

*Sygn. akt I C 934/11*

## WYROK

### W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

31 października 2013 r.

Sąd Okręgowy we Wrocławiu I. Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący SSO Rafał Cieszyński

Protokolant Ewelina Kiałka

po rozpoznaniu na rozprawie 17 października 2013 r. we Wrocławiu

sprawy z powództwa Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej – Szpitala (...) we W. z siedzibą we W. przeciwko (...) – (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu we W.

o zapłatę

I. oddała powództwo;

II. nie obciąża powoda obowiązkiem zwrotu pozwanemu kosztów procesu;

III. obciąża Skarb Państwa kosztami sądowymi w sprawie, od uiszczenia których powód został zwolniony.

Sygn. akt I C 934/11

## UZASADNIENIE

Pozwem z 05 sierpnia 2011 roku powód Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Szpital (...) we W. domagał się od pozwanego (...) (...) Oddziału Wojewódzkiego we W. zapłaty kwoty 202.940 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty oraz zasądzenia kosztów procesu.

W uzasadnieniu powód wskazał, że w roku 2009 udzielał świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym podlegającym (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu (...)a między innymi na podstawie umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej numer (...) i numer (...). Jako podstawę prawną swego roszczenia powód wskazał, art. 7 Ustawy z 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 roku, numer 14, pozycja 89 ze zmianami) 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. Powód powołując się na orzecznictwo i piśmiennictwo podniósł, 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 (Dz. U. z 2008 roku, numer 164, pozycja 1027 ze zmianami) 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. Powód wskazał, że

w 2009 roku na Oddziale (...) powoda udzielono świadczeń zdrowotnych w warunkach opisanych w art. 7 Ustawy o zakładach opieki Zdrowotnej A. M. (1), M. N., M. H. (1), J. O., W. R. (1), J. H., W. R. (2), M. H. (2), K. J., S. C., A. D., C. M., S. G., G. M., K. A., A. W. (1), Z. G. (1), Z. K., C. G., Z. Z., J. G., U. P., L. O., A. W. (2), J. J. (1), M. M., J. S. (1), A. B., D. B. (1), D. A., D. B. (2), K. G., J. F., D. K., P. O., M. S., B. G., H. H., J. S. (2), C. S., B. L., M. B., M. W. (1), R. O., A. S. (1), J. W. (1), P. D., A. M. (2), W. B. (1), K. S. (1), Z. S. (1), K. S. (2), L. J., K. W., K. P., J. K. (1), J. S. (3), Z. S. (2), B. M., W. S., M. D. (1), D. A., V. D., H. J., R. M., A. K. (1), T. S., J. J. (2), J. L., T. O., P. D., D. Z., L. B., K. K., S. S., M. W. (2), F. B., T. W., K. S. (3), Z. S. (3), C. L., A. P. (1), P. T., W. Ł., A. K. (2), B. B., A. Ż., T. M., W. B. (2), A. P. (2), J. M., E. L., U. L., M. L., Z. G. (2), J. K. (2), S. R., S. Z., B. K., C. F., A. S. (2), O. S.. Powód szczegółowo w pozwie wskazał, objawy z jakimi zostali przyjęci wymienieni pacjenci; w ocenie powoda wszystkie wyżej wymienione 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. Kwota, której powód się domaga stanowi sumę należności za świadczenia zdrowotne udzielone pacjentom Oddziału (...) powoda. Powód wezwał pozwanego do zapłaty za udzielone świadczenia zdrowotne, lecz bezskutecznie. W toku postępowania przed Sądem Rejonowym dla Wrocławia-Krzyków we Wrocławiu o zawezwanie do próby ugodowej (...) (...) Oddział Wojewódzki we W. nie wyraził woli zawarcia ugody.

W odpowiedzi na pozew z 29 sierpnia 2011 roku pozwany (...) (...) Oddział Wojewódzki we W. wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego. W uzasadnieniu pozwany przyznał, że strony łączyła umowa z 28 stycznia 2009 roku numer (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne wraz z aneksami, która obowiązywała od 01 stycznia 2009 roku do 31 grudnia 2011 roku. Pozwany podniósł, że całość kwoty, do której zobowiązał się w umowie zapłacił. W aneksach zawartych do tej 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 (odpowiednio aneksy numer, (...)). W ocenie pozwanego, powód 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. Świadczą o tym również w ocenie pozwanego, okoliczności wystawienia przez powoda faktur VAT numer (...), w których jako tytuł zapłaty wskazano „za świadczenia zdrowotne wykonane na podstawie umowy numer (...) w miesiącu styczeń – grudzień 2009 roku”. Tym samym nawet gdyby przyjąć, iż poprzez art. 56 k.c. umowa objęła również obowiązek zapłaty za część świadczeń stanowiących podstawę niniejszego powództwa, to powód tych się zrzekł. Pozwany zwrócił też uwagę na cywilnoprawny charakter umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom uprawnionym na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Umowy te przy całej swej specyfice zarówno co do ich przedmiotu, jak i co do podmiotów kontraktu, kształtowane są wolą stron. Ta wola stron została w sposób wyraźny wyrażona w umowie jak i późniejszych aneksach. Kwota zobowiązania (...) wobec powoda i innych świadczeniodawców zawarta w umowie jest ustalana obligatoryjnie z mocy ustawy (art. 136 pkt 5 ustawy z 02 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) i ma charakter maksymalny (wniosek brzmienia art. 135 ust. 2 wyżej wymienionej ustawy, zgodnie, z którym (...) realizuje zasadę jawności umów przez zamieszczenie na swojej stronie internetowej informacji o każdej zawartej umowie, z uwzględnieniem między innymi maksymalnej kwoty zobowiązania (...) wobec świadczeniodawcy wynikającej z zawartej umowy). 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 (Dz. U. z 2005 roku, numer 226, pozycja 1943 tekst jednolity ze zmianami) . Konstatacja, iż maksymalna wartość kontraktu wyznacza granice odpowiedzialności kontraktowej (...) (za wyjątkiem świadczeń nielimitowanych) pozostaje w zgodzie konstytucyjną zasadą zapewnienia każdemu prawa do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej) z uwagi na fakt, iż warunki i zakres udzielania świadczeń określać ma ustawa (art. 68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej). Niewątpliwie

najważniejszą ustawą określającą te warunki i zakres udzielania świadczeń jest ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych środkami publicznymi, w tym powołany wyżej jej art. 135 ust. 2 i art. 136 pkt 5.

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 powoda 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. Zgodnie z art. 7 Ustawy z 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Z kolei art. 30 Ustawy z 05 grudnia 2005 roku o zawodzie lekarza i lekarza dentystry wskazuje, że lekarz ma obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach nie cierpiących zwłoki. Analiza powyższych unormowań pozwala na sformułowanie poglądu, 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 nagle i niespodziewane, których nie można przewidzieć (na przykład pacjent z udarem mózgu, zawałem serca, poszkodowani w wypadkach drogowych). Nie są nimi zabiegi, które wprawdzie ratują życie, jednak stosowane są u chorych leczonych przewlekle, wymagających regularnego poddawania się zabiegom medycznym. Zatem podstawowym warunkiem jest udowodnienie wykonania świadczeń w warunkach potrzeby ich natychmiastowego udzielenia. Choć każde świadczenie medyczne jest udzielane w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia, to nie każde jest świadczeniem udzielanym w sytuacji wymagającej natychmiastowej pomocy medycznej, której odroczenie w czasie może skutkować utratą życia lub zdrowia. Warunkiem przyznania finansowania na ponadlimitowane świadczenia ratujące życie jest więc udowodnienie wykonania świadczeń w warunkach potrzeby ich natychmiastowego udzielenia. Ową potrzebę natychmiastowego udzielenia świadczenia (określoną w art. 7 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej czy w art. 30 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry), powołane przez powoda orzeczenia sprowadzają się do pojęcia stanu nagłego zdefiniowanego, poprzez art. 19 w związku z art. 5 pkt. 33 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w art. 3 pkt 8 Ustawy z 08 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Numer 191, pozycja 1410, ze zmianami). Pozwany podniósł, iż powód nie udowodnił nie tylko wyżej wymienionych przesłanek, to jest udzielania świadczeń w stanie zagrożenia życia lub zdrowia, natychmiastowość zagrożenia oraz nieprzewidywalność zagrożenia – ale również faktu wykonania przedmiotowych świadczeń. Zarzucił też, że powód nie przedstawił w przewidzianej formie wykazu świadczeń będących przedmiotem sporu, pozwany bowiem nie otrzymał jakiegokolwiek dokumentacji medycznej dotyczącej przypadków wskazanych w pozwie.

W piśmie przygotowawczym z 16 września 2011 roku powód wskazał, że wbrew twierdzeniom pozwanego załączył do pozwu zarówno dokumentację medyczną każdego pacjenta jak i również sporządzony wykaz świadczeń wraz z tabelami określającymi wartość przedmiotu sporu. Ponadto powód wskazał, że wykazywał pozwanemu do rozliczenia wszystkie udzielane w 2009 roku świadczenia, jednakże nie miał wpływu na to, które z nich zostaną zapłacone. To system (...) poprzez ustalone zasady zawarte w komunikacie z 04 września 2009 roku kwalifikował pacjentów do zapłaty.

W piśmie przygotowawczym z 11 października 2011 roku pozwany podtrzymując swoje dotychczasowe stanowisko wskazał, 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, nadto w okresie objętym przedmiotem sporu w roku 2009 na terenie działania pozwanego inni świadczeniodawcy posiadali zawarte umowy z (...). Wynikający z art. 18 a ust. 1a pkt 3 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej obowiązek współdziałania zakładu z innymi zakładami opieki zdrowotnej, wskazuje, że powód powinien mieć świadomość przekraczania limitów przyznanych umową oraz wypracowane na taką okoliczność jasne i przejrzyste procedury postępowania kierujące pacjentów (nie byli oni wszakże w stanie zagrażającym ich życiu) do innych szpitali. Ponadto zgodnie z Ustawą z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 26 września 2005 roku świadczeniodawcy mają obowiązek ustalania kolejności udzielania świadczeń, tymczasem czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne w szpitalu powoda wynosił zero dni, co w ocenie pozwanego świadczy, że nadwykonania są skutkiem złej organizacji przyjęć pacjentów, w ogóle nie uwzględniających konieczności przestrzegania maksymalnej wartości kontraktu, ustalonej w Umowie.

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

(...) Publiczny Szpital (...) we W. jest szpitalem publicznym i świadczenia, które wykonuje, finansuje z umowy z (...). Zawieranie umów o finansowanie szpitala oraz aneksów do tych umów poprzedzone jest zasadniczo negocjacjami. Pierwsza umowa w roku 2009 podpisana została na okres pierwszego półrocza. W zakresie drugiego półrocza 2009 przedstawiono świadczeniodawcom propozycje zawarcia umowy na ten okres, lecz wysokość kontraktów (limit kwotowy) był niższy niż na pierwsze półrocze 2009 roku, stąd większość świadczeniodawców odmówiła zawarcia takich kontraktów. Z uwagi na poziom środków, które (...) posiadał, zawierano aneksy finansowe na kolejne cztery miesiące, pozostawiając ustalenie wysokości limitu na ostatnie dwa miesiące roku 2009. 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) powodów skutkowałoby niemożnością wykonywania świadczeń zdrowotnych. Stowarzyszenie Szpitali (...) do którego należał powód wystosowało, do (...) pismo z prośbą o niezamieszczanie zapisów odnośnie zrzeczenia się roszczeń, lecz nieskutecznie.

(dowód: zeznania świadka M. D. (2) – rozprawa z 31 maja 2012 roku min. 11.41 – 19.24,

przesłuchanie J. W. (2) za powoda – rozprawa z 31 maja 2012 roku min. 20.03 – 30.03).

W Szpitalu (...) we W. znajduje się między innymi Oddział (...). Na Oddziale tym dokonuje się leczenia planowego oraz udziela się świadczeń zdrowotnych pacjentom, którzy potrzebują natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Decyzję o przyjęciu pacjenta podejmuje lekarz izby przyjęć. Ta decyzja dotyczy pacjentów przyjmowanych w trybie nagłym jak również pacjentów z kolejki, tak zwanych planowych.

(dowód: przesłuchanie J. W. (2) za powoda rozprawa z 31 maja 2012 roku min. 20.03 – 30.03).

28 stycznia 2009 roku Szpital (...) we W. zawarł z (...) (...) Oddziałem Wojewódzkim we W. umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne, numer (...), obejmującą między innymi świadczenia z zakresu (...). Kod tego zakresu świadczeń to 03.4000.030.02. – 1. Umowę zawarto na okres od 01 stycznia 2009 roku do 31 grudnia 2011 roku.

(dowód: umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne numer (...) z 28 stycznia 2009 roku wraz z załącznikami k. 87-94).

W umowie ustalono, że kwota zobowiązania (...) wobec świadczeniodawcy, (powoda), z tytułu realizacji umowy w okresie od 01 stycznia 2009 roku do 30 czerwca 2009 roku wynosi maksymalnie 6.060.918 zł, zaś w okresie od

01 lipca 2009 roku do 31 grudnia 2009 roku wynosi o zł. Załącznikami do umowy były: plan rzeczowo-finansowy, harmonogram zasobów i wykaz podwykonawców.

W planie rzeczowo-finansowym na okres rozliczeniowy od 01 stycznia 2009 roku do 31 grudnia 2009 roku w zakresie (...) przyjęto, że powód może wykonać 77.190 jednostek rozliczeniowych przy cenie jednej jednostki wynoszącej 51 zł, co daje ogólną wartość 3.936.690 zł. Wykonanie jednostek rozliczeniowych podzielone było na poszczególne miesiące pierwszych dwóch kwartałów 2009 roku. W umowie ustalono, że świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w Zarządzeniu Prezesa (...) numer (...) z 22 października 2008 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (§ 1 ust. 2) oraz przyjęto (§ 4 ust. 7), 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 roku wraz z załącznikami k. 87-94).

10 lutego 2009 roku 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 roku do 30 czerwca 2009 roku 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 powód może wykonać w zakresie (...) 17.802 jednostek rozliczeniowych przy cenie jednej jednostki wynoszącej 51 zł, co daje ogólną wartość 907.902 zł. Kod tego zakresu świadczeń to 03.4060.030.02. – 1.

Jednostki rozliczeniowe dotyczące zakresu (...) pozostawiono bez zmian.

W § 2 Aneksu świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec Świadczeniodawcy, o której mowa w § 4 umowy (kwota maksymalna) 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: załącznik numer 1 do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne numer (...) z 28 stycznia 2009 roku k. 93-94,

Aneks numer (...) z 10 lutego 2009 roku wraz z załącznikami k. 95-99).

19 marca 2009 roku 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 roku do 30 czerwca 2009 roku na 12.295,770 zł. W § 1 pkt 2 aneksu zmieniono ponadto treść załącznika numer 1 do umowy planu rzeczowo – finansowego, jednostki rozliczeniowe przyznane dla zakresu świadczeń (...) oraz (...) pozostawiono bez zmian. W § 2 aneksu świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec Świadczeniodawcy, o której mowa w § 4 umowy (kwota maksymalna) 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 19 marca 2009 roku wraz z załącznikami k. 102-106).

12 kwietnia 2009 roku 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 roku do 30 czerwca 2009 roku 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 (...) oraz (...) pozostawiono bez zmian. W § 2 Aneksu świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec Świadczeniodawcy, o której mowa w § 4 Umowy (kwota maksymalna) 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 roku wraz z załącznikami k. 108-112).

21 kwietnia 2009 roku 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 roku do 30 czerwca 2009 roku na 14.157.880 zł. W § 1 pkt 2 aneksu zmieniono ponadto treść załącznika numer 1 do umowy planu rzeczowo – finansowego, jednostki rozliczeniowe przyznane dla zakresu świadczeń (...) oraz (...) pozostawiono bez zmian. W § 2 Aneksu świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec Świadczeniodawcy, o której mowa w § 4 umowy (kwota maksymalna) 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 roku wraz z załącznikami k. 114-118).

29 maja 2009 roku 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 roku do 30 czerwca 2009 roku na 13.430.620 zł. W § 1 pkt 2 aneksu zmieniono ponadto treść załącznika numer 1 do umowy planu rzeczowo – finansowego, jednostki rozliczeniowe przyznane dla zakresu świadczeń (...) oraz (...) pozostawiono bez zmian. W § 2 Aneksu świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec Świadczeniodawcy, o której mowa w § 4 Umowy (kwota maksymalna) 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 roku wraz z załącznikami k. 119-123).

03 czerwca 2009 roku 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 roku do 30 czerwca 2009 roku na 13.565.005 zł. W § 1 pkt 2 aneksu zmieniono ponadto treść załącznika numer 1 do umowy planu rzeczowo – finansowego, w którym zmienione została ilość przyznaczonych w zakresie (...) jednostek rozliczeniowych na 67.344 przy cenie jednej jednostki wynoszącej 51 zł, co daje ogólną wartość 3.434.544 zł. 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 (kwota maksymalna) 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 roku wraz z załącznikami k. 125, 127-130).

15 czerwca 2009 roku 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 roku do 30 czerwca 2009 roku na 14.292.265 zł. W § 1 pkt 2 aneksu zmieniono ponadto treść załącznika numer 1 do umowy planu rzeczowo – finansowego. Jednostki rozliczeniowe przyznane dla zakresu świadczeń (...) oraz (...) pozostawiono bez zmian. W § 2 Aneksu świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec Świadczeniodawcy, o której mowa w § 4 Umowy (kwota maksymalna) 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. 121-136).

30 czerwca 2009 roku 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 lipca 2009 roku do 31 grudnia 2009 roku z kwoty o na 9.492.255 zł. W § 1 pkt 2 aneksu zmieniono ponadto treść załącznika numer 1 do umowy planu rzeczowo – finansowego, w którym przyznano w zakresie (...) jednostki rozliczeniowe w wysokości na 105.599 przy cenie jednej jednostki wynoszącej 51 zł, co daje ogólną wartość 5.385.549 zł oraz w zakresie (...) jednostki rozliczeniowe w wysokości na 28.309 przy cenie jednej jednostki wynoszącej 51 zł, co daje ogólną wartość 1.443.759 zł. Wykonanie jednostek rozliczeniowych podzielone było na poszczególne miesiące ostatnich dwóch kwartałów 2009 roku, z pominięciem miesiąca listopada i grudnia 2009, gdzie wskazano wartość przyznanych środków na 0. W § 2 Aneksu świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec Świadczeniodawcy, o której mowa w § 4 Umowy (kwota maksymalna) 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 roku wraz z załącznikami k. 137-142).

10 sierpnia 2009 roku oraz 18 sierpnia 2009 roku strony zawarły Aneks odpowiednio numer (...) i (...) do umowy numer (...) z 28 stycznia 2009 roku, w którym kolejno zmieniano treść załącznika numer (...) do umowy Planu rzeczowo – finansowego. Jednostki rozliczeniowe przyznane dla zakresu świadczeń (...) oraz (...) pozostawiono bez zmian. W § 2 Aneksów świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec Świadczeniodawcy, o której mowa w § 4 Umowy (kwota maksymalna) 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 roku wraz z załącznikami k. 144-149,

Aneks numer (...) z 18 sierpnia 2009 roku wraz z załącznikami k. 150-155).

30 października 2009 roku 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 do 30 czerwca 2009 roku na kwotę 14.284.615 zł oraz w okresie od 01 lipca 2009 roku do 31 grudnia 2009 roku na kwotę 14.305.641 zł. W § 1 pkt 3 aneksu zmieniono ponadto treść załącznika numer 1 do umowy planu rzeczowo – finansowego, w którym przyznano w zakresie (...) jednostki rozliczeniowe za cały okres 12 miesięcy 2009 roku w wysokości 109.209 przy cenie jednej jednostki wynoszącej 51 zł, co daje ogólną wartość 5.569.659 zł oraz w zakresie (...) jednostki rozliczeniowe za cały okres 12 miesięcy 2009 roku w wysokości 29.263 przy cenie jednej jednostki wynoszącej 51 zł, co daje ogólną wartość 1.492.413 zł. Wykonanie jednostek rozliczeniowych podzielone było na poszczególne miesiące 2009 roku. W § 2 aneksu świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec Świadczeniodawcy, o której mowa w § 4 umowy (kwota maksymalna) 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 roku wraz z załącznikami k. 157-163).

31 grudnia 2009 roku 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 do 30 czerwca 2009 roku na kwotę 14.298.997 zł. W § 1 pkt 2 Aneksu zmieniono ponadto treść załącznika numer 1 do umowy planu rzeczowo – finansowego, jednostki rozliczeniowe z zakresów (...) oraz (...) nie uległy zmianie. W § 2 Aneksu świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec Świadczeniodawcy, o której mowa w § 4 Umowy (kwota maksymalna) 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 roku wraz z załącznikami k. 166-171).

12 lutego 2010 roku 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 do 30 czerwca 2009 roku na kwotę 14.287.165 zł oraz w okresie od 01 lipca 2009 roku do 31 grudnia 2009 roku na kwotę 14.317.473 zł. W § 1 pkt 3 aneksu zmieniono ponadto treść załącznika numer 1 do umowy Planu rzeczowo – finansowego, w którym przyznano w zakresie (...) jednostki rozliczeniowe za cały okres 12 miesięcy 2009 roku w wysokości na 111.129 przy cenie jednej jednostki wynoszącej 51 zł, co daje ogólną wartość 5.667.579 zł, jednostki rozliczeniowe z zakresu (...) nie uległy zmianie.

(dowód: Aneks numer (...) z 12 lutego 2010 roku wraz z załącznikami k. 173-178).

Aneksem numer (...) zawartym 18 lutego 2009 roku strony zmieniły zapis § 1 ust. 2 łączącej je Umowy w ten sposób, że wskazały, iż świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa (...) numer (...) z 22 października 2008 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, zmienionych zarządzeniem Prezesa (...) numer (...) z 23 stycznia 2009 roku.

Aneksem numer (...) zawartym 18 lutego 2009 roku strony zmieniły zapis § 1 ust. 2 łączącej je umowy w ten sposób, że wskazały, iż świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa (...) numer (...) z 22 października 2008 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, zmienionych zarządzeniem Prezesa (...) numer (...) z 23 stycznia 2009 roku, zmienionego zarządzeniem Prezesa (...) numer (...) z 26 stycznia 2009 roku.

(dowód: Aneks numer (...) z 18 lutego 2009 roku k. 100,

Aneks numer (...) z 18 lutego 2009 roku k. 101)

Aneksem numer (...) z 24 marca 2009 roku strony zmieniły zapis § 1 ust. 2 łączącej je umowy w ten sposób, że wskazały, iż świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa (...) numer (...) z 22 października 2008 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, zmienionych zarządzeniem Prezesa (...) numer (...) z 23 stycznia 2009 roku, zmienionego zarządzeniem Prezesa (...) numer (...) z 26 stycznia 2009 roku, zmienionego zarządzeniem Prezesa (...) numer (...) z 5 marca 2009 roku.

(dowód: Aneks numer (...) z 24 marca 2009 roku k. 107).

Aneksem numer (...) podpisanym przez strony 17 kwietnia 2009 roku strony zmieniły zapis § 1 ust. 2 łączącej je umowy w ten sposób, że wskazały, iż świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa (...) numer (...) z 22 października 2008 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, zmienionych zarządzeniem Prezesa (...) numer (...) z 23 stycznia 2009 roku, zmienionego zarządzeniem Prezesa (...) numer (...) z 26 stycznia 2009 roku, zmienionego zarządzeniem Prezesa (...) numer (...) z 5 marca 2009 roku, zmienionego zarządzeniem Prezesa (...) numer (...) z 19 marca 2009 roku.

(dowód: Aneks numer (...) z 17 kwietnia 2009 roku k. 113).

20 lipca 2009 roku aneksem numer (...) strony zmieniły zapis § 1 ust. 2 łączącej je umowy w ten sposób, że wskazały, iż świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa (...) numer (...) z 22 października 2008 roku w sprawie określenia warunków zawierania i

realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, zmienionych zarządzeniem Prezesa (...) numer (...) z 23 stycznia 2009 roku, zmienionego zarządzeniem Prezesa (...) numer (...) z 26 stycznia 2009 roku, zmienionego zarządzeniem Prezesa (...) numer (...) z 5 marca 2009 roku, zmienionego zarządzeniem Prezesa (...) numer (...) z 19 marca 2009 roku, zmienionego zarządzeniem Prezesa (...) numer nr (...) z 29 czerwca 2009 roku.

(dowód: Aneks numer (...) z 20 lipca 2009 roku k. 143).

W zakresie chorób wewnętrznych i geriatryi pozwany z tytułu wykonania świadczeń w 2009 roku zapłacił powodowi całą kwotę wynikającą z zawartej umowy, po uwzględnieniu ostatniej zmiany kwoty w aneksie (...).

(dowód: okoliczności bezsporne).

Przepisami regulującymi zasady rozliczeń finansowych stron są ogólne warunki zawierania umów. Świadczeniodawca kwalifikuje, a później ewidencjonuje wykonane usługi, przesyła zakres tych danych do (...). To sprawozdanie również w wersji elektronicznej jako zamknięty dokument jest przesyłane do (...). Świadczeniodawca zobowiązany jest do przedstawienia określonego zbioru danych; między innymi określony jest tryb przyjęcia pacjenta do szpitala, czy jest to przyjęcie w trybie nagłym, czy ze skierowaniem, jak też wykonane usługi oznacza jako ratujące życie. W 2009 roku obowiązywał system rozliczeniowy JGP (jednorodne grupy pacjentów). W 2009 roku powód sporządzając sprawozdanie oznaczał część świadczeń jako ratujących życie z całego zbioru świadczeń, świadczenia, których dotyczy niniejsza sprawa zostały przekazane w formie komunikatu pierwszej fazy do (...).

(dowód: zeznania świadka A. O. elektroniczny protokół rozprawy z 31 maja 2012 roku min. od 03:43 do 20:00)

07 stycznia 2010 roku powód wystawił fakturę VAT numer (...) za świadczenia zdrowotne wykonane ponad limit w grudniu 2009 roku 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. 07 stycznia 2010 roku powód wystawił również fakturę VAT nr (...) za świadczenia zdrowotne wykonane ponad limit w grudniu 2009 roku na podstawie umowy numer (...) na kwotę 63.248,53 zł. Pismem z 14 maja 2010 roku powód wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 980.403,61 zł, kwota ta zawierała kwotę 278.990,40 zł tytułem zwrotu wartości świadczeń z zakresu (...), lecz bezskutecznie.

(dowód: faktura VAT numer (...) z 07 stycznia 2010 roku k. 67,

faktura VAT numer (...) z 04 lutego 2010 roku k. 68,

faktura VAT numer (...) z 07 stycznia 2010 roku k. 69,

wezwanie do zapłaty z 14 maja 2010 roku k. 70-71).

W roku 2009 powodowy szpital udzielił świadczeń zdrowotnych w trybie art. 7 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej na Oddziale (...): M. N., M. H. (1), J. O., W. R. (1), J. H., W. R. (2), M. H. (2), K. J., S. C., A. D., C. M., S. G., G. M., K. A., A. W. (1), Z. G. (1), Z. K., C. G., Z. Z., U. P., L. O., A. W. (2), J. J. (1), M. M., J. S. (1), A. B., D. B. (1), D. B. (2), K. G., J. F., D. K., P. O., M. S., J. S. (2), C. S., B. L., M. B., M. W. (1), R. O., A. S. (1), J. W. (1), P. D., A. M. (2), W. B. (1), K. S. (1), Z. S. (1), K. S. (2), L. J., K. W., K. P., J. K. (1), J. S. (3), Z. S. (2), B. M., W. S., M. D. (1), D. A., V. D., H. J., R. M., A. K. (1), T. S., J. L., T. O., P. D., D. Z., L. B., K. K., S. S., K. S. (3), C. L., A. P. (1), A. K. (2), B. B., A. Ż., T. M., W. B. (2), J. M., E. L., U. L., M. L., J. K. (2), S. R., B. K., C. F., A. S. (2), O. S..

(dowód: opinia biegłego sądowego z zakresu chorób wewnętrznych dr. n.med. R. S. k. 265-305).

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie.

Przedmiotem sporu w rozpoznawanej sprawie było istnienie podstaw odpowiedzialności pozwanego z tytułu udzielonych przez powoda świadczeń medycznych ponad umownie ustalone limity. Pozwany zaprzeczał aby był

zobowiązany do zapłaty za świadczenia ponad limit wskazany w kontrakcie; nadto jeśli taki obowiązek istniał z mocy przepisów prawa to powód skutecznie zrzekł się wszelkich roszczeń finansowych w zakresie kontraktu za rok 2009, co zostało każdorazowo wyartykułowane w § 2 aneksów do umowy.

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

Finansowanie świadczeń zdrowotnych w 2009 roku regulowane było przepisami Ustawy z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 roku, numer 164 pozycja 1027 tekst jednolity), uzupełnionych regulacjami Ustawy z 30 sierpnia 1991 roku 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. Art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 02 kwietnia 1997 roku 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 (ust. 1 i 2 wskazanego artykułu).

Kwestia istnienia obowiązku zapłaty pozwanego 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 roku Sąd Najwyższy (sygn. akt I CK 18/05, publikowany w Lex numer 181380) 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 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. z 1997 roku numer 28, pozycja 153 ze zmianami) obowiązku 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 orzecznictwie słusznie podkreśla się, że skoro uprawnienie do uzyskania natychmiastowej pomocy medycznej w stanach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia jest wyrazem ochrony życia i zdrowia gwarantowanej przez Państwo, a na podmiotach udzielających świadczeń medycznych ciąży bezwzględny obowiązek ratowania życia i zdrowia ludzkiego w przypadkach nagłych, to koszty realizacji tego obowiązku powinny obciążać Państwo. Z tego też względu osoby, które udzieliły pomocy medycznej w wypadkach nagłych mogą domagać się od Państwa zwrotu kosztów udzielenia tej pomocy. Roszczenie to przysługuje przy tym nie wobec Skarbu Państwa, ale w stosunku do (...), jako że stanowi on państwową osobę prawną, do której zadań, zgodnie z art. 97 ust. 3 pkt 2a-3b Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, należy finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. Obowiązek zwrotu kosztów udzielenia pomocy medycznej w przypadkach nagłych ma więc swoje umocowanie w przepisach powszechnie obowiązujących i jako taki nie może zostać ograniczony za pomocą czynności prawnych, w tym umów. Umowa uchylająca lub ograniczająca powyższy obowiązek byłaby nieważna z mocy art. 58 § 1 k.c. (por. wyrok Sądu Najwyższego z 13 lipca 2005 roku, sygn. akt I CK 18/05, OSP 2006, zeszyt 6, pozycja 70 z glosą aprobowaną M. Nestorowicza, PiM2006, numer 23, strona 146). Przepisy Ustawy z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w sposób jednoznaczny wskazują, że podstawą udzielania przez świadczeniodawcę świadczeń zdrowotnych jest zawarta przez niego z (...) umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Finansowanie Szpitala (...) we W. przez (...) jest okresowe i w roku 2009 odbywało się w trzech ratach. Najpierw na pierwsze sześć miesięcy 2009 roku, następnie na okres kolejnych czterech miesięcy 2009 roku i później na koniec roku – listopad i grudzień, z uwagi na co nie była znana globalna kwota kontraktu na cały rok 2009. W tym miejscu wskazać należy, że w momencie kontraktacji usług medycznych żaden świadczeniodawca nie jest w stanie przewidzieć ile procedur w wypadkach nagłych ratujących życie i zdrowie będzie musiał zastosować. Te ostatnie procedury muszą być jednakże w momencie kontraktacji także przewidziane ale w sytuacji, gdy wyczerpie się limit umowy są nadal realizowane. To niewątpliwie odróżnia procedurę planową od ratującej życie i zdrowie. Ta pierwsza nie zostanie zrealizowana po wyczerpaniu limitu, ta druga zawsze – w ramach posiadanych przez szpital środków zakontraktowanych lub poza nimi, o ile ulegną wyczerpaniu. W praktyce zakładów opieki zdrowotnej zdarza się niejednokrotnie, że świadczeniodawca nie planuje realizacji świadczeń w racjonalny sposób, na podstawie liczby świadczeń zawartych w umowie, realizując wszelkie możliwe świadczenia, które jest w stanie wykonać przy określonym potencjale jednostki. Po stwierdzeniu, że zrealizowano większą ilość świadczeń niż wynika to z umowy, kieruje roszczenie do (...), uzasadniając przekroczenie limitów koniecznością udzielania świadczeń ratujących życie i zdrowie.

W niniejszej sprawie w planie rzeczowo finansowym stanowiącym załącznik do Umowy numer (...) kwota umowy podzielona została na poszczególne miesiące. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w okresie sprawozdawczym był rachunek wraz z raportem statystycznym, w wersji elektronicznej. Powód składał Oddziałowi (...) rachunek na piśmie oraz raport statystyczny w formie elektronicznej do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni. Przepisami regulującymi zasady rozliczeń finansowych stron są ogólne warunki zawierania umów zawarte w zarządzeniu Prezesa (...) numer (...) z 22 października 2008 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne, zmienionych zarządzeniem Prezesa (...) numer (...) z 23 stycznia 2009 roku, zmienionego zarządzeniem Prezesa (...) numer (...) z 26 stycznia 2009 roku, zmienionego zarządzeniem Prezesa (...) numer (...) z 05 marca 2009 roku, zmienionego zarządzeniem Prezesa (...) numer (...) z 19 marca 2009 roku, zmienionego zarządzeniem Prezesa (...) numer nr (...) z 29 czerwca 2009 roku. Na podstawie tego zarządzenia świadczeniodawca kwalifikuje, a później ewidencjonuje wykonane usługi, przesyła zakres tych danych do (...). Świadczeniodawca na podstawie danych potwierdzonych przez płatnika tworzy sprawozdanie, które również w wersji elektronicznej jako zamknięty dokument jest przesyłane do (...). Wskazać należy, że świadczeniodawca zobowiązany jest do przedstawienia określonego zbioru danych, między innymi określony jest tryb przyjęcia pacjenta do szpitala, czy jest to przyjęcie w trybie nagłym, czy ze skierowaniem, jak też wykonane usługi oznacza jako ratujące życie.

W sprawie bezspornym była okoliczność, że świadczenia, których dotyczy niniejsza sprawa zostały przekazane w formie komunikatu pierwszej fazy do (...). Jak wskazała świadek A. O., dane dotyczące świadczeń oraz ich odpowiednią kwalifikację jako przypadek nagły i leczenie planowe było pozwanemu przesyłane regularnie, lecz po wysłaniu sprawozdania, powód nie miał już wpływu na wybór świadczeń przez pozwanego, które pozwany finansował. Wśród części świadczeń, co do których pozwany odmówił finansowania znalazły się świadczenia udzielone w trybie art. 7 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, stanowiące podstawę roszczenia. Pozwany kwestionował w toku postępowania zarówno obowiązek zapłaty co do zasady za świadczenia, a nadto zarzucał, że powód nie wykazał, aby świadczenia, za które domaga się zapłaty w niniejszym procesie udzielone zostały w trybie art. 7 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Jak wskazano już wyżej powodowi co do zasady przysługiwało wobec (...) roszczenie o zwrot kosztów udzielenia świadczeń w sytuacjach nagłych. Oczywiście, do zasądzenia żądanej przez powoda kwoty konieczne było wykazanie, że udzielił 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 roku, sygn. akt II CSK 532/07, publikowany LEX numer 469387; wyrok Sądu Najwyższego z 05 listopada 2003 roku, sygn. akt IV CK 189/02, publikowany LEX numer 164009). Powód udowodnił powyższe okoliczności, gdyż z przeprowadzonych w sprawie dowodów (a w szczególności z opinii biegłego) wynika niezbicie, że w okresie od 01 stycznia 2009 roku do 31 grudnia

2009 roku powodowy szpital udzielił świadczeń zdrowotnych w stanie zagrożenia życia lub pogarszającego się stanu zdrowia wymagających niezwłocznej pomocy medycznej 89 pacjentom, a koszty tych świadczeń, nie zostały pokryte przez pozwanego.

Pozwany podnosił, że udzielone przez powoda świadczenia medyczne nie dotyczyły sytuacji nagłych, jednak twierdzenia te nie znajdują oparcia w zebranych w sprawie materiałach dowodowych, zaś jego wnioski dowodowe o przeprowadzenie uzupełniającej opinii biegłego z zakresu chorób wewnętrznych został przez pozwanego cofnięty; w tym zakresie zatem Sąd uznał powyższe okoliczności za udowodnione przez powoda za pomocą dowodu z opinii biegłego, która nie została ostatecznie skutecznie zakwestionowana przez pozwanego. Przed przejściem do dalszych rozważań w tej kwestii należy wskazać, że przez świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w stanach nagłych, o których mowa w art. 7 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, należy rozumieć takie świadczenia, które są realizowane w stanie polegającym 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, wymagającym podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia, co wynika z art. 5 pkt 33 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zw. z art. 3 pkt 8 ustawy z 08 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013, pozycja 757 t.j.) (por. M. Dercz i T. Rek, Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz, 2010, ABC, art. 7, tom 4; K. Baka, Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, 2010, ABC, art. 5, rozdział Stan nagły, tom 2; A. Pietraszewska-Macheta, ibidem, art. 19, rozdział Przesłanki wystąpienia stanu nagłego, tom 1). Trzeba więc podkreślić, że w hipotezie art. 19 ust. 1 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawierają się nie tylko nagle wypadki zagrożenia utratą życia, ale też nagle wypadki zagrożenia utratą zdrowia (por. wyrok Sądu Najwyższego z 13 października 2006 roku, sygn. akt III CSK 123/06, publikowany w LEX numer 258671). Zagrożenie utratą życia lub zdrowia musi jednak w każdym wypadku być nagłe, co oznacza, że świadczeniami zdrowotnymi udzielanymi w sytuacjach nagłych nie będą takie, które co prawda ratują życie lub zdrowie, jednak stosowane są u chorych leczonych przewlekle, wymagających regularnego poddawania się zabiegom medycznym (por. wyrok Sądu Najwyższego z 04 stycznia 2007 roku, sygn. akt V CSK 396/06, publikowany w LEX numer 244455).

Świadczenia udzielone przez powodowy szpital, z których wywodzi on rozpoznawane roszczenie, miały charakter świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w stanach nagłych, w powyższym rozumieniu. Z powołanej już opinii biegłego wynika bowiem, że wskazane wcześniej świadczenia w 89 ze 103 zbadanych przypadków zostały udzielone w stanach zagrożenia życia lub pogarszającego się stanu zdrowia, wymagających podjęcia natychmiastowej interwencji medycznej. Z tej też przyczyny nie można zgodzić się ze stwierdzeniem pozwanego, że powyższe świadczenia nie były udzielane w stanach nagłych i tym zakresie zarzut pozwanego był chybiony.

Z uwagi na powyższe, skoro świadczenia te były świadczeniami ratującymi życie w trybie art. 7 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej to pozwany (...) miał obowiązek je finansować bez względu na przyznany w umowie łączącej strony limit kwotowy. Pomimo jednak ustalenia powyższego powództwo podlegało oddaleniu z uwagi na uwzględnienie drugiego zarzutu pozwanego.

Podejmując rozstrzygnięcie w niniejszej sprawie Sąd ustalił bowiem, 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 dochodzone. We wszystkich aneksach do Umowy z 28 stycznia 2009 roku, w których umieszczony został § 2 powodowy 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.

W ocenie Sądu zawarcie aneksów o podanej treści wywołuje skutek w postaci wygaśnięcia roszczeń powodowego szpitala wobec (...). Nie można przy tym zgodzić się ze stwierdzeniem powoda, że analizowane aneksy nie dotyczą świadczeń ponadlimitowych. Zawieranie bowiem aneksów regulujących zobowiązania stron z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych w umownych limitach byłoby pozbawione sensu w sytuacji, w której świadczenia te zostały już między stronami rozliczone.

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. Sformułowania zawarte w § 2 powołanych aneksów 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 Sądu Najwyższego z 05 kwietnia 2007 r., sygn. akt II CSK 546/06). Z przywołanego oświadczenia zawartego we wspomnianych aneksach wynika zdaniem Sądu w sposób oczywisty, że powód zrzekł się wszelkich roszczeń poza umówioną kwotę. 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, powód miał więc świadomość wysokości należności związanej z udzielonymi świadczeniami ratującymi życie i zdrowie. Słuchany w charakterze powoda J. W. (2) podnosił, że podpisanie aneksów było podstawą do otrzymania funduszy od pozwanego, bez których szpital, wobec nie posiadania przez powoda tak zwanej rezerwy finansowej, nie mógłby „z dnia na dzień” funkcjonować, zaś bez tego typu oświadczenia zawarcie aneksów finansowych byłoby niemożliwe. Nie ulega jednak wątpliwości, że powód zrzekał się tych roszczeń, w zamian za co otrzymywał środki finansowe. Efektem więc tej swoistej transakcji było to, że (...) uzyskiwał bezpieczeństwo prawne, a zatem żadne roszczenia za ten zamknięty okres nie mogły być formułowane; powód zaś w formie rekompensaty otrzymywał określone środki finansowe. Twierdzenia powoda, 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, w ocenie Sądu nie zostały w okolicznościach niniejszej sprawy wykazane. Poza gołosłownym twierdzeniem, że zrzeczenie się roszczeń wywołane było dominującą pozycją (...), nie przedstawił żadnych dowodów na to, że druga strona kontraktu, rzeczywiście sugerowała, że do zawarcia kolejnych kontraktów ze szpitalem by nie doszło. Na marginesie należy także dodać, że powodowy Szpital nie dowodził także, aby się uchylił od skutków prawnych złożonych oświadczeń woli; J. W. (2) wyjaśniając za powoda przyznał, że nie uchylił się od skutków prawnych złożonych oświadczeń woli.

Przyjąć zatem należało, że w wyniku zrzeczenia się roszczeń przewyższających ustaloną w umowie wartość roszczenia te wygasły i nie mogą być dochodzone.

Wobec ustalenia, że powód skutecznie zrzekł się wszelkich roszczeń z tytułu wykonywania umowy numer (...), w tym roszczeń dotyczących finansowania świadczeń zdrowotnych wykonanych w roku 2009 w trybie art. 7 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, żądanie powoda zapłaty tytułem tych świadczeń jest bezpodstawne.

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

Orzeczenie o kosztach w punkcie II. i III. wyroku Sąd wydał kierując się normą art. 102 k.p.c., według którego w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. W ocenie Sądu takie szczególne względy słuszności, miały miejsce w rozpoznawanej sprawie. Powód, zwolniony od kosztów sądowych w całości, znajduje się w trudnej sytuacji finansowej, stąd jego starania o pozyskanie środków finansowych, są jak najbardziej zrozumiałe, zwłaszcza w okolicznościach niniejszej sprawy.

Ponieważ w rozpoznawanej sprawie powód był w całości zwolniony od kosztów sądowych, nadto z inicjatywy powoda przeprowadzono dowód w postaci opinii biegłego, kosztami tego postępowania na mocy art. 113 Ustawy z 25 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. z 2010 roku, numer 90, pozycja 594 tekst jednolity ze zmianami) obciążono Skarb Państwa.

(...)

1. (...)

2. (...)

a) (...)

b) (...)

3. (...)

**30 grudnia 2013 r.**