

Sygn. akt I C 1733/12

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 stycznia 2015 r.

**Sąd Okręgowy we Wrocławiu Wydział I Cywilny**

w składzie:

Przewodniczący: SSO Aneta Fiałkowska – Sobczyk

Protokolant: Jagoda Jarosławska

po rozpoznaniu w dniu 22 stycznia 2015 r. we Wrocławiu

sprawy z powództwa (...)Szpitala (...) w B.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu we W.

o zapłatę

I. oddała powództwo;

II. nie obciąża powoda kosztami procesu za I instancję.

Na oryginale właściwy podpis.

Sygn. akt I C 1733/12

## UZASADNIENIE

Strona powodowa (...) Szpital (...)w B.w pozwie z dnia 21.11.2012 r. wniosła o zasądzenie od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego we W.kwoty 658 634,50 zł.

W uzasadnieniu strona powodowa wskazała, że zawarła ze stroną pozwaną następujące umowy:

- umowę nr (...)z dnia 13.01.2011 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (...) (...) (...) ((...));
- umowę nr (...)//(...)z dnia 18.01.2011 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne (...);
- umowę nr (...)z dnia 7.01.2011 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka (...).

Na podstawie ww. umów strona powodowa zobowiązała się do udzielania w 2011 r. świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym stanowiących załączniki do umów.

Co do zasady rozliczenie leczenia pacjenta odbywa się w ten sposób, że NFZ płaci osobno za pobyt pacjenta w szpitalu i osobno za zużywane przy leczeniu leki. Strona powodowa realizowała świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie opisanych wyżej umów, zgodnie z ich brzmieniem, na zasadach określonych w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z poszanowaniem przepisów prawa.

Określony zakres umowy zazwyczaj dotyczy jednego pacjenta, ale może się zdarzyć, że z uwagi na charakter leczenia, jednego pacjenta mogą dotyczyć różne zakresy. Ustalenie odpowiedniej procedury uzależnione jest od rozpoznania oraz od wytycznych NFZ, zawartych w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w

informacji na stronie internetowej pozwanego. Rozliczanie pacjenta odbywa się przede wszystkim według produktu rozliczeniowego. W ramach jednego zakresu pacjent może mieć wdrożonych kilka produktów rozliczeniowych.

Przy czym zasady filtrowania świadczeń uległy zmianie w trakcie okresu rozliczeniowego. Pierwotnie powód mógł rozdzielać świadczenia rozróżniając je w ramach kontraktu i poza kontraktem. Nowy sposób filtrowania pozbawia powoda możliwości wpływania na sposób rozliczania świadczeń.

Jednocześnie powód zaznaczył, że sporządzone do wskazanych umów aneksy, zwiększające kwotę zobowiązania NFZ względem powoda, miały związek z uznawaniem przez stronę pozwaną obowiązku płatności za świadczenia wykonane mimo braku kontraktu, jednakże decyzje w tym zakresie podejmowane były, nie w oparciu o charakter udzielanych świadczeń, ale w miarę posiadanych środków finansowych. Stąd w niniejszej sprawie powód dochodząc de facto zapłaty za świadczenia nie objęte umową, odwołuje się również do umowy z aneksami i sposobu jej finansowania.

W dalszej kolejności strona powodowa wskazywała, iż pomimo tego, że określona w umowie maksymalna kwota zobowiązania pozwanego względem powoda była zwiększana dwoma aneksami, wartość świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom ubezpieczonym przez SP ZOZ przekraczała limity umowne. Powód ostatecznie wykonał na rzecz osób ubezpieczonych świadczenia ponadlimitowe w zakresie leczenia szpitalnego o łącznej wartości 658 634,50 zł. Zdaniem powoda leczenie w dziedzinie neurologii, opieki (...), z uwagi na bezpośrednie zagrożenia życia i zdrowia w razie nie podjęcia leczenia należy zakwalifikować jako leczenie ratujące życie i zdrowie pacjentów.

Wartość świadczeń z zakresu:

1. (...) (...) (...) w (...) wyniosła 64 740,40 zł (nadwykonanie w kwocie 22 034 zł);
2. (...) Szpitalnego na (...) wyniosła 3 780 477 zł (nadwykonanie w kwocie 105 111 zł);
3. (...) (...) i (...) (...) w (...), (...) dla (...), (...) od (...) na oddziałach (...), na Oddziale (...) dla (...), Oddziale (...) dla (...) (...), Oddziale (...), Oddziale (...) (...), (...) Szpitala, Zakładzie (...) (...) wyniosła 419 012,50 zł ( nadwykonanie w kwocie 531 489,50 zł).

Powód wysyłał stronie pozwanej co miesiąc faktury za nadwykonania, jednakże strona pozwana konsekwentnie je odsyłała twierdząc, że zobowiązania zostały już rozliczone. Pismem z 3.10.2011 r. strona powodowa wezwała stronę pozwaną do zapłaty należności za udzielane przez Szpital ponadlimitowe świadczenia zdrowotne, jednakże wezwania te pozostały bez odpowiedzi. Natomiast stosownie do postanowień obowiązującego w okresie objętym pozwem art. 7 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej powodowy szpital, pomimo wyczerpania limitów określonych umową z 03.02.2009 r. nie mógł odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobom, które potrzebowały natychmiastowego udzielenia takich świadczeń ze względu na stan zdrowia lub życia. Ponadto, zgodnie z treścią art. 30 ustawy z dnia 05 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, lekarze udzielający świadczeń zdrowotnych u strony powodowej byli zobowiązani udzielać pomocy, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogła prowadzić do niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia i we wszystkich innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Powód podkreślał, że zgodnie ze stanowiskiem orzecznictwa, Narodowy Fundusz Zdrowia jest obowiązany pokryć koszty świadczeń zdrowotnych udzielonych nawet osobom nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia. Sąd Najwyższy stwierdził zarazem (wyrok z 08.08.2007 r., I CSK 125//07), że określone w umowach limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą przypadków, gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia.

**W odpowiedzi na pozew** strona pozwana – Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki W. wniósł o oddalenie powództwa w całości.

Uzasadniając swoje stanowisko strona pozwana w pierwszej kolejności przyznała, iż strony w 2011 r. miały zawarte trzy umowy w rodzajach świadczeń : leczenie szpitalne – umowa nr (...) z 18.01.2011 r., (...) opieka (...) – umowa nr (...) z

13.01.2011 r. oraz opieka (...)i leczenie(...) – umowa nr (...)z 7.01.2011 r. Maksymalna kwota zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2011 r. ustalona we wskazanych umowach wyniosła odpowiednio: 3 675 366 zł dla świadczeń szpitalnych, 21 353,20 zł dla świadczeń ambulatoryjnych oraz 18 887 523 zł dla świadczeń psychiatrycznych i leczenia uzależnień. Kwoty te, jak wskazywał pozwany, zostały powodowi w całości wypłacone.

Dalej pozwany podkreślał, że zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 210, poz. 2135 ze zm.) podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu. Przepis art. 136 pkt 5 cytowanej ustawy stanowi, że umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy. Umowy zawierane przez NFZ obejmują zarówno świadczenia opieki zdrowotnej planowe, jak i udzielane w trybie nagłym. Niewątpliwie kwota zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy ma charakter maksymalny, a w konsekwencji wyznacza granice odpowiedzialności finansowej Funduszu z tytułu realizacji kontraktu. Pogląd taki potwierdza przepis §14 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 81, poz. 484) który stanowi, że Fundusz jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie sprawozdawczym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie. Przy takiej regulacji prawnej, zdaniem pozwanego, nie istnieją pozaumowne podstawy żądania zapłaty kierowane przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia.

Strona pozwana zwróciła nadto uwagę na zapisy aneksu nr (...)do umowy (...)z 30.06.2011 r. oraz aneksu nr (...)do umowy w rodzaju opieki (...). **Paragrafy 2 obu aneksów stanowią, że „świadczeniodawca oświadcza, iż kwota zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy wyczerpuje wszelkie jego roszczenia wynikające z realizacji umowy, chyba, że Fundusz dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w §4 ust. 1 umowy”.** W ocenie strony pozwanej aneks ten jest swego rodzaju ugodą zawartą pomiędzy stronami, na mocy której Fundusz zwiększył maksymalną kwotę zobowiązania finansowego wobec świadczeniodawcy, zaś ten powyższą kwotę zaaprobował oraz oświadczył, że wyczerpuje to wszystkie jego roszczenia.

W dalszej części odpowiedzi na pozew strona pozwana podnosiła, że aby konkretne świadczenie mogło być zakwalifikowane do kategorii świadczenia ratującego życie lub zdrowie muszą zaistnieć następujące przesłanki: zagrożenie życia lub zdrowia, natychmiastowość (nagłość) zagrożenia oraz nieprzewidywalność zagrożenia. Pozwany zarzucał przy tym, że strona powodowa nie wykazała wskazanych wyżej przesłanek, a w konsekwencji nie udowodniła materialnoprawnych podstaw zgłoszonego roszczenia.

Pozwany zwracał nadto uwagę na okoliczność, iż powód nie wykazał, że świadczenia objęte pozwem mają charakter tzw. świadczeń ponadlimitowych. **Wręcz przeciwnie, z dokumentów źródłowych przedłożonych przez powoda wynikało, że świadczenia udzielone zostały w okresie, gdy nie został wyczerpany limit określony w umowie.** Powyższe, zdaniem strony pozwanej, świadczy o tym, że powodowy szpital realizował umowę w sposób sprzeczny z jej zapisami, wykazane przez powoda świadczenia winny być bowiem rozliczone w ramach obowiązującej umowy.

**Praktyka stosowana przez powoda polega na bieżącym rozliczaniu świadczeń planowych, przy jednoczesnym niewykazywaniu do rozliczeń przypadków nagłych udzielonych w danym okresie sprawozdawczym.** Skutkowało to kumulowaniem się nierozliczonych przypadków nagłych, a w konsekwencji formułowaniem wobec NFZ roszczeń finansowych. Działania takie, zdaniem pozwanego, naruszają zapisy umowy, a także przepisy § 14, 18 i 23 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Pozwany zarzucił również, naruszenie przez powoda zasad współzycia społecznego polegające na braku lojalności powodowego szpitala oraz współpracy przy realizacji zawartych umów. Podkreślał bowiem, że niedopuszczalne jest

podpisanie aneksu rozliczającego wzajemne zobowiązania a następnie dochodzenie dalszych roszczeń na drodze sądowej.

**Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

(...) Szpital (...)w B.jest jednostką wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

W szpitalu funkcjonują oddziały: (...)(...), (...). W powodowym szpitalu znajdują się również poradnie specjalistyczne oraz zakład opiekuńczo-leczniczy ((...)).

Strona powodowa realizuje świadczenia medyczne w ramach umów zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia (...) Oddziałem Wojewódzkim we W..

Umowy z Funduszem zawierane są w trybie postępowania konkursowego, w którym strona pozwana określa maksymalną wartość, którą zapłaci za świadczenia medyczne. Składane przez poszczególne szpitale oferty konkursowe muszą się mieścić w granicach finansowych określonych przez NFZ.

**(dowód:** zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą k. 14, odpis z księgi rejestrowej k. 15-17, zeznania świadka G. U. e-protokół z dnia 28.01.2014 r. 13:29-23:33);

W dniu 13.01.2011 r. (...)Szpital (...)w B.zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę numer (...)o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna, na podstawie której powód zobowiązał się do udzielenia w roku 2011 świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik numer(...) do umowy. Strony uzgodniły, że w 2011 r. będą obowiązywały dwa okresy rozliczeniowe: od 01.01.2011 r. do 30.06.2011 r. i od 01.07.2011 r. do 31.12.2011 r.

Kwota zobowiązania Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od 01.01.2011 r. do 30.06.2011 r. miała wynieść maksymalnie 21 353,20 zł, a w kolejnym okresie od 01.07.2011 r. do 31.12.2011 r. kwota zobowiązania Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy miała wynieść o zł.

Strony uzgodniły, że umowa będzie wykonywana zgodnie z zasadami i na warunkach ustalanych na dany okres rozliczeniowy w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

**(dowód:** umowa numer (...) z 13.01.2011 r. wraz z załącznikami k. 19-29, aneks nr (...) do umowy nr (...) k. 30);

Wynikająca z umowy numer (...)kwota zobowiązania Funduszu wobec świadczeń z zakresu (...) opieki specjalistycznej w roku 2011 ulegała zwiększeniu na mocy zawartego przez strony w dniu 30.06.2011 r. aneksu numer (...).

Stosownie do postanowień aneksu nr (...), kwota zobowiązania Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia wobec (...)Szpitala (...) z tytułu realizacji umowy w okresie od 1.07.2011 r. do 31.12.2011 r miała wynieść maksymalnie 21 353,20 zł.

W § 2 aneksu nr (...) świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, ustalona niniejszym aneksem wyczerpuje wszystkie jego roszczenia, wynikające z realizacji umowy, chyba, że Fundusz dysponował będzie dodatkowymi środkami przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość określoną w umowie.

(dowód: aneks numer (...) do umowy numer (...) z 30.06.2011 r. wraz z załącznikiem k. 31-34);

W dniu 18.01.2011 r. (...)Szpital (...)w B.zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę numer (...)o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne (...), na podstawie której powodowy szpital zobowiązał się

do udzielenia w roku 2011 świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik numer (...) do umowy.

Kwota zobowiązania Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od 01.01.2011 r. do 31.12.2011 r. miała wynieść maksymalnie 3 675 366 zł

Strony uzgodniły, że umowa będzie wykonywana zgodnie z zasadami i na warunkach ustalanych na dany okres rozliczeniowy w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

**(dowód:** umowa numer (...) z 18.01.2011 r. wraz z załącznikami k. 35-46);

W dniu 07.01.2011 r. (...) Szpital (...) w B. zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę numer (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka (...), na podstawie której, powodowy szpital zobowiązał się do udzielenia w roku 2010 świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju opieka (...), w zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik numer (...) do umowy. Kwota zobowiązania Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od 01 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2011 r. miała wynieść maksymalnie 18. 861 415 zł.

Strony uzgodniły, że umowa będzie wykonywana zgodnie z zasadami i na warunkach ustalanych na dany okres rozliczeniowy w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

**(dowód:** umowa numer (...) z 07.01.2011 r. wraz z załącznikami k. 48-59, aneks nr (...) do umowy nr (...) k. 59, aneks nr (...) do umowy nr (...) wraz z załącznikami k. 60);

Na mocy aneksu nr (...) z dnia 18.02.2011 r. do umowy nr (...) kwota zobowiązania Funduszu wobec powoda została zwiększona do kwoty 18 887 551 zł.

Następnie aneksem numer (...) z dnia 30.12.2011 r. kwota maksymalnego zobowiązania Oddziału Funduszu za okres od 1 stycznia 2011 roku do 31 grudnia 2011 roku została zmniejszona do kwoty 18 887 523 zł.

W §2 ww. aneksu nr (...) strona powodowa oświadczyła, że kwota zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określona aneksem wyczerpuje wszystkie roszczenia szpitala, wynikające z realizacji umowy nr (...), chyba że Fundusz dysponował będzie dodatkowymi środkami przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wskazaną w umowie wartość.

**(dowód:** aneks numer (...) do umowy nr (...) wraz z załącznikami k. 61-66, aneks numer (...) do umowy nr (...) wraz z załącznikami k. 67-69);

Rozliczanie wykonanych przez powoda świadczeń w ramach zawartych ze stroną pozwaną umów odbywało się na podstawie comiesięcznych faktur wystawianych przez Szpital i akceptowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Po upływie każdego miesiąca strona powodowa przekazywała stronie pozwanej sprawozdania rzeczowo – finansowe, obejmujące wykaz zrealizowanych świadczeń oraz wyliczenie wynagrodzenia z tego tytułu, z uwzględnieniem liczby jednostek rozliczeniowych przypadających za dane świadczenie i ich ceny, uzgodnionych w ramach kontraktów podpisanych na 2011 r. W oparciu o te zestawienia powód wystawiał fakturę za świadczone usługi medyczne. Świadczenia za dany miesiąc finansowane były przez stronę pozwaną do kwoty nie wyższej niż 1/12 kwoty ciężącego na Funduszu zobowiązania określonego w poszczególnych umowach. W sytuacji uzyskania przez NFZ nadwyżki środków, strona pozwana podpisywała ze świadczeniodawcami aneksy do umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zwiększające wysokość przyjętych na siebie zobowiązań w ramach kontraktu. W ramach przesyłanych przez powoda do Oddziału Funduszu wykazów udzielonych świadczeń, system NFZ filtrował dane dotyczące pacjentów i świadczeń, wprowadzając je wyłącznie do wysokości kontraktu. **W pierwszej kolejności system porządkował świadczenia ratujące życie i zdrowie, a w dalszej - świadczenia planowe.** Rozliczenie pacjenta korzystającego z leczenia szpitalnego następowało z chwilą jego wypisu ze szpitala. **Identyfikacja poszczególnych świadczeń udzielonych w tzw. trybie nagłym, oznaczonych literą (...) czy też**

**planowych, oznaczonych literą (...) odbywa się w szpitalu, przez lekarza przyjmującego danego pacjenta.**

Przepisami regulującymi zasady rozliczeń finansowych stron są ogólne warunki zawierania umów. W 2006 r. na mocy zarządzenia prezesa NFZ z 22.12.2006 r. nr 119 wprowadzono do dokumentu xemelowego pytanie: „czy wykonane świadczenia z katalogu płatnika było świadczeniem ratującym życie”. Na to pytanie świadczeniodawca został zobowiązany do udzielenia odpowiedzi tak, lub nie. W 2006 roku również oddział (...) poprzez swoją stronę internetową poinformował świadczeniodawców o konieczności wykazywania w ramach usług leczenia szpitalnego, świadczeń ratujących życie oraz świadczeń z innej grupy. Decyzja co do określenia jednostkowego świadczenia pozostawała po stronie świadczeniodawcy, czyli lekarza wykonującego daną usługę. Zalecenie NFZ polegało na tym, że dyrektor oddziału NFZ informował świadczeniodawcę, że w pierwszej kolejności należy przedstawić do finansowania świadczenia oznaczone przez świadczeniodawcę jako świadczenia ratujące życie, a dopiero w następnej kolejności świadczenia w trybie planowym i inne.

**(dowód:** zeznania świadka G. U. e-protokół z dnia 28.01.2014 r., 13:29-23:33, zeznania świadka U. P., e-protokół z dnia 28.01.2014r. 01:15- 05:38);

W ramach realizacji zawartej ze stroną pozwaną umowy nr (...)o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – (...) ((...)) - (...)Szpital (...)w B.zrealizował w okresie od 01.01.2011 r. do 31.12.2011 r. świadczenia medyczne na łączną kwotę 64 740,40 zł, przy czym wartość zakontraktowana wynosiła 42 706.40 zł. Wartość udzielonych świadczeń ponadlimitowych wyniosła kwotę 22 034 zł.

W ramach realizacji umowy nr (...)o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne (...) strona powodowa w 2011 roku udzieliła świadczeń na łączną kwotę 7 780 477 zł, przy czym wartość zobowiązań Funduszu określona w umowie wynosiła 3 675 366 zł. Wartość świadczeń udzielonych ponad umowny limit wyniosła kwotę 105 111 zł.

W ramach realizacji łączącej strony umowy nr (...)o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka (...)powodowy Szpital udzielił świadczeń na łączną kwotę 19 419 012,50 zł (w tym (...)3 356 zł, (...)16 062 231,50 zł). Ustalona aneksami ostateczna wartość umowy wynosiła natomiast kwotę 18 887 523 zł, w tym: 2 904 216 zł – (...), 15 983 307 zł - (...)). Wartość świadczeń ponadlimitowych wyniosła kwotę 531 489,50 zł.

**(dowód:** specyfikacja z wykonania umowy nr (...) k. 77, specyfikacja z wykonania umowy nr (...) k. 79, wezwanie do zapłaty z 17.11.2011 r. k. 70-71);

W związku z wykonaniem umów nr: (...), (...)oraz (...)(...) Szpital (...)w B.wystawiał Narodowemu Funduszowi Zdrowia faktury obejmujące kwoty za wykonane świadczenia ponadlimitowe.

Były to: faktura VAT nr F(...)z dnia 31.12.2011 r. na kwotę 22 034 zł (dotycząca umowy nr (...)), faktura VAT nr F(...)z dnia 31.12.2011 r. na kwotę 105 111 zł (dotycząca umowy nr (...)) oraz faktura VAT nr F(...)z dnia 31.12.2011 r., faktura VAT nr F(...)z dnia 31.12.2011 r., faktura VAT nr F(...)z dnia 16.05.2012 r. i faktura VAT nr F(...) z dnia 16.05.2012 r. - w zakresie umowy nr (...)).

Wszystkie wystawione przez powoda faktury obejmujące zapłatę za świadczenia wykonane ponad limit zwartych przez strony umów, obowiązujących w roku 2011, zostały Szpitalowi zwrócone jako niezapłacone.

**( dowód:** korespondencja z NFZ w sprawie faktur za nadwykonania wraz fakturami VAT nr F(...)z dnia 31.12..2011 r., faktura VAT nr F(...)z dnia 31.12.2011 r. faktura VAT nr F(...) z dnia 16.05.2012 r., faktura VAT nr F(...)k. 74-84);

Pismem z 3 października 2012 r. (...) Szpital (...)w B.wezwał (...) Oddział Wojewódzki (...)z siedzibą we W.do zapłaty kwoty 658 634,50 zł wraz z należnymi odsetkami tytułem wykonanych świadczeń zdrowotnych ponadlimitowych za

okres od 01.01.2011 r. do 31.12.2011 r., w terminie 14 dni od daty otrzymania wezwania. Powyższe wezwanie pozostało bez odpowiedzi.

**(dowód:** wezwanie do zapłaty z 17.11.2011 r. k. 70-71);

Wszystkie objęte pozwem świadczenia, co do których powodowa jednostka dochodzi zapłaty, w elektronicznym wykazie przedstawianym NFZ nie zostały oznaczone jako świadczenia ratujących życie.

**(dowody:** zeznania świadka U. P., e-protokół z dnia 28.01.2014 r. 01:15- 05:38, zeznania świadka G. U., e-protokół z dnia 28.01.2014 r. 13:29-23:33);

Przedstawione do finansowania świadczenia obejmowały udzielenie pomocy medycznej pacjentom w ramach opieki (...), w szpitalnym oddziale opieki (...), (...)opieki (...)

**(dowód:** dokumentacja medyczna pacjentów ujętych w zestawieniu dołączonym do akt sprawy k. 242-280, a szczególności kart informacyjnych leczenia szpitalnego i historii chorób z oddziałów (...)

Na oddziale (...) pacjenci przy przyjęciu, nawet wtedy gdy zgłaszają z pozoru niegroźne dolegliwości, dopóki nie zostanie ustalona przyczyna choroby kwalifikowani są do leczenia ratującego życie i zdrowie. Wynika to z założeń lekarzy tego oddziału, że nawet zwykły ból głowy oznaczać może zagrażające życiu schorzenia związane z pęknięciem tętniaka, wewnętrznymi krwotokami czy wylewami.

**(dowód:** zeznania świadka M. C. (1), e- protokół z dnia 24.10.2013 r. 03:10- 12:38);

Na oddział (...) często przyjmowani są pacjenci, którzy mają myśli samobójcze i wykazują symptomy majaczenia. Lekarze powodowego szpitala kwalifikują takich pacjentów jako znajdujących się w stanie zagrażającym życiu i zdrowiu. Wtedy istnieje obowiązek bezwzględnej hospitalizacji. Nieprzyjęcie pacjenta zagraża życiu i zdrowiu jemu samemu jak i osób znajdujących się w jego otoczeniu. W psychiatrii stany nagłe występują stosunkowo często.

W opiece (...) świadczenia nagłe ratujące życie występują zdecydowanie rzadziej.

Na oddziale (...) jak zagrażające życiu kwalifikowane są przypadki pacjentów w stanie przed delirium. Szybkość działania wynika z konieczności zapobieżenia stanu majakalnego, bezpośrednio zagrażającemu życiu. Co do zasady proces terapii leczenia uzależnień jest procesem rozciągniętym w czasie. Z reguły na oddziale znajdują się pacjenci w stanie psychicznym stabilnym, w pojedynczych przypadkach dochodzi do dekompensacji stanu psychicznego.

**(dowód:** zeznania świadka W. D., e-protokół z dnia 28.01.2014 r. 05:38- 13:29).

### **Sąd zważył, co następuje:**

Powództwo nie mogło zostać uwzględnione.

W niniejszej sprawie strona powodowa domagała się zasądzenia od strony pozwanej - Narodowego Funduszu Zdrowia Oddziału (...) we W. kwoty 658 634,50 zł. Dochodzona pozwem kwota stanowiła należność z tytułu łączących strony w 2011 roku umów o wykonanie świadczeń opieki zdrowotnej nr (...), nr (...) oraz nr (...).

Strona powodowa twierdziła, że na podstawie ww. umów udzieliła świadczeń zdrowotnych ponadlimitowych o wartości 658 634,50 zł, które nie zostały sfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Świadczenia te, jak twierdził powodowy Szpital, zostały udzielone w trybie nagłym, w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia, a zatem na podstawie obowiązującego w okresie objętym pozwem przepisu art. 7 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz przepisu art. 15, obowiązującej od dnia 01.07.2011 r. ustawy z 15 kwietnia 2011r . o działalności

lecniczej, a nadto przepisu art. 30 ustawy z 05 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty i strona powodowa nie mogła odmówić ich udzielenia.

Na wstępie należy wskazać, że (...) Szpital (...) w B. jest jednostką działającą na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, która zastąpiła wcześniejszą ustawę z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r., nr 14, poz. 89 z późn. zm.).

Strona powodowa wskazywała jako podstawę prawną swojego roszczenia przepis art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (obowiązujący do 30.06.2011 r.), a który to znajduje w niniejszej sprawie zastosowanie i art. 30 ustawy z dnia 5.12.1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, w związku z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Skoro takie podstawy prawne wskazywał powód, to w odniesieniu do nich sąd poczynił poniższe ustalenia.

Według art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Powoływany zaś równolegle przepis art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia

1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty stanowi, że lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

Przepis art. 68 Konstytucji przewiduje natomiast, 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).

Należy jednak w tym miejscu zauważyć, że art. 68 ust. 2 Konstytucji dotyczy obywatelskiego prawa (a nie uprawnienia ubezpieczonych) oraz finansowania opieki zdrowotnej i jest skierowany do władz publicznych (a NFZ nie jest władzą publiczną) oraz zakazuje różnicowania obywateli według kryterium sytuacji materialnej. Odsyła wreszcie do ustawy określającej warunki i zakres udzielania świadczeń zdrowotnych (tak w głosie do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 12 lutego 2004 r., II UK 243/03, J. Jończyk w: OSP 2004/10/130). Tą ustawą, do której odsyła Konstytucja jest obecnie ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.04.210.2135 ze zm.), która uchyliła ustawę z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, która z kolei zastąpiła obowiązującą od 6 lutego 1997 r. ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Trzeba też dodać, że obecnie w orzecznictwie sądowym powszechnie uważa się, że instytucja ubezpieczeń zdrowotnych wykazuje bardzo złożony charakter. Jak wskazuje Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z 29 czerwca 2004 r. (sygn akt I ACa 1/04 Apel W-wa (...) poz. 14), „mamy tu do czynienia z trzema typami stosunków prawnych, które są wzajemnie współzależne, tj. stosunkiem pomiędzy ubezpieczonym i kasą chorych (obecnie NFZ); stosunkiem pomiędzy kasą chorych i świadczeniodawcą tj. zakładem opieki zdrowotnej oraz stosunkiem pomiędzy świadczeniodawcą a ubezpieczonym [świadczeniobiorcą] tj. pacjentem. Współzależność i współlistnienie tych stosunków jest niezbędne dla realizacji prawa do świadczeń zdrowotnych. Stosunek pomiędzy kasą chorych a zakładem opieki zdrowotnej jest stosunkiem umownym, a zatem jego powstanie i wykonanie należy ocenić z punktu widzenia prawa cywilnego”.

Wskazane orzeczenie odnosi się co prawda do kas chorych, ale ma zastosowanie również wobec pozwanego w niniejszej sprawie, a to na zasadzie takiej, iż kasy chorych zgodnie z art. 4 ust 1 ustawy z 1997 r. były instytucją ubezpieczenia zdrowotnego. Taki też charakter ma pozwany w niniejszym procesie, Narodowy Fundusz Zdrowia utworzony na podstawie art. 96 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przepisy tej ustawy w sposób jednoznaczny wskazują, że podstawą udzielania przez świadczeniodawcę świadczeń zdrowotnych jest zawarta przez niego z Narodowym Funduszem Zdrowia umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tak w art. 58 tejże ustawy: „Świadczeniobiorca ma prawo do leczenia



szpitalnego w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentystry lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne”, lub w art. 65 ust 2: „Ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem,(...)”.

W sposób nie budzący żadnych wątpliwości wskazuje zaś na to art. 132 ustawy, według którego podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu, z zastrzeżeniem art. 159, umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w niniejszym dziale [ustawy]. Według zaś ustępu 5 tego artykułu wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu.

W ocenie Sądu, przy takiej regulacji prawnej nie istnieją pozaumowne podstawy żądania zapłaty przez Narodowy Fundusz Zdrowia za świadczenia udzielone przez świadczeniodawcę. Wskazuje na to także treść art. 155 obecnie obowiązującej ustawy, który stanowi, że do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. W sytuacji zatem zawarcia umowy o świadczenie usług medycznych (świadczenia zdrowotnego, świadczenia opieki zdrowotnej - bez względu na użyte sformułowanie), powód może domagać się tylko tego, co było przedmiotem umowy stron.

Dodatkowo podzielić należy zapatrywanie pozwanego, iż stworzył on jasny i czytelny mechanizm, w ramach którego na podstawie umowy zawartej z powodem zobowiązał się do sfinansowania świadczeń według następującego schematu: w zakresie świadczeń nielimitowanych - według faktycznego ich wykonania, zwiększając liczbę jednostek rozliczeniowych w planie finansowo - rzeczowym umowy oraz kwotę zobowiązań z niej wynikającą, do wartości faktycznego wykonania, a w pozostałym zakresie do kwoty zobowiązania określonej w umowie (§ 4 ust. 1 i 2 oraz § 10 umowy w zw. z § 14 ust. 1 Ogólnych Warunków Umów o Udzielanie Świadczeń (...) stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.08.81.484): Fundusz jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie.”

Podzielić wobec tego należy pogląd pozwanego, że kwota zobowiązania Funduszu wobec powoda zawarta w umowie (za wyjątkiem kwoty zobowiązania dotyczącej świadczeń nielimitowanych) jest ustalana obligatoryjnie z mocy ustawy (art. 136 pkt 5 powoływanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) i ma charakter maksymalny (wniosek z brzmienia art. 135 ust. 2 ustawy, zgodnie z którym Fundusz realizuje zasadę jawności umów przez zamieszczenie na swojej stronie internetowej informacji o każdej zawartej umowie, z uwzględnieniem m.in. maksymalnej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy wynikającej z zawartej umowy). Umowy zawierane przez NFZ ze świadczeniodawcami obejmują świadczenia opieki zdrowotnej zarówno planowe, jak i udzielane w trybie nagłym w rozumieniu art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1990 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 2005 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Podzielić zatem trzeba też przekonanie pozwanego, iż maksymalna wartość kontraktu wyznacza granice odpowiedzialności kontraktowej Funduszu (za wyjątkiem świadczeń nielimitowanych) i pozostaje w zgodzie z konstytucyjną zasadą zapewnienia każdemu prawa do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1 Konstytucji RP) z uwagi na fakt, iż warunki i zakres udzielania świadczeń określać ma ustawa (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP).

Wskazywanie jednak podstawy prawnej żądania w sposób oznaczony na wstępie, tj. w oparciu o przepisy ustaw o zoz-ach i zawodzie lekarza i lekarza dentystry, wymaga rozważenia, czy możliwe jest żądanie zapłaty za inne udzielone świadczenia, tj. inne niż nielimitowane, bez umowy łączącej strony. Bezsporne bowiem pomiędzy stronami było, że

pozwany NFZ wywiązał się z zobowiązań finansowych ustalonych z powodowym szpitalem na mocy umowy z dnia 14 stycznia 2009 r. i aneksów do tej umowy.

Istota sporu w niniejszej sprawie sprowadzała się do oceny tego, czy strona powodowa, pomimo przekroczenia limitu zakontraktowanego na 2011 r. z NFZ, zobowiązana była z mocy przepisów ustaw (a w szczególności art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty oraz art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej) do zrealizowania tych świadczeń, a następnie do ustalenia, czy w takim przypadku stroną pozwaną obciąża obowiązek zapłaty za tego rodzaju świadczenia.

Według cytowanego już art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Podobne sformułowanie zawiera art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z ustawy z 2004 r.: „W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. W przypadku gdy świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym są udzielane przez świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca ma prawo do tych świadczeń w niezbędnym zakresie.” Dalej wskazany przepis stanowi, że świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej. W celu uzyskania wynagrodzenia, o którym mowa wyżej, świadczeniodawca składa wnioski do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i ich kosztów oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności udzielenia świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych (pkt 4. i 5. powołanego przepisu).

Takie wnioski wraz z fakturami, stron powodowa jako świadczeniodawca złożyła. Strona pozwana nie znalazła jednak podstawy do zapłaty wskazanych przez powodowy szpital świadczeń..

Strona powodowa stoi na stanowisku, że wszystkie świadczenia objęte pozwem były świadczeniami ratującymi życie. Przyznaje jednak, że zaniechała oznaczenia w sprawozdawczości elektronicznej tych świadczeń jako ratujących życie.

Jak wyjaśnił świadek M. C. (1)- lekarz neurolog, na oddziale (...) pacjenci przy przyjęciu, nawet wtedy, gdy zgłaszają z pozoru niegroźne dolegliwości, kwalifikowani są - dopóki nie zostanie ustalona przyczyna ich stanu zdrowia - do leczenia ratującego życie i zdrowie. Z kolei na oddziale (...) - jak wskazywał świadkiem lekarz psychiatra W. D.- często przyjmowani są pacjenci, którzy mają myśli samobójcze i wykazują symptomy majaczenia. Kwalifikuje się takich pacjentów jako znajdujących się w stanie zagrażającym życiu i zdrowiu. Wtedy istnieje obowiązek bezwzględnej hospitalizacji. W ocenie tego lekarza, nieprzyjęcie pacjenta zagraża życiu i zdrowiu jemu samemu jak i osób znajdujących się w jego otoczeniu.

Pamiętać jednak należy, iż NFZ dostarczał świadczeniodawcom aplikację do rozliczeń, która nazywała się „pakiet świadczeniodawcy” i w tym pakiecie – czyli w systemie informatycznym, który był świadczeniodawcom dostarczany bezpłatnie – znajdował się zakres danych ewidencyjno – rozliczeniowych i w ramach tego zakresu danych były tzw. pola wymagalne, m.in. było tam oznaczenie „świadczenie ratujące życie”. Od kiedy został wprowadzony otwarty format wymiany danych, gdzie komunikat szczegółowy został ustalony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia, znalazło się pytanie „czy świadczenie wykonane z katalogu płatnika jest świadczeniem ratującym życie”. Była to informacja w formie odpowiedzi. Kolejność zaliczania do zapłaty została jednoznacznie zdefiniowana przez prezesa NFZ w zarządzeniu z listopada 2009 r. i polegała na wskazywaniu do zapłaty w pierwszej kolejności świadczeń ratujących życie wykonanych na rzecz osób ubezpieczonych na podstawie dodatkowych uprawnień; te uprawnienia wynikały np. z ustawy o przeciwdziałaniu alkoholizmowi, czy na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, czy też na podstawie decyzji administracyjnych wydawanych przez powiat bądź gminę. W drugiej kolejności zaliczane do zapłaty były świadczenia ratujące życie udzielane na rzecz ubezpieczonych, czyli objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Następnie świadczenia planowe na rzecz tych dodatkowych tytułów uprawnień i

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

W przypadku świadczeń dochodzonych pozwem wszystkie one posiadają oznaczenie (...), czyli powód sprawozdając je, na pytanie „czy świadczenie z katalogu płatnika jest świadczeniem ratującym życie” odpowiedział „nie”. Gdyby zaś oznaczył te świadczenia jako ratujące życie, to byłyby one w pierwszej kolejności zapłacone, taki był mechanizm – co również wynika z zeznań świadka G. U..

Powinnością szpitala było zatem zawsze oznaczenie jako świadczenia ratujące życie tych świadczeń, które zdaniem samego powoda były świadczeniami ratującymi życie lub zdrowie, udzielonymi osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia oraz w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

Sąd doszedł więc do przekonania, że powództwo nie mogłoby zostać uwzględnione z tej właśnie przyczyny, iż powodowy zakład opieki zdrowotnej nie przestrzegał przewidzianej przez stronę pozwaną procedury dotyczącej zasad rozliczeń. Z materiału dowodowego wynika jednoznacznie, że powód nie zgłosił spornych roszczeń do rozliczenia z oznaczeniem ich w odpowiednich komunikatach (...) jako „ratujących życie lub zdrowie”, co spowodowałoby ich rozliczenie w pierwszej kolejności. Nie do zaakceptowania byłoby bowiem przyjęcie koncepcji, że NFZ ma obowiązek płacić za takie świadczenia ratujące życie i zdrowie udzielone w warunkach niecierpiących zwłoki, które mogły zostać rozliczone w ramach limitów ustalonych w umowie między NFZ a świadczeniodawcą, a nie zostały rozliczone tylko z tej przyczyny, że świadczeniobiorca świadomie nie zgłosił ich do rozliczenia w trybie ustalonym w umowie. Trzeba bowiem pamiętać, że świadczenia medyczne z tej kategorii powinny być rozliczane przede wszystkim w ramach limitów ustalanych w kontrakcie, inaczej bowiem umowy zawierane przez strony nie miałyby istotnego znaczenia, a cały system opieki zdrowotnej nie mógłby prawidłowo funkcjonować.

Odmowa uwzględnienia powództwa także wiązała się z zajęciem przez Sąd stanowiska o niewykazaniu przez powoda, że wynagrodzenie za świadczenia nagle nie mogły być przez niego uzyskane w ramach limitu ustalonego w kontrakcie. Powód nie wskazał, w którym momencie wyczerpał maksymalny limit finansowania świadczeń objętych umową. Tymczasem Sąd Apelacyjny we Wrocławiu w uzasadnieniu wyroku z dnia 4 października 2011 r. (sygn. akt I ACa 917/11) wyraźnie stwierdził, że do wyczerpania maksymalnego limitu finansowania świadczeń określonych w umowie wydatki wynikające z art. 7 ustawy o z.o.z. i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza nie podlegają odrębnemu pozaumownemu finansowaniu.

Z analizy świadczeń opieki zdrowotnej objętych niniejszym pozwem wynika, że zdecydowana większość z nich stanowią świadczenia udzielone w okresie, gdy limit finansowy określony w umowie nie został wyczerpany. W konsekwencji należy uznać, że świadczenia, których realizacja została zakończona przed dniem przekroczenia limitu, nie podlegają odrębnemu pozaumownemu finansowaniu.

Zakładowi opieki zdrowotnej przysługują roszczenia o zapłatę za udzielone świadczenia medyczne, jeśli wykaże, że nastąpiło to w sytuacji określonej w art. 7 ustawy o z.o.z. Jednakże od obowiązku zapłaty za udzielone w takiej sytuacji roszczenia ponadlimitowe NFZ może się jednak uchylić, jeśli wykaże, że zakład opieki zdrowotnej

naruszył postanowienie łączącej strony umowy w sposób pozwalający przyjąć, że sam pozbawił się możliwości dochodzenia zapłaty. Nie do zaakceptowania byłoby bowiem przyjęcie koncepcji, że NFZ ma obowiązek płacić za takie świadczenia ratujące życie i zdrowie udzielone w warunkach niecierpiących zwłoki, które mogły zostać rozliczone w ramach limitów ustalonych w umowie między NFZ a świadczeniodawcą, a nie zostały rozliczone tylko z tej przyczyny, że świadczeniobiorca nie zgłosił ich do rozliczenia w trybie ustalonym w umowie. Zarządzenia Prezesa NFZ współkształtują treść relacji obligacyjnych występujących między NFZ, a świadczeniodawcami. Nie do przyjęcia są twierdzenia strony powodowej, że błędne oznaczenie (oflagowanie) przez powoda świadczeń objętych niniejszym pozwem, nie miało znaczenia dla skuteczności dochodzonych roszczeń

Powództwo nie mogło zostać uwzględnione również z uwagi na zapisy zawarte w aneksie nr (...) do umowy numer (...), w którym zwiększona została kwota zobowiązania Funduszu wobec świadczeń z zakresu (...) opieki (...) oraz aneksu nr (...) do umowy nr (...), gdzie z kolei zwiększona została kwota zobowiązania Funduszu wobec powoda z tytułu opieki (...). W § 2 tych aneksów powodowy szpital oświadczył, że kwota zobowiązania Funduszu wobec niego wyczerpuje wszystkie jego roszczenia wynikające z realizacji umowy, chyba że Fundusz dysponował będzie dodatkowymi środkami przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust 2 umowy.

Każdy z tych aneksów był swoistym rodzajem ugody. Strona pozwana zrzekała się roszczeń - a były to głównie roszczenia z tytułu świadczeń tzw. nadwykonań, w zamian za co otrzymywała środki finansowe. Efektem tej swoistej transakcji było to, że Fundusz uzyskiwał bezpieczeństwo prawne, a zatem żadne roszczenia za ten zamknięty okres nie mogły być formułowane. Strona powodowa w formie rekompensaty otrzymywała określone, dodatkowe środki finansowe.

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 dnia 5 kwietnia 2007 r., 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. W wyniku zrzeczenia się roszczeń przewyższających ustaloną w umowie wartość roszczenia te wygasły i nie mogą być dochodzone.

Wskazane powyżej kwestie były przedmiotem analizy Sądu Najwyższego w postanowieniu z dnia 13 lutego 2013 r. (sygn.. akt V CSK 232/12). Sąd ten – analizując dokonaną przez Sąd Apelacyjny wszechstronną ocenę obowiązującego stanu prawnego oraz wykładni prawa w sferze objętej przedmiotem rozpoznania, odnotował niezgodne z umowami działania powoda prowadzące do nieuzasadnionego zysku kosztem publicznych świadczeń leczniczych. Przede wszystkim jednak powołał się na zawarcie przez strony wiążących ugód powodujących wygaśnięcie zobowiązania pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia. Ponadto Sąd Najwyższy w uzasadnieniu postanowienia z dnia 19 grudnia 2013 r. (sygn. akt V CSK 158/13) wyraźnie uznał, iż powód jako świadczeniodawca miał obowiązek wykonywać umowę z pozwanym na zasadach określonych w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu. W tych okolicznościach nie sposób jest przyjąć, by postanowienia powołanego zarządzenia nie były objęte uzgodnieniami stron w ramach łączącego je kontraktu.

Z tych też powodów, a w szczególności wobec niezastosowania właściwej procedury służącej do prawidłowego oflagowania świadczeń, oraz ze względu na treści zawieranych aneksów do umowy, brak było podstaw do uwzględnienia żądania powodowego Szpitala

Przy czym Sąd oddalił wniosek strony powodowej o dopuszczenie dowodu z opinii biegłych sądowych lekarza psychiatry oraz lekarza z zakresu leczenia chorób wewnętrznych na okoliczność zastosowania wobec pacjentów

leczenia w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia. Oddalił też wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego z zakresu rozliczeń i statystyki usług medycznych oraz klasyfikacji na okoliczność zastosowania leczenia jako ratujące życie.

W ocenie Sądu okoliczności, które miały być dowodzone tymi dowodami nie miały już znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy w świetle wyżej przedstawionych argumentów.

Dodatkowo można tylko dodać, że zakład opiekuńczo-leczniczy z założenia nie jest oddziałem ratowniczym, skierowanym na intensywną terapię przypadków nagłych, wymagających natychmiastowej pomocy medycznej z uwagi na stan zagrożenia życia i zdrowia, lecz jest oddziałem przeznaczonym dla osób przewlekle chorych, których stan zdrowia wymaga określonego leczenia i opieki. Również z zeznań słuchanych świadków M. C. (2) i W. D., wynika, że świadczenia, jakie udziela powodowy (...) Szpital (...), w większości nie są - w medycznym znaczeniu tego słowa - świadczeniami ratującymi życie. Objęci pozwem świadczeniobiorcy, byli z reguły pacjentami (pensjonariuszami) działającego w ramach powodowego szpitala Zakładu (...) (...). Zakłady takie, z założenia nie są miejscem, w którym wykonuje się świadczenia ratujące życie i zdrowie. Celem pobytu w (...) jest konieczność udzielenia opieki i pomocy w zaspokajaniu potrzeb życiowych, ponieważ jeśli te potrzeby nie zostaną zaspokojone, to w następstwie tego może dojść do stanów zagrożenia życia lub zdrowia, jako następstwa braku zaspokojenia wspomnianych potrzeb. W sytuacji, gdyby wobec osób przebywających w Zakładach (...) istniałoby zagrożenie życia bądź zdrowia, byłoby ono związane z niemożnością zapewnienia im opieki i pomocy, a nie z powodów i przesłanek ściśle medycznych. Z medycznego punktu widzenia, ponieważ pensjonariusze w (...) często przebywają latami, w podobnym stanie psychicznym, przy niezmiennym leczeniu, trudno w takiej sytuacji mówić o nagłym zdarzeniu, polegającym na ratowaniu życia i zdrowia. Takie przypadki zdarzają się raczej sporadycznie. Również w opiece (...) świadczenia nagle ratujące życie występują rzadko. Z kolei na oddziale uzależnień znajdują się pacjenci w stanie psychicznym stabilnym, w pojedynczych przypadkach dochodzi do dekompensacji stanu psychicznego, co potwierdziły zeznania świadka W. D..

Sąd nie neguje szczególnej rangi świadczeń udzielanych przez stronę powodową oraz trudnej sytuacji pacjentów przebywających w zakładach opiekuńczo-leczniczych. Nie kwestionując ciężkiego stanu zdrowia tych pacjentów, którzy, przebywając bez pomocy osób trzecich, najczęściej nie byliby w stanie samodzielnie funkcjonować, stwierdzić jednak należy, iż zastosowana przez powoda kwalifikacja świadczeń udzielonych tym osobom oraz instrumenty, na podstawie których Szpital zmierzał do ich rozliczenia, były nieprawidłowe, stąd nie mogły odnieść oczekiwanego rezultatu.

Zdaniem Sądu należy mieć na uwadze okoliczność, że świadczenia medyczne w ramach zawartej umowy z NFZ, finansowane są z budżetu Państwa i ograniczone są wydatkami budżetowymi na dany rok. Budżet zapewniać ma z kolei finansowanie wielu dziedzin życia publicznego, nie tylko świadczeń zdrowotnych wykonanych przez powoda. Świadczenia te udzielane są w granicach i na zasadach przewidzianych w kontrakcie łączącym Narodowy Fundusz Zdrowia i świadczeniodawcę. Przekroczenie przez świadczeniodawcę ustalonych w umowie reguł, w tym limitów finansowych, odbywa się na ryzyko świadczeniodawcy. Narodowy Fundusz Zdrowia jako państwowa osoba prawna powołana w celu gospodarowania środkami publicznymi przeznaczonymi na ochronę zdrowia ubezpieczonych nie tylko nie ma obowiązku finansowania tzw. świadczeń ponadlimitowych, ale nie ma wręcz takich uprawnień – tak wypowiedział się w wyroku z 9 grudnia 2005 r. Sąd Apelacyjny we Wrocławiu w sprawie o sygnaturze I ACa 1273/05, a pogląd ten Sąd orzekający w sprawie niniejszej w pełni podziela. NFZ nie prowadzi działalności komercyjnej, a środki finansowe, którymi zarządza, pochodzą ze składki na ubezpieczenie zdrowotne, stąd jego obowiązek takiego planowania wydatków, aby możliwe było zapewnienie w równym stopniu opieki zdrowotnej wszystkim ubezpieczonym.

Podsumowując wszystkie przedstawione argumenty, w ocenie Sądu odpowiedzialność finansowa pozwanego za udzielone uprawnionym świadczenia zdrowotne nie może być nieograniczona, gdyż czyniłoby to bezprzedmiotowymi zawarte przez strony umowy. Uprawnienia ubezpieczonych nie mogą być traktowane jako bezwzględne i niczym nie

ograniczone, a świadczeniodawca ma w każdym przypadku prawo żądania zwrotu poniesionych kosztów udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Mając na uwadze powyższe Sąd oddalił powództwo jako bezzasadne w punkcie I sentencji wyroku.

Orzeczenie o kosztach procesu w punkcie II sentencji wyroku zapadło w oparciu o treść art. 102 k.p.c., który stanowi, że w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami.

Mając na względzie trudną sytuację finansową strony powodowej przedstawioną szczegółowo w oświadczeniu majątkowym, która uzasadniała zwolnienie jej od ponoszenia kosztów sądowych w sprawie, a także sam charakter sprawy oraz rodzaj prowadzonej w interesie publicznym działalności przez powodowy szpital, Sąd uznał, że zachodzą szczególne okoliczności, które uzasadniają zastosowanie wobec powoda dobrodziejstwa wypływającego z wyżej zacytowanego przepisu art. 102 k.p.c.

Dlatego też Sąd nie obciążył strony powodowej - jako przegrywającej sprawę - obowiązkiem zwrotu kosztów procesu na rzecz przeciwnika.

.