

Sygnatura akt I C 489/11

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Wrocław, dnia 26 sierpnia 2014 r.

Sąd Okręgowy we Wrocławiu I Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodniczący: SSO Dominika Romanowska

Protokolant: Alina Dorosz

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 26 sierpnia 2014 r. we Wrocławiu

sprawy z powództwa Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej - Szpitala (...) we W.

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

- o zapłatę

I. oddała powództwo;

II. nie obciąża strony powodowej obowiązkiem zwrotu stronie pozwanej kosztów procesu;

III. obciąża Skarb Państwa – Sąd Okręgowy we Wrocławiu opłatą sądową od pozwu, od uiszczenia której strona powodowa została zwolniona.

Sygn. akt I C 489/11

UZASADNIENIE

Pozwem z 29 kwietnia 2011 roku strona powodowa Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Szpital (...) we W. domagała się od strony pozwanej (...) (...) Oddziału Wojewódzkiego we W. zapłaty kwoty 327.777 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty oraz zasądzenia kosztów procesu.

W uzasadnieniu strona powodowa wskazała, że w roku 2009 udzielała świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym podlegającym (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu (...)a, między innymi na podstawie umów o udzielnie świadczeń opieki zdrowotnej numer (...) i numer (...). Strona powodowa podniosła, że w 2009 r. na jej Oddziale (...) udzielono świadczeń zdrowotnych w warunkach opisanych w art. 7 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, 149 pacjentkom wymienionym w treści pozwu. Strona powodowa szczegółowo wskazała ponadto w pozwie objawy, z jakimi zostały przyjęte powyższe pacjentki. W jej ocenie wszystkie te osoby wymagały udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, a zatem na warunkach opisanych w art. 7 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Strona powodowa podała ponadto, że należności za wymienione w pozwie świadczenia zdrowotne wskazane są w fakturach Vat: numer (...) z dnia 07 stycznia 2010 r. i numer (...) z dnia 07 stycznia 2010 r. Faktury te zostały jednak bezpodstawnie zwrócone przez stronę pozwaną. Strona powodowa wskazała, że wezwała stronę pozwaną do zapłaty za udzielone świadczenia zdrowotne, lecz bezskutecznie.

Jako podstawę prawną swego roszczenia strona powodowa wskazała art. 7 Ustawy z 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, na mocy której zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Powołując się na orzecznictwo i piśmiennictwo strona powodowa podniosła, że (...) jest obowiązany do finansowania świadczeń zdrowotnych udzielonych przez zakład opieki zdrowotnej ponad limit określony w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o ile udzielone zostały w warunkach opisanych w art. 7 Ustawy o zakładach

opieki zdrowotnej. Stosownie do treści art. 132 ust. 1 Ustawy z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podstawą udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych przez (...) jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego (...). Art. 132 ust. 4 tej Ustawy stanowi natomiast, że świadczenia opieki zdrowotnej nieokreślone w umowie są przy tym udzielane osobom ubezpieczonym wyłącznie w przypadkach i na zasadach określonych w ustawie, przy czym nie może ulegać wątpliwości, że tą ustawą jest Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, w art. 7 ustanawiająca bezwzględny obowiązek zakładu opieki zdrowotnej udzielania świadczeń zdrowotnych osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

W odpowiedzi na pozew strona pozwana (...) (...) Oddział Wojewódzki we W. wniosła o oddalenie powództwa oraz zasądzenie na jej rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego. W uzasadnieniu strona pozwana przyznała, że strony łączyła umowa numer (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne oraz numer (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne terapeutyczne programy zdrowotne. Powyższe umowy obowiązywały od 01 stycznia 2009 roku do 31 grudnia 2011 roku. W ocenie strony pozwanej, z treści pozwu wynika, że strona powodowa domaga się zapłaty tylko na podstawie umowy numer (...), nie zaś na podstawie drugiej z wymienionych tam umów.

Strona pozwana podniosła dalej, że całość kwoty, do której zobowiązała się w umowie, została przez nią zapłacona. Wskazała, że zawarta umowa jest swoistym kompromisem między jej możliwościami finansowymi a potrzebami świadczeniodawców. Zaznaczyła, że nie jest odpowiedzialna za wysokość środków, jakie otrzymuje na świadczenia zdrowotne.

Pozwany (...) wskazał, że w aneksach zawartych do umowy strony wprowadziły § 2, w którym świadczeniodawca oświadczył, że kwoty zobowiązania (...) wobec świadczeniodawcy, 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 umowy. Jednocześnie strona pozwana wskazała, że nie ma dodatkowych środków przeznaczonych na finansowanie 100 % świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust. 1 i 2 Umowy łączącej strony. W ocenie strony pozwanej, powodowy Szpital nie miał wątpliwości, że umowa obejmuje wszystkie przypadki udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w okresie jej obowiązywania; co więcej było to świadome zrzeczenie się powoda wszelkich roszczeń, czemu dano wyraz zamieszczając § 2 do aneksów do umowy. Analiza zawartych aneksów w sposób nie budzący wątpliwości wskazuje, że kwoty w nich określone wyczerpywały w całości roszczenia strony powodowej o zapłatę. Świadczą o tym również w ocenie strony pozwanej okoliczności wystawienia przez stronę powodową faktur VAT numer (...), w których jako tytuł zapłaty wskazano „za świadczenia zdrowotne ponad limit wykonane na podstawie umowy numer (...) w miesiącu grudniu 2009 r.” oraz „za świadczenia zdrowotne ponad limit wykonane na podstawie umowy numer (...) w miesiącu grudniu 2009 r.” Tym samym nawet gdyby przyjąć, iż poprzez art. 56 k.c. umowa objęła również obowiązek zapłaty za część świadczeń stanowiących podstawę niniejszego powództwa, to strona powodowa tych się zrzekła.

Strona pozwana podniosła następnie, że kwota zobowiązania (...) wobec strony powodowej i innych świadczeniodawców zawarta w umowie jest ustalana obligatoryjnie z mocy ustawy i ma charakter maksymalny. Umowa, o której mowa w art. 132 ust. 1 Ustawy z 27 sierpnia 2004 roku o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego (...) obejmuje świadczenia opieki zdrowotnej zarówno planowe, jak i udzielane w trybie nagłym w rozumieniu art. 19 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych środkami publicznymi, art. 7 Ustawy z 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 30 ustawy z 05 grudnia 2005 roku o zawodzie lekarza i lekarza dentystry .

Odnosząc się do podstawy prawnej roszczenia podawanej przez powoda pozwany podniósł, że przyznanie świadczeniodawcom roszczenia o zapłatę za świadczenia ponadlimitowe spełnione w sytuacjach objętych obowiązkiem przewidzianym w art. 7 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 Ustawy o zawodzie

lekarza i lekarza dentystry, oznaczałoby w istocie odmowę uznania doniosłości prawnej wskazanych umów, dlatego przekroczenie przez świadczeniodawcę ustalonych w umowie reguł, w tym limitów finansowych, odbywa się na ryzyko świadczeniodawcy. (...) jako publiczna osoba prawna powołana w celu gospodarowania środkami publicznymi przeznaczonymi na ochronę zdrowia ubezpieczonych, nie tylko nie ma obowiązku finansowania tak zwanych świadczeń ponadlimitowych, ale nie ma wręcz takich uprawnień. Obowiązek finansowania ponadlimitowych świadczeń ratujących życie, można rozważać zgodnie z powołanym przez stronę pozwaną orzecznictwie wyłącznie w takich przypadkach, w których udzielone zostały w sytuacji, gdy limity umowne zostały wyczerpane, świadczenia nie mogła udzielać inna jednostka ochrony zdrowia i pomoc udzielić należało niezwłocznie. Strona pozwana wskazała, że aby konkretne świadczenie mogło być zakwalifikowane do kategorii określonej w cytowanych wyżej przepisach, muszą zostać spełnione następujące przesłanki: zagrożenie życia lub zdrowia; natychmiastowość (nagłość) zagrożenia oraz nieprzewidywalność zagrożenia. Pozwany powołując się na orzecznictwo Sądu Najwyższego wskazał, że świadczeniami zdrowotnymi, o których mowa w ustawie z 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej oraz w art. 30 Ustawy z 05 grudnia 2005 roku o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, objęte zostały te stany nagłe i niespodziewane, których nie można przewidzieć (na przykład pacjent z udarem mózgu, zawałem serca, poszkodowani w wypadkach drogowych). Zatem podstawowym warunkiem jest udowodnienie wykonania świadczeń w warunkach potrzeby ich natychmiastowego udzielenia. Warunkiem przyznania finansowania na ponadlimitowane świadczenia ratujące życie jest więc udowodnienie wykonania świadczeń w warunkach potrzeby ich natychmiastowego udzielenia. Pozwany (...) podniósł, iż dołączone do umowy liczne aneksy, zwiększające plan rzeczowy wyraźnie dowodzą iż w chwili wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszego procesu, strona powodowa nie miała wyczerpanych limitów wynikających z umowy. Zatem jej świadczenia opisane w pozwie w żadnym razie nie można określić mianem „ponadlimitowych”. Strona pozwana zarzuciła także, iż w dacie wykonywania świadczeń przedłożonych w postępowaniu, na obszarze kontraktowania świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne, dwóch innych świadczeniodawców miało umowy dotyczące świadczeń wykonywanych w Poradni (...). Informacja ta była również zamieszczona na stronie internetowej pozwanego. Dlatego też nawet gdyby strona powodowa istotnie w dacie wykonywania świadczeń wyczerpała już limity umowne, co jednak nie miało w ocenie strony pozwanej miejsca, to powinna była wskazać pacjentom powyższych świadczeniodawców jako uprawnionych do udzielania świadczeń w ramach posiadanych umów (i ich limitów), czego jednak nie uczyniła.

Strona pozwana zarzuciła, że strona powodowa nie udowodniła nie tylko żadnej z przesłanek udzielania świadczeń w stanie zagrożenia życia i zdrowia, ale również nie wykazała zasadności wysokości dochodzonego roszczenia.

W piśmie procesowym z dnia 30 września 2011 r. strona powodowa sprecyzowała, iż jej roszczenie dotyczy umowy numer (...). Odnosząc się do zarzutu strony pozwanej, iż Szpital powinien najpierw realizować świadczenia limitowane, a dopiero potem Nielimitowane, strona powodowa wskazała, że wykazywała do rozliczenia w (...) wszystkie świadczenia udzielone w 2009 r. i nie miała wpływu na to, które z nich zostaną zapłacone. To system (...), poprzez zasady wg komunikatu z 04 września 2009 r. kwalifikował bowiem pacjentów do zapłaty.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny istotny dla rozstrzygnięcia:

Strona powodowa - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpitala (...) we W. - udziela świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umów zawieranych ze stroną pozwaną - (...) (...) Oddziałem Wojewódzkim we W..

okoliczność bezsporna;

W dniu 28 stycznia 2009 r. strona powodowa zawarła ze stroną pozwaną umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne, numer (...). Umowę zawarto na okres od 01 stycznia 2009 r. do 31 grudnia 2011 r.

W umowie ustalono, że kwota zobowiązania (...) wobec świadczeniodawcy (strony powodowej), z tytułu realizacji umowy w okresie od 01 stycznia 2009 r. do 30 czerwca 2009 r. wynosi maksymalnie 6.060.918 zł, zaś w okresie od 01 lipca 2009 r. do 31 grudnia 2009 r. wynosi 0 zł.

W umowie ustalono ponadto, że świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w Zarządzeniu Prezesa (...) numer (...) z 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz przyjęto, że gdy wartość wykonanych świadczeń z grup, o których mowa w § 18 ust. 2 Zarządzenia przekroczy kwotę, o której mowa w § 18 ust. 6 umowy, (czyli określoną w planie rzeczowo – finansowym), na wniosek świadczeniodawcy składany jeden raz na kwartał, zwiększeniu ulegają 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.

dowód:

- umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne numer (...) z 28 stycznia 2009 r. wraz z załącznikami k. 188-191;

10 lutego 2009 r. strony zawarły aneks numer (...) do umowy numer (...) z 28 stycznia 2009 r., w którym zmieniono kwotę zobowiązania oddziału (...) wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od 01 stycznia 2009 r. do 30 czerwca 2009 r. na 14.157.780 zł.

W § 1 pkt 2 aneksu zmieniono ponadto treść załącznika numer 1 do umowy planu rzeczowo – finansowego, w którym na okres rozliczeniowy od 01 stycznia 2009 roku do 31 grudnia 2009 roku przyjęto, że strona powodowa może wykonać świadczenia z zakresu „(...)” łącznie do kwoty 3.878.805 zł.

W § 2 aneksu strona powodowa (świadczeniodawca) oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec Świadczeniodawcy, 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.

dowód:

- aneks numer (...) z 10 lutego 2009 r. wraz z załącznikami k. 192-194;

W dniu 19 marca 2009 r. strony zawarły aneks numer (...) do umowy numer (...) z 28 stycznia 2009 roku, w którym zmieniono kwotę zobowiązania Oddziału (...) wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od 01 stycznia 2009 r. do 30 czerwca 2009 r. z 14.157.780 zł na 12.295,770 zł.

W § 1 pkt 2 aneksu zmieniono ponadto treść załącznika numer 1 do umowy planu rzeczowo – finansowego, przy czym jednostki rozliczeniowe przyznane dla zakresu świadczeń „(...)” pozostawiono bez zmian.

W § 2 aneksu strona powodowa oświadczyła, że kwota zobowiązania (...) wobec niej, o której mowa w § 4 umowy wyczerpuje wszystkie jej 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.

dowód:

- aneks numer (...) z 19 marca 2009 r. wraz z załącznikami k. 195v-197;

W dniu 12 kwietnia 2009 roku strony zawarły aneks numer (...) do umowy numer (...) z 28 stycznia 2009 r., w którym zmieniono kwotę zobowiązania Oddziału (...) wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od 01 stycznia 2009 r. do 30 czerwca 2009 r. z 12.295.770 zł na 14.157.780 zł.

W § 1 pkt 2 aneksu zmieniono ponadto treść załącznika numer 1 do umowy planu rzeczowo – finansowego, jednostki rozliczeniowe przyznane dla zakresu świadczeń „(...)” pozostawiono bez zmian.

W § 2 aneksu świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec Świadczeniodawcy, 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.

dowód:

- aneks numer (...) z 12 kwietnia 2009 r. wraz z załącznikami k. 198v-200;

W dniu 21 kwietnia 2009 r. strony zawarły aneks numer (...) do umowy numer (...) z 28 stycznia 2009 r., w którym zmieniono kwotę zobowiązania Oddziału (...) wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od 01 stycznia 2009 r. do 30 czerwca 2009 r. z 14.157.780 zł na 14.157.880 zł.

W § 1 pkt 2 aneksu zmieniono ponadto treść załącznika numer (...) do umowy planu rzeczowo – finansowego, jednak jednostki rozliczeniowe przyznane dla zakresu świadczeń „(...)” pozostawiono bez zmian.

W § 2 aneksu świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec Świadczeniodawcy, 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.

dowód:

- aneks numer (...) z 21 kwietnia 2009 r. wraz z załącznikami k. 201v-203;

Dnia 29 maja 2009 r. strony zawarły aneks numer (...) do umowy numer (...) z 28 stycznia 2009 r., w którym zmieniono kwotę zobowiązania Oddziału (...) wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od 01 stycznia 2009 r. do 30 czerwca 2009 r. z 14.157.880 na 13.430.620 zł.

W § 1 pkt 2 aneksu zmieniono ponadto treść załącznika numer 1 do umowy planu rzeczowo – finansowego,. Zmianie uległy jednostki rozliczeniowe przyznane dla zakresu świadczeń „(...)” oraz „(...)” – ich wartość obniżono do łącznej kwoty 3.151.545 zł.

W § 2 aneksu świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec Świadczeniodawcy, 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.

dowód:

- aneks numer (...) z 29 maja 2009 r. wraz z załącznikami k. 204-206;

W dniu 03 czerwca 2009 r. strony zawarły aneks numer (...) do umowy numer (...) z 28 stycznia 2009 r., w którym zmieniono kwotę zobowiązania Oddziału (...) wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od 01 stycznia 2009 r. do 30 czerwca 2009 r. z 13.430.620 zł na 13.565.005 zł.

W § 1 pkt 2 aneksu zmieniono ponadto treść załącznika numer (...) do umowy planu rzeczowo – finansowego, w którym zmienione została ilość przyznanych w zakresie „(...)” oraz „(...)” jednostek rozliczeniowych – ich wartość podwyższono do łącznej kwoty 3.618.343 zł.

W § 2 aneksu świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec Świadczeniodawcy, 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.

dowód:

- aneks numer (...) z 03 czerwca 2009 r, wraz z załącznikami k. 207-209;

W dniu 15 czerwca 2009 r. strony zawarły aneks numer (...) do umowy numer (...) z 28 stycznia 2009 r., w którym zmieniono kwotę zobowiązania Oddziału (...) wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od 01 stycznia 2009 r. do 30 czerwca 2009 r. z 13.565.005 zł na 14.292.265 zł.

W § 1 pkt 2 aneksu zmieniono treść załącznika numer 1 do umowy planu rzeczowo – finansowego. Zmianie uległy jednostki rozliczeniowe przyznane dla zakresu świadczeń „(...)” oraz „(...)”, a nadto dodano świadczenia z zakresu „(...)” i „(...)”. Łączna wartość jednostek rozliczeniowych przyznanych dla powyższych świadczeń wyniosła 4.345.608 zł.

W § 2 aneksu świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec Świadczeniodawcy, 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.

dowód:

- aneks numer (...) z 15 czerwca 2009 roku wraz z załącznikami k. 209v-212;

Dnia 30 czerwca 2009 roku strony zawarły aneks numer (...) do umowy numer (...) z 28 stycznia 2009 r., w którym zmieniono kwotę zobowiązania Oddziału (...) wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od 01 lipca 2009 r. do 31 grudnia 2009 r. z kwoty o na 9.492.255 zł.

W § 1 pkt 2 aneksu zmieniono treść załącznika numer (...) do umowy planu rzeczowo – finansowego. Zmianie uległy jednostki rozliczeniowe przyznane dla zakresu świadczeń „(...)”, „(...)”, „(...)” i „(...)”. Łączna wartość jednostek rozliczeniowych przyznanych dla powyższych świadczeń wyniosła 7.445.694 zł.

W § 2 aneksu świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec Świadczeniodawcy, 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.

dowód:

- aneks numer (...) z 30 czerwca 2009 r. wraz z załącznikami k. 212v-215;

W dniach 10 sierpnia 2009 r. oraz 18 sierpnia 2009 r. strony zawarły aneksy numer (...) do umowy numer (...) z 28 stycznia 2009 r., w których kolejno zmieniano treść załącznika numer (...) do umowy Planu rzeczowo – finansowego. Jednostki rozliczeniowe przyznane dla zakresu świadczeń „(...)”, „(...)”, „(...)” i „(...)” nie uległy zmianie.

W § 2 aneksów świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec Świadczeniodawcy, 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.

dowód:

- aneks numer (...) z 10 sierpnia 2009 r. wraz z załącznikami k. 216-218,

- aneks numer (...) z 18 sierpnia 2009 r. wraz z załącznikami k. 219-221;

W dniu 30 października 2009 r. strony zawarły aneks numer (...) do umowy numer (...) z 28 stycznia 2009 r., w którym zmieniono kwotę zobowiązania Oddziału (...) wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od 01 stycznia 2009 r. do 30 czerwca 2009 r. z kwoty 13.960.969 zł na kwotę 14.284.615 zł oraz w okresie od 01 lipca 2009 r. do 31 grudnia 2009 r. z kwoty 9.823.551 zł na kwotę 14.305.641 zł.

W § 1 pkt 3 aneksu zmieniono ponadto treść załącznika numer (...) do umowy planu rzeczowo – finansowego. Zmianie uległy jednostki rozliczeniowe przyznane dla zakresu świadczeń „(...)”, „(...)”, „(...)” i „(...)”. Łączna wartość jednostek rozliczeniowych przyznanych dla powyższych świadczeń wyniosła 9.977.742 zł.

W § 2 aneksu świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec Świadczeniodawcy, 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.

dowód:

- aneks numer (...) z 30 października 2009 r. wraz z załącznikami k. 222v-225;

W dniu 31 grudnia 2009 r. strony zawarły aneks numer (...) do umowy numer (...) z 28 stycznia 2009 r., w którym zmieniono kwotę zobowiązania Oddziału (...) wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od 01 stycznia 2009 r. do 30 czerwca 2009 r. z kwoty 14.284,615 zł na kwotę 14.298.997 zł.

W § 1 pkt 2 aneksu zmieniono ponadto treść załącznika numer (...) do umowy planu rzeczowo – finansowego, jednostki rozliczeniowe z zakresów świadczeń „(...)”, „(...)”, „(...)” i „(...)” nie uległy zmianie.

W § 2 aneksu świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec Świadczeniodawcy, 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.

dowód:

- aneks numer (...) z 31 grudnia 2009 r. wraz z załącznikami k. 227v-230;

W dniu 12 lutego 2010 r. strony zawarły aneks numer (...) do umowy numer (...) z 28 stycznia 2009 r., w którym zmieniono kwotę zobowiązania Oddziału (...) wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od 01 stycznia 2009 r. do 30 czerwca 2009 r. na kwotę 14.287.165 zł oraz w okresie od 01 lipca 2009 r. do 31 grudnia 2009 r. na kwotę 14.317.473 zł.

W § 1 pkt 3 aneksu zmieniono ponadto treść załącznika numer (...) do umowy Planu rzeczowo – finansowego. Zmianie uległy jednostki rozliczeniowe przyznane dla zakresu świadczeń „(...)”, „(...)” i „(...)”. Łączna wartość jednostek rozliczeniowych przyznanych dla powyższych świadczeń wyniosła 10.017.726 zł.

dowód:

- aneks numer (...) z 12 lutego 2010 r. wraz z załącznikami k. 213-233.

Zawieranie umów o finansowanie szpitala oraz aneksów do tych umów poprzedzone jest zasadniczo negocjacjami. Z uwagi na poziom środków (...) zawierano aneksy finansowe na kolejne okresy udzielania świadczeń w roku 2009, ustalając na nowo wysokość limitu. W zakresie § 2 aneksów dotyczącego zrzeczenia się roszczeń, w zasadzie nie podlegał on negocjacji; niepodpisanie aneksu powodowałoby niezyskanie środków finansowych, co w

przypadku powoda z racji braku środków finansowych dla zabezpieczenia swej działalności (rezerwy) skutkowałoby niemożnością udzielania świadczeń zdrowotnych.

dowód:

- przesłuchanie J. W. za stronę powodową – rozprawa z 11 grudnia 2013 roku min. 12.51 – 33.55),

- przesłuchanie W. N. za stronę pozwaną – rozprawa z 03 lipca 2014 roku min. 02.16 – 16.01).

07 stycznia 2010 r. strona powodowa wystawiła fakturę VAT numer (...) za świadczenia zdrowotne wykonane ponad limit w grudniu 2009 r. na podstawie umowy nr (...) na kwotę 1.045.919 zł, która została następnie 04 lutego 2010 roku skorygowana fakturą numer (...) do kwoty 1.161.309 zł.

Pismem z 14 maja 2010 r. strona powodowa wezwała stronę pozwaną do zapłaty kwoty 980.403,61 zł, w tym kwoty 501.585 zł tytułem zwrotu wartości świadczeń udzielonych na Oddziale (...), lecz bezskutecznie.

dowód:

- faktura VAT numer (...) z 07 stycznia 2010 r. k. 74,

- faktura korygująca VAT numer (...) z 04 lutego 2010 r. k. 76,

- wezwanie do zapłaty z 14 maja 2010 r. k. 77-78.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie.

Przedmiotem sporu w rozpoznawanej sprawie było istnienie podstaw odpowiedzialności strony pozwanej z tytułu udzielonych przez stronę powodową świadczeń medycznych ponad umownie ustalone limity. Pozwany (...) kwestionował swój obowiązek wobec Szpitala zapłaty za świadczenia ponad limit wskazany w kontrakcie. Twierdził ponadto, że nawet jeśli taki obowiązek istniałby z mocy przepisów prawa, to strona powodowa skutecznie zrzekła się wszelkich roszczeń finansowych w zakresie kontraktu za rok 2009, co zostało każdorazowo wyartykułowane w § 2 aneksów do umowy numer (...).

Zgodnie z łączącą strony powyższą umową z dnia 28 stycznia 2009 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne, strona pozwana była zobowiązana do zapłaty stronie powodowej za realizację świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w roku 2009 w zakresach określonych w załącznikach do umowy. Dotyczyło to m.in. świadczeń udzielanych w Oddziale (...).

Strona powodowa wskazywała jako podstawę prawną swojego roszczenia art. 7 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 roku nr 14, poz. 89 tekst jednolity), uchylony na mocy ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r., nr 112, poz. 654) i art. 30 ustawy z 5 grudnia 2005 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2001 r., nr 277, poz. 1634 tekst jednolity ze zmianami) w związku z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 02 kwietnia 1997 r.

Finansowanie świadczeń zdrowotnych w 2009 roku było regulowane przepisami ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., nr 164 poz. 1027 tekst jednolity), uzupełnionych regulacjami ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. System świadczeń zdrowotnych funkcjonuje w oparciu o umowy zawierane pomiędzy dysponentem środków publicznych a udzielającymi świadczeń, czyli zakładami opieki zdrowotnej. Umowa taka powinna określać rodzaj i zakres udzielanych świadczeń oraz maksymalną kwotę zobowiązania wobec świadczeniodawcy. Co do zasady zakłady opieki zdrowotnej powinny udzielać świadczeń jedynie w zakresie i wymiarze określonym umownie. Art. 7 ustawy

o zakładach opieki zdrowotnej nakłada jednakże na zakłady opieki zdrowotnej obowiązek udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje tego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

Kwestia istnienia obowiązku zapłaty strony pozwanej za świadczenia udzielone ponad umownie określone limity stanowiła przedmiot rozbieżności w orzecznictwie. Aktualnie nie budzi wątpliwości istnienie obowiązku zapłaty za świadczenia udzielone w takim trybie. W wyroku z 13 lipca 2005 r. (sygn. akt I CK 18/05, Lex numer 181380) Sąd Najwyższy uznał, że „określenie ilościowego limitu świadczeń zdrowotnych bez ustalenia niezbędnych przedsięwzięć organizacyjnych na wypadek wyczerpania limitu stanowi nadużycie, wynikające z art. 53 ust. 4 ustawy z 06 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu obowiązkowe określenia w umowie zakresu udzielonych świadczeń i maksymalnej kwoty zobowiązania kasy chorych wobec świadczeniodawcy. Klauzulę umowną ograniczającą się do wskazania ilościowego limitu uznać należy za niedopuszczalną w zakresie dotyczącym świadczeń zdrowotnych, nie cierpiących zwłoki ze względu na zagrożenie życia albo zdrowia pacjenta. W tym zakresie klauzula taka jest dotknięta nieważnością na podstawie art. 58 § 3 k.c. W konsekwencji świadczeniodawcy przysługuje umowne wynagrodzenie także za ponadlimitowe świadczenia udzielone ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.”

Mając powyższe na uwadze trzeba stwierdzić, że co do zasady strona powodowa miała prawo domagania się zapłaty za świadczenia medyczne udzielone ponad umownie określone limity. Oczywiście, do zasądzenia żądanej przez stronę powodową kwoty konieczne było wykazanie, że udzieliła ona świadczeń w powyższych warunkach, ponieważ to na zakładzie opieki zdrowotnej, który dochodzi roszczenia o zapłatę za świadczenia medyczne udzielone pacjentom w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia, ciąży dowód wykazania tego, że z uwagi na okoliczności poszczególnych przypadków zachodziła potrzeba natychmiastowego udzielenia tych świadczeń (por. wyrok Sądu Najwyższego z 14 lutego 2008 r., sygn. akt II CSK 532/07, LEX nr 469387; wyrok Sądu Najwyższego z 05 listopada 2003 r., sygn. akt IV CK 189/02, LEX nr 164009).

W pierwszej kolejności Sąd dokonał jednak oceny zasadności głównego zarzutu podniesionego przez pozwaną (...), w którego przekonaniu powodowy Szpital, podpisując kolejne aneksy do spornej umowy, zrzekł się wszystkich swoich roszczeń wynikających z tejże umowy, i to zarówno istniejących, jak i mogących powstać w przyszłości.

Zgodnie z art. 65 § 1 i 2 k.c. 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. Jak słusznie podniosła strona pozwana, zawarte aneksy zostały sformułowane w sposób na tyle jasny i precyzyjny, 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 Sądu Najwyższego z 05 kwietnia 2007 r., sygn. akt II CSK 546/06). Analiza zawartych aneksów w sposób nie budzący wątpliwości wskazuje zdaniem Sądu, że powodowy Szpital zrzekł się roszczeń co do zapłaty kwot przewyższających ustaloną w umowie wartość świadczeń, w związku z czym roszczenia te wygasły i nie mogą być skutecznie dochodzone. We wszystkich bowiem aneksach do umowy z 28 stycznia 2009 r., w których umieszczony został § 2, strona powodowa oświadczyła, że kwota zobowiązania (...) wobec niej wyczerpuje wszystkie jej 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.

Zdaniem Sądu, obie strony w momencie zawierania aneksów miały świadomość skutków zrzeczenia się roszczeń oraz zakresu tego oświadczenia woli. Strony są profesjonalistami w obrocie związanym ze świadczeniami medycznymi, strona powodowa miała więc świadomość wysokości należności związanej z udzielonymi świadczeniami ratującymi życie i zdrowie.

Strona powodowa nie przedstawiła ponadto żadnych dowodów mających świadczyć o tym, że zawierając poszczególne aneksy strony obejmowały swym zamiarem uregulowanie nią tylko niektórych roszczeń powodowego Szpitala, nie wskazała również okoliczności mających przemawiać za przyjęciem, że zrzeczenie się prawa dochodzenia roszczeń wynikających z przedmiotowej umowy numer (...), zarówno istniejących, jak i przyszlých, nie obejmowało roszczenia

o zapłatę za świadczenia udzielone przez Oddział (...). W ocenie Sądu z treści każdego aneksu (a dokładnie z § 2), tj. z jego dosłownego brzmienia wynika w sposób klarowny i nie budzący jakichkolwiek wątpliwości, że zrzeczenie się dochodzenia roszczeń finansowych Szpitala w stosunku do (...) dotyczy wszelkich roszczeń wynikających z danej umowy. Aneksy nie różnicują przy tym świadczeń w żaden sposób. Podkreślenia w tym miejscu wymaga, iż strona powodowa nie wykazywała w niniejszym postępowaniu, ani nie dowodziła, aby uchyliła się od skutków prawnych oświadczeń woli wyrażonych w poszczególnych aneksach do umowy. Sam J. W. przesłuchiwany w charakterze strony powodowej podał, że nie uchylił się od skutków prawnych złożonych oświadczeń woli.

Z treści zeznań słuchanego w charakterze strony powodowej J. W. wynika, że oświadczenie o zrzeczeniu się przez Szpital roszczeń zostało przez stronę pozwaną w pewien sposób narzucone, z uwagi na zajmowaną w systemie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej pozycję monopolisty, jednakże, w ocenie Sądu, strona powodowa nie wykazała okoliczności stanowiących podstawę tych zarzutów. Poza gołosłownym twierdzeniem, że zrzeczenie się roszczeń wywołane było dominującą pozycją (...), nie przedstawiła bowiem żadnych dowodów na to, że druga strona kontraktu rzeczywiście sugerowała, że do zawarcia kolejnych kontraktów ze Szpitalem by nie doszło lub że w przypadku niepodpisania aneksu o określonej treści, Szpital w ogóle nie otrzymałby należnego mu wynagrodzenia.

Przyjąć zatem należało, że w wyniku zrzeczenia się roszczeń przewyższających ustaloną w umowie wartość roszczenia te wygasły i nie mogą być dochodzone. W konsekwencji strona powodowa nie mogła skutecznie domagać się od strony pozwanej zapłaty należności ponad kwoty uzgodnione w umowie i zawartych do niej aneksach, ponieważ zgodnie z ich treścią zrzekła się tego prawa. To zaś czyniło powództwo strony powodowej nieuzasadnionym i skutkowało koniecznością jego oddalenia z tej przyczyny.

Mając na uwadze powyższe, Sąd orzekł jak w punkcie I sentencji wyroku.

Ze względu na powyższe rozważania Sąd nie dokonywał szczegółowej analizy zeznań przesłuchanych w sprawie świadków, jak również oddalił wniosek strony powodowej o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu ginekologii. W związku z poczynionymi ustaleniami Sąd uznał, iż wskazane dowody nie mają dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy żadnego znaczenia (art. 227 k.p.c.). W świetle bowiem stwierdzenia przez Sąd, że strona powodowa zrzekła się wobec pozwanego (...) roszczeń przekraczających umownie ustaloną wartość świadczeń, nie było konieczności ustalania, czy świadczenia zdrowotne wykonane ponad limit ustalony w umowie udzielane były przez stronę powodową osobom znajdującym się w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia.

Sąd w oparciu o art. 102 k.p.c. w punkcie II sentencji wyroku nie obciążył strony powodowej obowiązkiem zwrotu przeciwnikowi kosztów przegranego procesu uznając, że z uwagi na sytuację majątkową strony powodowej będącej podmiotem świadczącym szczególnie istotne usługi dla ludności oraz charakter zgłoszonego przez nią roszczenia, zasady słuszności przemawiają przeciwko obciążeniu jej kosztami.

Ponieważ w rozpoznawanej sprawie powodowy Szpital był w całości zwolniony od kosztów sądowych, kosztami tego postępowania w postaci opłaty od pozwu, na mocy art. 113 ustawy z 25 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. z 2010 r., nr 90, poz. 594 tekst jednolity ze zmianami), obciążono w punkcie III sentencji wyroku Skarb Państwa – Sąd Okręgowy we Wrocławiu.