojewódzkiego we W. 355 776 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty oraz kosztami procesu.

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że w dniu 14.01.2009 r. zawarł z pozwanym umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne, nr (...), obejmującą m. in. świadczenia z zakresu (...) (kod przypisany do tego zakresu świadczeń to (...)). Na mocy ostatniego aneksu nr (...) do umowy nr (...) z dnia 15.02.2010 r., została ustalona wartość świadczeń medycznych zakontraktowanych i wykonanych w 2009 r. Zgodnie z planem rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik nr (...) do tego aneksu, wartość świadczeń ze wskazanego zakresu wyniosła 4 185 723 zł. W związku z wykonaniem w 2009 r. świadczeń zdrowotnych ponad przewidziane zawartą przez strony umową limity, na łączną kwotę 4 714 848 zł, powód w dniu 03.02.2010 r. wystawił fakturę VAT nr (...) obejmującą wszystkie ponadlimitowe świadczenia wykonane w roku 2009 i doręczył ją pozwanemu. Łączna wartość świadczeń limitowych i ponadlimitowych w ramach zakresu „(...)” wykonanych w 2009 r. przez powoda wyniosła 4 714 848 zł. Pozwany nie uregulował należności objętej fakturą VAT nr (...) i odesłał ją powodowi; nie zaprzeczył jednak że powód wykonał świadczenia ponadlimitowe objęte fakturą. Wartość przedmiotu sporu stanowiły wykonane przez powoda świadczenia ponadlimitowe z zakresu „(...)”, kod (...), wykonane w trybie pilnym w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów. Świadczenia te opiewały na łączną kwotę 355 766 zł i zostały wyselekcjonowane przez powoda ze wspomnianych

wyżej świadczeń ponadlimitowych na łączną kwotę 529 125 zł po ich weryfikacji pod kątem udzielenia ich w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów.

Powód powołał się na przepisy art. 7 ustawy z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.07.14.89 ze zm.) oraz art. 30 ustawy z dnia 05.12.1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.08.136.857 ze zm.) i wskazał, że wszystkie ponadlimitowe świadczenia zdrowotne będące przedmiotem pozwu zostały wykonane w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów. Pozwany powinien zapłacić powodowi za wykonanie tych świadczeń, pomimo iż zostały one wykonane ponad przewidziany umową limit. Zgodnie bowiem z art. 56 kc czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy, z zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów. Oznacza to, że treść umownego stosunku prawnego może być modyfikowana przez przepisy ustawowe, do których należy zaliczyć przepisy przywołane przez powoda. Przepisy te powinny być interpretowane zgodnie z Konstytucją RP, tj. art. 68 ust. 1, który przyznaje każdemu człowiekowi prawo podmiotowe do ochrony zdrowia, oraz art. 68 ust. 2, który przyznaje każdemu obywatelowi prawo do równego dostępu w granicach określonych ustawami do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Odwołując się dalej do orzecznictwa i doktryny powód podniósł, że świadczeniodawcy przysługuje wobec (...) roszczenie o wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe spełnione na rzecz osób ubezpieczonych w okolicznościach, w których było zagrożone zdrowie lub życie tych osób. Udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia albo zdrowia jest własnym ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy będącego zakładem opieki zdrowotnej czy lekarzem. Nie wyłącza to jednak obowiązków (...) wynikających z innych ustaw. Obowiązki wynikające z powołanych przepisów art. 7 uoz i art. 30 uzl mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy zatem, zgodnie z art. 56 kc, włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między (...) a świadczeniodawcą i obciążyć nimi (...) zarządzający środkami publicznymi, z których powinny one być pokryte.

Powód podkreślił, że w październiku 2009 r. wystąpił do pozwanego z wnioskiem o udostępnienie informacji publicznej, w celu ustalenia m. in., czy pozwany posiada środki rezerwowane na zaspokojenie roszczeń powoda z tytułu wykonania ponadlimitowych, ratujących zdrowie lub życie świadczeń medycznych. Pozwany nie odpowiedział na wniosek powoda i nie udzielił żadnej informacji, mimo, że w 2009 r. zapłacił powodowi za ponadlimitowe świadczenia wykonane w 2008 r.

W odpowiedzi na pozew pozwany (...) (...) Oddział Wojewódzki we W. wniósł o oddalenie powództwa.

Pozwany przyznał, że strony łączyła umowa nr (...), obowiązująca w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 31.12.2011 r.

Zarzucił, że w okresie, za który powód domaga się zapłaty, maksymalna wartość zobowiązania pozwanego za świadczenia udzielone na podstawie umowy uległa zwiększeniu z kwoty 47 864 500 zł do kwoty 73 025 383,02 zł (aneks nr (...)), w tym na chirurgię ogólną z wyróżnikiem 2 na kwotę 449 922 zł.

Ponadto świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania funduszu, o której mowa w § 4 umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia wynikające z realizacji umowy, chyba że fundusz dysponował będzie dodatkowymi środkami na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust. 2 umowy.

Zawarta umowa jest kompromisem między możliwościami (...), który nie jest odpowiedzialny za wysokość środków jakie otrzymuje na świadczenia zdrowotne, a potrzebami świadczeniodawców.

Powód powinien był rozliczyć w ramach umowy świadczenia, które jak twierdzi, zostały udzielone w trybie pilnym w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów, a dodatkowo poza planem rzeczowo-finansowym określonym umową. Powód nie wykazał, dlaczego świadczenia, za które domaga się zapłaty, nie zostały rozliczone w ramach zwiększonej wartości kontraktu.

Pozwany podniósł, że zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez (...) jest umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Ustawodawca ustanowił równocześnie obowiązek niezwłocznego udzielania świadczeniobiorcom świadczenia opieki zdrowotnej w stanach nagłych (art. 19 ust. 1) i określił, w jaki sposób powinien postąpić zarówno świadczeniodawca, który nie ma umowy z funduszem, jak i świadczeniodawca, który nie ma możliwości udzielenia świadczeń określonych w umowie w przypadku stanu nagłego. W razie braku możliwości udzielania świadczeń określonych w umowie z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy lub w związku z wystąpieniem siły wyższej świadczeniodawca zapewnia udzielanie świadczeń zdrowotnych przez innego świadczeniodawcę. Świadczeniodawca ma również ustawowy obowiązek określenia warunków współdziałania z innymi zakładami opieki zdrowotnej w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania (art. 18a ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 30.08.1991 r. o zoz). Powód żadnej ze wskazanych okoliczności nawet nie podjął.

Pozwany podniósł, że zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 04.01.2007 r., V CSK 369/06, świadczeniami zdrowotnymi, o których mowa w art. 7 ustawy z dnia 30.08.1991 r. o zoz oraz w art. 30 ustawy z dnia 05.12.2005 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, objęte zostały w zasadzie stany nagłe i niespodziewane, których nie można przewidzieć (np. pacjent z udarem mózgu, zawałem serca, poszkodowani w wypadkach drogowych). Choć więc każde świadczenie medyczne jest udzielane w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia, to nie każde jest świadczeniem udzielanym w sytuacji wymagającej natychmiastowej pomocy medycznej, której odroczenie w czasie może skutkować utratą życia lub zdrowia. Podobną tezę wyraził Sąd Apelacyjny we Wrocławiu w wyroku z dnia 11.05.2006 r., I ACA 337/06.

Warunkiem dochodzenia roszczenia z tytułu wykonania świadczeń ponad liczbę umowną jest udowodnienie wykonania świadczeń w warunkach potrzeby ich natychmiastowego udzielenia. Ową potrzebę natychmiastowego udzielenia świadczenia (określoną w art. 7 uzoż czy w art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry), powołane orzeczenia sprowadzają w istocie do pojęcia stanu nagłego zdefiniowanego, poprzez art. 19 w związku z art. 5 pkt. 33 ustawy o świadczeniach, w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 08.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Pozwany zarzucił, że powód żadnej z przesłanek stanu nagłego (czy też potrzeby natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego).

Pozwany zarzucił, że powód nie udowodnił roszczenia również co do wysokości. Na podstawie danych zawartych w „Wykazie świadczeń niezapłaconych” nie może sprawdzić poprawności wyliczenia wartości świadczeń, ponieważ wskazano tylko rozpoznania główne według klasyfikacji (...). W kartach informacyjnych brakuje zarówno procedur medycznych według klasyfikacji (...), jak i danych dotyczących rozpoznań według (...).

Pozwany zarzucił też, że w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń stosuje się przepisy art. 20-23 ustawy z dnia 27.08.2004 r. Powód nie przedstawił sposobu prowadzenia listy oczekujących na świadczenia ani też, w jakim trybie rozliczył świadczenia w ramach wartości umowy.

W piśmie z dnia 06.07.2010 r. powód podtrzymał żądanie pozwu w całości.

Odnosząc się do twierdzeń pozwanego przedstawionych w odpowiedzi na pozew powód zarzucił, że fakt zwiększenia kwoty kontraktu aneksami nie oznacza wcale, że w ciągu roku pozwany sukcesywnie zwiększał kwotę kontraktu, aby zapłacić za świadczenia ponadlimitowe wykonywane przez powoda. Fakt wielokrotnego anektowania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych i zwiększania wartości zakontraktowanych świadczeń stanowi stałą, powszechną i notoryczną praktykę stosowaną przez (...), który zawierając umowy z zakładami opieki zdrowotnej rażąco i świadomie zaniża kwoty kontraktów, mimo że z dotychczasowej praktyki oraz z planów i prognoz z góry wiadomo, że kwoty kontraktów będą niewystarczające, a limity zostaną przekroczone. Publiczne zakłady opieki zdrowotnej, których niemal cały przychód pochodzi z umów zawieranych z (...) nie mają jednak możliwości niezaakceptowania warunków finansowania oferowanych przez (...). Nie można na podstawie takiego sposobu finansowania świadczeń wyciągać

wniosków, że wszystkie świadczenia wykonane przez powoda powinny być rozliczone w ramach umowy, ponieważ kwota kontraktu została zwiększona. Zwiększenie kwoty kontraktu nastąpiło pod koniec 2009 r., a świadczenia zdrowotne są udzielane przez cały rok bez przerwy. W 2009 r. (...) nie zawarł z powodem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na cały 2009 r., lecz umowa została początkowo zawarta na pół roku, następnie aneksem przedłużono ją o kolejne 4 miesiące, zaś w październiku podpisano aneks na kolejne miesiące – listopad i grudzień. Finansowanie świadczeń za 2009 r. następowało zatem etapami, powód nie znał globalnej kwoty kontraktu na 2009 r. W takiej sytuacji powód nie był w stanie przewidzieć, o jaką kwotę (...) zgodzi się zwiększyć kwotę kontraktu na koniec roku i za jakie świadczenia zapłaci. Powód zaznaczył, że dochodzi zapłaty tylko i wyłącznie za świadczenia ratujące zdrowie lub życie pacjentów, za które (...) jest zobowiązany zapłacić z mocy prawa, a zatem powód działając zgodnie z prawem i w zaufaniu do instytucji państwa, jaką jest (...), miał prawo oczekiwać, że świadczenia te zostaną przez (...) zapłacone.

Powód podniósł, iż chybione są zarzuty pozwanego dotyczące oświadczenia złożonego przez powoda, że kwota zobowiązania (...), o której mowa w § 4 umowy, wyczerpuje wszystkie roszczenia powoda wynikające z realizacji umowy. Podstawą roszczenia powoda są powszechnie obowiązujące przepisy prawa, a mianowicie art. 7 uzoż i art. 30 uzl.

Powód podtrzymał twierdzenie, że świadczenie objęte pozwem zostały udzielone w trybie pilnym w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów.

Powód zakwestionował powołanie przez pozwanego okoliczności, o których mowa w art. 19 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Powód zarzucił, że pozwany ma możliwość sprawdzenia poprawności wyliczenia wartości świadczeń. Wszystkie wymagane informacje – (...), (...), czas pobytu oraz kod produktu jednostkowego i kontraktowego zostały przekazane pozwanemu w formie elektronicznej, w formie raportów przesyłanych w formacie (...), zgodnie z wymogami rozliczania świadczeń w formie elektronicznej określonymi przez pozwanego. Powód posiada wszystkie świadczenia potwierdzone w systemie komputerowym, co oznacza, że pozwany otrzymał raporty przesłane przez powoda. Identyfikatorem świadczeń są numery PESEL. Tym samym powód uczynił zadość określonym w § 23 ust. 7 i 8 ogólnych warunków umów o udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06.05.2008 r. przepisom dotyczącym rozliczania świadczeń. Raport statystyczny i informację, o której mowa w § 17 ust. 2, świadczeniodawca przekazuje w formie elektronicznej. Wszelkie wymagane informacje zostały przekazane pozwanemu w formie elektronicznej, a pozwany nie zgłosił w tym zakresie żadnych zastrzeżeń ani nie sygnalizował jakichkolwiek braków.

Powód podniósł, że niezrozumiały jest zarzut nieprzedstawienia sposobu prowadzenia listy oczekujących na świadczenia, albowiem zgodnie z art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lista taka jest co miesiąc przesyłana pozwanemu w formie elektronicznej w formacie (...). Pozwany posiada zatem pełną wiedzę na temat listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia.

W piśmie z dnia 12.08.2010 r. pozwany podtrzymał swoje stanowisko w sprawie.

Podniósł, iż powód nie odniósł się do zarzutu, że świadczenia ratujące życie powinny zostać rozliczone w ramach kontraktu. Rozliczenie wykonania umowy następuje najpóźniej w terminie 45 dni pod upływie okresu rozliczeniowego (§ 27 ust. 2 załącznika do rozporządzenia z dnia 06.05.2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej).

Podniósł też, że system finansowania opieki zdrowotnej ze środków publicznych nie jest skonstruowany w ten sposób, że finansowanie świadczeń odbywa się równolegle: na podstawie umów ze świadczeniodawcami oraz niezależnie od tych umów na podstawie art. 7 uzoż i art. 30 uzl. Obowiązek udzielenia świadczenia znajduje przełożenie na sposób organizacji udzielania świadczeń określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26.09.2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców

na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę (art. 20 ust. 3 ustawy z dnia 27.08.2004 r.). Innymi słowy znaczenie art. 7 uzoż sprowadza się do tego, że w sytuacji bezpośredniego, nagłego zagrożenia życia i zdrowia, wymagającej natychmiastowej reakcji, omija się ustaloną kolejność do świadczeń zdrowotnych, a udzielenie świadczenia medycznego powinno mieścić się w maksymalnym poziomie finansowania określonym w umowie o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Zakład opieki zdrowotnej ma obowiązek takiej organizacji pracy, by w ramach wielokrotnie zwiększanego poziomu finansowania udzielane były zabiegi planowe, jak też świadczenia nagłe, ratujące życie i zdrowie.

Wysokość łącznych zobowiązań (...) wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym (art. 132 ust. 5 ustawy z dnia 27.09.2004 r.).

Pozwany zarzucił, że informacje przekazywane przez świadczeniobiorców w formie elektronicznej w formie (...) mają charakter wtórny wobec dokumentów źródłowych, tj. dokumentacji medycznej.

W piśmie z dnia 20.08.2010 r. powód ograniczył powództwo o kwotę 10 200 zł, albowiem pozwany zapłacił za leczenie jednego z pacjentów objętych pozwem – D. P..

Podniósł, że wszystkie dane dotyczące świadczeń objętych pozwem zostały przesłane w przewidzianej prawem formie i terminach do pozwanego, który te dane otrzymał, zweryfikował i potwierdził.

Powód wskazał, że organizuje pracę szpitala w sposób prawidłowy, w szczególności prowadzi listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26.09.2005 r. ora przekazuje pozwanemu regularnie dane dotyczące oczekujących na udzielenie świadczenia. Pozwany nie zgłaszał zastrzeżeń co do sposobu prowadzenia listy oczekujących na udzielenie świadczenia w Klinice (...) powoda. Nie zgodził się z twierdzeniem pozwanego, że prowadzenie oist oczekujących stanowi rozwiązanie problemu nadlimitowych świadczeń. O ile jest możliwe planowanie przyjęć planowanych pacjentów na podstawie prowadzonych list oczekujących, o tyle powód nie jest w stanie przewidzieć ani ograniczyć z powodu obowiązku udzielenia pomocy medycznej świadczeń udzielanych pacjentom w trybie pilnym w sytuacji zagrożeni życia lub zdrowia. Powód udziela świadczeń wysoko wyspecjalizowanych i z tego względu z obszaru całego województwa jest kierowany do powoda strumień pacjentów, którzy muszą być leczeni z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia.

Powód podniósł, że skoro bezsporne jest, że świadczenia objęte pozwem zostały udzielone pacjentom oraz zostało wykazane, że świadczenia te zostały udzielone w sytuacji przymusu ustawowego, to powodowi należy się zapłata za te świadczenia, na warunkach określonych w umowie zawartej przez strony. Żadne kwestie formalne podnoszone przez pozwanego dotyczące wewnętrznych procedur i określonych przez niego zasad rozliczeń, nie mają żadnego znaczenia dla ustalenia zasadności roszczeń powoda i obowiązku zapłaty za te świadczenia.

W piśmie z dnia 30.03.2011 r. pozwany podniósł, że w trybie zapisanym w umowie oraz zarządzeniu Prezesa (...) z dnia 22.10.2008 r. regularnie na wniosek powoda zwiększa liczbę jednostek rozliczeniowych w planie finansowo-rzeczowym umowy oraz kwotę zobowiązań z niej wynikającą. Stworzył jasny, czytelny i akceptowany również przez powoda mechanizm, na podstawie którego w ramach kontraktu zobowiązał się do sfinansowania świadczeń.

Kwota zobowiązania (...) wobec powoda i innych świadczeniodawców zawarta w umowie jest ustalana obligatoryjnie z mocy ustawy (art. 136 pkt 5 ustawy z dnia 27.09.2004 r.) i ma charakter maksymalny. Zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27.08.2004 r. podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez (...) jest umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą o dyrektorem oddziału wojewódzkiego (...). Umowy zawierane przez (...) ze świadczeniodawcami obejmują świadczenia opieki zdrowotnej zarówno planowa, jak i udzielane w trybie nagłym w rozumieniu art. 19 ustawy o świadczeniach, art. 7 uzoż oraz art. 30 uzl.

Skoro umowa nr (...) reguluje całościową odpowiedzialność kontraktową pozwanego, to brak jest podstaw do konstruowania wobec niego roszczeń na podstawie art. 56 kc. Powyższy pogląd znajduje również potwierdzenie w treści § 13 ust.1 1 ogólnych warunków umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z którym (...) jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń wykonanych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania (...) wobec świadczeniodawcy określonej w umowie.

Powód nie miał wątpliwości co do tego, iż umowa obejmuje wszystkie przypadki udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalne. Co więcej powód świadomie zrzekał się roszczeń przewyższających ustaloną w umowie wartość, zamieszczając w podpisanych przez siebie aneksach w § 2 klauzulę, w której oświadczył, że kwota zobowiązania świadczeniodawcy wobec (...) wyczerpuje wszystkie jego roszczenia wynikające z realizacji umowy, chyba że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, a której mowa w § 4 ust. 2 umowy. Powyższe oświadczenie zostało zawarte m.in. w aneksie nr (...) z dnia 31.12.2009 r. zwiększającym wartość kwoty zobowiązania (...) wobec powoda w okresie od 01.07.2009 r. do 31.12.2009 r., a więc obejmującym okres, za który powód domaga się zapłaty w procesie. Zawarte między stronami aneksy, w tym nr 19, 20 i 21, wyczerpały wszystkie (za wyjątkiem roszczenia o zapłatę za świadczenia nielimitowane) roszczenia powoda z tytułu realizacji umowy. Aneksy do umowy zostały sformułowane w sposób na tyle jasny i precyzyjny, że nie ma podstaw, aby przy ich interpretacji odchodzić od literalnego brzmienia oświadczeń stron.

Pozwany podniósł, że powód również nie miał wątpliwości co do tego, iż świadczenia dochodzone w tym procesie objęte są umową nr (...). Jasno wynika to z treści faktury VAT nr (...), obejmującej – jak to przyznaje powód w pozwie – świadczenia, których zapłaty dochodzi w procesie. W tym dokumencie powód jako tytuł zapłaty podał „Za świadczenia zdrowotne wykonane na podstawie umowy nr (...) w miesiącu styczeń-grudzień 2009 r. według załączonego sprawozdania finansowego”.

Zatem oświadczenie w § 2 aneksu nr (...) z dnia 31.12.2009 r. stanowiące, że kwota zobowiązania (...) wobec świadczeniodawcy wyczerpuje wszystkie jego roszczenia wynikające z realizacji umowy, niewątpliwie obejmowało również roszczenia o zapłatę za świadczenia dochodzone w tym procesie.

Dołączone do umowy liczne aneksy zwiększające plan finansowo-rzeczowy wyraźnie dowodzą, iż w chwili wykonywania świadczeń przedłożonych w procesie powód nie miał wyczerpanych limitów wynikających z umowy. Zatem jego świadczeń opisanych w pozwie nie można określić mianem ponadlimitowych.

Świadczeniami ponadlimitowymi są świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w sytuacji, gdy świadczeniodawca uprzednio udzielił świadczeń danego rodzaju w liczbie przewidzianej w umowie zawartej z (...) lub gdy w momencie udzielania świadczenia przekroczona została kwota zobowiązania (...) wobec świadczeniodawcy, o której mowa w art. 136 pkt 5 ustawy z dnia 27.08.2004 r. Żadna z tych sytuacji nie miała miejsca w tej sprawie. Limit świadczeń zwiększany kolejnymi aneksami cały czas pozwalał na rozliczenie przedstawionych w tym procesie świadczeń w trybie przewidzianym umową. Powód jednakże tego nie czynił, rozliczając w pierwszej kolejności świadczenia planowe. Oznacza to, że powód nie może skutecznie wykazywać do rozliczenia świadczeń udzielonych przed wyczerpaniem kwoty zobowiązania (...) wobec świadczeniodawcy. Zgodnie z § 14 ust. 1 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania (...) wobec świadczeniodawcy określonej w umowie.

### ***Sąd ustalił w sprawie następujący stan faktyczny.***

W dniu 14.01.2009 r. (...) Publiczny Szpital (...) we W. zawarł z pozwanym (...) (...) Oddziałem Wojewódzkim we W. umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne, nr (...), obejmującą m. in. świadczenia z zakresu (...) Kod tego zakresu świadczeń to (...).

Powód zobowiązany był do wykonywania umowy zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa (...) nr (...) z dnia 22.10.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne - § 1.2.

Kwota zobowiązania Oddziału (...) wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od 01.01.2009 r. do dnia 30.06.2009 r. wynosi maksymalnie 26 795 782, 14 zł, zaś w okresie od dnia 01.07.2009 r. do dnia 31.12.2009 r. - 0 zł - § 4.1 i 2.

Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową w okresach rozliczeniowych określał plan rzeczowo-finansowy stanowiący załącznik nr 1 do umowy - § 4.3.

Kwoty zobowiązania określone w planie rzeczowo-finansowym obejmowały także kwoty zobowiązania wyodrębnione na realizację grup z katalogu grup określonych w załączniku nr (...) do zarządzenia we właściwych ze względu na realizację świadczeń zakresach - § 4.5.

Dla każdej z grup świadczeń w ramach odpowiednich zakresów świadczeń w planie rzeczowo-finansowym określa się odrębną liczbę punktów oraz kwotę zobowiązania przeznaczoną wyłącznie na realizację tych grup świadczeń - § 4.6.

W przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń z grup, o których mowa w § 18.2 zarządzenia, przekroczyła kwotę przewidzianą w § 4.6, na wniosek świadczeniodawcy składany raz na kwartał - zwiększeniu ulegały liczby jednostek rozliczeniowych i kwoty zobowiązań we właściwych ze względu na realizację świadczeń zakresach oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy Oddziału (...) wobec świadczeniodawcy - § 4.7.

Rozliczanie grupy świadczeń odbywało się łącznie z innymi świadczeniami przypisanymi do danego zakresu świadczeń, w ramach kwoty zobowiązania określonej dla danego zakresu świadczeń - § 4.8.

Umowa została zawarta na okres od dnia 01.01.2009 r. do dnia 31.12.2011 r. - § 7.1.

Ustalenie kwoty zobowiązania Oddziału (...) wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy i planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy dokonywane było na zasadach określonych w § 32 ogólnych warunków umów - § 8.

Załączniki do umowy stanowiły: plan rzeczowo - finansowy, harmonogram zasobów i wykaz podwykonawców.

Plan rzeczowo-finansowy na okres rozliczeniowy 01.01.2009-31.12.2009 przewidywał dla zakresu (...):

- kod (...) - 41 588 jednostek rozliczeniowych x 51 zł = 2 120 988, 00 zł.

Wykonanie jednostek rozliczeniowych podzielone było na poszczególne miesiące każdego kwartału.

/ dowód: umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne nr

(...) - k. 14-19, 124-129; plan rzeczowo-finansowy - k. 20-27,

130-137 /

Finansowanie powodowego Szpitala przez (...) jest okresowe i w 2009 r. odbywało się w trzech ratach: najpierw na 6 miesięcy, następnie na okres 4 miesięcy i później na koniec roku.

/ dowód: zeznania świadków: E. C. - k. 221-223 /

(...) Publiczny Szpital (...) we W. za 2008 r. otrzymał zapłatę zarówno za świadczenia limitowe jak i Nielimitowe poprzez ugody i zwiększenie kwoty kontraktu.

/ dowód: zeznania świadka E. C. /

W 2009 r. w zakresie chirurgii dziecięcej pozwany z tytułu wykonania świadczeń w 2009 roku zapłacił powodowi całą kwotę wynikającą z zawartej umowy, po uwzględnieniu modyfikacji w umowy dokonanej aneksem nr (...). Szpital nie otrzymał od pozwanego środków za tzw. nadwykonania.

/ okoliczność niesporna /

Kwota zobowiązania (...) wobec powoda przewidziana w § 4 ust. 1 umowy z dnia 14.01.2009 r. ulegała zwiększeniu na mocy zawieranych przez strony aneksów do umowy.

Aneksem nr (...) z dnia 09.02.2009 r. strony określiły kwotę zobowiązania (...) wobec powoda w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 30.06.2009 r. na maksymalnie 43 159 744, 14 zł, w tym w zakresie objętym pozwem na 2 120, 988, 00 zł.

W § 2 aneksu powód oświadczył, iż kwota zobowiązania (...) wobec niego, o której mowa w § 4 umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia, wynikające z realizacji umowy, chyba że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust. 1 umowy.

Aneks nr (...) wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 22.01.2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 20.02.2009 r. strony zmieniły § 1 ust. 2 umowy w ten sposób, że wskazały, iż świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa (...) nr (...) z dnia 22.10.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne zmienionym zarządzeniem Prezesa (...) nr (...) z dnia 23.01.2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 20.02.2009 r. strony zmieniły § 1 ust. 2 umowy w ten sposób, że wskazały, iż świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa (...) nr (...) z dnia 22.10.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, zmienionym zarządzeniem Prezesa (...) nr (...) z dnia 23.01.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa (...) nr (...) z dnia 26.01.2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 02.03.2009 r. strony określiły kwotę zobowiązania (...) wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 30.06.2009 r. na maksymalnie 40 169 920, 14 zł, w tym w zakresie objętym pozwem na 2 120 988, 00 zł.

W § 2 aneksu powód oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec niego, o której mowa w § 4 umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia, wynikające z realizacji umowy, chyba że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust. 1 umowy.

Aneks nr (...) wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 01.01.2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 25.03.2009 r. strony określiły kwotę zobowiązania (...) wobec niego z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 30.06.2009 r. na maksymalnie 48 167 077, 14 zł, w tym w zakresie objętym pozwem na 2 120 988, 00 zł.

W § 2 aneksu powód oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec niego, o której mowa w § 4 umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia, wynikające z realizacji umowy, chyba że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust. 1 umowy.



Aneks nr (...) wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 01.03. 2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 25.03.2009 r. strony zmieniły zapis § 1 ust. 2 umowy w ten sposób, że wskazały, iż świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa (...) nr (...) z dnia 22.10.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, zmienionym zarządzeniem Prezesa (...) nr (...) z dnia 23.01.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa (...) nr (...) z dnia 26.01.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa (...) nr (...) z dnia 05.03.2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 07.04.2009 r. strony określiły kwotę zobowiązania (...) wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 30.06.2009 r. na maksymalnie 55 097 875, 14 zł, w tym w zakresie objętym pozwem na 2 120 988, 00 zł.

W § 2 aneksu powód oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec niego, o której mowa w § 4 umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia, wynikające z realizacji umowy, chyba że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust. 1 umowy.

Aneks nr (...) wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 01.02. 2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 14.04.2009 r. strony zmieniły § 1 ust. 2 umowy w ten sposób, że wskazały, iż świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa (...) nr (...) z dnia 22.10.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, zmienionym zarządzeniem Prezesa (...) nr (...) z dnia 23.01.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa (...) nr (...) z dnia 26.01.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa (...) nr (...) z dnia 05.03.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa (...) nr (...) z dnia 19.03.2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 22.04.2009 r. strony określiły kwotę zobowiązania (...) wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 30.06.2009 r. na maksymalnie 55 098 475, 14 zł, w tym w zakresie objętym pozwem na 2 120 988, 00 zł.

W § 2 aneksu powód oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec niego, o której mowa w § 4 umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia, wynikające z realizacji umowy, chyba że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust. 1 umowy.

Aneks nr (...) wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 01.01.2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 08.05.2009 r. strony określiły kwotę zobowiązania (...) wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 30.06.2009 r. na maksymalnie 55 148 863, 14 zł, w tym w zakresie objętym pozwem na 2 120 988, 00 zł.

W § 2 aneksu oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec niego, o której mowa w § 4 umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia, wynikające z realizacji umowy, chyba że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust. 1 umowy.

Aneks nr (...) wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 01.04.2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 04.06.2009 r. strony określiły kwotę zobowiązania (...) wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 30.06.2009 r. na maksymalnie 55 964 659, 14 zł, w tym w zakresie objętym pozwem na 2 330 955, 00 zł.

W § 2 aneksu powód oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec niego, o której mowa w § 4 umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia, wynikające z realizacji umowy, chyba że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust. 1 umowy.

Aneks nr (...) wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 01.01.2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 14.07.2009 r. strony określiły kwotę zobowiązania (...) wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 01.07.2009 r. do dnia 31.10.2009 r. na maksymalnie 40 999 990, 62 zł, w tym w zakresie objętym pozwem na 3 310, 461, 00 zł.

Strony postanowiły, że kwota zobowiązania (...) wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 01.11.2009 r. do dnia 31.12.2009 r. zostanie ustalona w trybie odrębnego aneksu.

Aneks nr (...) wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 01.07.2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 17.07.2009 r. strony określiły kwotę zobowiązania (...) wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 30.06.2009 r. na maksymalnie 55 598 326, 14 zł, w tym w zakresie objętym pozwem na 3 322 446, 00 zł.

W § 2 aneksu powód oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec niego, o której mowa w § 4 umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia, wynikające z realizacji umowy, chyba że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust. 1 umowy.

Aneks nr (...) wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 01.03.2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 21.07.2009 r. strony zmieniły zapis § 1 ust. 2 umowy w ten sposób, że wskazały, iż świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa (...) nr (...) z dnia 22.10.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, zmienionym zarządzeniem Prezesa (...) nr (...) z dnia 23.01.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa (...) nr (...) z dnia 26.01.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa (...) nr (...) z dnia 05.03.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa (...) nr (...) z dnia 19.03.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa (...) nr (...) z dnia 29.06.2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 29.07.2009 r. strony określiły kwotę zobowiązania (...) wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 01.07.2009 r. do dnia 31.12.2009 r. na maksymalnie 47 498 257, 62 zł, w tym w zakresie objętym pozwem na 3 322 446, 00 zł.

W § 2 aneksu powód oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec niego, o której mowa w § 4 umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia, wynikające z realizacji umowy, chyba że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust. 1 umowy.

Aneks nr (...) wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 01.07.2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 18.08.2009 r. strony zmieniły § 1 ust. 2 umowy w ten sposób, że wskazały, iż świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa (...) nr (...) z dnia 22.10.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, zmienionym zarządzeniem Prezesa (...) nr (...) z dnia 23.01.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa (...) nr (...) z dnia 26.01.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa (...) nr (...) z dnia 05.03.2009 r., zmienionym zarządzeniem

Prezesa (...) nr (...) z dnia 19.03.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa (...) nr (...) z dnia 29.06.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa (...) nr (...) z dnia 30.07.2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 27.09.2009 r. strony zmieniły § 1 ust. 2 umowy w ten sposób, że wskazały, iż świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa (...) nr (...) z dnia 22.10.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, zmienionym zarządzeniem Prezesa (...) nr (...) z dnia 23.01.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa (...) nr (...) z dnia 26.01.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa (...) nr (...) z dnia 05.03.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa (...) nr (...) z dnia 19.03.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa (...) nr (...) z dnia 29.06.2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 10.11.2009 r. strony określiły kwotę zobowiązania (...) wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 01.07.2009 r. do dnia 31.12.2009 r. na maksymalnie 70 870 327, 02 zł, w tym w zakresie objętym pozwem na 3 835 761, 00 zł.

W § 2 aneksu powód oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec niego, o której mowa w § 4 umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia, wynikające z realizacji umowy, chyba że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust. 1 umowy.

Aneks nr (...) wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 01.09.2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 28.12.2009 r. strony określiły kwotę zobowiązania (...) wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 01.07.2009 r. do dnia 31.12.2009 r. na maksymalnie 71 074 174, 02 zł, w tym w zakresie objętym pozwem na 3 835 761, 00 zł.

W § 2 aneksu powód oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec niego, o której mowa w § 4 umowy wyczerpuje wszystkie jego roszczenia, wynikające z realizacji umowy, chyba że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust. 1 umowy.

Aneks nr (...) wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 01.11.2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 31.12.2009 r. strony określiły kwotę zobowiązania (...) wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 01.07.2009 r. do dnia 31.12.2009 r. na maksymalnie 71 967 694, 02 zł, w tym w zakresie objętym pozwem na 1 846 404 zł.

W § 2 aneksu powód oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec niego, o której mowa w § 4 umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia, wynikające z realizacji umowy, chyba że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust. 1 umowy.

Aneks nr (...) wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 01.12.2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 15.02.2010 r. strony ustaliły, że z tytułu świadczeń udzielonych w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 30.06.2009 r. powód otrzyma maksymalnie kwotę 55 598 326, 14 zł oraz z tytułu świadczeń udzielonych w okresie od dnia 01.07.2009 r. do dnia 31.12.2009 r. powód otrzyma maksymalnie kwotę 72 749 779, 02 zł. Wartość świadczeń w zakresie objętym pozwem została określona na 4 185 723, 00 zł.

Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 01.09.2009 r.

/ dowód: aneks nr (...) – k. 362-373; aneks nr (...) – k. 374; aneks nr (...) – k. 375; aneks nr (...) – k. 376-387; aneks nr (...) – k. 388-402; aneks nr (...) – k. 403; aneks nr (...) – k. 404-418; aneks nr (...) –

k. 419; aneks nr (...) – k. 420-436; aneks nr (...) – k. 437-444; aneks nr (...) – k. 445-462;  
aneks nr (...) – k. 463-481; aneks nr (...) – k. 482-501; aneks nr (...) – k. 502; aneks nr (...) –  
k. 503-522; aneks nr (...) – k. 523-543; aneks nr (...) – k. 544; aneks nr (...) – k. 545; aneks  
nr (...) – k. 139-155; aneks nr (...) – k. 546-565; aneks nr (...) – k. 566-584; aneks nr (...) – k.  
1. /

Aneksy do umowy były wynikiem negocjacji prowadzonych przez strony, których przedmiotem była wielkość wykonanych świadczeń medycznych.

/ dowód: zeznania dyrektora powoda A. Z. – k. 1014-1017 /

Powód w czasie negocjacji nie zgłaszał zastrzeżeń wobec proponowanego zapisu § 2 aneksów. Zastrzeżenia sformułował dopiero podczas negocjacji w 2010 r.

Zapis ten miał służyć zabezpieczeniu (...) przed świadczeniami ponadlimitowymi, do których nie był zobowiązany zapisem umowy, oraz przed przekroczeniem planu finansowego. Jednocześnie (...) dawał gwarancję, że, jeśli pojawią się środki, wartość świadczeń zostanie zwiększona.

/ dowód: zeznania świadka B. K. (1) – k. 847-851, J. W. (1) – k. 852-

855, M. D. – k. 859-862; zeznania dyrektora pozwanego W.

N. – k. 1017-1021 /

Pismem z dnia 19.10.2009 r. powód wystąpił do pozwanego z wnioskiem o udostępnienie informacji publicznej, w celu ustalenia, m.in. czy pozwany posiada środki rezerwowe na zaspokojenie roszczeń powoda z tytułu wykonania ponadlimitowych, ratujących zdrowie lub życie świadczeń medycznych. Pozwany nie odpowiedział na wniosek powoda i nie udzielił żadnych informacji w tym zakresie.

/ dowód: wniosek o udostępnienie informacji publicznej z dnia 19.10.2010 r. – k. 105-106 /

W okresie od czerwca 2009 r. na prowadzonej przez powoda liście oczekujących na przyjęcie do Kliniki (...) figurowało:

- w czerwcu 2009 r.:

- przypadki stabilne – 21 osób, 65 dni,

- w lipcu 2009 r.:

- przypadki stabilne – 24 osoby, 58 dni,

- przypadki pilne – 1 osoba, 7 dni,

- w sierpniu 2009 r.:

- przypadki stabilne – 28 osób, 88 dni,

- przypadki pilne – 1 osoba, 7 dni,

- we wrześniu 2009 r.:

- przypadki stabilne – 38 osób, 59 dni,

- w październiku 2009 r.:

- przypadki stabilne – 100 osób, 60 dni,

- w listopadzie 2009 r.:

- przypadki stabilne – 45 osób, 75 dni,

- przypadki pilne – 1 osoba, 7 dni,

- w grudniu 2009 r.:

- przypadki pilne – 49 osób, 92 dni.

/ dowód: zestawienie – k. 275 /

W lutym 2010 r. strony przystąpiły do ostatecznego rozliczenia kontraktu.

/ dowód: zeznania dyrektora powoda A. Z. /

Aneks nr (...) z dnia 15.02.2010 r. strony ustaliły, że w związku z udzieleniem świadczeń w trybie § 4 ust. 7 umowy kwota zobowiązania (...) wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od 01.07.2009 r. do 31.12.2009 r. wynosi maksymalnie 73 025 383, 02 zł i zmieniły treść załącznika nr(...) do umowy – plan rzeczowo-finansowy.

Zmieniony plan na ten okres rozliczeniowy w zakresie (...) przewidywał:

- kod (...) – 82 973 jednostek rozliczeniowych x 51 zł = 4 185 723 zł.

Aneks ten miał służyć zbilansowaniu środków, tj. przesunięciu środków niewykorzystanych.

/ dowód: aneks nr (...) – k. 28; zmieniony plan rzeczowo-finansowy – k. 29-47; zeznania dyrektora

pozwanego W. N. /

W dniu 03.03.2010 r. powód wystawił pozwanemu fakturę VAT nr (...) za świadczenia zdrowotne wykonane na podstawie umowy nr (...) w miesiącu styczeń-grudzień 2009 r. na kwotę 4 114 268, 82 zł.

/ dowód: faktura VAT nr (...) – k. 49 /

Pismem z dnia 03.03.2010 r., doręczonym tego samego dnia, powód przesłał pozwanemu fakturę VAT nr (...) wystawioną dnia 03.02.2010 r.

/ dowód: pismo z dnia 03.03.2010 r. – k. 48 /

Pismem z dnia 10.03.2010 r. pozwany odesłał powodowi fakturę (...) bez jej zaksięgowania, podnosząc, iż nie ma podstaw do przyjęcia przesłanej faktury.

Pozwany wskazał, że jedyna możliwa forma rozliczenia powinna być zgodna z § 23 pkt 1 Ogólnych Wanków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej „Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym, zwane dalej dokumentami rozliczeniowymi.”

/ dowód: pismo z dnia 10.03.2010 r. – k. 54 /

Pismem z dnia 30.04.2010 r. powód wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 3 585 143, 82 zł z faktury VAT nr (...).

/ dowód: pismo z dnia 30.04.2010 r. – k. 55 /

W ramach zakresu (...) wartość świadczeń niesfinansowanych przez pozwanego wyniosła 529 125 zł.

/ dowód: sprawozdanie finansowe za miesiąc styczeń-grudzień 2009 r. – k. 50-53 /

W lipcu 2010 r. wobec zwiększenia planu finansowego Szpitala pozwany podjął decyzję, iż część środków może zostać przeznaczona na pokrycie świadczeń ponadlimitowych za 2009.

Pozwany przedstawił powodowi propozycję ugodowego rozliczenia świadczeń ponadlimitowych wykonanych w 2009 r.

W przedstawionej powodowi propozycji pozwany zwiększył ilość jednostek rozliczeniowych, ale w zakresie (...) zmniejszył cenę jednostki z 51, 00 zł do 15, 30 zł.

Powód wyraził zgodę na zapłatę w zakresie świadczeń hematologii, anestezjologii i intensywnej terapii, położnictwa i ginekologii oraz umowy chemioterapii. Nie wyraził natomiast zgody na propozycje pozostałych świadczeń. Wskazywał, że bierze pod uwagę tylko pokrycie 100 % świadczeń ponadlimitowych. Pozwany proponował natomiast sfinansowanie w 30 %.

Do zawarcia ugody nie doszło. Powód nie zgodził się na rezygnację z zapłaty za wykonane świadczenia ponadlimitowe.

/ dowód: zestawienie – k. 210-211; pismo powoda z dnia 19.07.2010 r. – k. 212-213; pismo

pozwanego – k. 214; zeznania świadków: E. C., B. K. (1), G.

S.-M. – k. 855-858, M. D.; zeznania dyrektora powoda

A. Z.; zeznania dyrektora pozwanego W. N. /

Po wydaniu przez Ministra Zdrowia rozporządzenia z dnia 20.06.2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu gromadzenia tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do realizowania świadczeń ze środków publicznych Prezes (...) opublikował w formie zarządzenia komunikat (...), w którym znalazło się oznaczenie świadczeń ratujących życie.

Informacja wprowadzana do aplikacji rozliczeniowej jest identyczną z informacją przekazywaną do (...).

W raporcie statystycznym świadczeniodawca wykonane hospitalizacje oznacza jako świadczenia ratujące życie poprzez zaznaczenie stosownej odpowiedzi na pytanie, czy świadczenie z katalogu płatnika jest ratujące życie. Następnie ustalana jest kolejność zaliczenia świadczeń do zapłaty.

Forma (...) musi spełniać wszystkie punkty, inaczej komunikat będzie niekompletny.

Pozostali świadczeniodawcy posługiwali się wskazanymi komunikatami (...).

/ dowód: zeznania świadków: J. W. (1), M. D.; zeznania

dyrektora pozwanego W. N. /

Przekazując pozwanemu informacje na temat świadczeń udzielonych pacjentom wskazanym w pozwie powód nie wskazał, iż objęci zostali oni pomocą medyczną udzieloną w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia.

Świadczenia zostały oznaczone literą N, co oznacza odpowiedź negatywną na pytanie, czy świadczenie miało charakter ratującego życie.

Oznaczenie świadczenia ratującego życie oznaczało pierwszeństwo w zapłacie.

/ dowód: wydruki informacji – k. 262-274; zeznania świadków: J. W. (1), M.

D. – k. 859-862 /

Pozwany zgłosił zastrzeżenia wobec informacji przekazanych przez powoda dotyczących pacjentów: Z. W., R. P., B. T., Z. R., M. C.. Kierownik Kliniki (...) J. D. udzielał w tym zakresie wyjaśnień dyrektorowi Szpitala.

/ dowód: pismo z dnia 19.08.2010 r. – k. 256-258; zeznania świadka J. D. – k. 317-

319 /

W 2009 r. (...) informował świadczeniodawców o ograniczonych możliwościach finansowych i konieczności wydłużenia kolejek oczekujących na świadczenia finansowe.

Początkowo kolejki na koniec 2009 r. rosły, natomiast w listopadzie i grudniu powód zgłaszał na oddziały chirurgii skracanie kolejek oczekujących na świadczenia.

/ dowód: zeznania świadka M. D.; zeznania dyrektora pozwanego W.

N. /

Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym, w wersji elektronicznej.

Świadczeniodawca miał składać Oddziałowi (...) rachunek na piśmie oraz raport statystyczny w formie elektronicznej do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni.

Sprawozdawane miały być w szczególności dane dotyczące rozpoznania ((...)) oraz zastosowanych procedur medycznych ((...)).

/ dowód: zarządzenie Prezesa (...) nr (...) z dnia 22.10.2008 r. w sprawie określenia

warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – k. 970-1005 /

Powód udzielił pomocy medycznej w przypadkach nagłych w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia wymagającej natychmiastowego udzielenia pomocy:

1. M. M. (3) – karta (...) – od dnia 19.11.2009 r. do dnia 02.12.2009 r. (wartość świadczenia – 6 120, 00 zł),
2. R. P. – karta (...) – od dnia 09.12.2009 r. do dnia 11.12.2009 r.,
3. H. W. – karta (...) – w dniu 06.12.2009 r. (wartość świadczenia 10 200 zł),
4. M. S. (1) – karta (...) – od dnia 27.11.2009 r. do dnia 08.12.2009 r. (wartość świadczenia 6 120 zł),
5. M. Ł. – karta (...) – od dnia 26.11.2009 r. do dnia 19.12.2009 r.,
6. J. S. – karta (...) – od dnia 21.09.2009 r. do dnia 24.11.2009 r.,
7. K. K. – karta (...) – od dnia 11.11.2009 r. do dnia 16.11.2009 r. (wartość świadczenia 3 570 zł),
8. Ł. W. – karta (...) – od dnia 21.10.2009 r. do dnia 26.10.2009 r. oraz od dnia 28.10.2009 r. do dnia 31.10.2009 r.,
9. M. K. – karta (...) – od dnia 15.10.2009 r. do dnia 26.10.2009 r. (wartość świadczenia 10 200 zł),
10. B. K. (2) – karta (...) – od dnia 13.09.2009 r. do dnia 15.09.2009 r. (wartość świadczenia 1 581, 00 zł),

11. J. O. – karta (...) – od dnia 03.06.2009 r. do dnia 06.06.2009 r. (wartość świadczenia 6 273 zł).

/ dowód: karty informacyjne leczenia szpitalnego – k. 59-104; zestawienie wartości świadczeń – k.

775; historie choroby załączone do akt sprawy; opinia biegłego sądowego z zakresu

chirurgii ogólnej M. S. (2) – k. 1086-1131, 1186-1191 /

### **Sąd zważył, co następuje.**

W zakresie kwoty 10 200 zł, o jaką powód cofnął pozew pismem z dnia 20.08.2010 r., postępowanie w sprawie podlega umorzeniu zgodnie z art. 355 § 1 kpc.

W pozostałym zakresie powództwo nie zasługuje na uwzględnienie.

Powód dochodzi od pozwanego zapłaty należności za wykonane w 2009 r. ponadlimitowe świadczenia medyczne z zakresu (...). Uzasadniając zgłoszone roszczenie wskazał jako podstawę prawną dochodzonego roszczenia przepisy art. 7 ustawy z dnia 30.08. 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.07.14.89 ze zm.) oraz art. 30 ustawy z dnia 05.12.1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.08.136.857 ze zm.) w zw. z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

Powód dochodzący roszczenia w procesie cywilnym nie jest zobowiązany do wskazania podstawy prawnej dochodzonego roszczenia, ale jedynie jego podstawy faktycznej. Jednakże, jeżeli powód wskaże wyraźnie oznaczoną podstawę prawną, zwłaszcza gdy jest zastępowany przez zawodowego pełnomocnika, wskazanie to uzupełnia podstawę faktyczną roszczenia i określa w ten sposób zakres rozpoznania sprawy przez sąd i przesłanki oceny zgłoszonego żądania.

Według art. 7 uzoż zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Z kolei art. 30 uzl stanowi, że 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.

Natomiast art. 68 Konstytucji RP przewiduje, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, zaś warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

W orzecznictwie sądowym powszechnie przyjmowane jest stanowisko, zgodnie z którym instytucja ubezpieczeń zdrowotnych wykazuje bardzo złożony charakter. Jak wskazał Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 29.06.2004 r., I ACa 1/04, Apel W-wa 2005/2, poz. 14, występują w tym zakresie trzy typy stosunków prawnych, które są wzajemnie współzależne, tj. stosunek pomiędzy ubezpieczonym i kasą chorych (obecnie (...)), stosunek pomiędzy kasą chorych i świadczeniodawcą, tj. zakładem opieki zdrowotnej, oraz stosunek pomiędzy świadczeniodawcą a ubezpieczonym (świadczeniobiorcą), tj. pacjentem; współzależność i współistnienie tych stosunków jest niezbędne dla realizacji prawa do świadczeń zdrowotnych; stosunek pomiędzy kasą chorych a zakładem opieki zdrowotnej jest stosunkiem umownym, a zatem jego powstanie i wykonanie należy ocenić z punktu widzenia prawa cywilnego". Wskazane orzeczenie odnosi się co prawda do kas chorych, ale ma zastosowanie również wobec pozwanego (...), gdyż zarówno działające wcześniej kasy chorych, jak i pozwany, są instytucjami ubezpieczenia zdrowotnego. Pozwany (...) utworzony został na podstawie art. 96 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.



Wystarczającej podstawy do zgłoszenia przez powoda roszczenia sformułowanego w pozwie nie stanowi odwołanie się do wynikającego z art. 7 uoz i art. 30 uzl obowiązku udzielenia pomocy medycznej w przypadkach nagłych w celu uniknięcia niebezpieczeństwa zagrożenia życia lub zdrowia.

Zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27.08.2004 r. podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez (...) jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego (...). Umowa taka zgodnie z art. 136 uoosz określa w szczególności:

- 1) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2a) sposób realizacji instrumentów dzielenia ryzyka;
- 3) wykaz podwykonawców oraz wymagania dla nich inne niż techniczne i sanitarne, określone w odrębnych przepisach;
- 4) zasady rozliczeń pomiędzy (...) a świadczeniodawcami;
- 5) kwotę zobowiązania (...) wobec świadczeniodawcy;
- 6) zasady rozpatrywania kwestii spornych;
- 7) postanowienie o rozwiązaniu umowy, które może nastąpić za uprzednim nie krótszym niż 3 miesiące okresem wypowiedzenia, chyba że strony postanowią inaczej;
- 8) postanowienie o karze umownej w przypadku niezastosowania terminu i trybu określonych w punkcie 7.

Przedmiotem umowy pomiędzy zakładem opieki zdrowotnej a (...) jest z jednej strony określenie zakresu świadczeń medycznych wykonywanych przez zakład opieki zdrowotnej, czyli świadczeniodawcę, na rzecz pacjentów, czyli świadczeniobiorców, z drugiej zaś ustalenie zakresu sfinansowania tychże świadczeń przez (...). Umowa zawierana jest zatem na rzecz i w interesie osób trzecich, tj. świadczeniobiorców. Umowa ta jest umową konsensualną, odpłatną i wzajemną. Świadczeniu spełnianemu przez zakład opieki zdrowotnej na rzecz beneficjentów odpowiada ekwiwalent w postaci wynagrodzenia za usługi medyczne uiszczanego przez (...) jako dysponenta środków publicznych pochodzących przede wszystkim ze składek ubezpieczenia zdrowotnego.

Umowa o udzielanie świadczeń medycznych nie określa zatem obowiązku wykonywania pomocy medycznej co do zasady, gdyż ten obowiązek wynika z jednej strony z charakteru i przedmiotu działalności statutowej zakładu opieki zdrowotnej, z drugiej zaś strony z obowiązków zawodowych osób zatrudnionych w tym zakładzie (lekarzy, pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, itp.). Celem umowy jest zatem sprecyzowanie, jaki zakres świadczeń podlegać będzie finansowaniu ze środków publicznych zawiadywanych przez (...), które to finansowanie jest zasadniczym źródłem gromadzenia środków na potrzeby realizacji działalności statutowej zakładu.

Strony związane były taką umową o udzielanie świadczeń zdrowotnych rodzaju leczenie szpitalne, tj. umową nr (...) z dnia 14.01.2009 r., obejmującą m. in. świadczenia z zakresu (...).

Bezsporne pomiędzy stronami było to, iż pozwany (...) wywiązał się z zobowiązań finansowych ustalonych z powodowym szpitalem na mocy umowy z dnia 14.01.2009 r. oraz wszystkich aneksów do tej umowy. Kwestię sporną stanowiła zapłata za tzw. nadwykonania.

Wskazana umowa była 24 razy aneksowana. W pierwotnej treści umowy została przewidziana kwota finansowania jedynie za okres pierwszego półrocza 2009 r. Aneksy określały kwoty za kolejne 4 miesiące, wreszcie za pozostały

okres do końca 2009 r. Ostateczna wysokość zobowiązania pozwanego (...) została określona w aneksie nr (...) w lutym 2010 r. w ciągu okresu 45 dni przewidzianego na rozliczenie kontraktu. Zmiana kwoty finansowania dotyczyła także zakresu (...).

Co do zasady zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o sfinansowanie świadczeń udzielonych w warunkach nagłej potrzeby udzielenia pomocy medycznej. Stanowisko takie należy uznać za ugruntowane w orzecznictwie sądowym (por. wyroki SN z dnia 12.03.2009 r., V CSK 272/08, i z dnia 08.08.2007 r., I CSK 125/07, OSP 2008/7-8/72).

Jednakże nawet rozliczenie świadczeń udzielanych w wypadkach nagłych, w sytuacjach zagrożenia życia, musi uwzględniać w pierwszej kolejności związanie stron umową o finansowanie świadczeń, a także konieczność pewnego planowania realizacji przez zakład opieki zdrowotnej pomocy medycznej w zakresie przewidzianym umową.

Powszechną praktyką w relacjach pomiędzy placówkami medycznymi a (...) jest aneksowanie umów o świadczenia medyczne, co jest z reguły powodowane stopniowym gromadzeniem środków przez (...) i pojawieniami się możliwości ich zwiększonego wykorzystania. Renegocjowanie i aneksowanie zawartych umów zmierza do ich urealnienia i dopasowania planu finansowego do rzeczywistego przebiegu wykonywania świadczeń medycznych. Po stronie świadczeniodawcy oznacza to jednakże potrzebę odpowiedniego ułożenia, przygotowania planu udzielania świadczeń. Z natury rzeczy pewne zabiegi, czynności opieki medycznej mogą zostać przewidziane z pewnym wyprzedzeniem. Zakład opieki zdrowotnej może tworzyć i z reguły tworzy listy osób oczekujących na określonego rodzaju świadczenie, uwzględniając kolejność zgłoszenia, ich stan zdrowia, stopień zaawansowania i nasilenia schorzenia stwarzającego konieczność wykonania określonego zabiegu medycznego. Ponadto przystępując do zawierania aneksu do umowy zakład opieki zdrowotnej dysponuje informacjami na temat stanu zaawansowania realizacji umowy w poprzednich miesiącach, ilości wykonanych zabiegów, rozmiarem wykonywanych świadczeń, a także danymi na temat ilości przypadków, w jakich udzielenie pomocy medycznej nastąpiło w sytuacjach nagłych.

Pozwany na podstawie umowy zawartej z powodem zobowiązał się do sfinansowania świadczeń według następującego schematu: w zakresie świadczeń nielimitowanych, tj. wyszczególnionych w § 18 ust. 2 Zarządzenia Nr (...) Prezesa (...) z dnia 22.10.2008 r. – według faktycznego ich wykonania, zwiększając liczbę jednostek rozliczeniowych w planie finansowo-rzeczowym umowy oraz kwotę zobowiązań z niej wynikającą, do wartości faktycznego wykonania, a w pozostałym zakresie do kwoty zobowiązania określonej w umowie według postanowień § 4 ust. 1 i 2 oraz § 10 umowy w zw. z § 14 ust. 1 Ogólnych Warunków Umów o Udzielanie Świadczeń Opieki Zdrowotnej stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06.05.2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 81. poz. 484).

(...) jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania wobec świadczeniodawcy określonej w umowie. Kwota zobowiązania (...) wobec powoda zawarta w umowie (za wyjątkiem kwoty zobowiązania dotyczącej świadczeń nielimitowanych) jest ustalana obligatoryjnie z mocy ustawy (art. 136 pkt 5) i oznaczana jest w umowie jako wartość maksymalna (zgodnie z art. 135 ust. 2 ustawy (...)) realizuje zasadę jawności umów przez zamieszczenie na swojej stronie internetowej informacji o każdej zawartej umowie, z uwzględnieniem m.in. maksymalnej kwoty zobowiązania (...) wobec świadczeniodawcy wynikającej z zawartej umowy).

Umowy zawierane przez (...) ze świadczeniodawcami obejmują świadczenia opieki zdrowotnej zarówno planowe, jak i udzielane w trybie nagłym w rozumieniu art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 7 ustawy z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 30 ustawy z dnia 05.12.2005 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry.

Uzasadnione jest zatem stanowisko pozwanego wskazujące, iż maksymalna wartość kontraktu wyznacza granice odpowiedzialności kontraktowej (...) (za wyjątkiem świadczeń nielimitowanych) i pozostaje w zgodzie z konstytucyjną

zasadą zapewnienia każdemu prawa do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1 Konstytucji RP) z uwagi na fakt, iż warunki i zakres udzielania świadczeń określać ma ustawa (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP).

W razie zawarcia umowy o świadczenie usług medycznych świadczeniodawca – zakład opieki zdrowotnej może domagać się tylko tego, co było przedmiotem umowy. W zakresie przekraczającym zakres świadczeń przewidziany w umowie powód winien wykazać, iż nie było możliwości wykonania świadczeń w zakresie objętym pozwem w ramach planu rzeczowo-finansowego stanowiącego część umownego stosunku prawnego łączącego strony. Niewystarczające jest poprzestanie na odwołanie się przez powoda do przepisów art. 7 uzo i art. 30 uzl, tj. obowiązku udzielenia pomocy medycznej w przypadkach nagłych

Powód powinien tak gospodarować środkami przyznanymi w umowie, aby pozostała mu rezerwa na wypadki nagłe. Do wyczerpania maksymalnego limitu finansowania świadczeń określonego w umowie wydatki na świadczenia wynikające z art. 7 zoz i art. 30 uzl nie podlegają bowiem odrębnemu pozaumownemu finansowaniu.

Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 18.01.2006 r., V CSK 60/05, zakład opieki zdrowotnej musi mieć świadomość dysponowania jedynie określoną pulą środków na wykonanie określonych w umowach usług, a zatem winien właściwie je wykorzystywać np. rozkładając w czasie udzielanie świadczeń i tworząc system kolejek, do czego jest upoważniony z mocy art. 19 ust. 1 pkt 1 uzo. Roztropna gospodarka środkami finansowymi przewidzianymi w umowach zawartych przez strony jest obowiązkiem świadczeniodawcy wynikającym z prawidłowego wykonania zobowiązania (art. 354 § 1 i 2 kc) i wymaga takiego planowania świadczeń, aby zostawała bieżąca rezerwa na wypadki nagłe. Z tego względu wydatki na świadczenia uzasadnione dyspozycją art. 7 uzo i art. 30 uzl z okresu, kiedy maksymalny poziom finansowania nie jest jeszcze przekroczony, nie podlegają odrębnemu pozaumownemu finansowaniu. Natomiast w razie każdorazowego wyczerpania tej kwoty, świadczenia wykonane w ramach przymusu ustawowego (ponadlimitowe) powinny być finansowane przez (...).

Pogląd ten został powtórzony w wyroku z dnia 13.10.2006 r., III CSK 123/06, w którym Sąd Najwyższy wskazał, iż zakład opieki zdrowotnej, mając świadomość limitowanej puli środków na wykonanie określonych usług medycznych, powinien właściwie je wykorzystywać, tworząc na przykład system określonej kolejności i rozkładania w czasie wykonania niektórych usług, do czego upoważniał go art. 19 ust. 1 pkt 1 ustawy z.o.z. Powinien tak gospodarować środkami przyznanymi w umowie, aby pozostawała rezerwa na wypadki nagłe. Do wyczerpania maksymalnego limitu finansowania świadczeń określonego w umowie, wydatki na świadczenia wynikające z art. 7 uzo i art. 30 uzl nie podlegają odrębnemu, pozaumownemu finansowaniu. Natomiast w przypadku każdorazowego wyczerpania kwoty określonej w umowie, świadczenia wykonane w ramach przymusu ustawowego powinny być finansowane przez (...).

Zatem w sytuacji, gdy świadczenia, nawet ratujące życie w wypadkach nagłych, są wykonywane na bieżąco, powinny być pokrywane ze środków przewidzianych umownie.

Ścisły charakter świadczeń ponadlimitowych mają bowiem świadczenia te świadczenia, których udzielenie obligatoryjne nastąpiło już po wyczerpaniu limitu finansowego i po wykonaniu planu finansowego. Tymczasem powód i pozwany cały czas prowadzili negocjacje w zakresie zwiększenia zarówno planu, jak i kwoty wskazanej w umowie. Powód powinien był wykazać, że nie miał żadnej możliwości wykonania świadczeń w ramach dotychczas ustalonego i zamkniętego limitu. Nawet jeżeli powód sporządził plan czynności, powinien był wykazać, że nie było już żadnej możliwości modyfikowania planu rzeczowo-finansowego. Nie ma możliwości zaspokojenia roszczenia powoda, jeżeli nie zostanie wykazane, iż nie miał on żadnych możliwości zmiany planu świadczeń poprzez ich przeniesienie na inny okres rozliczeniowy albo inną modyfikację organizacji udzielanych świadczeń.

Zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenia medyczne, jeżeli wykaże, że nastąpiło w sytuacji określonej w art. 7 zoz, jednakże (...) może się uchylić od obowiązku zaspokojenia tego roszczenia, jeżeli zakład opieki zdrowotnej naruszył postanowienie łączącej strony umowy w sposób pozwalający przyjąć, że sam pozbawił się możliwości dochodzenia zapłaty (por. wyrok SA we Wrocławiu z dnia 18.12.2012 r., I ACa 1421/11). Nie do zaakceptowania byłoby bowiem przyjęcie koncepcji, że (...) ma obowiązek płacić za takie świadczenia ratujące życie i zdrowie udzielone w warunkach niecierpiących zwłoki, które mogły zostać rozliczone w ramach limitów ustalonych w

umowie między (...) a świadczeniodawcą, a nie zostały rozliczone tylko z tej przyczyny, że świadczeniodawca nie zgłosił ich do rozliczenia w trybie ustalonym w umowie. Trzeba bowiem pamiętać, że świadczenia medyczne z tej kategorii powinny być rozliczane przede wszystkim w ramach limitów ustalanych w kontrakcie, inaczej bowiem umowa zawierana przez strony nie miałaby istotnego znaczenia, a cały system opieki zdrowotnej nie mógłby prawidłowo funkcjonować.

Powód prowadzi na bieżąco statystykę przypadków medycznych, jego służby administracyjne, dyrekcja Szpitala i kierownictwo poszczególnych oddziałów mają pełną wiedzę i świadomość ilości pacjentów przyjmowanych w trybie nagłym oraz w ramach przyjęć planowanych i są w stanie przewidzieć przynajmniej orientacyjnie pewne uśrednione ilości pacjentów, których można spodziewać się w trybie nagłym. Na ten cel można zatem zarezerwować pewną pulę środków, a przynajmniej oznaczyć jej przewidywaną wysokość i uwzględnić ją w ramach jeśli nie pierwotnych założeń kontraktu, to jego stopniowego przecież aneksowania, co do którego wiadomo, że z reguły następuje.

Ponadto zakład opieki zdrowotnej, mając świadomość limitowanej puli środków na wykonanie określonych usług medycznych, powinien właściwie je wykorzystać tworząc system ustalania kolejności i rozkładania w czasie niektórych usług i umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. Zarówno ustawa o zakładach opieki zdrowotnej w art. 19, jak i ustawa z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w art. 20, przewidują, iż pacjent ma wprawdzie prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, ale w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń ma on prawo do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń. Ustawodawca zatem wprost przewidział dopuszczalność istnienia tzw. „kolejki medycznej” – również z powodu ograniczoności środków finansowych, oczywiście w przypadkach, gdy jest to możliwe ze względów zdrowotnych. Art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 27.08.2004 r. stanowi, że świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Z kolei § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26.09.2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, bardzo wyraźnie wskazuje, że świadczeniodawca umieszcza świadczeniobiorcę, z wyjątkiem świadczeniobiorcy znajdującego się w stanie nagłym, na liście oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, zwanej dalej „listą oczekujących”. Do tworzenia list oczekujących zobowiązany był także powodowy szpital. Powód nie wykazał jednakże, aby nie miał możliwości takiego zmodyfikowania list osób oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych, aby w pierwszej kolejności zapewnić wykonanie świadczeń ratujących życie i pokrycia kosztów tychże świadczeń ze środków pochodzących od (...) w ramach kwoty zobowiązania przewidzianej w umowie oraz kolejnych aneksach. Ponadto na oddziale chirurgii w okresie listopad – grudzień 2009 r. kolejka osób oczekujących na przyjęcie zmniejszyła się o ponad połowę ze 100 do 45 osób, czyli powód nie dokonywał żadnych przesunięć w tym zakresie, tylko wykonywał zwiększony zakres przyjęć planowych.

Należy także zwrócić uwagę, że powodowy szpital zrzekł się roszczeń co do zapłaty kwot przewyższających ustaloną w umowie wartość świadczeń medycznych wykonanych w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 31.12.2009 r.

W kolejno zawieranych aneksach do umowy z dnia 14.01.2009 r. zmieniających kwotę zobowiązania pozwanego (...) zawarte jest postanowienie ujęte w § 2, w którym Szpital oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec niego wyczerpuje wszystkie jego roszczenia wynikające z realizacji umowy, chyba że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust 2 umowy. Każdy z aneksów był swoistym rodzajem ugody. Powód zrzekał się roszczeń (a były to głównie roszczenia z tytułu świadczeń tzw. nadwykonań), w zamian za co otrzymywał środki finansowe. Efektem tej swoistej transakcji było to, że fundusz uzyskiwał bezpieczeństwo prawne, a zatem żadne roszczenia za ten zamknięty okres nie mogły być formułowane. Powód w formie rekompensaty otrzymywał określone środki finansowe. Natomiast strony przewidywały możliwość dalszej zmiany treści umowy w wypadku zwiększenia możliwości finansowych (...).

Zgodnie z art. 65 § 1 i 2 kc oświadczenie woli należy tak tłumaczyć, jak tego wymagają ze względu na okoliczności, w których złożone zostało, zasady współżycia społecznego oraz ustalone zwyczaje, zaś w umowach należy raczej badać, jaki był zgodny zamiar stron i cel umowy, aniżeli opierać się na jej dosłownym brzmieniu. Sformułowania § 2 aneksów do umowy są na tyle jasne i precyzyjne, że nie ma podstaw, aby przy ich interpretacji odchodzić od literalnego brzmienia oświadczeń stron. Interpretacja postanowień umowy nie może bowiem prowadzić do stwierdzeń sprzecznych z jej treścią (por. wyrok SN z dnia 05.04.2007 r., II CSK 546/06). Treść przywołanego oświadczenia powoda zawartego w aneksach wskazuje w sposób nie budzący wątpliwości, iż powód zrzekł się wobec pozwanego wszelkich roszczeń o zapłatę za wykonane świadczenia medyczne przekraczających wysokość umówionej kwoty. W momencie zawierania aneksów obie strony miały świadomość skutków zrzeczenia się roszczeń oraz zakresu tego oświadczenia woli. W szczególności powód miał świadomość, że kwota finansowania może zostać zwiększona, choć nie musi. W umowie zapowiedziane zostało, iż dodatkowe środki zostaną uruchomione, jeżeli (...) będzie takimi środkami dysponował.

Powód podnosił, że jego oświadczenie o zrzeczeniu się roszczeń zostało przez (...) w pewien sposób narzucone z uwagi na zajmowaną w systemie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej pozycję monopolisty, jednakże takich okoliczności nie wykazał. Nie można przyjąć, iż złożenie powoda zostało na nim wymuszone.

Strony umawiały się o konkretne rozliczenie, zakres finansowania wykonywanych przez powoda świadczeń był początkowo określony w umowie i planie rzeczowo-finansowym, później porozumienie było stopniowo przez modyfikowane, ale te modyfikacje były dokonywane na bieżąco. Zapis § 2 aneksu po oznaczeniu zaktualizowanej kwoty zobowiązania stanowił w istocie doprecyzowanie przyjętej reguły, iż wysokość świadczenia (...) wynika jednoznacznie z umowy. Nie oznaczało to jednakże w żadnym wypadku niemożności dalszej modyfikacji rozmiaru finansowania w drodze kolejnego porozumienia zmierzającego do zmiany treści umowy i jej przedmiotu w postaci wysokości świadczenia przypadającego powodowi od pozwanego (...).

Powód nie wykazał także, aby się uchylił od skutków prawnych złożonych oświadczeń woli.

Tym ustaleniom nie stoi na przeszkodzie podnoszony przez powoda brak zapisu § w aneksach nr (...). Oba te aneksy zostały zawarte w dniu 15 lutego 2010 r. i służyły rozliczeniu kontraktu. Aneks nr (...) dotyczył zbilansowania umowy, tj. przesunięcia środków w ramach ustalonej kwoty. Celem takiego aneksu było uwolnienie niewykorzystanych środków, tak aby szpital mógł z nich skorzystać. (...) dokonywał bilansowania czwartego kwartału od września, więc ten aneks wszedł z mocą obowiązująca od dnia 01.09.2009 r. po to, aby zbilansować cały ten okres. Podpisanie aneksów nr (...) samo w sobie nie zmierzało do

uchylenia aneksów wcześniejszych. Gdyby było inaczej, tj. gdyby zamiarem stron było uchylenie lub modyfikacja poprzednich aneksów, zostałyby to wyraźnie zapisane literalnie w treści aneksu. W aneksie nr (...) strony dokonały jedynie zbilansowania umowy bez zmiany wartości finansowej. Z kolei aneks nr (...) dotyczył zapłaty za świadczenia nielimitowane wynikające z zarządzeń prezesa (...) (leczenie inwazyjne z zakresu kardiologii, poród, patologia ciąży i noworodek zdrowy z zakresu położnictwa i ginekologii oraz noworodek z zakresu neonatologii); tutaj (...) zapłacił za wszystkie świadczenia, więc nie było potrzeby wprowadzenia zrzeczenia się świadczenia.

Zatem należy przyjąć, że w wyniku zrzeczenia się roszczeń przewyższających ustaloną w umowie wartość roszczenia te wygasły i nie mogą być przez powoda dochodzone.

Za uzasadniony należy uznać zarzut pozwanego, iż powód nie dochował przewidzianej przez pozwanego procedury dotyczącej zasad rozliczeń. Z materiału dowodowego, tj. zeznań świadków oraz raportu, wynika, że powód nie zgłosił spornego roszczenia do rozliczenia w odpowiednim terminie, tj. nie oznaczył świadczeń udzielonych pacjentom wskazanym w pozwie z oznaczeniem ich w odpowiednich komunikatach (...) jako „ratujących życie lub zdrowie”, co spowodowałoby ich rozliczenie w pierwszej kolejności.

Świadczeniodawca w komunikacie (...) zobowiązany był do oznaczania świadczeń jako ratujących życie, gdzie odpowiadając na pytanie: „czy świadczenie z katalogu płatnika jest świadczeniem ratującym życie”, wybierał „tak” lub „nie”. Oznaczenie świadczeń do zapłaty poprzez wskazanie, czy świadczenie było według lekarza prowadzącego świadczeniem ratującym życie, powodowało, że to świadczenie było finansowane w pierwszej kolejności. Natomiast jeśli świadczeniodawca nie oznaczał świadczeń, wówczas były płacone świadczenia planowe, czyli świadczenia, w zakresie których świadczeniodawca odpowiedział, że świadczenie nie jest ratującym życie, czyli oznaczył odpowiedź „nie”. Jeżeli świadczeniodawca nie zapoznałby się z treścią komunikatu (...) i formatem elektronicznym tego komunikatu, to nie mógłby przedstawić świadczeń do rozliczenia. Informacje te wynikają z zeznań świadka J. W. (2), a powód nie złożył żadnych zastrzeżeń co do podawanych przez świadka faktów dotyczących systemu informatycznego wymiany danych między stronami.

Nietrafne było twierdzenie powoda, że w roku 2009 brak było powszechnie obowiązujących regulacji nakazujących oznaczanie świadczeń medycznych jako ratujących życie i przekazywanie ich do rozliczenia w pierwszej kolejności (nie były wprowadzone aneksem do umowy, ani nie przewidywały takiego obowiązku obowiązujące wówczas zarządzenia). Umowa stron wyraźnie w zakresie rozliczania odsyłała do ogólnych warunków umowy, a te z kolei przewidywały, że rozliczenie finansowe składa się w wersji elektronicznej w formie (...). Dokumentem, który regulował format (...), było zarządzenie Prezesa (...) nr (...) z dnia 22.10.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne, na podstawie którego powodowy szpital składał swoje rozliczenie. W zarządzeniu tym przewidziany został obowiązek oznaczania świadczeń „ratujących życie”. Nawet, jeżeli powód nie miał ustawowego obowiązku oznaczania sprawozdanych świadczeń jako ratujące życie, to z powodu używania określonego narzędzia informatycznego po prostu musiał to robić – świadek wskazała, iż nie było możliwości, żeby na wspomniane pytanie w ogóle nie udzielić odpowiedzi. W przypadku świadczeń objętych pozwem wszystkie zostały oznaczone jako „N”, czyli powód sprawozdając, na pytanie, „czy świadczenie z katalogu płatnika jest świadczeniem ratującym życie” odpowiedział „nie”. Gdyby zaś oznaczył te świadczenia jako ratujące życie, to byłyby one w pierwszej kolejności zapłacone, gdyż taki był mechanizm finansowania. Powinnością szpitala było zatem zawsze oznaczenie jako świadczenia ratujące życie tych świadczeń, które zdaniem samego powoda były świadczeniami ratującymi życie lub zdrowie, ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia oraz 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. Powodowy szpital nie zaprzeczył, iż zaniechał oznaczenia w sprawozdawczości elektronicznej świadczeń ratujących życie.

Skoro nie ulega wątpliwości, że w przypadku dopełnienia tego obowiązku powód otrzymałby zapłatę za sporne świadczenia, to fakt nieprzedstawienia tych świadczeń do rozliczania w trybie przewidzianym w umowie nie może dawać powodowi prawa do domagania się za nie zapłaty na tej tylko zasadzie, że były to świadczenia ratujące życie lub zdrowie udzielone w wypadkach nagłych. Takie działanie powoda uznać należy za niezgodne ze społeczno gospodarczym przeznaczeniem służącego mu prawa do wynagrodzenia, co uzasadnia zastosowanie regulacji zawartej w art. 5 kc, wedle której działaniu takiemu nie można przyznać ochrony prawnej. Działanie takie, jak wskazał Sąd Apelacyjny we Wrocławiu w wyroku z dnia 18.12.2012 r., I ACa 1421/11, stanowi bowiem obejście prawa.

Sąd nie podzielił w pełnym zgłoszonym zakresie zarzutu pozwanego, iż powód nie wykazał, aby wykonane świadczenia medyczne w zakresie objętym pozwem zostały udzielone w wypadkach nagłych. Art. 7 uzoz stanowi, iż zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Zakład opieki zdrowotnej musi udzielić świadczenia zdrowotnego w sytuacji, gdy osoba zgłaszająca się do zakładu opieki zdrowotnej potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia i w „przypadkach niecierpiących zwłoki”. Pojęciem stanu nagłego posługuje się ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wskazując w art. 5 ust. 33, że stan nagły to stan, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 08.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 06.191.1410 ze zm.). (...)

(...) miesiTam zaś stan zagrożenia zdrowotnego definiowany jest jako 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; stan nagły zatem to stan wymagający „natychmiastowego” udzielenia świadczenia zdrowotnego, „bez zbędnej zwłoki”. Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 08.10.2008 r., V CSK 139/08, oraz w wyroku z dnia 07.10.2007 r., V CSK 396/06, chodzi o stany nagłe i niespodziewane, których nie można przewidzieć (np. pacjenci z udarem mózgu, zawałem serca, poszkodowani w wypadkach drogowych). Nie wystarczy ustalenie, że określony zabieg jest zabiegiem ratującym zdrowie lub życie, konieczne jest ponadto ustalenie, że pacjent potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia lub że jest to przypadek niecierpiący zwłoki. W przepisach tych chodzi zatem o taki stan, w którym odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia; nie dotyczy to zabiegów, które wprawdzie ratują życie, jednak są stosowane u chorych leczonych przewlekłe, wymagających regularnego poddawania się zabiegom medycznym.

Na powódzie ciążył obowiązek wykazania, że poniósł koszty udzielenia świadczeń znamionujących się koniecznością ich natychmiastowego udzielenia w sytuacji nagłości zdarzenia oraz nieprzewidywalności skutków. Sąd przeprowadził w tym zakresie dowód z dwóch opinii biegłych chirurgów.

Na podstawie opinii biegłego M. S. (2) należało zakwalifikować 11 przypadków jako wymagających natychmiastowego udzielenia pomocy medycznej w związku z wystąpieniem bezpośredniego zagrożenia dla życia i zdrowia pacjentów.

Biegły sporządził opinię na podstawie nadesłanej przez powoda dokumentacji medycznej, opisał, na czym polegała istota zagrożenia, z jakich względów konieczne było natychmiastowe udzielenie pomocy, co stało na przeszkodzie odłożeniu świadczenia w czasie. Opinię należy zatem uznać za rzetelną, profesjonalną, a przez to wiarygodną i stanowiącą podstawę do poczynienia stanowczych ustaleń. Sześcioro spośród tychże pacjentów zostało także zakwalifikowane do udzielenia pomocy w trybie natychmiastowym w opinii biegłego M. B., która jednakże z uwagi na brak wyczerpującego, szczegółowego umotywowania wniosków, nie mogła zostać przez sąd wzięta pod uwagę.

Zatem żądanie pozwu byłoby usprawiedliwione jedynie częściowo, tj. w stosunku do 11 spośród 41 zgłoszonych przypadków.

Należy także mieć świadomość, że świadczenia medyczne w ramach zawartej umowy z (...) finansowane są z budżetu Państwa i ograniczone są wydatkami budżetowymi na dany rok. Przekroczenie przez świadczeniodawcę ustalonych w umowie reguł, w tym limitów finansowych, odbywa się na ryzyko świadczeniodawcy. (...) jako państwowa osoba prawna powołana w celu gospodarowania środkami publicznymi przeznaczonymi na ochronę zdrowia ubezpieczonych nie tylko nie ma obowiązku finansowania tzw. świadczeń ponadlimitowych, ale nie ma wręcz takich uprawnień.” – tak wypowiedział się w wyroku z dnia 09.12.2005 r., I ACa 1273/05, Sąd Apelacyjny we Wrocławiu. (...) nie prowadzi działalności komercyjnej, a środki finansowe, którymi zarządza, pochodzą ze składki na ubezpieczenie zdrowotne, stąd jego obowiązek takiego planowania wydatków, aby możliwe było zapewnienie w równym stopniu opieki zdrowotnej wszystkim ubezpieczonym.

Można wreszcie dodać, że pomiędzy tymi samymi stronami toczyło się już kilka spraw, w których powód dochodził zapłaty za świadczenia przekraczające limity ustalone w umowie z dnia 14.01.2009 r. wraz z aneksami. Żądania zgłoszone przez powoda zostały oddalone: wyrokiem SO z dnia 17.10.2011 r., I C 807/10 (apelacja od tego wyroku została oddalona wyrokiem SA we Wrocławiu z dnia 18.12.2012 r., I ACa 1421/11), wyrokiem SO z dnia 04.08.2011 r., I C 1043/10 (apelacja od tego wyroku została oddalona wyrokiem SA wydanym w sprawie I ACa 18/12), wyrokiem SO z dnia 29.04.2011 r., I C 730/10 (apelacja pozwanego od tego wyroku została oddalona wyrokiem SA wydanym w sprawie I ACa 917/11), wyrokiem SO z dnia 19.09.2013 r., I C 911/10. Sąd Okręgowy w składzie rozpoznającym sprawę nie widzi powodów, aby odstąpić od poglądów sądów obu instancji wyrażonych we wskazanych orzeczeniach, które dotyczyły tego samego okresu i tej samej umowy.

Sąd oddalił zatem powództwo w zakresie przekraczającym kwotę 10 200 zł, w stosunku do której pozew został cofnięty.

O kosztach procesu sąd orzekł zgodnie z wyrażoną w art. 98 kpc zasadą odpowiedzialności za wynik sprawy. W zakresie kwoty 10 200 zł powód mógłby zostać uznany za wygrywającego sprawę, skoro cofnięcie pozwu było wynikiem zapłaty przez pozwanego. Jednakże kwota ta stanowi jedynie 2, 87 % wartości przedmiotu sporu. Zgodnie zaś z art. 100 kpc zwrot kosztów procesu następuje w całości, jeżeli przeciwnik uległ jedynie co do nieznaczej części żądania. Pozwanemu przysługuje zatem zwrot kosztów zastępstwa w pełnej wysokości, tj. w kwocie 7 200 zł ustalonej zgodnie z § 6.7 rozporządzenia MS z dnia 28.09.2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych wraz z opłatą skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł. Wobec zwolnienia powoda od kosztów sądowych obciążą one ostatecznie Skarb Państwa.

Mając powyższe okoliczności na uwadze sąd podjął rozstrzygnięcia zawarte w sentencji wyroku.