

Sygnatura akt I C 273/13

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 23 października 2015 r.

Sąd Okręgowy we Wrocławiu – Wydział I Cywilny w składzie:

Przewodniczący: SSO Ewa Rudkowska – Ząbczyk

Protokolant: Katarzyna Kudzia

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 6 października 2015 r. we Wrocławiu

sprawy z powództwa (...) w J.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia – (...) we W.

o zapłatę kwoty 1 368 773,43 zł

oraz sprawy z powództwa (...) w J.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia – (...) we W.

o zapłatę kwoty 203 132,00 zł

I. zasądza od strony pozwanej Narodowego Funduszu Zdrowia – (...) we W. na rzecz strony powodowej (...) w J. kwotę 1 368 773,43 zł (jeden milion trzysta sześćdziesiąt osiem tysięcy siedemset siedemdziesiąt trzy złote czterdzieści trzy grosze) z ustawowymi odsetkami od dnia 16 lutego 2012 r. do dnia zapłaty;

II. zasądza od strony pozwanej Narodowego Funduszu Zdrowia – (...) we W. na rzecz strony powodowej (...) w J. kwotę 14 417,00 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania;

III. nakazuje stronie pozwanej Narodowemu Funduszowi Zdrowia – (...) we W., aby uiściła na rzecz Skarbu Państwa (Sąd Okręgowy we Wrocławiu) kwotę 68 439,00 zł tytułem brakujących kosztów sądowych;

IV. zasądza od strony pozwanej Narodowego Funduszu Zdrowia – (...) we W. na rzecz strony powodowej (...) w J. kwotę 203 132,00 zł (dwieście trzy tysiące sto trzydzieści dwa złote 00/100) z ustawowymi odsetkami od dnia 16 lutego 2012 r. do dnia zapłaty;

V. zasądza od strony pozwanej Narodowego Funduszu Zdrowia – (...) we W. na rzecz strony powodowej (...) w J. kwotę 14 417,00 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania;

VI. nakazuje stronie pozwanej Narodowemu Funduszowi Zdrowia – (...) we W., aby uiściła na rzecz Skarbu Państwa (Sąd Okręgowy we Wrocławiu) kwotę 11 628,28 zł tytułem brakujących kosztów sądowych

Sygnatura akt I C 273/13

UZASADNIENIE

Strona powodowa (...) w J. domagała się zasądzenia od strony pozwanej Narodowego Funduszu Zdrowia – (...) kwoty 1 368 773,43 zł wraz z ustawowymi odsetkami od 16 lutego 2012 r. do dnia zapłaty.

W uzasadnieniu powyższego żądania strona powodowa podniosła, że powstała na mocy uchwały nr (...) Sejmiku Województwa (...) z dnia 24 marca 2011 r. w wyniku połączenia (...) w K. oraz (...) w J.. Poprzednik prawny strony powodowej, to jest (...) w J., zawarł w dniu 11 stycznia 2011 r. ze stroną pozwaną Umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – chemioterapia. Na podstawie tej umowy strona powodowa zobowiązała się do udzielania w 2011 r. świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresach i o wartości określonych w planie rzeczowo – finansowym stanowiącym załącznik nr 1 do Umowy. Rozliczenie leczenia pacjenta co do zasady odbywało się w ten sposób, że pozwany NFZ osobno płacił za pobyt pacjenta w szpitalu i osobno za leki podawane mu w czasie leczenia. Zgodnie z § 4 Umowy, kwota zobowiązania pozwanego Oddziału NFZ wobec świadczeniodawcy miała wynieść maksymalnie 6 332 801,00 zł. W wyniku zawieranych do Umowy aneksów, maksymalna wysokość zobowiązania wyniosła ostatecznie 6 332 886,00 zł. Ponadto strony zawarły w dniu 17 stycznia 2011 r. umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – terapeutyczne programy zdrowotne. Maksymalna wysokość zobowiązania z tytułu tej Umowy wyniosła ostatecznie 2 680 489,00 zł. W dniu 20 stycznia 2011 r. strony zawarły kolejną umowę, tj. Umowę nr (...), o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne. Maksymalna wysokość zobowiązania z tytułu tej Umowy wyniosła ostatecznie 72 470 966,00 zł. Na podstawie powyższych Umów (...) w J. udzielał świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom. Co do zasady, zakres każdej Umowy dotyczył pojedynczego pacjenta, ale zdarzało się, że z uwagi na charakter leczenia, jeden pacjent uzyskiwał świadczenia objęte zakresami różnych Umów. Ustalanie procedury rozliczeniowej tych świadczeń uzależnione było od rozpoznania, wykonanych procedur zabiegowych i wytycznych pozwanego NFZ. Dane pacjenta wypisanego ze szpitala wprowadzane były do elektronicznego systemu rozliczeniowego. System sam w oparciu o wytyczne ustalone zarządzeniami Prezesa NFZ filtrował dane dotyczące pacjentów i świadczeń i układał świadczenia, wprowadzając je do wysokości kontraktu, narastająco od początku roku. Za każdy miesiąc wystawiane były faktury obejmujące wykonania w ramach kontraktu oraz faktury na tzw. nadwykonania.

Strona powodowa podniosła, że w niniejszej sprawie dochodzi zapłaty za świadczenia nie objęte powyższymi Umowami, których udzieliła ponad limity umowne. Strona powodowa wykonała na rzecz osób ubezpieczonych w okresie trwania Umowy nierozliczone świadczenia zdrowotne w rodzaju leczenia szpitalnego w zakresie chemioterapia o łącznej wartości 878 424,00 zł oraz w rodzaju leczenie szpitalne – terapeutyczne programy zdrowotne o łącznej wartości 29 996,40 zł, a w rodzaju leczenie szpitalne – chirurgia onkologiczna w kwocie 460 353,03 zł, łącznie 1 368 773,43 zł. Leczenie powyższe należy zakwalifikować jako leczenie ratujące życie i zdrowie pacjentów, w związku z czym zapłata za nie należy się bez względu na limity, określone powyższymi Umowami. Wartość nierozliczonych świadczeń zdrowotnych ratujących życie i zdrowie strona powodowa określiła na następujące kwoty:

- chemioterapia w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym: 335 973,00 zł;
- chemioterapia – hospitalizacja z zakresem skojarzonym: 542 487,00 zł;
- leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów hemodializowanych: 306,00 zł;
- program leczenia chłoniaków złośliwych: 3 182,40 zł;
- program leczenia stwardnienia rozsianego: 204,00 zł;
- substancje czynne w pt leczenia raka nerki: 9 668,36 zł;
- substancje czynne w pt leczenia raka piersi: 9 072,87 zł;
- substancje czynne w pt leczenia wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów hemodializowanych: 697,20 zł;
- substancje czynne w pt leczenia chłoniaków złośliwych: 6 865,56 zł;
- chirurgia onkologiczna – hospitalizacja: 460 353,03 zł.

Strona powodowa wysyłała stronie pozwanej faktury za nierozliczone świadczenia, a ta konsekwentnie je odsyłała twierdząc, że zostały już rozliczone w ramach łączących strony Umów.

Pozwem wniesionym w sprawie I C 274/13 (k. 2875) strona powodowa (...) w J. domagała się z kolei zasądzenia od strony pozwanej Narodowego Funduszu Zdrowia – (...) kwoty 203 132,00 zł wraz z ustawowymi odsetkami od 16 lutego 2012 r. do dnia zapłaty.

Strona powodowa wskazała, że drugi z jej poprzedników prawnych (...) Publiczny (...) w K. zawarł w dniu 7 lutego 2011 r. ze stroną pozwaną Umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – chemioterapia. Na podstawie tej Umowy strona powodowa zobowiązała się do udzielania w 2011 r. świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresach i o wartości określonych w planie rzeczowo – finansowym stanowiącym załącznik nr 1 do Umowy. Zgodnie z § 4 Umowy, kwota zobowiązania pozwanego Oddziału NFZ wobec świadczeniodawcy miała wynieść maksymalnie 1 285 536,00 zł. Strony rozwiązały tę Umowę z dniem 31 sierpnia 2011 r. W dniu 27 września 2011 r. podpisały z kolei Umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – terapeutyczne programy zdrowotne. Maksymalna wysokość zobowiązania z tytułu tej umowy wyniosła ostatecznie kwotę 901 923,00 zł. W dniu 25 stycznia 2011 r. strony zawarły Umowę nr (...) udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, a maksymalna wysokość zobowiązania z tytułu tej umowy wyniosła ostatecznie 31 268 061,40 zł. Następnie strony podpisały szereg ugód, na podstawie których pozwany NFZ zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcy wynagrodzenia w określonych kwotach z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, objętych powyższymi umowami. Ponadto strony zawierały porozumienia co do zapłaty przez pozwanego Funduszu wynagrodzeń za udzielanie świadczeń w stanach nagłych, jednakże strona pozwana nie zapłaciła za świadczenia udzielone powyżej limitów objętych powyższymi Umowami, a zakwalifikowane jako leczenie ratujące życie i zdrowie pacjentów. Strona powodowa wykonała na rzecz osób ubezpieczonych w okresie trwania Umowy nierozliczone świadczenia zdrowotne w rodzaju leczenia szpitalnego w zakresie chemioterapia o łącznej wartości 161 823,00 zł oraz w rodzaju leczenie szpitalne – terapeutyczne programy zdrowotne o łącznej wartości 40 696,82 zł, a w rodzaju leczenie szpitalne – chirurgia onkologiczna w kwocie 612,00 zł, tj. łącznie 203 131,82 zł.

Wartość poszczególnych nierozliczonych świadczeń zdrowotnych ratujących życie i zdrowie wyniosła:

- chemioterapia w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym: 61 965,00 zł;
- chemioterapia – hospitalizacja z zakresem skojarzonym: 99 858,00 zł;
- leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów hemodializowanych: 102,00 zł;
- leczenie w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej: 1 377,00 zł;
- program leczenia raka nerki: 459,00 zł;
- program leczenia raka wątroby – komórkowego: 1 954,32 zł;
- substancje czynne w pt w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej: 16329,60 zł;
- substancje czynne w pt leczenia raka nerki: 9 668,36 zł;
- substancje czynne w pt leczenia raka piersi: 7 109,34 zł;
- program leczenia stwardnienia rozsianego: 3 000,00 zł;
- substancje czynne w pt leczenia wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów hemodializowanych: 697,20 zł;
- chirurgia onkologiczna – hospitalizacja: 612,00 zł.

W odpowiedzi na oba powyższe pozwy strona pozwana wniosła o oddalenie powództw i zasądzenie na jej rzecz kosztów procesu.

Strona pozwana przyznała, że zawarła z poprzednikami prawnymi strony powodowej Umowy, o których mowa w pozwach, które następnie były aneksowane m.in. w zakresie maksymalnej kwoty zobowiązania pozwanego Funduszu z tytułu udzielonych świadczeń. Strony zawierały również ugody, na podstawie których strona pozwana zobowiązała się do wypłaty dodatkowego wynagrodzenia z tytułu udzielanych świadczeń. Strona pozwana zarzuciła, że strona powodowa nie wskazała, za jakie dokładnie świadczenia, udzielone jakim konkretnym pacjentom, żąda zapłaty. Podniosła również, że dołączone do pozwu dokumenty nie pozwalają na pełną merytoryczną weryfikację udzielonych świadczeń pod kątem kryteriów zakwalifikowania świadczenia jako ratującego życie i zdrowie. Nie ma w nich bowiem wskazania trybu przyjęcia pacjenta ani uzasadnienia hospitalizacji w trybie nagłym. Strona pozwana zwróciła również uwagę, że pozwany NFZ ma możliwość zapłaty za świadczenia albo na podstawie zawartej umowy albo na podstawie art. 19 ustawy ze świadczeniodawcami, którzy takiej umowy nie zawarli. Umowy zawierane przez Fundusz obejmują zaś zarówno świadczenia opieki zdrowotnej planowe, jak i udzielane w trybie nagłym. Ustalone w Umowach kwoty zobowiązania pozwanego Funduszu ustalane są obligatoryjnie z mocy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych i mają charakter maksymalny. Strona pozwana zapłaciła zaś za świadczenia wynikające z zawartych Umów obejmujących również świadczenia Nielimitowane, wobec czego brak jest podstaw do konstruowania wobec strony pozwanej dodatkowych roszczeń. Co więcej, strona pozwana podniosła, że decydując się na zawarcie poszczególnych aneksów i porozumień do Umów, strona powodowa zrzekała się roszczeń przewyższających ustaloną w Umowach wartość zobowiązania. Ponadto strona pozwana zakwestionowała, aby świadczenia, o których mowa w pozwie, spełniały warunki pozwalające zakwalifikować je jako ratujące życie w rozumieniu art. 15 ustawy o działalności leczniczej. Świadczenia takie muszą nastąpić w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia, zagrożenie musi być natychmiastowe oraz nieprzewidywalne, co uzasadnia potrzebę natychmiastowego udzielenia pomocy. W praktyce sprowadza się to do stwierdzenia, że spełnione powinny być warunki, o których mowa w art. 3 pkt. 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Strona pozwana zarzuciła, że w pozwie brak jest wskazania, że świadczenia były udzielone w trybie nagłym. Przeciwnie, pacjentom, którym udzielono świadczeń objętych pozwem, byli hospitalizowani w trybie planowym, co wyklucza udzielenie świadczenia w trybie nagłym. Świadczenia udzielone w zakresie chirurgii onkologicznej były też sprawozdane z oznaczeniem „N”, co oznacza, że nie były to świadczenia ratujące życie. Strona pozwana zarzuciła, że w oparciu o łączącą strony Umowę strona powodowa miała obowiązek sprawozdawania udzielanych świadczeń i oznaczania ich jako ratujące życie lub nie. Świadczenia ratujące życie były przez pozwanego Fundusza opłacane w pierwszej kolejności. Gdyby więc strona powodowa sprawozdała je zgodnie z Umową, uzyskałaby zapłatę za nie w normalnym trybie procedowania. Tymczasem powodowy Szpital dochodzi obecnie zapłaty za świadczenia sprawozdane jako nieratujące życia, co należy uznać za obejście przepisów ustawy. Nadto strona pozwana zwróciła uwagę, że strona powodowa mając świadomość limitów środków na wykorzystanie określonych usług medycznych, powinna wykorzystywać je tworząc system kolejności i rozkładania w czasie usług, tworząc listy oczekujących na udzielenie świadczeń. Strona powodowa nie stosowała kolejowania świadczeń, przyczyniając się w ten sposób do nadwykonań. Ponadto strona pozwana, jako jednostka finansów publicznych, zobligowana jest do przestrzegania dyscypliny finansów, a wydatków ma dokonywać w sposób celowy i oszczędny i w wysokości wynikającej z wcześniej zaciągniętych zobowiązań.

Zarządzeniem z dnia 27 czerwca 2013 r. sprawa prowadzona pod sygnaturą I C 274/13 została połączona do łącznego rozpoznania i rozstrzygnięcia ze sprawą z powództwa (...) w J. przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia – (...) we W. prowadzoną przez Sąd Okręgowy we Wrocławiu pod sygnaturą akt I C 273/13.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Strona powodowa (...) w J. (Centrum) powstała na mocy uchwały nr (...) Sejmiku Województwa (...) z dnia 24 marca 2011 r. w sprawie przekształcenia (...) w K. (Zespół) oraz likwidacji (...) w J. (Szpital).

(okoliczność bezsporna)

Na podstawie uchwały z dnia 24 marca 2011 r. w strukturze organizacyjnej Zespołu utworzone zostały jednostki organizacyjne udzielające świadczeń medycznych, które funkcjonowały do dnia 31 sierpnia 2011 r. w ramach struktury organizacyjnej (...) w J., w postaci szpitala wielospecjalistycznego między innymi z oddziałem chirurgii ogólnej i onkologicznej, poradnią chirurgii onkologicznej, oddziałem onkologicznym i oddziałem chemioterapii – jednego dnia, a także w postaci przychodni wielospecjalistycznej opieki ambulatoryjnej czy przychodni podstawowej opieki zdrowotnej. Nazwa Zespołu została zmieniona na (...) w J.. Równocześnie (...) w J. uległ likwidacji, a jego mienie, w tym należności z tytułu udzielanych usług medycznych, stało się mieniem Centrum. Centrum wstąpiło też we wszystkie umowy wiążące Szpital, w tym umowy zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia.

(okoliczność bezsporna)

Powodowe (...) jako jedyne w regionie posiada Szpitalny Oddział Ratunkowy, gdzie udzielana jest pomoc medyczna pacjentom w bezpośrednim stanie zagrożenia życia i zdrowia, zgłaszającym się bez skierowania. Duża liczba pacjentów zgłaszających się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego przyjmowana jest następnie wprost do innych Oddziałów funkcjonujących w Centrum.

(dowód: zeznania S. W. (1) w charakterze strony powodowej, e-protokół z dnia 9 czerwca 2014 r., 00:43:18-01:17:22, CD k. 5810)

Z uwagi na turystyczny charakter regionu, do strony powodowej zgłasza się również znaczna liczba pacjentów niezamieszkałych w bezpośredniej okolicy, w tym z zagranicy, którzy przebywają w rejonie Kotliny jedynie czasowo.

(dowód: zeznania S. W. (1) w charakterze strony powodowej, e-protokół z dnia 9 czerwca 2014 r., 00:43:18-01:17:22, CD k. 5810)

W roku 2011 i w latach poprzednich strona powodowa i jej poprzednicy prawni, jako zakłady opieki zdrowotnej, udzielały świadczeń zdrowotnych w oparciu o umowy zawarte ze stroną pozwaną Narodowym Funduszem Zdrowia.

(okoliczność bezsporna)

Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia zawierane były bądź w trybie konkursu albo rokowań bądź poprzez aneksowanie dotychczasowej umowy łączącej świadczeniodawcę z pozwanym NFZ.

W przypadku umów zawieranych w trybie konkursowym i rokowań pozwany Fundusz ogłasza konkurs na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, informując o warunkach udzielania świadczeń. Świadczeniodawcy składają oferty, które weryfikuje i ocenia komisja konkursowa, a następnie wybiera oferenta do podpisania umowy. Dodatkowo w trybie konkursowym możliwe jest prowadzenie negocjacji co do liczby i ceny świadczeń.

(okoliczność bezsporna)

W przypadku umów wieloletnich, które mogą być przedłużone w trybie aneksowania, w ostatnim roku obowiązywania umowy świadczeniodawca przekazuje do pozwanego Funduszu informację między innymi o posiadanych zasobach, za pomocą których może realizować umowę, oraz o zapotrzebowaniu na przewidywane na kolejny rok świadczenia i leki. Następnie w październiku danego roku pozwany Fundusz przekazuje świadczeniodawcy informację o warunkach, na których gotowy jest przedłużyć umowę na następny rok. W listopadzie trwają negocjacje między stronami umowy co do warunków jej przedłużenia. Strony spotykają się na spotkaniach, w czasie których pozwany Fundusz przedstawia maksymalną kwotę, którą zgodnie z planem finansowym może przeznaczyć na finansowanie świadczeń objętych daną umową oraz zasady podziału tej kwoty między poszczególne zakresy umowy. W przypadku konsensusu co do warunków nowej umowy, aneks do umowy przedłużający okres jej obowiązywania zawierany jest jeszcze w grudniu lub w styczniu kolejnego roku.

(dowód: zeznanie świadka G. U., e-protokół z 7 marca 2014 r., 00:07:03-00:37:26, CD k. 5790; zeznanie świadka B. B. (1), e-protokół z 7 marca 2014 r., 01:30:18-02:09:03, CD k. 5790)

Zarówno w przypadku umów zawieranych przez stronę powodową i jej poprzedników w trybie konkursowym, jak i umów aneksowanych, kwota zobowiązania, którą dla poszczególnych umów proponował pozwany Fundusz, była niższa od kwoty wnioskowanej przez świadczeniodawcę.

(dowód: dowód: zeznania S. W. (1) w charakterze strony powodowej, e-protokół z dnia 9 czerwca 2014 r., 00:43:18-01:17:22, CD k. 5810)

Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu między innymi leczenia szpitalnego, leczenia szpitalnego – chemioterapii oraz leczenia szpitalnego – programów terapeutycznych na rok 2011 r. były zawarte przez (...) w K. oraz (...) w J. i NFZ w trybie aneksowania dotychczasowych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej łączących powyższe podmioty z Funduszem.

(okoliczność bezsporna)

W dniu 17 stycznia 2011 r. (...) w J. i pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia (...) zawarły aneks nr (...) do Umowy nr (...), który wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2011 r. Dotychczasowa Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej otrzymała brzmienie jak w załączniku do tego aneksu. Zmiany dotyczyły planu rzeczowo – finansowego.

(dowód: aneks nr (...) do Umowy nr (...), k. 685 t. IV)

W oparciu o powyższy aneks (...) w J. jako świadczeniodawca zawarł z NFZ (...) **Umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – terapeutyczne programy zdrowotne.** Przedmiotem Umowy było udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – terapeutyczne programy zdrowotne, w zakresach świadczeń określonych w planie rzeczowo – finansowym stanowiącym załącznik nr 1 do Umowy (§ 1 ust. 1 Umowy).

(dowód: umowa nr (...), k. 584-585 t. III wraz z załącznikami, k. 586-684)

Świadczeniodawca zobowiązał się wykonywać Umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne, ustalanych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) zwanych dalej „warunkami zawierania umów”, rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2009 r. Nr 140, poz. 1148) oraz zgodnie z Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do 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), zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów” (§ 1 Umowy).

(dowód: Umowa nr (...), k. 584-585 t. III wraz z załącznikami, k. 586-684)

Strony Umowy uzgodniły, że kwota zobowiązania pozwanego Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji Umowy w okresie od dnia 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. wyniesie maksymalnie 2 571 706,00 zł.

Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych Umową określał „plan rzeczowo – finansowy”, stanowiący załącznik nr 1 do Umowy. Należność z tytułu Umowy za realizację świadczeń za okres sprawozdawczy równa miała być iloczynowi ceny punktu i sumy punktów za świadczenie oraz za podane lub wydane świadczeniobiorcy leki, przy czym kwota należności nie mogła przekroczyć maksymalnej kwoty zobowiązania pozwanego Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji Umowy określonej

w załączniku nr 1 do Umowy. Kwota ta była dodatkowo rozdzielona pomiędzy zakresy świadczeń składających się na Umowę (§ 4 Umowy).

Ponadto strony Umowy ustaliły, że kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, wypełnia zobowiązania pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia wynikające z postanowień art. 10f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.).

(dowód: umowa nr (...), k. 584-585 t. III wraz z załącznikami, k. 586-684)

Umowa została zawarta na okres od dnia 1 stycznia 2009 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. Każda ze stron mogła rozwiązać Umowę za trzymiesięcznym okresem wypowiedzenia (§ 6 Umowy).

(dowód: umowa nr (...), k. 584-585 t. III wraz z załącznikami, k. 586-684)

W dniu 2 sierpnia 2011 r. został zawarty aneks nr (...) do powyższej Umowy nr (...), który dotyczył zmiany jej § 4 ust. 1. Na mocy aneksu kwota zobowiązania pozwanego Oddziału Funduszu z tytułu realizacji Umowy w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2011 r. została zmieniona na kwotę 2 612 698,00 zł.

W § 2 aneksu świadczeniobiorca oświadczył ponadto, że kwota zobowiązania pozwanego Funduszu wobec Świadczeniodawcy, o której mowa w § 4 Umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia wynikające z realizacji Umowy, chyba że pozwany Fundusz będzie dysponował dodatkowymi środkami przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust. 1 Umowy.

Ponadto zmieniła się treść załącznika nr 1 do Umowy, to jest planu rzeczowo – finansowego. Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 1 maja 2011 r.

(dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...), k. 686-689 t. IV)

W dniu 8 sierpnia 2011 r. został zawarty aneks nr (...) do Umowy nr (...), który również dotyczył zmiany § 4 ust. 1 Umowy. Na mocy powyższego aneksu kwota zobowiązania pozwanego Oddziału Funduszu z tytułu realizacji Umowy w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2011 r. miała wynosić 2 680 489,00 zł.

Ponadto w § 2 aneksu świadczeniobiorca oświadczył, że kwota zobowiązania pozwanego Funduszu wobec Świadczeniodawcy, o której mowa w § 4 Umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia wynikające z realizacji Umowy, chyba że pozwany Fundusz będzie dysponował dodatkowymi środkami przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust. 1 Umowy.

Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 28 lipca 2011 r.

(dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...), k. 690-693 t. IV)

Z kolei aneks nr (...) do Umowy nr (...) został zawarty w dniu 30 sierpnia 2011 r. i również dotyczył zmiany § 4 ust. 1 Umowy. Na mocy tego aneksu kwota zobowiązania pozwanego Oddziału Funduszu z tytułu realizacji Umowy w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2011 r. zwiększona została do kwoty 2 680 490,00 zł.

Nadto w § 2 aneksu świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania pozwanego Funduszu wobec Świadczeniodawcy, o której mowa w § 4 Umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia wynikające z realizacji Umowy, chyba że pozwany Fundusz będzie dysponował dodatkowymi środkami przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust. 1 Umowy.

Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 1 marca 2011 r.

(dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...), k. 694-697 t. IV)

W dniu 30 sierpnia 2011 r. (...) w J. i pozwany NFZ (...) zawarły porozumienie w sprawie rozwiązania Umowy (...). Na jego podstawie doszło do rozwiązania powyższej Umowy z dniem 31 sierpnia 2011 r. na zasadzie porozumienia stron. Porozumienie weszło w życie z dniem podpisania.

(dowód: porozumienie z 30 sierpnia 2011 r. do umowy nr (...), k. 698 t. IV)

Przyczyną rozwiązania Umowy była likwidacja Szpitala (...) w J. i powstanie (...) w J..

(okoliczność bezsporna)

Rozliczenie rozwiązanej Umowy (...) miało nastąpić w ciągu 45 dni od jej rozwiązania.

(dowód: pismo strony pozwanej z 30 sierpnia 2011 r., k. 700-719)

W dniu 27 września 2011 r. między pozwanym Narodowym Funduszem Zdrowia (...) i powodowym (...) została zawarta **Umowa nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – terapeutyczne programy zdrowotne**. Przedmiotem Umowy było udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne terapeutyczne programy zdrowotne, w zakresach świadczeń określonych w planie rzeczowo – finansowym stanowiącym załącznik nr 1 do Umowy (§ 1 ust. 1 Umowy).

Świadczeniodawca zobowiązał się wykonywać Umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne, ustalanych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) zwanych dalej „warunkami zawierania umów”, rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2009 r. Nr 140, poz. 1148) oraz zgodnie z Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do 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), zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów” (§ 1 Umowy).

(dowód: umowa nr (...), k. 3088-3150 t. XVI)

Strony Umowy uzgodniły, że kwota zobowiązania pozwanego Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji Umowy w okresie od 1 września 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. wyniesie maksymalnie 901 904,00 zł.

Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych Umową określał „plan rzeczowo – finansowy”, stanowiący załącznik nr 1 do Umowy. Należność z tytułu Umowy za realizację świadczeń za okres sprawozdawczy równa miała być iloczynowi ceny punktu i sumy punktów za świadczenie oraz za podane lub wydane świadczeniobiorcy leki, wykazane w załączniku sprawozdawczo rozliczeniowym, przy czym kwota należności nie mogła przekroczyć maksymalnej kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji Umowy określonej w załączniku nr 1 do Umowy.

Ponadto strony ustaliły, że kwota zobowiązania, o której była mowa w ust. 1 Umowy, wypełnia zobowiązania pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia wynikające z postanowień art. 10f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.).

(dowód: umowa nr (...), k. 3088-3150 t. XVI)

Umowa została zawarta na okres od 1 września 2011 r. do 31 grudnia 2011 r. Każda ze stron mogła rozwiązać Umowę za trzymiesięcznym okresem wypowiedzenia.

(dowód: umowa nr (...), k. 3088-3150 t. XVI)

W dniu 30 grudnia 2011 r. pozwany NFZ (...) i powodowe (...) zawarły aneks nr (...) do Umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – terapeutyczne programy zdrowotne, który wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 1 października 2011 r. i dotyczył zmiany § 4 ust. 1 Umowy.

Na mocy tego aneksu kwota zobowiązania pozwanego Oddziału Funduszu z tytułu realizacji umowy w okresie od 1 września 2011 r. do 31 grudnia 2011 r. wynosić miała 901 923,00 zł.

Ponadto w § 2 aneksu świadczeniobiorca oświadczył, że kwota zobowiązania pozwanego Funduszu wobec Świadczeniodawcy, o której mowa w § 4 Umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia z tytułu przesunięć środków finansowych pomiędzy jej zakresami, istniejące na dzień podpisania aneksu. Zmianie uległ również plan rzeczowo – finansowy

(dowód: aneks nr (...) do Umowy nr (...), k. 3082-3087 t. XVI)

W dniu 13 kwietnia 2012 r. strony zawarły ugodę nr (...) dotyczącą rozliczenia kosztów za świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju – leczenie szpitalne terapeutyczne programy zdrowotne, w tym świadczenia objęte Umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr (...).

Uгода została zawarta w związku ze składanymi przez świadczeniodawcę w trakcie i po zakończeniu okresu rozliczeniowego wnioskami oraz w celu ustalenia kwoty całkowitego wynagrodzenia z tytułu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne terapeutyczne programy zdrowotne w okresie od 1 września 2011 r. do 31 grudnia 2011 r., obejmującego także kwotę wynikająca z art. 10 f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076 z późn. zm.), w tym świadczeń objętych Umową nr (...).

(dowód: ugoda nr (...), k. 5442-5445 t. XXVIII)

Strony ugody przyznały, że z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej objętych Umową w okresie od 1 września 2011 r. do 31 grudnia 2011 r. ustalona maksymalna wartość Umowy wynosi 901 923,00 zł i uwzględnia kwotę wynikająca z art. 10 f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń. Pozwany Oddział Funduszu zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcy dodatkowe wynagrodzenie w kwocie 240 605,00 zł z tytułu udzielania w okresie od 1 września 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w ilości przekraczającej liczbę jednostek rozliczeniowych określonych w Umowie, o której była mowa w ust. 1. Uгода wraz z planem rzeczowo – finansowym stanowiącym załącznik nr 1 do ugody, miała stanowić podstawę do wystawienia rachunku wraz z raportem statystycznym na kwotę określoną w ust. 2. Świadczeniodawca zobowiązał się rozliczyć ugodę do 30 kwietnia 2012 r. (§ 1 Ugody)

Strony stwierdziły, że postanowienia ugody czynią zadość ich intencjom i oświadczyły, że kwoty wskazane w § 1 stanowią całkowite wynagrodzenie z tytułu realizacji przez świadczeniodawcę wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne terapeutyczne programy zdrowotne w okresie od 1 września 2011 r. do 31 grudnia 2011 r., jak również zobowiązań wynikająca z art. 10 f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, zaś jej zapłata wyczerpuje wszelkie roszczenia świadczeniodawcy wobec pozwanego Oddziału Funduszu związane z realizacją tych świadczeń, udzielonych w każdych okolicznościach, we wskazanym wyżej okresie.

(dowód: ugoda nr (...), k. 5442-5445 t. XXVIII)

Równocześnie świadczeniodawca oświadczył, że zrzeka się istniejących jak i mogących powstać na przyszłość jakichkolwiek dalszych roszczeń związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne

terapeutyczne programy zdrowotne w okresie od 1 września 2011 r. do 31 grudnia 2011 r., jak również zobowiązań wynikających z art. 10 f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (§ 2 Ugody).

(dowód: ugoda nr (...), k. 5442-5445 t. XXVIII)

W dniu 20 stycznia 2011 r. strony zawarły aneks nr (...) do Umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne. Na jego podstawie Umowa na kolejny rok otrzymała brzmienie jak w załączniku do aneksu. Zmiany dotyczyły planu rzeczowo – finansowego. Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2011 r.

(dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...), k. 845 t. V)

Przedmiotem **umowy z 20 stycznia 2011 r. nr (...)**, zawartej na podstawie powyższego aneksu przez pozwaną NFZ (...) i (...) w J., było **udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne**, w zakresach świadczeń określonych szczegółowo w planie rzeczowo – finansowym stanowiącym załącznik nr 1 do umowy (§ 1 ust. 1 Umowy).

Świadczeniodawca zobowiązał się wykonywać Umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, ustalonych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) zwanych dalej „warunkami zawierania umów”, Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do 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), zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”, oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143).

(dowód: umowa nr (...), k. 721-723 t. IV wraz z załącznikami k. 724-844)

Kwotę zobowiązania pozwanego Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji Umowy w okresie od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 stycznia 2011 r. strony ustaliły na kwotę maksymalnie 71 953 962,00 zł.

Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz maksymalną kwotę zobowiązania rozdzieloną między poszczególnymi zakresami świadczeń objętych Umową, w okresach rozliczeniowych, o których mowa w ust. 1, określał „plan rzeczowo – finansowy”, stanowiący załącznik nr 1 do Umowy.

(dowód: umowa nr (...), k. 721-723 t. IV wraz z załącznikami k. 724-844)

Kwoty zobowiązania pozwanego Funduszu określone w planie rzeczowo – finansowym obejmować miały także kwoty zobowiązania wyodrębnione na realizację grup z Katalogu grup, określonych w załączniku nr 1a do zarządzenia, o których mowa w § 16 ust. 1 zarządzenia, we właściwych ze względu na realizację świadczeń zakresach. Ponadto dla każdej z grup świadczeń, o których mowa w ust. 5, w ramach odpowiednich zakresów świadczeń w planie rzeczowo – finansowym, określona była odrębna liczba punktów oraz kwota zobowiązania pozwanego Funduszu, przeznaczona wyłącznie na realizację tych grup świadczeń.

W przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń z grup, o których mowa w § 16 ust. 2 zarządzenia, przekroczyłaby kwotę, o której mowa w ust. 6, na wniosek Świadczeniodawcy składany jeden raz na kwartał – zwiększeniu uleg miały liczby jednostek rozliczeniowych i kwoty zobowiązań we właściwych ze względu na realizację świadczeń zakresach oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji Umowy Oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy.

Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, wypełniać miała również zobowiązania pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia wynikające z postanowień art. 10f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.), (§ 4 Umowy).

(dowód: umowa nr (...), k. 721-723 t. IV wraz z załącznikami k. 724-844)

Umowa została zawarta na okres od 1 stycznia 2009 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. Każda ze stron mogła rozwiązać Umowę za trzymiesięcznym okresem wypowiedzenia.

(dowód: umowa nr (...), k. 721-723 t. IV wraz z załącznikami k. 724-844)

W dniu 16 marca 2011 r. strony zawarły aneks nr (...) do Umowy nr (...). Umowa otrzymała brzmienie jak w załączniku do aneksu. Zmiany dotyczyły załącznika nr 2 – Harmonogramu – Zasobów. Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązująca od dnia 18 lutego 2011 r.

(dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...), k. 846-967-6 t. V)

Kolejny aneks nr (...) do Umowy nr (...) został zawarty w dniu 19 kwietnia 2011 r. i dotyczył zmiany § 4 ust. 1 Umowy. Na mocy aneksu kwota zobowiązania pozwanego Oddziału Funduszu z tytułu realizacji Umowy w okresie od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. zwiększona została do kwoty 72 453 966,00 zł.

W § 2 aneksu świadczeniodawca oświadczył również, że kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy, o której mowa w § 4 Umowy wyczerpuje wszystkie jego roszczenia, wynikające z realizacji Umowy, chyba że pozwany Fundusz dysponował będzie dodatkowymi środkami przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust. 1 Umowy.

Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązująca od dnia 1 marca 2011 r.

(dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...), k. 967 t. V)

Aneks nr (...) do Umowy nr (...) został zawarty w dniu 24 maja 2011 r. i dotyczył ponownie zmiany § 4 ust. 1 Umowy. Na mocy aneksu kwota zobowiązania pozwanego Oddziału Funduszu z tytułu realizacji Umowy w okresie od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. wynosić miała 72 470 966,00 zł.

Ponadto zmieniła się treść planu rzeczowo – finansowego. Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązująca od dnia 1 stycznia 2011 r.

(dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...), k. 968 t. V)

Kolejny aneks, o numerze (...), do Umowy nr (...) został zawarty w dniu 24 maja 2011 r. i również dotyczył zmiany § 4 ust. 1 Umowy. Na mocy aneksu kwota zobowiązania pozwanego Oddziału Funduszu z tytułu realizacji Umowy w okresie od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. zwiększona została do kwoty 72 478 017,00 zł.

Ponadto zmieniła się treść planu rzeczowo – finansowego. Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązująca od dnia 1 stycznia 2011 r.

W § 2 aneksu świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania pozwanego Funduszu wobec Świadczeniodawcy, o której mowa w § 4 Umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia wynikające z realizacji Umowy w przedmiocie rozliczania rzeczywistych kosztów świadczeń udzielonych pacjentowi/pacjentom wymienionych w załącznikach nr 2, nr 3, nr 4 uprawnionego/uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza E 125.

(dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...), k. 977 t. V)

Kolejny aneks nr (...) do Umowy nr (...) został zawarty w dniu 8 lipca 2011 r. i dotyczył zmiany załącznika nr 2 – Harmonogramu – Zasobów. Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 7 czerwca 2011 r.

(dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...), k. 978 t. V)

W dniu 14 lipca 2011 r. został zawarty aneks nr (...) do Umowy nr (...). Aneks ten ponownie zmieniał § 4 ust. 1 Umowy. Na mocy aneksu kwota zobowiązania pozwanego Oddziału Funduszu z tytułu realizacji Umowy w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2011 r. wynosić miała 72 478 068,00 zł. Ponadto zmieniła się treść planu rzeczowo – finansowego.

W § 2 aneksu świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy, o której mowa w § 4 Umowy wyczerpuje wszystkie jego roszczenia z tytułu przesunięć środków finansowych pomiędzy jej zakresami, istniejące na dzień podpisania aneksu. Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 1 czerwca 2011 r.

(dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...), k. 1090-1095 t. VI)

W dniu 30 sierpnia 2011 r. został zawarty aneks nr (...) do Umowy nr (...), a dotyczył zmiany załącznika nr 2 – Harmonogramu – Zasobów. Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 19 lipca 2011 r.

(dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...), k. 1096-1098 t. VI)

Kolejny aneks nr (...) do Umowy nr (...) został zawarty w dniu 26 sierpnia 2011 r. i dotyczył zmiany załącznika nr 1 w postaci planu rzeczowo – finansowego. Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2011 r.

(dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...), k. 1099-1108 t. VI)

W dniu 29 sierpnia 2011 r. został zawarty aneks nr (...) do Umowy nr (...), który dotyczył zmiany § 4 ust. 1 Umowy. Na mocy aneksu kwota zobowiązania pozwanego Oddziału Funduszu z tytułu realizacji Umowy w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2011 r. wynosić miała 72 581 241,00 zł.

W § 2 aneksu świadczeniobiorca oświadczył, że kwota zobowiązania pozwanego Funduszu wobec Świadczeniodawcy, o której mowa w § 4 Umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia wynikające z realizacji Umowy w zakresie (...) wyr. 1 w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 30 czerwca 2011 r., chyba że pozwany Fundusz dysponował będzie dodatkowymi środkami przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust. 1 Umowy. Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 1 sierpnia 2011 r.

(dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...), k. 1109-1114 t. VI)

Kolejny aneks nr (...) do Umowy nr (...) został zawarty w dniu 30 sierpnia 2011 r., a dotyczył zmiany załącznika nr 1 do umowy w postaci planu rzeczowo – finansowego.

W § 2 aneksu świadczeniobiorca oświadczył, że kwota zobowiązania pozwanego Funduszu wobec Świadczeniodawcy, o której mowa w § 4 Umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia z tytułu przesunięć środków finansowych pomiędzy jej zakresami, istniejące na dzień podpisania aneksu. Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 1 lipca 2011 r.

(dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...), k. 1115-1124 t. VI)

W dniu 30 sierpnia 2011 r. strony zawarły porozumienie w sprawie rozwiązania Umowy (...). Uzgodniły, że zostanie ona rozwiązana za porozumieniem stron z dniem 31 sierpnia 2011 r. Porozumienie weszło w życie z dniem podpisania.

(dowód: porozumienie z 30 sierpnia 2011 r., k. 1134 t. VI)

Rozwiązanie Umowy miało związek z likwidacją Szpitala (...)w J. i powstaniem (...) (...).

(okoliczność bezsporna)

Rozliczenie rozwiązywanej Umowy (...)miało nastąpić w ciągu 45 dni od jej rozwiązania.

(dowód: pismo strony pozwanej z 30 sierpnia 2011 r., k. 1135 t. VI)

W dniu 13 kwietnia 2012 r. Narodowy Fundusz Zdrowia i (...) (...) zawarły ugodę nr (...) dotyczącą rozliczenia kosztów za świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju – leczenie szpitalne w tym świadczenia objęte Umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr (...).

Uгода powyższa została zawarta w związku ze składanymi przez świadczeniodawcę w trakcie i po zakończeniu okresu rozliczeniowego wnioskami oraz w celu ustalenia kwoty całkowitego wynagrodzenia z tytułu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w okresie od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 sierpnia 2011 r. obejmującego także kwotę wynikająca z art. 10 f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076 z późn. zm.), w tym świadczeń objętych umową nr (...).

(dowód: ugoda (...), k. 1125-1127 t. VI)

Strony przyznały w ugodzie, że z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej objętych Umową w okresie od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 sierpnia 2011 r. ustalona maksymalna wartość umowy wynosi 48 205 205,00 zł i uwzględnia kwotę wynikająca z art. 10 f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń.

Pozwany Oddział Funduszu zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcy dodatkowe wynagrodzenie w kwocie 49 419,00 zł z tytułu udzielania w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 31 sierpnia 2011 r. świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w ilości przekraczającej liczbę jednostek rozliczeniowych określonych w Umowie, o której mowa w ust. 1. Uгода wraz z planem rzeczowo – finansowym stanowiącym załącznik nr 1 do ugody miała stanowić podstawę do wystawienia rachunku wraz z raportem statystycznym na określonej w Ugodzie kwotę. Świadczeniodawca zobowiązał się rozliczyć ugodę do 30 kwietnia 2012 r. (§ 1 Ugody).

(dowód: ugoda (...), k. 1125-1127 t. VI)

Strony stwierdziły ponadto, że postanowienia ugody czynią zadość ich intencjom i oświadczyły, że kwoty wskazane w jej § 1 stanowią całkowite wynagrodzenie z tytułu realizacji przez świadczeniodawcę wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie produktów (...)– Kardiologia – Hospitalizacja(...) – Neonatologia – Hospitalizacja III Poziom referencyjny – (...) w okresie od 1 stycznia 2011 do dnia 31 sierpnia 2011 r., jak również zobowiązań wynikająca z art. 10 f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, zaś jej zapłata wyczerpuje wszelkie roszczenia świadczeniodawcy wobec pozwanego Oddziału Funduszu związane z realizacją tych świadczeń, udzielonych w każdych okolicznościach, we wskazanym wyżej okresie.

Równocześnie świadczeniodawca oświadczył, że zrzeka się istniejących jak i mogących powstać na przyszłość jakichkolwiek dalszych roszczeń związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie produktów (...) – Kardiologia – Hospitalizacja (...) – Neonatologia – Hospitalizacja III Poziom referencyjny – (...)w okresie od 1 stycznia 2011 do dnia 31 sierpnia 2011 r., jak również zobowiązań wynikających z art. 10 f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (§ 2 Ugody).

(dowód: ugoda (...), k. 1125-1127 t. VI)

W dniu 15 czerwca 2012 r. strony zawarły aneks nr (...) do ugody nr (...), poprzez który zmieniona została kwota dodatkowego wynagrodzenia, które Oddział Funduszu zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcy na kwotę 95 421,00 zł.

(dowód: aneks nr (...) do ugody (...), k. 1128-1130 t. VI)

W dniu 15 czerwca 2012 r. strony zawarły również ugode nr (...) dotyczącą rozliczenia kosztów za świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju – leczenie szpitalne w tym świadczenia objęte Umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr (...).

Ugoda została zawarta w związku ze składanymi przez świadczeniodawcę w trakcie i po zakończeniu okresu rozliczeniowego wnioskami oraz w celu ustalenia kwoty całkowitego wynagrodzenia z tytułu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w okresie od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 sierpnia 2011 r. obejmującego także kwotę wynikająca z art. 10 f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076 z późn. Zm.), w tym świadczeń objętych Umową nr (...).

(dowód: ugoda nr (...), k. 1131-1133 t. VI)

Strony ugody przyznały, że z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej objętych Umową w okresie od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 sierpnia 2011 r. ustalona maksymalna wartość umowy wynosi 48 205 205,00 zł i uwzględnia kwotę wynikająca z art. 10 f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń. Pozwany Oddział Funduszu zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcy dodatkowe wynagrodzenie w wysokości 1 235 730,00 zł z tytułu udzielania w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 30 czerwca 2011 r. świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w ilości przekraczającej liczbę jednostek rozliczeniowych określonych w Umowie, o której mowa w ust. 1. Ugoda wraz z planem rzeczowo – finansowym stanowiącym załącznik nr 1 do ugody stanowić miała podstawę do wystawienia rachunku wraz z raportem statystycznym na kwotę określoną w ust. 2, a świadczeniodawca zobowiązał się rozliczyć ugode do 29 czerwca 2012 r. (§ 1 Ugody).

(dowód: ugoda nr (...), k. 1131-1133 t. VI)

Strony ugody stwierdziły, że jej postanowienia czynią zadość ich intencjom i oświadczyły, że kwoty wskazane w § 1 stanowią całkowite wynagrodzenie z tytułu realizacji przez świadczeniodawcę wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie produktów (...) Anestezjologia i Intensywna Terapia– Hospitalizacja w okresie od 1 stycznia 2011 do dnia 30 czerwca 2011 r., jak również zobowiązań wynikająca z art. 10 f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, zaś jej zapłata wyczerpuje wszelkie roszczenia świadczeniodawcy wobec pozwanego Oddziału Funduszu związane z realizacją tych świadczeń, udzielonych w każdych okolicznościach, we wskazanym wyżej okresie.

Równocześnie świadczeniodawca oświadczył, że zrzeka się istniejących jak i mogących powstać na przyszłość jakichkolwiek dalszych roszczeń związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie produktów (...) Anestezjologia i Intensywna Terapia– Hospitalizacja w okresie od 1 stycznia 2011 do dnia 30 czerwca 2011 r., w tym dotyczących zobowiązań wynikających z art. 10 f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (§ 2 Ugody).

(dowód: ugoda nr (...), k. 1131-1133 t. VI)

W dniu 25 stycznia 2011 r. strona pozwana i (...) w K. zawarły aneks nr (...) do Umowy (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne. Umowa otrzymała brzmienie jak w załączniku do aneksu. Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą od 1 stycznia 2011 r.

(dowód: Aneks nr (...) do umowy (...), k. 3218)

W oparciu o powyższy aneks między pozwanym Narodowym Funduszem Zdrowia (...) i (...) w K. została zawarta **umowa z 25 stycznia 2011 r. nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne**. Przedmiotem Umowy było udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresach świadczeń określonych w planie rzeczowo – finansowym stanowiącym załącznik nr 1 do Umowy (§ 1 ust. 1 Umowy).

Świadczeniodawca zobowiązał się wykonywać Umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, ustalonych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) zwanych dalej „warunkami zawierania umów”, Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do 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), zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”, oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143).

(dowód: Umowa nr (...), k. 3219-3234 t. XVII)

Kwota zobowiązania pozwanego Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 stycznia 2011 r. wynosiła maksymalnie 7 704 988,40 zł.

Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych Umową w okresie rozliczeniowych, o których mowa w ust. 1, określał „plan rzeczowo – finansowy”, stanowiący załącznik nr 1 do Umowy.

(dowód: Umowa nr (...), k. 3219-3234 t. XVII)

Kwoty zobowiązania określone w planie rzeczowo – finansowym obejmowały także kwoty zobowiązania wyodrębnione na realizację grup z Katalogu grup, określonych w załączniku nr 1a do zarządzenia, o których mowa w § 16 ust. 1 zarządzenia, we właściwych ze względu na realizację świadczeń zakresach. Dodatkowo dla każdej z grup świadczeń, o których mowa w ust. 5, w ramach odpowiednich zakresów świadczeń w planie rzeczowo – finansowym, określona była kwota zobowiązania, przeznaczona wyłącznie na realizację tych grup świadczeń.

W przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń z grup, o których mowa w § 16 ust. 2 zarządzenia, przekroczyłaby kwotę, o której mowa w ust. 6, na wniosek Świadczeniodawcy składany jeden raz na kwartał, zwiększeniu ulegać miały liczby jednostek rozliczeniowych i kwoty zobowiązań we właściwych ze względu na realizację świadczeń zakresach oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy pozwanego Oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy.

Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, wypełniała ponadto zobowiązania pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia wynikające z postanowień art. 10f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.).

(dowód: umowa nr (...), k. 3219-3234 t. XVII)

Umowa została zawarta na okres od 1 stycznia 2011 do dnia 31 grudnia 2011 r.

(dowód: Umowa nr (...), k. 3219-3234 t. XVII)

W dniu 1 września 2011 r. strony zawarły aneks nr (...) do Umowy nr (...), który dotyczył zmiany oznaczenia adresu świadczeniodawcy. Aneks wszedł w życie z dniem podpisania.

(dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...), k. 3531 t. XIX)

Kolejny aneks nr (...) do Umowy nr (...) został zawarty w dniu 27 września 2011 r., a dotyczył zmiany § 4 ust. 1 Umowy. Na mocy aneksu kwota zobowiązania pozwanego Oddziału Funduszu z tytułu realizacji Umowy w okresie od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. wynosić miała 29 404 777,40 zł. Ponadto zmieniła się treść załącznika nr 1 do Umowy w postaci planu rzeczowo – finansowego.

W § 2 aneksu świadczeniobiorca oświadczył, że kwota zobowiązania pozwanego Funduszu wobec Świadczeniodawcy, o której mowa w § 4 Umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia wynikające z realizacji Umowy, chyba że pozwany Fundusz dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust. 1 Umowy. Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 17 września 2011 r.

(dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...), k. 3427-3530)

Aneks nr (...) do Umowy nr (...) został zawarty w dniu 12 października 2011 r., a dotyczył zmiany § 4 ust. 1 Umowy. Na mocy aneksu kwota zobowiązania pozwanego Oddziału Funduszu z tytułu realizacji Umowy w okresie od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. wynosić miała 31 566 666,40 zł. Ponadto zmieniła się treść załącznika nr 1 do Umowy w postaci planu rzeczowo – finansowego.

W § 2 aneksu świadczeniobiorca oświadczył, że kwota zobowiązania pozwanego Funduszu wobec Świadczeniodawcy, o której mowa w § 4 Umowy wyczerpuje wszystkie jego roszczenia wynikające z realizacji Umowy, chyba że pozwany Fundusz dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust. 1 Umowy. Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 17 września 2011 r.

(dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...), k. 3303-3426 t. XVII-XVIII)

W dniu 18 listopada 2011 r. został zawarty aneks nr (...) do Umowy nr (...), a dotyczył zmiany Harmonogram – Zasoby. Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 6 października 2011 r.

(dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...), k. 3301-3302)

Kolejny aneks nr (...) do Umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne został zawarty w dniu 30 grudnia 2011 r., a dotyczył zmiany § 4 ust. 1 Umowy. Na mocy aneksu kwota zobowiązania pozwanego Oddziału Funduszu z tytułu realizacji Umowy w okresie od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. wynosić miała 31 268 061,40 zł. Ponadto zmieniła się treść załącznika nr 1 do Umowy w postaci planu rzeczowo – finansowego.

W § 2 aneksu świadczeniobiorca oświadczył, że kwota zobowiązania pozwanego Funduszu wobec Świadczeniodawcy, o której mowa w § 4 Umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia istniejące na dzień podpisania aneksu. Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 1 września 2011 r.

(dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...), k. 3294-3300)

Aneks nr (...) do Umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne został zawarty w dniu 30 grudnia 2011 r., a dotyczył zmiany § 4 ust. 1 Umowy. Na mocy aneksu kwota zobowiązania Oddziału Funduszu z tytułu realizacji Umowy w okresie od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. wynosić miała 30 930 878,80 zł. Ponadto zmieniła się treść załącznika nr 1 do Umowy w postaci planu rzeczowo – finansowego.

W § 2 aneksu świadczeniobiorca oświadczył, że kwota zobowiązania pozwanego Funduszu wobec Świadczeniodawcy, o której mowa w § 4 Umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia istniejące na dzień podpisania aneksu. Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 1 września 2011 r.

(dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...), k. 3288-3293)

Aneks nr (...) do Umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne został zawarty w dniu 30 grudnia 2011 r., a dotyczył zmiany § 4 ust. 1 Umowy. Na mocy aneksu kwota zobowiązania pozwanego Oddziału Funduszu z tytułu realizacji Umowy w okresie od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. wynosić miała 30 931 286,20 zł. Ponadto zmieniła się treść załącznika nr 1 do Umowy w postaci planu rzeczowo – finansowego.

W § 2 aneksu świadczeniobiorca oświadczył, że kwota zobowiązania pozwanego Funduszu wobec Świadczeniodawcy, o której mowa w § 4 Umowy wyczerpuje wszystkie jego roszczenia z tytułu przesunięć środków finansowych pomiędzy jej zakresami, istniejące na dzień podpisania aneksu. Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązująca od dnia 1 listopada 2011 r.

(dowód: Aneks nr (...) do umowy nr (...), k. 3277-3287)

W dniu 13 grudnia 2011 r. strony zawarły porozumienie nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne. Porozumienie to dotyczyło rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych od 15 sierpnia 2011 r. do 12 września 2011 r. w stanach nagłych w trybie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych, wymienionych w załączniku. Na jego podstawie pozwany Fundusz miał zapłacić świadczeniodawcy kwotę 32 990,00 zł.

(dowód: porozumienie nr (...), k. 3273-3276)

Strony powyższego porozumienia uzgodniły że kwota umówiona kwota będzie stanowiła ostateczną kwotę należności z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej, udzielonych od 15 sierpnia 2011 r. do 12 września 2011 r. w stanach nagłych w trybie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych, wymienionych w załączniku nr 1. Ponadto świadczeniodawca zrzekł się praw dochodzenia roszczeń wynikających z porozumienia, a dotyczących zrealizowanych zgodnie z załącznikiem nr 1 świadczeń, zarówno istniejących, jak i mogących powstać w przyszłości

(dowód: porozumienie nr (...), k. 3273-3276)

W dniu 13 grudnia 2011 r. strony zawarły również porozumienie nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne. Porozumienie to dotyczyło rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej, udzielonych od 1 września 2011 r. do 16 września 2011 r. w stanach nagłych w trybie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych, wymienionych w załączniku do porozumienia.

Pozwany Fundusz zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcy z powyższego tytułu kwotę 108 854,73 zł.

(dowód: porozumienie nr (...), k. 3269-3272)

Strony porozumienia uzgodniły, że powyższa kwota będzie stanowiła ostateczną kwotę należności z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych od 1 września 2011 r. do 16 września 2011 r. w stanach nagłych, w trybie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych, wymienionych w załączniku do porozumienia. Świadczeniodawca zrzekł się praw dochodzenia roszczeń wynikających z porozumienia, dotyczących zrealizowanych zgodnie z załącznikiem nr 1 świadczeń, zarówno istniejących, jak i mogących powstać w przyszłości.

(dowód: porozumienie nr (...), k. 3269-3272)

W dniu 17 stycznia 2012 r. strony zawarły ugodę nr (...) dotyczącą rozliczenia kosztów za świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju – leczenie szpitalne. Ugoda dotyczyła rozliczenia kosztów za świadczenia opieki zdrowotnej wykonane w okresie od 2 czerwca 2011 r. do dnia 27 listopada 2011 r. świadczeniobiorcom, których hospitalizacje rozpoczęto w (...)w J. w likwidacji, a zakończono w (...) w związku z likwidacją i zakończeniem działalności medycznej przez (...)

w J. w likwidacji z dniem 31 sierpnia 2011 r. oraz wykreśleniem z dniem 30 września 2011 r. z Krajowego Rejestru Sądowego.

(dowód: ugoda nr (...), k. 3252-3265)

Strony ugody uzgodniły, że pozwany Fundusz zapłaci świadczeniodawcy kwotę 836 196,00 zł z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w okresie 2 czerwca 2011 r. do dnia 27 listopada 2011 r. świadczeniobiorcom, których hospitalizacje rozpoczęto w (...) w J. w likwidacji, a zakończono w (...) w związku z likwidacją i zakończeniem działalności medycznej przez (...) w J.. Wykaz uznanych do zapłaty świadczeń stanowił załącznik nr 1 do ugody.

(dowód: ugoda nr (...), k. 3252-3265)

Strony ugody oświadczyły również, że kwota wskazana w § 1 stanowi ostateczną kwotę należności świadczeniodawcy z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w okresie od 2 czerwca 2011 r. do dnia 27 listopada 2011 r. świadczeniobiorcom, których hospitalizacje rozpoczęto w (...) w J. w likwidacji, a zakończono w (...) w związku z likwidacją i zakończeniem działalności medycznej przez (...) w J., wymienionym w załączniku nr 1 do ugody.

Ponadto świadczeniodawca zrzekł się praw dochodzenia roszczeń wynikających z ugody, a dotyczących zrealizowanych świadczeń zgodnie z załącznikiem nr 1, zarówno istniejących, jak i mogących powstać w przyszłości.

(dowód: ugoda nr (...), k. 3252-3265)

W dniu 17 stycznia 2012 r. strony zawarły porozumienie nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne. Dotyczyło ono rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych od 31 sierpnia 2011 r. do 16 września 2011 r. w stanach nagłych, w trybie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych, wymienionych w załączniku nr 1.

Pozwany Fundusz miał zapłacić świadczeniodawcy z tytułu powyższych świadczeń kwotę 38 033,86 zł.

(dowód: porozumienie nr (...), k. 3266-3268)

Strony tego porozumienia uzgodniły, że kwota powyższa będzie stanowiła ostateczną kwotę należności z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych od 31 sierpnia 2011 r. do 16 września 2011 r. w stanach nagłych, w trybie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych, wymienionych w załączniku. Równocześnie świadczeniodawca zrzekł się praw dochodzenia roszczeń wynikających z porozumienia, dotyczących zrealizowanych zgodnie z załącznikiem nr 1 świadczeń, zarówno istniejących, jak i mogących powstać w przyszłości.

(dowód: porozumienie nr (...), k. 3266-3268)

W dniu 27 stycznia 2012 r. strony zawarły ugodę nr (...) dotyczącą rozliczenia kosztów za świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju – leczenie szpitalne. Ugoda dotyczyła rozliczenia kosztów za świadczenia opieki zdrowotnej wykonane w okresie od 17 lipca 2011 r. do dnia 18 października 2011 r. świadczeniobiorcom, których hospitalizacje rozpoczęto w (...) w J. w likwidacji, a zakończono w (...) w związku z likwidacją i zakończeniem działalności medycznej przez (...) w J. w likwidacji z dniem 31 sierpnia 2011 r. oraz wykreśleniem z dniem 30 września 2011 r. z Krajowego Rejestru Sądowego.

Strony ugody uzgodniły, że pozwany Fundusz zapłaci świadczeniodawcy kwotę 337 161,00 zł z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w okresie od 17 lipca 2011 r. do dnia 18 października 2011 r. świadczeniobiorcom, których hospitalizacje rozpoczęto w (...) w J. w likwidacji, a zakończono w (...) w związku z likwidacją i zakończeniem działalności medycznej przez (...) w J.. Wykaz uznanych do zapłaty świadczeń stanowił załącznik nr 1 do ugody.

Ponadto strony ugody oświadczyły, że kwota wskazana w § 1 będzie stanowiła ostateczną kwotę należności świadczeniodawcy z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w okresie od 17 lipca 2011 r. do dnia 18 października 2011 r. świadczeniobiorcom, których hospitalizacje rozpoczęto w (...) w J. w likwidacji, a zakończono w

(...) w związku z likwidacją i zakończeniem działalności medycznej przez (...) w J., wymienionym w załączniku nr 1 do ugody. Świadczeniodawca zrzekł się praw dochodzenia roszczeń, wynikających z ugody, a dotyczących zrealizowanych świadczeń zgodnie z załącznikiem nr 1, zarówno istniejących, jak i mogących powstać w przyszłości.

(dowód: ugoda nr (...), k. 3247-3251)

W dniu 16 lutego 2012 r. strony zawarły ugodę nr (...) do Umowy nr (...). Dotyczyła ona rozliczenia kosztów świadczeń wykonanych na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza (...).

(dowód: ugoda nr (...) do umowy nr (...), k. 3237-3241 t. XVII)

Pozwany Fundusz zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcy maksymalne wynagrodzenie w kwocie 10 009,00 zł z tytułu udzielania powyższych świadczeń w okresie od 1 września 2011 r. do 31 grudnia 2011 r.

Strony uzgodniły, że kwota powyższa wyczerpuje wszystkie roszczenia wynikające z realizacji Umowy w przedmiocie rozliczania rzeczywistych kosztów świadczeń udzielonych na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza (...) w okresie od 1 grudnia 2011 r. do 31 grudnia 2011 r. i wymienionych w załączniku.

(dowód: ugoda nr (...) do umowy nr (...) k. 3237-3241, t. XVII)

Świadczeniodawca oświadczył również, że zrzeka się na przyszłość jakichkolwiek dalszych roszczeń związanych z realizacją Umowy w przedmiocie rozliczania rzeczywistych kosztów świadczeń udzielonych na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza (...) w okresie od 1 grudnia 2011 r. do 31 grudnia 2011 r. i wymienionych w załączniku.

(dowód: ugoda nr (...) do umowy nr (...), k. 3237-3241 t. XVII)

W dniu 20 lutego 2012 r. strony zawarły także ugodę nr (...) do Umowy (...). Dotyczyła ona rozliczenia kosztów świadczeń wykonanych na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza (...). Na jej podstawie pozwany Fundusz zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcy maksymalne wynagrodzenie w kwocie 470,00 zł z tytułu udzielania powyższych świadczeń w okresie od 1 grudnia 2011 r. do 31 grudnia 2011 r.

(dowód: ugoda nr (...) do umowy (...), k. 3212-3213)

Strony Ugody uzgodniły, że kwota powyższa wyczerpuje wszystkie roszczenia wynikające z realizacji Umowy w przedmiocie rozliczania rzeczywistych kosztów świadczeń udzielonych na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza (...) w okresie od 1 grudnia 2011 r. do 31 grudnia 2011 r. i wymienionych w załączniku.

(dowód: ugoda nr (...) do umowy (...), k. 3212-3213)

Świadczeniodawca oświadczył, że zrzeka się na przyszłość jakichkolwiek dalszych roszczeń związanych z realizacją Umowy w przedmiocie rozliczania rzeczywistych kosztów świadczeń udzielonych na podstawie przepisów o koordynacji rozliczanych na podstawie formularza (...) w okresie od 1 grudnia 2011 r. do 31 grudnia 2011 r. i wymienionych w załączniku.

(dowód: ugoda nr (...) do umowy (...), k. 3212-3213)

W dniu 29 lutego 2012 r. strony zawarły porozumienie nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne. Porozumienie to dotyczyło rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych od 1 września 2011 r. do 16 września 2011 r. w stanach nagłych, w trybie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych.

Fundusz zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcy z tytułu powyższych świadczeń kwotę 13 696,77 zł.

(dowód: porozumienie (...), k. 3242-3246)

Strony porozumienia uzgodniły, że kwota powyższa będzie stanowić ostateczną kwotę należności z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych od 1 września 2011 r. do 16 września 2011 r. w stanach nagłych, wymienionych w załączniku nr 1 do porozumienia. Jednocześnie Świadczeniodawca zrzekł się praw dochodzenia roszczeń wynikających z porozumienia, a dotyczących zrealizowanych świadczeń zgodnie z załącznikiem nr 1, zarówno istniejących, jak i mogących powstać w przyszłości.

(dowód: porozumienie (...), k. 3242-3246)

Strony zawarły również w dniu 2 marca 2012 r. ugodę nr (...) do Umowy nr (...). Dotyczyła rozliczenia kosztów świadczeń wykonanych na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza (...). Pozwany Fundusz zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcy maksymalne wynagrodzenie w kwocie 297,00 zł z tytułu udzielania powyższych świadczeń w okresie od 1 października 2011 r. do 31 grudnia 2011 r.

Strony uzgodniły w ugodzie, że kwota powyższa wyczerpuje wszystkie roszczenia wynikające z realizacji Umowy w przedmiocie rozliczania rzeczywistych kosztów świadczeń udzielonych na podstawie przepisów o koordynacji i rozliczanych na podstawie formularza (...), w okresie od 1 października 2011 r. do 31 grudnia 2011 r. i wymienionych w załączniku.

Świadczeniodawca oświadczył, że zrzeka się na przyszłość jakichkolwiek dalszych roszczeń związanych z realizacją Umowy w przedmiocie rozliczania rzeczywistych kosztów świadczeń udzielonych na podstawie przepisów o koordynacji i rozliczanych na podstawie formularza (...), w okresie od 1 października 2011 r. do 31 grudnia 2011 r. i wymienionych w załączniku.

(dowód: ugoda nr (...) do umowy nr (...), k. 3235-3236)

W dniu 13 kwietnia 2012 r. strony zawarły ugodę nr (...) dotyczącą rozliczenia kosztów za świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju – leczenie szpitalne w tym świadczenia objęte Umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr (...).

Ugoda została zawarta w związku ze składanymi przez świadczeniodawcę w trakcie i po zakończeniu okresu rozliczeniowego wnioskami oraz w celu ustalenia kwoty całkowitego wynagrodzenia z tytułu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w okresie od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 sierpnia 2011 r. obejmującego także kwotę wynikającą z art. 10 f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076 z późn. zm.), w tym świadczeń objętych Umową nr (...).

W ugodzie strony przyznały, że z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej objętych Umową w okresie od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. ustalona maksymalna wartość umowy wynosi 30 931 286,20 zł i uwzględnia kwotę wynikającą z art. 10 f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń.

(dowód: ugoda nr (...), k. 3215-3217)

Pozwany Oddział Funduszu zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcy dodatkowe wynagrodzenie w kwocie 7 446,00 zł z tytułu udzielania w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 31 sierpnia 2011 r. świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w ilości przekraczającej liczbę jednostek rozliczeniowych określonych w Umowie, o której mowa w ust. 1. Ugoda wraz z planem rzeczowo – finansowym stanowiącym załącznik nr 1 do ugody stanowiła podstawę do wystawienia rachunku wraz z raportem statystycznym na ugodzoną kwotę. Świadczeniodawca zobowiązał się rozliczyć ugodę do 30 kwietnia 2012 r. (§ 1 Ugody)

(dowód: ugoda nr (...), k. 3215-3217)

Strony ugody stwierdziły też, że postanowienia ugody czynią zadość ich intencjom i oświadczyły, że kwoty wskazane w jej § 1 stanowią całkowite wynagrodzenie z tytułu realizacji przez świadczeniodawcę wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie produktów (...) – Kardiologia – Hospitalizacja (...), w okresie od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r., jak również zobowiązań wynikających z art. 10 f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, zaś jej zapłata wyczerpuje wszelkie roszczenia świadczeniodawcy wobec pozwanego Oddziału Funduszu związane z realizacją tych świadczeń, udzielonych w każdych okolicznościach we wskazanym wyżej okresie. Równocześnie świadczeniodawca oświadczył, że zrzeka się istniejących, jak i mogących powstać na przyszłość jakichkolwiek dalszych roszczeń związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie produktów (...) – Kardiologia – Hospitalizacja (...), w okresie od 1 stycznia 2011 do dnia 31 grudnia 2011 r., jak również zobowiązań wynikających z art. 10 f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (§ 2 Ugody).

(dowód: ugoda nr (...), k. 3215-3217)

W dniu 15 czerwca 2012 r. strony zawarły aneks nr (...) do ugody nr (...)/1dotyczący rozliczenia kosztów za świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju – leczenie szpitalne, w tym świadczenia objęte Umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr (...), którym zmieniona została treść § 1 ust. 1 i 2 ugody w ten sposób, że:

Strony stwierdziły, że postanowienia ugody czynią zadość ich intencjom i oświadczyły, że kwoty wskazane w § 1 stanowią całkowite wynagrodzenie z tytułu realizacji przez świadczeniodawcę wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie produktów (...) – Kardiologia – Hospitalizacja (...), (...) – Neonatologia – Hospitalizacja III Poziom referencyjny – (...) w okresie od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r., jak również zobowiązań wynikająca z art. 10 f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, zaś jej zapłata wyczerpuje wszelkie roszczenia świadczeniodawcy wobec pozwanego Oddziału Funduszu związane z realizacją tych świadczeń, udzielonych w każdych okolicznościach, we wskazanym wyżej okresie. Równocześnie świadczeniodawca oświadczył, że zrzeka się istniejących jak i mogących powstać na przyszłość jakichkolwiek dalszych roszczeń związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie produktów (...) – Kardiologia – Hospitalizacja (...), (...) – Neonatologia – Hospitalizacja III Poziom referencyjny – (...) w okresie od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r., jak również zobowiązań wynikających z art. 10 f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (§ 2 Ugody).

(dowód: aneks do ugody nr (...), k. 3208-3209)

W dniu 4 lipca 2012 r. strony zawarły porozumienie nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne. Porozumienie to dotyczyło rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych od 3 września 2011 r. do 14 września 2011 r. w stanach nagłych, w trybie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Pozwany Fundusz miał zapłacić z tego tytułu świadczeniodawcy kwotę 6 277,62 zł.

(dowód: porozumienie nr (...), k. 3204-3207 t. XVII)

Strony porozumienia uzgodniły, że kwota powyższa stanowi ostateczną kwotę należności z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych od 3 września 2011 r. do 14 września 2011 r. w stanach nagłych, w trybie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wymienionych w załączniku. Świadczeniodawca zrzekł się praw dochodzenia roszczeń wynikających z porozumienia, a dotyczących świadczeń udzielonych od 3 września 2011 r. do 14 września 2011 r. w stanach nagłych, w trybie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z załącznikiem, istniejących, jak i mogących powstać w przyszłości

(dowód: porozumienie nr (...), k. 3204-3207 t. XVII)

W dniu 20 sierpnia 2012 r. strony zawarły porozumienie nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne. Dotyczyło ono rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych od 5 września 2011 r. do 8 września 2011 r. w stanach nagłych, w trybie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Z tytułu udzielenia tych świadczeń, pozwany Fundusz miał zapłacić świadczeniodawcy kwotę 2 122,17 zł.

(dowód: porozumienie nr (...), k. 3200-3203 t. XVI-XVII)

Strony porozumienia uzgodniły, że umówiona kwota będzie stanowiła ostateczną kwotę należności z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych od 5 września 2011 r. do 8 września 2011 r. w stanach nagłych, wymienionych w załączniku. Świadczeniodawca zrzekł się praw dochodzenia roszczeń wynikających z tego porozumienia, a dotyczących świadczeń udzielonych od 5 września 2011 r. do 8 września 2011 r. w stanach nagłych, w trybie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z załącznikiem, istniejących, jak i mogących powstać w przyszłości.

(dowód: porozumienie nr (...), k. 3200-3203 t. XVI-XVII)

W dniu 11 stycznia 2011 r. strony zawarły aneks nr (...) do Umowy nr (...). Zgodnie z aneksem Umowa otrzymała brzmienie jak w załączniku do aneksu. Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2011 r.

(dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...), k. 1772-1788 t. IX)

W oparciu o powyższy aneks (...) w J. i NFZ (...) zawarły w dniu 11 stycznia 2011 r. **Umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – chemioterapia**. Przedmiotem Umowy było udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – chemioterapia, w zakresach świadczeń określonych w planie rzeczowo – finansowym stanowiącym załącznik nr 1 do Umowy (§ 1 ust. 1 Umowy).

(dowód: umowa nr (...), k. 1760-1763 t. IX)

Świadczeniodawca zobowiązał się wykonywać Umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia, ustalanych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) zwanych dalej „warunkami zawierania umów” oraz zgodnie z Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do 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), zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”.

(dowód: umowa nr (...), k. 1760-1763 t. IX)

Kwota zobowiązania pozwanego Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji Umowy w okresie od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. wynosić miała maksymalnie 6 332 801,00 zł.

Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych Umową, określał „plan rzeczowo – finansowy”, stanowiący załącznik nr 1 do Umowy.

Należność z tytułu Umowy za realizację świadczeń za okres sprawozdawczy równa była iloczynowi ceny punktu i sumy punktów za świadczenie i podane lub wydane świadczeniobiorcy leki i nie mogła przekroczyć maksymalnej kwoty zobowiązania pozwanego Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji Umowy, określonej w planie rzeczowo – finansowym.

Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, wypełniać miała też zobowiązania pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia wynikające z postanowień art. 10f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.). (§4 Umowy).

(dowód: umowa nr (...), k. 1760-1763 t. IX)

Umowa została zawarta na okres od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. Każda ze stron mogła rozwiązać Umowę za trzymiesięcznym okresem wypowiedzenia.

(dowód: umowa nr (...), k. 1760-1763 t. IX)

W dniu 6 czerwca 2011 r. został zawarty aneks nr (...) do Umowy nr (...), a dotyczył zmiany załącznika nr 1 do Umowy w postaci planu rzeczowo – finansowego.

W § 2 aneksu świadczeniobiorca oświadczył, że kwota zobowiązania pozwanego Funduszu wobec Świadczeniodawcy, o której mowa w § 4 Umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia wynikające z realizacji Umowy, chyba że pozwany Fundusz dysponował będzie dodatkowymi środkami przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust. 1 Umowy.

Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązująca od dnia 1 stycznia 2011 r.

(dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...), k. 1750-1753 t. IX)

W dniu 8 lipca 2011 r. został zawarty aneks nr (...) do Umowy nr (...), który dotyczył zmiany § 4 ust. 1 Umowy. Na mocy aneksu kwota zobowiązania pozwanego Oddziału Funduszu z tytułu realizacji Umowy w okresie od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. została zwiększona do kwoty 6 332 872,00 zł. Ponadto zmieniła się treść załącznika nr 1 do Umowy w postaci planu rzeczowo – finansowego.

W § 2 aneksu świadczeniobiorca oświadczył, że kwota zobowiązania pozwanego Funduszu wobec Świadczeniodawcy, o której mowa w § 4 Umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia z tytułu przesunięć środków finansowych pomiędzy jej zakresami, istniejące na dzień podpisania aneksu. Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązująca od dnia 1 maja 2011 r.

(dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...), k. 1754-1756 t. IX)

W dniu 30 sierpnia 2011 r. został zawarty aneks nr (...) do Umowy nr (...), który również dotyczył zmiany § 4 ust. 1 Umowy. Na mocy aneksu kwota zobowiązania pozwanego Oddziału Funduszu z tytułu realizacji Umowy w okresie od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. zmieniona została na kwotę 6 332 866,00 zł.

Ponadto zmieniła się treść załącznika nr 1 do Umowy w postaci planu rzeczowo – finansowego. W § 2 aneksu świadczeniobiorca oświadczył, że kwota zobowiązania pozwanego Funduszu wobec Świadczeniodawcy, o której mowa w § 4 Umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia wynikające z realizacji Umowy, chyba że pozwany Fundusz dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust. 1 Umowy.

Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązująca od dnia 1 maja 2011 r.

(dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...), k. 1757-59 t. IX)

W dniu 30 sierpnia 2011 r. (...) w J. i pozwany NFZ (...) zawarły porozumienie w sprawie rozwiązania Umowy (...) za porozumieniem stron. Uzgodniły, że Umowa zostanie rozwiązana na zasadzie porozumienia stron z dniem 31 sierpnia 2011 r. Porozumienie weszło w życie z dniem podpisania.

(dowód: porozumienie z 30 sierpnia 2011 r. do umowy (...), k. 1748 t. IX)

Rozwiązanie Umowy miało związek z likwidacją (...) w J. i powstaniem (...)

(okoliczność bezsporna)

Rozliczenie rozwiązanej Umowy (...) miało nastąpić w ciągu 45 dni od rozwiązania

(dowód: pismo strony pozwanej z 30 sierpnia 2011 r., k. 1749 t. IX)

W dniu 7 lutego 2011 r. pozwany NFZ(...)i(...) w K. zawarły **Umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – chemioterapia**. Przedmiotem umowy było udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – chemioterapia, w zakresach świadczeń określonych w planie rzeczowo – finansowym stanowiącym załącznik nr 1 do Umowy (§ 1 ust. 1 umowy).

Świadczeniodawca zobowiązał się wykonywać Umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia, ustalanych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) zwanych dalej „warunkami zawierania umów” oraz zgodnie z Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do 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), zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”.

(dowód: umowa nr (...), k. 3152-3153t. XVI z załącznikami, k. 3154-3160)

Kwota zobowiązania pozwanego Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji Umowy w okresie od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. wynosić miała maksymalnie 1 285 536,00 zł.

Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych Umową, określał „plan rzeczowo – finansowy”, stanowiący załącznik nr 1 do Umowy.

Należność z tytułu Umowy za realizację świadczeń za okres sprawozdawczy równa była iloczynowi ceny punktu i sumy punktów za świadczenie i podane lub wydane świadczeniobiorcy leki i nie mogła przekroczyć maksymalnej kwoty zobowiązania pozwanego Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji Umowy określonej w załączniku nr 1 do Umowy.

Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, wypełniać miała też zobowiązania pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia wynikające z postanowień art. 10f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.).

(dowód: umowa nr (...), k. 3152-3153t. XVI z załącznikami, k. 3154-3160)

Umowa została zawarta na okres od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r.

(dowód: umowa nr (...), k. 3152-3153t. XVI z załącznikami, k. 3154-3160)

Porozumieniem z dnia 19 sierpnia 2011 r. pozwany NFZ (...) i (...) w K. rozwiązały Umowę nr (...) z dniem 31 sierpnia 2011 r. na zasadzie porozumienia stron.

(dowód: porozumienie z 19 sierpnia 2011 r., k. 3197)

Rozwiązanie Umowy nastąpiło w związku z likwidacją (...) w K. i powstaniem (...).

(okoliczność bezsporna)

W dniu 27 września 2011 r. strony zawarły **Umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – chemioterapia**. Przedmiotem Umowy było udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – chemioterapia, w zakresach świadczeń określonych w planie rzeczowo – finansowym stanowiącym załącznik nr 1 do Umowy (§ 1 ust. 1 umowy).

Świadczeniodawca zobowiązał się wykonywać Umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia, ustalanych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) zwanych dalej „warunkami zawierania umów” oraz zgodnie z Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do 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), zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”.

(dowód: umowa nr (...), k. 3169-3196 t. XVI z załącznikami, k. 3173-3198)

Kwota zobowiązania pozwanego Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji Umowy w okresie od 1 września 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. ustalona została na poziomie maksymalnie 2 539 755,00 zł.

Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych Umową, określał „plan rzeczowo – finansowy”, stanowiący załącznik nr 1 do Umowy.

Należność z tytułu Umowy za realizację świadczeń za okres sprawozdawczy równa była iloczynowi ceny punktu i sumy punktów za świadczenie i podane lub wydane świadczeniobiorcy leki, wykazane w załączniku sprawozdawczo rozliczeniowym, którego wzór i zakres danych określał załącznik nr 4 do Umowy. Kwota należności nie mogła jednak przekroczyć maksymalnej kwoty zobowiązania pozwanego Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy określonej w załączniku nr 1 do umowy.

Ponadto kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, wypełniała zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wynikające z postanowień art. 10f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.) (§ 4 Umowy).

(dowód: umowa nr (...), k. 3169-3196 t. XVI z załącznikami, k. 3173-3198)

Umowa została zawarta na okres od 1 września 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r.

(dowód: umowa nr (...), k. 3169-3196 t. XVI z załącznikami, k. 3173-3198)

W dniu 30 grudnia 2011 r. został zawarty aneks nr (...) do Umowy nr (...), który dotyczył zmiany § 4 ust. 1 Umowy. Na mocy aneksu kwota zobowiązania pozwanego Oddziału Funduszu z tytułu realizacji Umowy w okresie od dnia 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. wynosić miała 2 539 755,00 zł. Ponadto zmieniła się treść załącznika nr 1 do Umowy w postaci planu rzeczowo - finansowego.

W § 2 aneksu świadczeniobiorca oświadczył, że kwota zobowiązania pozwanego Funduszu wobec Świadczeniodawcy, o której mowa w § 4 Umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia z tytułu przesunięć środków finansowych pomiędzy jej zakresami, istniejące na dzień podpisania aneksu. Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązująca od dnia 1 października 2011 r.

(dowód: Aneks nr (...) do umowy nr (...), k. 3161-3164 t. XVI)

W dniu 17 stycznia 2012 r. strony zawarły ugodę nr (...) dotyczącą rozliczenia kosztów za świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju – leczenie szpitalne chemioterapia. Ugoda dotyczyła rozliczenia kosztów za świadczenia opieki zdrowotnej wykonane w okresie od 2 czerwca 2011 r. do dnia 27 listopada 2011 r. świadczeniobiorcom, których hospitalizacje rozpoczęto w (...) w J. w likwidacji, a zakończono w (...) w związku z likwidacją i zakończeniem działalności medycznej przez (...) w J. w likwidacji z dniem 31 sierpnia 2011 r. oraz wykreśleniem z dniem 30 września 2011 r. z Krajowego Rejestru Sądowego.

(dowód: ugoda nr (...), k. 3165-3168 t. XVI)

Strony ugody uzgodniły, że Fundusz zapłaci świadczeniodawcy kwotę 9 537,00 zł z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w okresie od 2 czerwca 2011 r. do dnia 27 listopada 2011 r. świadczeniobiorcom, których hospitalizacje rozpoczęto w (...) w J. w likwidacji, a zakończono w (...) w związku z likwidacją i zakończeniem działalności medycznej przez (...) w J.. Wykaz uznanych do zapłaty świadczeń stanowił załącznik nr 1 do ugody.

Strony ugody oświadczyły ponadto, że kwota wskazana w § 1 będzie stanowiła ostateczną kwotę należności świadczeniodawcy z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w okresie od 2 czerwca 2011 r. do dnia 27 listopada 2011 r. świadczeniobiorcom, których hospitalizacje rozpoczęto w (...) w J. w likwidacji, a zakończono w (...) w związku z likwidacją i zakończeniem działalności medycznej przez (...) w J., wymienionym w załączniku nr 1 do ugody.

(dowód: ugoda nr (...), k. 3165-3168 t. XVI)

W dniu 13 kwietnia 2012 r. strony zawarły ugodę nr (...) dotyczącą rozliczenia kosztów za świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju – leczenie szpitalne chemioterapia, w tym świadczenia objęte Umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr (...).

Ugoda zawarta w związku ze składanymi przez świadczeniodawcę w trakcie i po zakończeniu okresu rozliczeniowego wnioskami oraz w celu ustalenia kwoty całkowitego wynagrodzenia z tytułu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne chemioterapia w okresie od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 sierpnia 2011 r. obejmującego także kwotę wynikająca z art. 10 f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076 z późn. zm.), w tym świadczeń objętych Umową nr (...).

Strony przyznały, że z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej objętych umową w okresie od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 sierpnia 2011 r. ustalona maksymalna wartość umowy wynosi 591 550,00 zł i uwzględnia kwotę wynikająca z art. 10 f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń. Pozwany Oddział Funduszu zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcy, dodatkowe wynagrodzenie w kwocie 100,00 zł z tytułu udzielania w okresie od 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 sierpnia 2011 r. świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – chemioterapia w ilości przekraczającej liczbę jednostek rozliczeniowych określonych w Umowie, o której mowa w ust. 1. Ugoda wraz z planem rzeczowo – finansowym stanowiącym załącznik nr 1 do ugody stanowić miała podstawę do wystawienia rachunku wraz z raportem statystycznym na ugodzoną kwotę.

Strony stwierdziły, że postanowienia ugody czynią zadość ich intencjom i oświadczyły, że kwoty wskazane w § 1 stanowią całkowite wynagrodzenie z tytułu realizacji przez świadczeniodawcę wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne chemioterapia w zakresie produktu substancje czynne w chemioterapii – hospitalizacji z zakresem skojarzonym w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 31 sierpnia 2011 r., jak również zobowiązań wynikająca z art. 10 f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, zaś jej zapłata wyczerpuje wszelkie roszczenia świadczeniodawcy wobec pozwanego Oddziału Funduszu związane z realizacją tych świadczeń, udzielonych w każdych okolicznościach, we wskazanym wyżej okresie.

Równocześnie świadczeniodawca oświadczył, że zrzeka się istniejących jak i mogących powstać na przyszłość jakichkolwiek dalszych roszczeń związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne chemioterapia w zakresie produktu substancje czynne w chemioterapii – hospitalizacji z zakresem skojarzonym w

okresie w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 31 sierpnia 2011 r., jak również zobowiązań wynikających z art. 10 f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (§ 2 Ugody).

(dowód: ugoda nr (...) k. 5446-5448)

W dniu 13 kwietnia 2012 r. strony zawarły ugodę nr (...)dotyczącą rozliczenia kosztów za świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju – leczenie szpitalne chemioterapia w tym świadczenia objęte Umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr (...).

Ugoda zawarta w związku ze składanymi przez świadczeniodawcę w trakcie i po zakończeniu okresu rozliczeniowego wnioskami oraz w celu ustalenia kwoty całkowitego wynagrodzenia z tytułu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne chemioterapia w okresie od 1 września 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. obejmującego także kwotę wynikająca z art. 10 f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076 z późn. zm.), w tym świadczeń objętych Umową nr (...).

Strony przyznały, że z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej objętych Umową w okresie od 1 września 2011 r. do 31 grudnia 2011 r. ustalona maksymalna wartość umowy wynosi 2 539 309,00 zł i uwzględnia kwotę wynikająca z art. 10 f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń. Pozwany Oddział Funduszu zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcy, dodatkowe wynagrodzenie w kwocie 17 080,00 zł z tytułu udzielania w okresie od 1 września 2011 r. do 31 grudnia 2011 r. świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – chemioterapia w ilości przekraczającej liczbę jednostek rozliczeniowych określonych w Umowie, o której mowa w ust. 1. Ugoda wraz z planem rzeczowo – finansowym stanowiącym załącznik nr 1 do ugody miała stanowić podstawę do wystawienia rachunku wraz z raportem statystycznym na ugodzoną kwotę.

Strony stwierdziły, że postanowienia ugody czynią zadość ich intencjom i oświadczyły, że kwoty wskazane w § 1 stanowią całkowite wynagrodzenie z tytułu realizacji przez świadczeniodawcę wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne chemioterapia w zakresie produktu substancje czynne w chemioterapii – hospitalizacji z zakresem skojarzonym i produktu substancje czynne w chemioterapii – w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym w okresie od 1 września 2011 r. do 31 grudnia 2011 r., jak również zobowiązań wynikająca z art. 10 f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, zaś jej zapłata wyczerpuje wszelkie roszczenia świadczeniodawcy wobec pozwanego Oddziału Funduszu związane z realizacją tych świadczeń, udzielonych w każdych okolicznościach, we wskazanym wyżej okresie.

Równocześnie świadczeniodawca oświadczył, że zrzeka się istniejących jak i mogących powstać na przyszłość jakichkolwiek dalszych roszczeń związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne chemioterapia w zakresie produktu substancje czynne w chemioterapii – hospitalizacji z zakresem skojarzonym i produktu substancje czynne w chemioterapii – w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym w okresie od 1 września 2011 r. do 31 grudnia 2011 r., jak również zobowiązań wynikających z art. 10 f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (§ 2 Ugody).

(dowód: ugoda nr (...) k. 5449-5451)

Świadczenia udzielane przez stronę powodową i jej poprzedników prawnych w oparciu o powyższe Umowy były sprawozdawane do pozwanego Funduszu w okresach miesięcznych, do dziesiątego dnia każdego następnego miesiąca, za pomocą raportu statystycznego przekazywanego poprzez portal internetowy. Strona powodowa przekazywała dane o udzielonych w danym okresie sprawozdawczym świadczeniach, zgodnie z oznaczeniami Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Świadczenia te były opisane według przynależności do produktów rozliczeniowych, ze wskazaniem ich wartości punktowej. Ponadto w raporcie podany był tryb udzielenia pacjentowi świadczenia (planowy/nagły/niewymagający skierowania/przymusowy) i tytuł uprawnienia pacjenta (ubezpieczony/inny niż ubezpieczony). Przy każdym sprawozdawanym świadczeniu świadczeniodawca mógł wskazać, czy było to świadczenie ratujące życie.

(dowód: zeznanie świadka G. U., e-protokół z 7 marca 2014 r., 00:07:03-00:37:26, CD k. 5790; zeznanie świadka B. B. (1), e-protokół z 7 marca 2014 r., 01:30:18-02:09:03, CD k. 5790; zeznanie świadka J. W. (1), e-protokół z 9 czerwca 2014 r. 00:21:13-00:43:18, CD k. 5810; zeznanie świadka K. M. (1), e-protokół z 7 marca 2014 r. 02:36:00-02:46:27, CD k. 5790; zeznanie świadka S. M. (1), e-protokół z 7 marca 2014 r. 02:20:12-02:36:00, CD k. 5790)

Powyższe dane wprowadzane były do systemu informatycznego za pomocą specjalnego komunikatu XML i poddawane regułom kontrolnym – walidacji i weryfikacji. Walidacja obejmowała poprawność przesłanych danych sprawozdawczych z technicznego punktu widzenia, w tym wypełnienie odpowiednich rubryk w systemie. Weryfikacja natomiast obejmowała kompletność i prawidłowość danych pod kątem zawartej ze świadczeniodawcą umowy, uzgodnionych w niej limitów, a także dokumentów dookreślających umowę. Walidacja i weryfikacja obejmowały jedynie kontrolę poprawności danych sprawozdawanych, a nie kontrolę merytoryczną dokumentacji medycznej i zasadności udzielonych świadczeń.

W przypadku pozytywnej walidacji i weryfikacji raportu przez pozwanego Funduszu w systemie generowany był rachunek ze wskazaniem tzw. paczki świadczeń, które rachunek ten obejmował i listy pacjentów, którym świadczeń tych udzielono. Tworzenie paczki świadczeń i obejmującego je rachunku odbywało się automatycznie przy użyciu algorytmu. Rachunek taki obejmował poprawnie sprawozdane świadczenia ustawione zgodnie z następującą kolejnością: świadczenia nagłe ratujące życie, świadczenia planowe ratujące życie, świadczenia nieplanowe nieratujące życia i świadczenia planowe nieratujące życia. W oparciu o rachunek świadczeniodawca wystawiał pozwanemu Funduszowi fakturę VAT, przy czym wysokość kwoty objętej fakturą nie mogła przekroczyć kwoty zobowiązania pozwanego Funduszu ustalonej w umowie, z uwzględnieniem kwoty zobowiązania dla danego zakresu umowy i okresu rozliczeniowego.

(dowód: zeznanie świadka G. U., e-protokół z 7 marca 2014 r., 00:07:03-00:37:26, CD k. 5790; zeznanie świadka B. B. (1), e-protokół z 7 marca 2014 r., 01:30:18-02:09:03, CD k. 5790; zeznanie świadka J. W. (1), e-protokół z 9 czerwca 2014 r. 00:21:13-00:43:18, CD k. 5810; zeznanie świadka K. M. (1), e-protokół z 7 marca 2014 r. 02:36:00-02:46:27, CD k. 5790; zeznanie świadka S. M. (1), e-protokół z 7 marca 2014 r. 02:20:12-02:36:00, CD k. 5790)

Świadczenia były sprawozdawane przez stronę powodową według wytycznych zawartych w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Zgodnie z wytycznymi świadczenia z poszczególnych zakresów, które składały się na daną umowę, podzielone były na grupy, którym przypisany był odpowiedni kod produktu i kod grupy. Dla tych grup określona była wartość punktowa z wyszczególnieniem między innymi hospitalizacji, hospitalizacji planowej i leczenia jednodniowego. Punkty ustalane były zarówno dla poszczególnych świadczeń, jak i leków podawanych pacjentom. W ten sposób zarządzenia regulowały sposób wyceny świadczenia, z wyszczególnieniem, jakie elementy świadczenia podlegają finansowaniu ze środków umownych. Ustalanie wartości świadczenia odbywało się więc przy uwzględnieniu punktów określonych w zarządzeniach i ceny tych punktów ustalonej w umowie.

(okoliczność bezsporna)

W powyższy sposób strona powodowa sprawozdawała do pozwanego Funduszu zarówno dane o świadczeniach udzielonych na podstawie umów z nim zawartych i mieszczących się w limitach zobowiązań strony pozwanej, jak i dane o świadczeniach udzielonych mimo wyczerpania limitu umownego.

(dowód: zeznanie świadka B. B. (1), e-protokół z 7 marca 2014 r., 01:30:18-02:09:03, CD k. 5790)

Podstawą do wygenerowania przez system strony pozwanej rachunku były wyłącznie dane dotyczące świadczeń mieszczących się w limicie umownym. Pozostałe sprawozdawane dane dotyczące świadczeń udzielonych ponad limit umowy objęte były jedynie komunikatem tzw. I fazy i stanowiły wyłącznie informację dodatkową. Nie były uwzględniane przez system w trakcie generowania rachunku do rozliczenia świadczenia.

(dowód: zeznanie świadka J. W. (1), e-protokół z 9 czerwca 2014 r. 00:21:13-00:43:18, CD k. 5810)

Niezależnie od powyższego strona powodowa, obok faktur wystawianych na podstawie rachunków wygenerowanych w systemie informatycznym pozwanego Funduszu, wystawiała i przesyłała stronie pozwanej samodzielnie wystawione faktury obejmujące te świadczenia, które nie zostały rozliczone i uwzględnione przez system z uwagi na przekroczenie limitu.

(dowód: zeznanie świadka B. B. (1), e-protokół z 7 marca 2014 r., 01:30:18-02:09:03, CD k. 5790)

Za każdym razem strona pozwana odsyłała stronie powodowej faktury VAT dotyczące świadczeń ponadlimitowych ze wskazaniem, że udzielone świadczenia mogą być sprawozdawane jedynie poprzez platformę internetową. Informowała również, że kwoty zobowiązania pozwanego Funduszu wobec strony powodowej określone poszczególnymi umowami nie pozwalają na zapłatę żądanych kwot. Odsyłając faktury, strona pozwana zwracała jednak uwagę, że nie dokonuje merytorycznej oceny zgłoszonych do zapłaty świadczeń.

(dowód: pismo strony pozwanej z 21 listopada 2011 r. k. 54-55; pismo strony pozwanej z 31 grudnia 2011 r., k. 57-58; pismo strony pozwanej z 29 listopada 2011 r., k. 60-61; pismo strony pozwanej z 20 marca 2011 r., k. 66-67; pismo strony pozwanej z 7 września 2011 r., k. 76-77; pismo strony pozwanej z 27 września 2011 r., k. 78-79; pismo strony pozwanej z 1 sierpnia 2011 r., k. 80-81; pismo strony pozwanej z 27 czerwca 2011 r., k. 82-83; pismo strony pozwanej z 27 maja 2011 r., k. 86-87; pismo strony pozwanej z 24 maja 2011 r., k. 88-89; pismo strony pozwanej z 29 marca 2011 r., k. 90-91; pismo strony pozwanej z 4 marca 2011 r., k. 92; pismo strony pozwanej z 29 listopada 2011 r., k. 63-64; pismo strony pozwanej z 29 marca 2011 r., k. 70-71)

Wszystkie udzielone przez stronę powodową świadczenia z trzech zakresów, to jest leczenia szpitalnego, leczenia szpitalnego – chemioterapii i leczenia szpitalnego – terapeutycznych programów zdrowotnych, sprawozdane w ramach limitów umownych i rozliczone przez portal, zostały opłacone przez stronę pozwaną do maksymalnych kwot zobowiązań pozwanego Funduszu.

(okoliczność bezsporna)

W toku realizacji przez stronę powodową umów o świadczenia opieki zdrowotnej z zakresów leczenia szpitalnego, leczenia szpitalnego – chemioterapii i leczenia szpitalnego – terapeutycznych programów zdrowotnych okazało się, że maksymalne kwoty zobowiązań pozwanego Funduszu określone w umowach, nie pokrywają rzeczywistego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne i leki, które wystąpiło u strony powodowej.

(okoliczność bezsporna)

W związku z powyższym strona powodowa wskazywała pozwanemu Funduszowi na zbyt niską wartość kontraktów w stosunku do ilości leczonych pacjentów. Wielokrotnie zwracała się do pozwanego Funduszu z prośbą o zwiększenie środków finansowych przeznaczonych na poszczególne świadczenia. Prośby te dotyczyły wielu zakresów świadczeń, w tym chemioterapii i programów terapeutycznych, a także środków przeznaczanych na leki. Między innymi strona powodowa złożyła propozycję zwiększenia wartości Umowy nr (...) w zakresie substancji czynnych w chemioterapii w trybie jednodniowym, argumentując ją zwiększającą się ilością pacjentów, czy też w zakresie programu terapeutycznego stwardnienia rozsianego.

(dowód: pismo strony powodowej z dnia 28 kwietnia 2011 r., k. 109; pismo strony powodowej z dnia 29 czerwca 2011 r., k. 111; pismo strony powodowej z 1 lipca 2011 r., k. 118; pismo strony powodowej z 1 lipca 2011 r., k. 126; pismo strony powodowej z 15 lutego 2011 r., k. 131; pismo strony powodowej z 17 marca 2011 r., k. 110; pismo strony powodowej z dnia 16 marca 2011 r., k. 141; pismo strony powodowej z dnia 24 marca 2011 r., k. 139; pismo strony powodowej z dnia 1 lipca 2011 r., k. 153-165)

Ponadto strona powodowa zwracała się z propozycją przesunięć finansowych między zakresami umów zawartych ze stroną pozwaną, tak, aby zbilansować finansowanie poszczególnych świadczeń. Za każdym razem przedstawiała konkretny plan przesunięć środków między zakresami umowy.

(dowód: pismo strony powodowej z dnia 7 lutego 2012 r. z załącznikiem, k. 99-102; pismo strony powodowej z dnia 21 kwietnia 2011 r., k. 108; pismo strony powodowej z dnia 10 sierpnia 2011 r. z załącznikiem, k. 112-116; pismo strony powodowej z 29 kwietnia 2011 r. z załącznikiem, k. 119-121)

Strona powodowa wystąpiła między innymi z prośbami dokonania przesunięć środków pieniężnych w ramach Umowy nr (...) z zakresu chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym na zakres chemioterapii hospitalizacji oraz z zakresu substancji czynnych w chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym na zakres substancji czynnych w chemioterapii hospitalizacji. Swoją wniosek uzasadniała tym, że pacjentom leczonym w Oddziale Onkologicznym (...) w J. leki cytostatyczne podawało się głównie w trybie hospitalizacji, wobec czego należało zabezpieczyć środki na ten cel. W zakresie świadczeń chemioterapii udzielanych w trybie ambulatoryjnym występowały natomiast niedowyołowania.

(dowód: pismo strony powodowej z dnia 7 marca 2011 r. k. 150-151)

W sytuacji, gdy limity umowne zostały już wyczerpane, strona powodowa zwracała się również do strony pozwanej z prośbą o zwiększenie limitu środków na leczenie konkretnych pacjentów, w ramach poszczególnych programów terapeutycznych, tak, aby leczeniem objąć tych zindywidualizowanych chorych.

(dowód: pismo strony powodowej z dnia 10 marca 2011 r., k. 135-136; pismo strony powodowej z dnia 14 kwietnia 2011 r., k. 133; pismo strony powodowej z dnia 28 czerwca 2011 r., k. 137)

W związku z powyższymi wnioskami strona pozwana w sytuacji, gdy dysponowała wolną kwotą w planie finansowym, proponowała stronie powodowej zawarcie aneksu bądź porozumienia do poszczególnych umów, na mocy których podwyższane były kwoty zobowiązania pozwanego Funduszu. Po upływie okresu obowiązywania danej umowy, przekazywanie środków na sfinansowanie udzielonych, a nierozliczonych w ramach limitów świadczeń, następowało poprzez zawarcie ugody.

(okoliczność bezsporna)

Strona powodowa informowana była o możliwości zawarcia takiego aneksu, porozumienia bądź ugody telefonicznie przez Delegaturę NFZ w J. albo pozwany (...)NFZ we W.. W imieniu strony powodowej powyższych czynności prawnych dokonywał reprezentujący ją Dyrektor Naczelny (Kierownik Centrum) bądź Zastępca Dyrektora do spraw ekonomiczno – organizacyjnych. Zwykle otrzymywali oni w Oddziale lub w Delegaturze gotowy dokument aneksu, ugody czy porozumienia, w którym określona była dodatkowa kwota, którą pozwany Fundusz mógł przeznaczyć na finansowanie świadczeń. Nie było możliwości negocjowania tej kwoty. Dokumenty te były redagowane jednostronnie przez stronę pozwaną, według powtarzalnego schematu, który był jednakowy dla wszystkich świadczeniodawców. Niejednokrotnie na przygotowanych wcześniej dokumentach widniały już podpisy organu reprezentującego stronę pozwaną. W treści tych dokumentów zwykle znajdowała się klauzula o zrzeczeniu się roszczeń strony powodowej wobec pozwanego Funduszu. Strona powodowa mogła zawrzeć aneks, porozumienie czy ugody jedynie o takiej treści, jaką proponował pozwany Fundusz, bez możliwości wprowadzania własnych zmian do tekstu. W przypadku odmowy podpisania aneksu, porozumienia czy ugody, strona powodowa nie uzyskiwała dodatkowych środków na finansowanie świadczeń, ponad limity ustalone pierwotnie w umowach.

(dowód: zeznanie świadka B. B. (1), e-protokół z 7 marca 2014 r., 01:30:18-02:09:03, CD k. 5790; przesłuchanie S. W. (1) w charakterze strony powodowej, e-protokół z dnia 9 czerwca 2014 r. 00:43:18-01:17:22, CD k. 5810)

W 2011 r. strona powodowa i jej poprzednicy prawni udzielili świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego, leczenia szpitalnego – chemioterapii i leczenia szpitalnego – terapeutycznych programów zdrowotnych, które przekraczały limity ustalone Umowami nr: (...), (...), (...), (...), (...), (...), (...).

(okoliczność bezsporna)

Powyższymi świadczeniami objęci byli następujący pacjenci: A. E., B. H., B. S., B. I. C., B. U., B. M., B. M., B. E., B. W., B. D., B. S., C. K., C. E., C. B., C. A., C. W., C. W., C. O., C. J., C. A., C. H., Ć. W., D. Z. (1), D. K. (1), D. W., D. K. (2), D. Z. (2), D. A. (1), D. I., D. A. (2), E. D., F. J., F. A., F. A., F. M., G. A. (1), G. C., G. M., G. N., G. A. (2), G. A., G. A. (3), G. A. (4), G. S., G. Z., G. B., G. E., G. S., G. P., G. P., G. C., G. K., H. A., H. J., H. H. (1), H. H. (1), H. J., H. W. (1), H. W. (2), I. Z., I. K., I. K., J. M. (1), J. G., J. M. (2), J. A. (1), J. L., J. W. (2), J. P., J. J. (2), J. A. (2), J. M. (3), J. R., J. K., J. A. (3), K. M. (2), K. S. (1), K. Z. (1), K. C. (1), K. E., K. S., K. T. (1), K. A. (1), K. S. (2), K. B. (1), K. S. (3), K. M. (3), K. K. (1), K. K. (1), K. Z. (2), K. S., K. Z., K. Z. (3), K. A. (2), K. G. (1), K. J. (1), K. M. (4), K. T. (2), K. B. (2), K. R., K. S. (4), K. H., K. C. (2), K. J. (2), K. Z. (4), K. F., K. J. (3), K. H. (1), K. J. (4), K. I., L. T., L. A., L. D. (1), L. D. (2), L. I., Ł. J. (1), Ł. J. (2), Ł. W. (1), Ł. W. (2), Ł. J., M. K., M. E. (1), M. M. (1), M. J., M. I. (1), M. G., M. Z., M. H., M. I. (2), M. L., M. E. (2), M. T. (1), M. M., M. M. (3), M. D. (1), M. A., M. T. (2), M. R., N. M., N. W. (1), N. I., N. N., N. W. (2), N. J., N. Z., O. J., O. M., O. M., P. E., P. S. (1), P. I. (1), P. B. (1), P. J. (1), P. J. (2), P. T., P. K. (1), P. M., P. H. (1), P. J. (3), P. H. (2), P. K. (2), P. H., P. A., P. D., P. I. (2), P. S. (2), P. J. (4), P. W., P. K. (3), P. J. (5), P. M., P. R., R. G., R. K., R. W., R. Z., R. J., R. A., R. R. (3), S. J. (1), S. D., S. E., S. M. (2), S. J. (2), S. M. (3), S. S., S. W. (2), S. E., S. L., S. K., S. C., S. J. (3), S. H. (1), Sołtys A., S. P., S. P., S. H. (2), S. A. (1), S. M. (4), S. M. (5), S. J. (4), S. W. (3), S. J. (5), S. M. (6), S. R., S. A. (2), S. K., Ś. P., Ś. K., Ś. D., T. H., T. E., T. D., T. A., T. T., T. U., W. J. (1), W. Z., W. J. (2), W. A., W. W., W. A., W. H., W. J. (3), W. J. (4), W. S., W. M., Z. R., Z. Z., Z. J., Z. R. R. (4), Z. R., Z. K., Z. M., M. E. (3), D. T., M. D. (2), P. B. (2), B. A., K. H. (2), D. Z. (1), C. L..

(dowód: dokumentacja medyczna w postaci załączonych do akt kart leczenia szpitalnego; lista pacjentów Chirurgia Onkologiczna, k. 701-719, lista pacjentów Chemioterapii, k. 1535-1591 t. VIII; lista pacjentów Programy terapeutycznej, k. 3054-3063; lista pacjentów Chemioterapii, k. 3064-3078; lista pacjentów Chirurgii onkologicznej, k. 3080; lista pacjentów Programy terapeutycznej, (...) - (...) t. XIV-XV)

Wartość powyższych świadczeń udzielonych przez (...) w J. to 1 368 773,43 zł, a udzielonych przez (...) Publiczny (...) w K. to 203 132,00 zł.

(okoliczność bezsporna)

Wszystkie powyższe świadczenia były udzielone pacjentom z chorobą nowotworową. Świadczenia te były udzielane w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia pacjentów, a brak ich natychmiastowego udzielenia spowodowałby nieodwracalne negatywne skutki dla ich życia i zdrowia. Hospitalizacja pacjentów była konieczna. Ponadto, przy braku hospitalizacji i leczenia, u pacjentów tych przewidywane było zagrożenie dla życia lub zdrowia.

(dowód: opinia sądowno – lekarska biegłego E. P. wraz z opinią uzupełniającą, k. 5864-5872, 5898; dokumentacja medyczna w postaci załączonych do akt kart leczenia szpitalnego)

W przypadku świadczeń udzielanych pacjentom onkologicznym w roku 2011 u wszystkich podmiotów na terenie D., udzielających świadczeń zdrowotnych na podstawie umów zawartych z pozwanym NFZ, występowały tzw. wykonania nadlimitowe. Dotyczy to zarówno świadczeń z zakresu podstawowego leczenia szpitalnego, z zakresu chirurgii onkologicznej, jak i z zakresu programów terapeutycznych.

(dowód: zeznanie świadka E. C., e-protokół z 9 czerwca 2014 r. 00:02:05-00:10:47, CD k. 5890)

W sytuacji, gdy przyjęcie pacjenta onkologicznego do Oddziału i udzielenie mu opieki zdrowotnej musiało nastąpić bezzwłocznie, a strona powodowa przekroczyła już umowne limity świadczeń, których wymagał taki pacjent, lekarze zatrudnieni u strony powodowej dowiadawali się o możliwość przyjęcia pacjenta przez pobliskie jednostki. Z uwagi na brak miejsc w tych placówkach przyjęcie przez nich pacjentów nie było jednak możliwe.

(dowód: zeznania świadka K. P., e-protokół z 9 czerwca 2014 r. 00:10:47-00:21:13, CD k. 5810; zeznania świadka K. W., e-protokół z 7 marca 2014 r. 00:37:26-00:54:13, CD k. 5790; zeznania świadka K. G., e-protokół z 7 marca 2014 r.

00:54:13-01:19:51, CD k. 5790; zeznania świadka A. J., e-protokół z 7 marca 2014 r. 01:20:01-01:29:27, CD k. 5790; zeznania świadka Z. M., e-protokół z 7 marca 2014 r. 02:09:03-02:20:12, CD k. 5790)

Zdarzały się sytuacje, gdy stan zdrowia pacjentów wymagających hospitalizacji, uniemożliwiał przetransportowanie ich do innej jednostki. Ponadto część pacjentów wymagających hospitalizacji nie wyrażała zgody na przyjęcie ich przez inne jednostki niż strona powodowa.

(dowód: zeznania świadka K. W., e-protokół z 7 marca 2014 r. 00:37:26-00:54:13, CD k. 5790; zeznania świadka K. G., e-protokół z 7 marca 2014 r. 00:54:13-01:19:51, CD k. 5790; zeznania świadka A. J., e-protokół z 7 marca 2014 r. 01:20:01-01:29:27, CD k. 5790)

Specyfika choroby onkologicznej wyraża się tym, że choroba ta wymaga zarówno diagnozowania, jak i leczenia w czasie, który daje szansę na jej wyleczenie. Towarzystwa Onkologiczne zrzeszające specjalistów z tej dziedziny wypracowały standardy zarówno co do sposobów terapii, jak i czasu wdrożenia terapii od momentu zdiagnozowania choroby nowotworowej. Najważniejszym czynnikiem ratowniczym wpływającym na skuteczność leczenia jest moment jego podjęcia.

Leczenie choroby onkologicznej w szpitalach strony powodowej podejmowane było po zdiagnozowaniu pacjenta, w czasie wyznaczonym przez obowiązujące obecnie standardy w dziedzinie onkologii. Co do zasady powinno nastąpić nie później niż do dwóch tygodni od diagnozy, który to upływ czasu wynika z konieczności przeprowadzenia dodatkowych badań, a czasem z zasobów szpitala. Przykładowo przy tzw. chłoniakach agresywnych, przy których stan pacjenta zmienia się z dnia na dzień, leczenie podejmowano natychmiast, gdyż jakakolwiek zwłoka mogła prowadzić do śmierci pacjenta.

(dowód: zeznania świadka K. P. e-protokół z 9 czerwca 2014 r. 00:10:47-00:21:13, CD k. 5810; zeznania świadka K. W., e-protokół z 7 marca 2014 r. 00:37:26-00:54:13, CD k. 5790; zeznania świadka K. G., e-protokół z 7 marca 2014 r. 00:54:13-01:19:51, CD k. 5790; zeznania świadka A. J. e-protokół z 7 marca 2014 r. 01:20:01-01:29:27, CD k. 5790; zeznania świadka Z. M., e-protokół z 7 marca 2014 r. 02:09:03-02:20:12, CD k. 5790)

Strona pozwana nie sfinansowała świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, leczenia szpitalnego – chemoterapii i leczenia szpitalnego – terapeutycznych programów zdrowotnych, udzielonych przez stronę powodową i jej poprzedników prawnych ponad limity wyznaczone umowami na rok 2011.

(okoliczność bezsporna)

K. strona powodowa zwracała się do strony pozwanej z prośbą o zapłatę za świadczenia udzielone ponad limit umowy.

(dowód: pismo strony powodowej z dnia 11 października 2011 r., k. 95-96; pismo strony powodowej z dnia 7 lutego 2012 r., k. 98)

W dniu 20 marca 2012 r. strona powodowa wezwała stronę pozwaną do zapłaty kwoty 4 926 843,81 zł za wykonane ponad wartość umowy świadczenia zdrowotne do Umowy nr (...), a nadto do zapłaty kwoty 1 056 356,61 zł za wykonane ponad wartość umowy świadczenia zdrowotne do Umowy nr (...) oraz kwoty 161 621,37 zł za wykonane ponad wartość umowy świadczenia zdrowotne do Umowy nr (...).

(dowód: wezwanie do zapłaty z dnia 20 marca 2013 r., k. 103-105)

W dniu 22 marca 2012 r. strona powodowa zwróciła się do strony pozwanej ze wskazaniem, że nadal nie otrzymała zapłaty za świadczenia udzielone ponad limity umowne jeszcze przez (...) w J.. Wskazała również na brak zbilansowania Umowy nr (...).

(dowód: pismo strony powodowej z dnia 22 marca 2012 r., k. 107)

W dniu 3 kwietnia 2012 r. strona powodowa wezwała pozwaną (...) Narodowego Funduszu Zdrowia do zapłaty kwoty 414 736,16 zł w terminie do 15 kwietnia 2012 r. tytułem zapłaty za świadczenia udzielone w oparciu o art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz art. 15 ustawy o działalności leczniczej.

(dowód: wezwanie do zapłaty z 3 kwietnia 2012 r., k. 24-25)

Strona pozwana nie uznała żądań zgłoszonych przez stronę powodową wskazując, że dokumentacja dotycząca świadczeń, których zapłaty domaga się strona powodowa, nie wskazuje, że były one udzielone w trybie natychmiastowego zagrożenia życia i zdrowia. Strona pozwana wskazała również, że możliwości finansowe pozwanego Funduszu nie pozwalają na zaspokojenie zgłoszonych roszczeń.

(dowód: pismo strony pozwanej z dnia 18 kwietnia 2012 r., k. 93-94)

W dniu 18 kwietnia 2012 r. strona powodowa złożyła oświadczenie o uchyleniu się od skutków prawnych oświadczenia woli zawartego w ugodach nr (...), (...), (...), (...), (...)w zakresie zawartego w nich oświadczenia, że zapłata wyczerpuje wszelkie roszczenia świadczeniodawcy, który zrzeka się jakichkolwiek istniejących, jak i mogących powstać w przyszłości roszczeń. Uchylenie się od złożonego oświadczenia uzasadniła tym, że treści umów i ugody były jednostronnie formułowane oraz wykluczały możliwość dochodzenia zapłaty za świadczenia ratujące życie, który to obowiązek obciąża stronę pozwaną z ustawy.

(dowód: oświadczenie strony powodowej o uchyleniu się od skutków prawnych oświadczenia woli z dnia 18 kwietnia 2012 r., k. 166-168)

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie w całości.

Z poczynionych przez Sąd ustaleń faktycznych wynika, że świadczenia, których spełnienia strona powodowa domagała się od strony pozwanej, stanowiły zapłaty za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone przez stronę powodową pacjentom w sytuacji zagrożenia ich życia i zdrowia.

Zgodnie z art. 15 ustawy o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.) podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Ponadto zgodnie z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 464 ze zm.) 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. Jednocześnie przepis artykułu 68 ust. 1 i 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej stanowi, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

W niniejszej sprawie bezsporny pozostawał między stronami fakt zawarcia umów o świadczenia opieki zdrowotnej w zakresach leczenie szpitalne, leczenie szpitalne – chemioterapia i terapeutyczne programy zdrowotne oraz wypłacenia przez stronę pozwaną wynagrodzenia za świadczenia udzielone na podstawie tych umów do wysokości umownych maksymalnych kwot zobowiązania pozwanego Funduszu. Strony nie kwestionowały również samego faktu udzielenia przez stronę powodową i jej poprzedników prawnych świadczeń opieki zdrowotnej objętych pozwem, wartości tych świadczeń i tego, że świadczenia te przekraczają limity ustalone w umowach zawartych z pozwanym Funduszem. Bezsporne pozostawało również to, że strona powodowa jest następcą prawnym (...) w J. i (...) w K..

Sporne między stronami pozostawało to, czy świadczenia, za które zapłaty żądała się strona powodowa, stanowią świadczenia ratujące życie i zdrowie, a ich finansowanie obciąża stronę pozwaną mimo limitów uzgodnionych w umowach. Ponadto strony spierały się co do tego, czy wobec podpisania przez strony szeregu aneksów, porozumień i

ugód oraz zawarcia w nich oświadczenia świadczeniodawcy o zrzeczeniu się roszczeń w zakresie określonym w każdej z tych czynności prawnych, nadal istnieje zobowiązanie strony pozwanej do zapłaty za te świadczenia.

Strona powodowa jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej i stanowi podmiot wykonujący działalność leczniczą, to jest przede wszystkim udzielanie świadczeń zdrowotnych (art. 2 ust. 1 pkt. 5 i art. 4 ust. 1 pkt. 2 ustawy o działalności leczniczej). Taki sam status mieli poprzednicy prawni strony powodowej (...) w J. i (...) w K.. W 2011 r. strona powodowa i powyższe placówki udzielały świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umów zawartych z pozwanym Narodowym Funduszem Zdrowia, w tym w zakresie leczenia szpitalnego, leczenia szpitalnego – chemioterapii i leczenia szpitalnego – terapeutycznych programów zdrowotnych.

W istocie na podstawie § 4 każdej z zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz § 14 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, strona pozwana była zobowiązana do uiszczenia wynagrodzenia za udzielone świadczenia do kwoty zobowiązania określonej w umowie. Konieczność ustalenia w umowie o udzielanie świadczeń maksymalnej kwoty zobowiązania pozwanego Funduszu wynikał również z art. 136 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.) Strona pozwana bezspornie wypłaciła umówione wynagrodzenie do wysokości maksymalnych limitów ustalonych w 2011 r.

Zdaniem Sądu określone w umowach zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia limity świadczeń nie dotyczą jednak tych przypadków, które wymagają natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta, wobec czego pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia ma obowiązek finansowania tych świadczeń.

Pogląd powyższy odwołuje się do treści art. 56 k.c., zgodnie z którym czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy, z zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów. Umowy zawierane przez świadczeniodawców z Funduszem oraz akty prawne regulujące warunki tych umów, określają rodzaj i zakres udzielanych świadczeń, zasady ich rozliczania oraz kwotę zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia. Oceniając jednak stosunek prawny łączący danego świadczeniodawcę z Funduszem oraz zgłaszane na jego podstawie roszczenia, należy wziąć pod uwagę nie tylko treść umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ale także przepisy prawne modyfikujące ten stosunek prawny.

Przepisami takimi w przypadku umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są przede wszystkim art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, art. 15 ustawy o działalności leczniczej, art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2007 r., nr 14, poz. 89 ze zm.). W świetle art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a władze publiczne zapewniają obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Z kolei art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty statuuje obowiązek udzielenia przez lekarza 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. Jednocześnie podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia (art. 15 ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym od 1 lipca 2011 r.). Należy zauważyć, że tożsama regulacja zamieszczona była w obowiązującym do 30 czerwca 2011 r. art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zgodnie z którym zakład opieki zdrowotnej nie mógł odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebowała natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

Powyższe przepisy ustaw o działalności leczniczej, o zakładach opieki zdrowotnej i o zawodach lekarza i lekarza dentyisty adresowane są bezpośrednio do podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, zarówno do lekarzy, jak i do placówek medycznych. Brak wywiązania się z ustanowionych w nich obowiązków rodzić może dla tych podmiotów zarówno odpowiedzialność cywilną, jak i zawodową, a w skrajnych przypadkach nawet odpowiedzialność karną.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą ma więc obowiązek udzielenia świadczenia w warunkach określonych w hipotezach przytoczonych norm i to bez względu na limit przewidziany w umowie zawartej z Funduszem. Tym samym, stosunek prawny między świadczeniodawcą a Narodowym Funduszem Zdrowia jest z jednej strony kształtowany przez umowę, ale z drugiej – na podstawie art. 56 k.c. – również w oparciu o powyższe obowiązki ustawowe. Obowiązki te, z uwagi na ich bezwzględny charakter, wyprzedzają zaś ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne, w tym limity wynagrodzeń w nich ustalone.

Zgodnie z art. 56 k.c. do skutków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej należy więc włączyć koszty świadczeń udzielonych w warunkach przymusu ustawowego. Koszty tych świadczeń obciążają zaś pozwany Fundusz, który jest jednostką utworzoną do finansowania świadczeń opłacanych ze środków publicznych. Skoro bowiem świadczeniodawca nie może odmówić udzielenia świadczenia, a obowiązek ten nałożył na niego ustawodawca, to nie można wymagać, aby samodzielnie świadczenia te finansował, tym bardziej, że obowiązek zapewnienia ochrony życia i zdrowia obywateli, w tym zagwarantowania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie, spoczywa na państwie (art. 68 Konstytucji RP). Koszt tych świadczeń powinien więc pokryć Skarb Państwa. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, uprawnienia i obowiązki finansowe Skarbu Państwa realizuje Narodowy Fundusz Zdrowia (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 stycznia 2014 r., I CSK 161/13; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 marca 2009 r., V CSK 272/08; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 2003 r., IV CK 189/02; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 grudnia 2005 r., II CSK 21/05; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 lipca 2006 r., II CSK 68/06; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 maja 2006 r., II CSK 93/05; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2007 r., I CSK 125/07).

Mając powyższe na uwadze strona powodowa może więc dochodzić zapłaty za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone ponad limity obowiązujące w umowach zawartych z pozwanym Narodowym Funduszem Zdrowia, pod warunkiem, że świadczeń tych udzieliła w okolicznościach wypełniających hipotezę art. 15 ustawy o działalności leczniczej i art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej czy art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

W ocenie Sądu materiał dowodowy zgromadzony w niniejszej sprawie pozwalał na stwierdzenie, że świadczenia, za które strona powodowa dochodziła zapłaty w niniejszym postępowaniu, stanowiły świadczenia ratujące życie i zdrowie, udzielone w warunkach przymusu ustawowego.

Należy przypomnieć, że lekarz ma obowiązek udzielić 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 (art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry). Z kolei podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia (art. 15 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej).

Wyniki postępowania dowodowego nie pozostawiają wątpliwości, że sporne świadczenia, za które strona powodowa dochodzi wynagrodzenia, musiały być udzielone pacjentom natychmiast, a zwłoka w ich udzieleniu stanowiłaby zagrożenie dla życia i zdrowia tych pacjentów. Sporna świadczenia udzielane były na rzecz osób dotkniętych chorobą nowotworową. Materiał dowodowy, w szczególności zeznania świadków, wskazuje, że zdiagnozowanie u pacjenta choroby nowotworowej, wymagało wdrożenia leczenia w trybie pilnym, gdyż tylko taki dawał szansę na wyleczenie. Terapie onkologiczne stosowane u strony powodowej, w tym czas ich zastosowania i trwania, były ściśle wystandaryzowane. Zalecenia Towarzystw Onkologicznych zakładają bowiem jak najszybsze podjęcie leczenia, to jest natychmiastowe, maksymalnie w czasie do dwóch tygodni od diagnozy. Nie ulega wątpliwości, że w przypadku każdej choroby, a szczególnie choroby nowotworowej, najważniejszym czynnikiem ratowniczym wpływającym na skuteczność leczenia jest czas. Powszechnie przy tym wiadomo, że choroba nowotworowa rozwija się w sposób niekontrolowany, a upływ czasu negatywnie wpływa nie tylko na powiększenie się nowotworu, ale także na ryzyko wystąpienia przerzutów. Zeznający w sprawie świadkowie zwracali uwagę, że w przypadku nowotworów przewidziane zostały określone sposoby ich leczenia i terminy ich wdrażania. W przypadku niektórych pacjentów nie zawsze nawet była konieczna szczegółowa analiza stanu zdrowia, gdyż już sam fakt wystąpienia takiego a nie innego rodzaju

nowotworu, determinował sposób i czas podjęcia terapii. Świadkowie wskazywali, że przykładowo przy chłoniakach agresywnych, leczenie należy podjąć natychmiast, tego samego dnia, gdyż jakakolwiek zwłoka może prowadzić do śmierci pacjenta, którego stan zmienia się z dnia na dzień, na co wskazywała świadek K. W.. Co istotne, wszyscy zeznający świadkowie, wykonujący zawód lekarza, wskazywali na konieczność podjęcia leczenia nowotworu w ściśle określonym czasie, wyznaczonym przez obowiązujące obecnie standardy w dziedzinie onkologii. Podjęcie leczenia przez lekarzy zatrudnionych u strony powodowej musiało być więc natychmiastowe w takim znaczeniu, że nie można było go odłożyć na czas bliżej nieokreślony, kiedy np. zwiększy się limit czy zwolni miejsce w szpitalu. To nieprzewidywalny charakter choroby nowotworowej, zalecenia co do trybu jej leczenia, wiedza medyczna i zasady sztuki lekarskiej decydują o terminie wdrożenia leczenia, nie zaś ilość miejsc w szpitalu, limity kontraktowe czy dogodność terminu dla lekarza bądź pacjenta. O ile w przypadku niektórych schorzeń istnieje możliwość odłożenia ich leczenia w czasie chociażby z uwagi na brak miejsc, czy środków pieniężnych, a odroczenie takie nie będzie zagrażało życiu i zdrowiu pacjenta, to postępowanie takie wobec pacjentów onkologicznych jest niemożliwe. Nie ma tu porównywalnego odniesienia do sytuacji chorych czekających na planowe zabiegi, w przypadku których zwłoka skutkować mogłaby jedynie czasowym pogorszeniem komfortu życia, ale nie jego zagrożeniem. Jednolite zalecenia medyczne wymagają zaś natychmiastowego wdrożenia terapii z uwagi na to, że jej opóźnienie może prowadzić nawet do śmierci pacjenta. Jak zeznał świadek K. P., ordynator oddziału chirurgii ogólnej i onkologicznej, w przypadku chorych na nowotwór limit zakontraktowanych świadczeń jest drugoplanowy, gdyż sama kwalifikacja pacjenta jako onkologicznego sprawia, że jest to przypadek ratujący życie i zdrowie.

Powyższa ocena pozostaje właściwa także wówczas, jeśli leczenie pacjenta jest podjęte w terminie dwóch tygodni od postawienia diagnozy. Termin ten wynika bowiem z konieczności przeprowadzenia dodatkowych badań, które wpłyną na specyfikę podjętego procesu leczenia, w tym dobór rodzaju i dawki chemii, na co zwracała uwagę m.in. świadek K. W.. Ponadto należy podkreślić, że kolejne przyjęcie pacjenta na następną dawkę chemii stanowi kontynuację leczenia. Podawanie chemii odbywa się bowiem w cyklach, które składają się na całość leczenia. Mimo więc, że jest to przyjęcie planowe w tym znaczeniu, że pacjent ma ustalony termin podania kolejnej chemii, np. w odstępie tygodnia czy dwóch, to należy je uznać za natychmiastowe, gdyż brak kontynuowania terapii w ściśle określonym terminie, zniweczy oczekiwane skutki leczenia i narazi pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia, a możliwe, że i utratę życia. Przerwanie chemioterapii, z przyczyn innych niż medyczne, stanowi błąd w sztuce, co podkreślał w swoim zeznaniu świadek Z. M.. Już sama diagnoza choroby onkologicznej jest nagła i nieprzewidywalna i to właśnie jej postanowienie skutkuje koniecznością wdrożenia jak najszybszego leczenia, nie później niż w ciągu około dwóch tygodni, a czasem i tego samego dnia.

W związku z powyższym nie można również zgodzić się ze stanowiskiem strony pozwanej, zgodnie z którym w przypadku wyczerpania limitów ustawowych świadczeniodawca powinien był odsyłać pacjentów do innych placówek bądź ustalać kolejki do uzyskania świadczeń. Szczególnie, gdy jak w niniejszej sprawie, nie istniała możliwość przekierowania pacjentów do innych jednostek.

Z materiału dowodowego zebranego w niniejszej sprawie wynikało, że we wszystkich placówkach medycznych na terenie D. miały miejsce tzw. nadwykonania. Potwierdziły to zeznania świadków E. C., konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie onkologii klinicznej oraz lekarzy zatrudnionych u strony pozwanej. Świadek E. C. w oparciu o wizytacje w placówkach i stały kontakt telefoniczny z jej pracownikami, miała dokładne informacje o ilości świadczeń udzielanych w (...)zakładach opieki zdrowotnej. Świadek ten zeznawała, że problem nadwykonań dotyczył wszystkich jednostek, wobec czego nie istniała możliwość przekierowania pacjentów z jednej placówki do innej. Również lekarze Z. M., A. J. i K. G. (2) zeznawali, że poszukiwania wolnych miejsc dla pacjentów nie przynosiły żadnych efektów. Przekierowaniu pacjentów do innych placówek stał na przeszkodzie także stan ich zdrowia, o czym zeznawali świadkowie K. G. (2), K. W. i A. J..

Kolejkowanie świadczeń onkologicznych czy odsyłanie pacjentów do innych placówek niweczyłoby poza tym efekty leczenia, które miały być osiągnięte dzięki natychmiastowemu wdrożeniu leczenia. Stwarzałoby również zagrożenie dla zdrowia pacjenta, w tym ryzyko pogorszenia jego stanu zdrowia do stopnia, który uniemożliwia podanie leku. Zdaniem Sądu w przypadku pacjentów onkologicznych nie można było zatem wymagać od świadczeniodawcy

rozwiązań w postaci kolejkwania świadczeń czy odsyłania ich do innych placówek. Stoi to w sprzeczności z podstawowymi założeniami procesu leczenia choroby onkologicznej i propagowanymi hasłami szybkiej diagnostyki i terapii.

Umożliwienie natychmiastowego, a co za tym idzie, skuteczniejszego leczenia choroby nowotworowej zostało także priorytetowo potraktowane podczas ostatnich inicjatyw ustawodawczych. Na podstawie ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z dnia 28 sierpnia 2014 r. poz. 1138) i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2014 r. poz. 1441) wprowadzony został tzw. pakiet onkologiczny. W oparciu o powyższe przepisy, świadczenia związane z diagnostyką i leczeniem nowotworów złośliwych w ramach karty diagnostyki i leczenia onkologicznego są rozliczane bez limitów. Na chwilę obecną warunkiem zniesienia limitu jest udzielenie świadczenia na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego pacjentowi, u którego w wyniku diagnostyki onkologicznej stwierdzono nowotwór złośliwy. Świadczenie musi być zgodne z ustaleniami wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego oraz udzielone w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia. Rozliczenie świadczenia w ramach pakietu onkologicznego obejmuje również te przypadki, gdy pacjent został skierowany do szpitala bez wydania karty diagnostyki, ale wykonano u niego zabieg usunięcia guza, a następnie wydano kartę diagnostyki celem dalszego leczenia onkologicznego w ramach „szybkiej terapii onkologicznej” (por. informacje dot. pakietu onkologicznego zamieszczone na stronie www.pakietonkologiczny.gov.pl oraz na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia). Zdaniem Sądu przyjęcie powyższych rozwiązań potwierdza, że ustawodawca ma na uwadze problem coraz większej liczby świadczeń udzielanych osobom chorującym na nowotwór, a co za tym idzie zbyt długiego oczekiwania na wdrożenie leczenia, czy to z uwagi na brak miejsc czy właśnie limity umowne. Dąży więc do zniesienia tych limitów i to zarówno w przypadku świadczeń udzielanych natychmiast, jak i w terminie do maksymalnie dwóch tygodni. Tylko szybkie podjęcie terapii daje bowiem szansę na wyleczenie pacjenta.

W świetle powyższego nie sposób zgodzić się ze stroną pozwaną, która podnosiła, że obowiązek zapłaty za świadczenia ratujące życie i zdrowie odnosi się wyłącznie do sytuacji, gdy zagrożenie to jest nagłe i nieprzewidywalne, który to stan nagły należy rozumieć tak, jak został zdefiniowany w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 757). Podstawą do zapłaty za świadczenia udzielone w trybie nagłym pozostaje bowiem art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przyjęcie stanowiska strony pozwanej w tym zakresie wykluczałoby możliwość uzyskania zapłaty za świadczenie udzielone chorym przewlekłe, gdyż w ich przypadku nie można mówić o stanie nagłym.

Sąd podziela stanowisko Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu wyrażone w wyroku z dnia 11 grudnia 2013 r., wydanym w sprawie o sygn. akt I ACa 1205/13, na który powołała się strona powodowa. W orzeczeniu tym Sąd Apelacyjny podkreślił, że przepis art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stanowi niezależną podstawę zobowiązującą świadczeniodawcę do niezwłocznego udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej w stanach nagłych, za które świadczeniodawca ma prawo do wynagrodzenia, nawet, jeśli nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Stan nagły rozumiany jest zaś na gruncie tego przepisu właśnie z uwzględnieniem definicji z art. 3 pkt 8 ustawy o państwowym ratownictwie medycznym, według którego stan nagłego zagrożenia zdrowotnego to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

Tymczasem w oparciu o art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarz ma obowiązek udzielenia pomocy medycznej w trzech sytuacjach, tj. gdy:

1. zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia,

2. zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia,

3. w „innych przypadkach niecierpiących zwłoki”.

Dwie pierwsze sytuacje dotyczą ewentualnego zagrożenia dla życia i zdrowia pacjenta, które wynikać będzie z zaniechania przez lekarza udzielenia pomocy, ale trzecia takiego odniesienia nie zawiera. Obowiązek udzielenia pomocy istnieje więc nawet w przypadku, gdy zwłoka w udzieleniu świadczenia nie doprowadzi do zagrożenia życia i zdrowia, ale przypadek ten nie cierpi zwłoki.

Z kolei przepis art. 15 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej przewidują obowiązek udzielenia świadczenia osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia i zdrowia. Dotyczy to przypadków pilnych, wymagających natychmiastowej pomocy z uwagi na niebezpieczeństwo pogorszenia stanu zdrowia czy skomplikowania dalszego leczenia.

Termin „natychmiastowości”, „nagłości” w rozumieniu art. 15 ustawy o działalności leczniczej i art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oznacza więc nie realną możliwość ziszczenia się zagrożenia życia i zdrowia pacjenta, ale czas, w jakim świadczenia zdrowotne winny być udzielone osobie znajdującej się w określonym stanie zdrowotnym. Nie chodzi więc o świadczenia udzielane osobom, u których zagrożenie życia i zdrowia jest bezpośrednie i w każdej chwili może zrealizować się negatywny skutek tego zagrożenia, ale o świadczenia, które muszą być udzielone natychmiast z uwagi na wystąpienie schorzenia zagrażającego życiu i zdrowiu, bez względu na to, czy zagrożenie jest nagłe czy nie. Wobec powyższego nie ma podstaw, by ograniczać ustawowy obowiązek natychmiastowego udzielenia świadczenia do sytuacji wystąpienia u pacjenta stanu nagłego, bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia (por. wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 11 grudnia 2013 r., I ACa 1205/13).

Obowiązek udzielenia świadczenia uregulowany w art. 15 ustawy o działalności leczniczej i art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry często będzie oczywiście dotyczył przypadków niespodziewanych, tzw. nagłych przypadków, gdy ktoś zgłasza się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego czy wzywa Pogotowie Ratunkowe. Nie można jednak ograniczać tych sytuacji jedynie do następstw wypadków komunikacyjnych czy innych nieprzewidzianych wypadków. Takie mogą bowiem równie dobrze skutkować mniej poważnymi obrażeniami, co do których pewne sposoby leczenia, a więc pewne świadczenia mogą być odroczone na krócej bądź dłużej. Nie można odwrotnie wykluczyć sytuacji, że w przypadku pacjenta leczonego przewlekłe, występuje konieczność natychmiastowego wykonania świadczenia. Jeśli bowiem przystąpienie do każdego kolejnego zabiegu decyduje, czy zdrowie i życie tej osoby będzie zagrożone czy też nie, to zabieg ten jest nagły, natychmiastowy. Tak przykładowo uznał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 10 stycznia 2014 r. (sygnatura akt I CSK 161/13) w przypadku hemodializ, w przypadku których pacjenci są przyjmowani do szpitala właśnie w pewnych odstępach czasu między wykonaniem dializ. W innym wyroku z 12 marca 2009 r. (sygnatura akt V CSK 272/02) Sąd Najwyższy uznał z kolei, że badanie tomografii komputerowej określone jako pilne, może być zakwalifikowane jako świadczenie natychmiastowe z uwagi na zagrożenie życia i zdrowia danego pacjenta.

Powyższe potwierdza, że kwalifikacja danego świadczenia jako ratującego życie i zdrowie następuje indywidualnie. Nie można wprowadzać tu zasad, że są to jedynie świadczenia udzielone pacjentom w stanie nagłym czy hospitalizowanym nieplanowo. Nie ma bowiem reguły, a konieczność podjęcia decyzji, czy świadczenia należy udzielić natychmiast czy nie, obciąża podmiot, który ma tego świadczenia udzielić.

Zdaniem Sądu w przypadku pacjentów onkologicznych zawsze można mówić o wystąpieniu nagłego zagrożenia ich życia i zdrowia. Diagnoza choroby nowotworowej jest bowiem zawsze niespodziewana, wobec czego i jej leczenie należy zakwalifikować jako nagłe (por. wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 11 grudnia 2013 r., I ACa 1205/13). Podkreślali to również świadkowie zeznający w niniejszej sprawie, wskazując, że rozpoznanie nowotworu następuje niespodziewanie, a leczenie musi być często podjęte tego samego dnia, gdyż bez niego pacjent może umrzeć. Nie sposób więc stwierdzić, że wystąpienie choroby nowotworowej, której rozwój jest nieprzewidywalny i gwałtowny, nie stanowi bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia.

Mając powyższe na uwadze należy stwierdzić, że w przypadku zdiagnozowania choroby onkologicznej lekarz nie może zwlekać z zastosowaniem terapii, ani też jej kontynuowaniem. Leczenie chorych na nowotwór musi być podjęte natychmiastowo, wobec czego świadczenia objęte pozwem, a udzielone właśnie osobom z chorobą nowotworową, wypełniają przesłanki, o których mowa zarówno w art. 15 ustawy o działalności leczniczej i art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, jak i art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Lekarze strony powodowej podjęli prawidłową decyzję, natychmiastowo udzielając spornych świadczeń, bez względu na limity umowne. Potwierdziła to opinia biegłego lekarza z zakresu onkologii, który stwierdził, że hospitalizacja pacjentów, którym udzielono spornych świadczeń, była konieczna. Lekarze strony powodowej dokonali więc prawidłowej oceny stanu zdrowia pacjenta i zasadnie zakwalifikowali ich do natychmiastowych świadczeń. Z opinii wynika, że świadczenia objęte pozwem były udzielane w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia pacjentów, a brak ich natychmiastowego udzielenia spowodowałby nieodwracalne negatywne skutki dla ich życia i zdrowia. Ponadto, przy braku hospitalizacji i leczenia, u pacjentów tych przewidywane było zagrożenie dla życia lub zdrowia. Biegła dokonała takiej oceny w oparciu o karty informacyjne leczenia pacjentów, które zawierały informacje o rozpoznaniu choroby i sposobie leczenia. Już porównując rozpoznanie choroby z wykonanym zabiegiem biegła mogła więc stwierdzić, czy zabieg taki był konieczny i czy był konieczny natychmiast. Biegła wskazywała zaś, że po przeanalizowaniu dokumentacji nie widziała takiego przypadku, który pozwalałby na odstępstwo od leczenia w nagłej procedurze, w warunkach uznanych za ratujące życie i zdrowie.

Należy tu wyjaśnić, że świadczenia, których oceny biegła odmówiła z uwagi na brak dokumentacji medycznej, nie były tak naprawdę objęte pozwem. Biegła zaznaczyła w opinii, że brakuje kart informacyjnych następujących pacjentów: H. K. za dzień 3 czerwca 2011 r., Z. D. za dzień 9 czerwca 2011 r., A. B. za dzień 26 lipca 2011 r. i L. C. za dzień 14 lipca 2011 r. Hospitalizację tych pacjentek w okresach, za które dostarczone zostały karty informacyjne, biegła uznała zaś za konieczną. Jednakże strona powodowa w zestawieniu świadczeń nie domagała się zapłaty za świadczenia udzielone pacjentkom w dniach kolejno 3 czerwca 2011 r., 9 czerwca 2011 r., 26 lipca 2011 r. i 14 lipca 2011 r., za które karty informacyjne nie zostały przedstawione. Daty te z kolei są przypisane pacjentom, którzy w zestawieniu świadczeń objętych pozwem znajdują się w rubryce niżej i dla których karty zostały dołączone. Z tych względów zdaniem Sądu biegła omyłkowo zwiększyła liczbę ocenianych świadczeń o świadczenia udzielone H. K. w dniu 3 czerwca 2011 r., Z. D. w dniu 9 czerwca 2011 r., A. B. w dniu 26 lipca 2011 r. i L. C. w dniu 14 lipca 2011 r., zaznaczając, że nie dołączono dla nich kart. Świadczenia te nie były bowiem objęte pozwem. Wszystkie inne świadczenia biegła uznała zaś za konieczne, a dokumentacja medyczna dla nich była kompletna. Wobec powyższego brak było podstaw do obniżania wynagrodzenia, jakiego żądała strona powodowa. Wszystkie świadczenia, za które dochodziła zapłaty, zostały bowiem ocenione i uznane za ratujące życie i zdrowie.

Podsumowując, stronie powodowej przysługuje roszczenie o zapłatę wynagrodzenia za objęte pozwami świadczenia udzielone ponad limity umów w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia pacjentów. Strona pozwana nie zakwestionowała przy tym wartości udzielonych przez stronę pozwaną świadczeń. Za nieudowodnione Sąd uznał zaś twierdzenia strony pozwanej, że świadczenia udzielone pacjentom A. P., M. L., H. S., J. O., K. B. (3), D. L. i E. S., objęte były ugodą i zostały już zapłacone. Zdaniem Sądu strona pozwana nie wykazała powyższej okoliczności. Za niewystarczające należy bowiem uznać pochodzące od strony pozwanej zestawienie dotyczące tych pacjentów, w którym świadczenia im udzielone opisano jak zapłacone. Powyższe zestawienie stanowi jedynie dokument prywatny objęty domniemaniem, że osoba, która go dokument, złożyła oświadczenie w nim zawarte (art. 245 k.p.c.). Ani z tego dokumentu ani z treści ugody nie wynika, że stanowi on integralny załącznik do tejże ugody, a tym samym, że objęte nim świadczenia były w istocie przedmiotem ugody stron.

Równocześnie nie sposób zgodzić się ze stroną pozwaną, że doszło do „zrzeczenia się” spornych roszczeń przez stronę powodową, a tym samym wygaśnięcia zobowiązania. W istocie strony zawierały szereg aneksów, ugód i porozumień, w których zamieszczane były klauzule o zrzeczeniu się przez stronę powodową istniejących, jak i mogących powstać w przyszłości jakichkolwiek dalszych roszczeń związanych z udzielaniem świadczeń objętych zakresem umowy czy związanych z jej realizacją. Nie sposób jednak uznać, że wywarły one ten skutek, który był w nich wskazany.

Zawierane przez strony aneksy, ugody i porozumienia składały się co do zasady z dwóch czynności prawnych. Po pierwsze w ten sposób strony dokonywały zmiany umów w zakresie maksymalnego wynagrodzenia, jakie strona pozwana miała zapłacić za zrealizowane przez stronę powodową świadczenia. Przy czym w okresie trwania umowy, czynności te zawierane były w formie aneksów do umowy, ewentualnie porozumień dotyczących rozliczenia określonych świadczeń. Po upływie okresu trwania umowy były to zaś ugody, które dotyczyły rozliczenia kosztów świadczeń udzielonych w ramach określonych umów. Po drugie prawie każdy aneks, ugoda czy porozumienie zawierały oświadczenie świadczeniodawcy, że zrzeka się wynagrodzenia w różnych zakresach, określonych szczegółowo w tych czynnościach. Klauzula dotycząca zrzeczenia się roszczeń sformułowana była na kilka sposobów. W szczególności klauzula ta dotyczyła zrzeczenia się wszelkich roszczeń wynikających z realizacji umowy, istniejących, jak i mogących powstać na przyszłość albo też ograniczała się do stwierdzenia, że ustalona kwota zobowiązania wyczerpuje wszystkie roszczenia świadczeniodawcy, wynikające z realizacji umowy, chyba że pozwany Fundusz będzie dysponował dodatkowymi środkami przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, zrealizowanych ponad wartość maksymalnej kwoty zobowiązania.

W istocie więc poprzez powyższe klauzule strony zmierzały do zawarcia umowy o zwolnienie z długu, uregulowanej w art. 508 k.c. Zgodnie z powołanym przepisem zobowiązanie wygasa, gdy wierzyciel zwalnia dłużnika z długu, a dłużnik zwolnienie przyjmuje.

Zdaniem Sądu dokonywane przez strony „zrzeczenie” nie stanowiło zwolnienia z długu w ścisłym rozumieniu art. 508 k.c. w tych wszystkich wypadkach, w których zakładało zrzeczenie się roszczenia o zapłatę, „chyba że pozwany Fundusz uzyskałby dodatkowe środki na ten cel”. Przy takim sformułowaniu należało uznać, że strony z góry przewidywały, że w razie zwiększenia planu finansowego pozwanego Funduszu, świadczeniodawca będzie mógł domagać się zapłaty za świadczenia objęte danym zrzeczeniem. Nie było to więc zastrzeżenie warunku, pod jakim świadczeniodawca zwalniał pozwany Fundusz z obowiązku zapłaty. W sytuacji dysponowania przez Fundusz dodatkowymi środkami, skutki zrzeczenia byłyby bowiem niejako anulowane. Nie było to również zastrzeżenie terminu, gdyż nie było pewne, czy takimi dodatkowymi środkami Fundusz w istocie będzie w przyszłości dysponował. W przypadku aneksów zawierających rozważane klauzule, można je raczej traktować jak zobowiązanie się wierzyciela do niedochodzenia roszczenia przez jakiś czas, choć nawet bliżej nieokreślony, nie jednak zwolnienia z długu w rozumieniu art. 508 k.c.

Bez względu jednak na treść klauzuli zawartej w poszczególnych aneksach, ugodach i umowach, zdaniem Sądu czynności te nie wywołały określonego nimi skutku, to jest zwolnienia z długu, z uwagi na naruszenie przez stronę powodową przy ich zawieraniu zasady swobody umów z art. 353¹ k.c. w zw. z art. 58 k.c.

Zgodnie z art. 353¹ k.c. strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego. Stosownie zaś do art. 58 k.c. czynność prawna sprzeczna z ustawą albo mająca na celu obejście ustawy jest nieważna, chyba że właściwy przepis przewiduje inny skutek, w szczególności ten, iż na miejsce nieważnych postanowień czynności prawnej wchodzi odpowiednie przepisy ustawy. Nieważna jest czynność prawna sprzeczna z zasadami współżycia społecznego (§ 2 art. 58 k.c.). Jeżeli nieważnością jest dotknięta tylko część czynności prawnej, czynność pozostaje w mocy co do pozostałych części, chyba że z okoliczności wynika, iż bez postanowień dotkniętych nieważnością czynność nie zostałaby dokonana (§ 3 art. 58 k.c.).

W świetle całokształtu materiału dowodowego Sąd uznał, że przy zawieraniu przez strony poszczególnych aneksów, uгод i porozumień, doszło do przekroczenia granicy swobody umów, wyznaczonej co najmniej przez zasady współżycia społecznego.

„O naruszeniu zasad współżycia społecznego w postaci wymogu sprawiedliwości umowy można mówić wtedy, gdy zawarta przez stronę umowa nie jest wyrazem w pełni swobodnie i rozważnie podjętej decyzji, gdyż na treść umowy wpłynął brak koniecznej wiedzy czy presja ekonomiczna (np. wynikająca z faktu korzystania przez kontrahenta z pozycji dominującej), a przyczyną tego nie jest niedbalstwo samego pokrzywdzonego. Dalsza przesłanka uznania

umowy za wykraczającą poza granice kompetencji stron wynika z istoty zasad współżycia społecznego jako ocen i norm moralnych, a polega na konieczności uwzględniania również postawy drugiej strony umowy. Negatywna ocena umowy ze względu na kryteria moralne uzasadniona jest w tych tylko przypadkach, gdy kontrahentowi osoby pokrzywdzonej można postawić zarzut złego postępowania, polegającego na wykorzystaniu (świadomym lub spowodowanym niedbalstwem) swojej przewagi” (Piotr Machnikowski, Komentarz do art. 353¹ k.c. Nb 26 (w:) Kodeks cywilny. Komentarz, pod red. Edwarda Gniewka i Piotra Machnikowskiego, Warszawa 2013).

Zdaniem Sądu materiał dowodowy, szczególnie zeznania świadków S. W. (1) i B. B. (1), wskazuje na nierówność podmiotów dokonujących tych czynności i wykorzystanie przez stronę pozwaną swojej dominującej pozycji w ukształtowaniu ich w taki, a nie inny sposób.

Jak wynika z zeznań powołanych świadków strona powodowa była informowana telefonicznie o możliwości zawarcia aneksu (porozumienia, ugody) do danej umowy. Zawsze miało to związek z uzyskaniem przez stronę pozwaną dodatkowych środków na finansowanie świadczeń. Osoby reprezentujące stronę powodową otrzymywały w Oddziale lub w Delegaturze Funduszu gotowy do podpisania dokument aneksu, ugody czy porozumienia, w którym określona była dodatkowa kwota, którą Fundusz mógł przeznaczyć na finansowanie świadczeń. Przed dokonaniem rozważanych czynności prawnych nie były prowadzone przez strony negocjacje co do treści tych czynności, ich skutków czy kwoty, jaką Fundusz ma dodatkowo przeznaczyć na świadczenia. Niejednokrotnie na przygotowanych wcześniej dokumentach widniały już podpisy organu reprezentującego stronę pozwaną. Podpisanie dokumentu o zaproponowanej treści równało się więc uzyskaniu dodatkowych środków na świadczenia, których strona powodowa na bieżąco udzielała. Najczęściej jednak wiązało się to z zaakceptowaniem zawartej w treści takiego aneksu, porozumienia czy ugody klauzuli o zrzeczeniu się roszczeń wobec pozwanego Funduszu. Nie było możliwości negocjowania treści tej klauzuli czy w ogóle usunięcia jej z aneksu. W istocie więc strona powodowa mogła złożyć oświadczenie o treści żądanej przez pozwanego Funduszu i uzyskać dodatkowe środki na dalszą działalność leczniczą, albo nie zgodzić się na podpisanie aneksu (porozumienia, ugody), czego konsekwencją byłoby nieuzyskanie dodatkowych środków finansowych. W ocenie Sądu presja ekonomiczna, pod jaką działała strona powodowa, nie pozwala na uznanie, że zawierając rozważane umowy, działała ona swobodnie. Strona powodowa prowadziła działalność leczniczą w oparciu o umowy, które już w chwili ich zawierania zakładały limity wynagrodzeń niższe niż zapotrzebowanie, zgłaszane przez stronę powodową do pozwanego Funduszu i niższe niż wartość świadczeń, których w danym roku udzielała, wypełniając ciężący na niej obowiązek ustawowy. Niektóre z umów z góry zakładały brak równowagi między ilością środków przeznaczonych na zakup leków a ilością środków przeznaczonych na świadczenie podania pacjentom tych leków (chemioterapia). Dla pozyskania środków na sfinansowanie świadczeń, których strona powodowa i tak już udzielała, strona powodowa decydowała się na podpisanie aneksu o treści określonej przez stronę pozwaną. Odmowa podpisania aneksu (porozumienia, ugody) i przyjęcia środków pieniężnych wiązałyby się z obciążeniem finansowym, które doprowadzić mogłoby nie tylko do utraty wypłacalności, ale także niemożności dalszego wypełniania swoich obowiązków ustawowych wobec pacjentów. Z powyższych względów nie można uznać, aby decyzja strony powodowej o akceptacji rozważanych klauzul była nierozważna czy nieprzemyślana. Wręcz przeciwnie, w okolicznościach, w jakich była podejmowana, należy ją uznać za konieczną dla dalszego funkcjonowania placówki.

Z drugiej strony arbitralne wprowadzanie do treści aneksów (porozumień, ugód) przez stronę pozwaną klauzul dotyczących zrzekania się wszelkich, choć bliżej niekreślonych roszczeń, zdaniem Sądu nosi znamiona wykorzystywania przez pozwanego Funduszu swojej pozycji dominującej wobec strony powodowej. Jako jednostka uprawniona do dysponowania środkami na finansowanie świadczeń zdrowotnych, pozwany Fundusz miał możliwość dyktowania świadczeniodawcom dogodnych dla siebie warunków. Sąd ma przy tym na uwadze, że pozwany Fundusz musi przestrzegać dyscypliny finansów publicznych, jednak jako dysponent środków Skarbu Państwa ma również obowiązek wynagrodzenia podmiotom wykonującym działalność leczniczą świadczeń, które wykonują w warunkach przymusu ustawowego. Strona pozwana musi liczyć się z omówionymi rozszerzonymi skutkami umowy i obowiązkiem sfinansowania świadczeń udzielanych w powyższych warunkach. Zdaniem Sądu oferując zapłatę za część świadczeń udzielonych w wykonaniu ustawowego obowiązku, strona pozwana przyznawała, że pozostaje zobowiązana do spełnienia powyższego świadczenia. Uzależniając jednak wypłatę należnych środków od zawarcia dodatkowej umowy

o zwolnienie z długu, strona pozwana działała sprzecznie z zasadami współzycia społecznego, wykorzystując swoją niewątpliwie silniejszą pozycję.

Ponadto w ocenie Sądu również cel zawarcia tych aneksów, ugód czy porozumień pozostawał sprzeczny z normami prawnymi, które kształtują obowiązek udzielenia świadczeń ratujących życie i zdrowie za wynagrodzeniem pochodzącym ze środków publicznych.

„W sferze prawa publicznego (zwłaszcza w dziedzinie prawa konstytucyjnego) występują przepisy określające zasadniczy kształt ustroju politycznego, gospodarczego czy społecznego i ustanawiającego podstawowe jego instytucje. W przypadku takich przepisów nie da się orzec wprost, że takie czy inne uregulowanie stosunku zobowiązaniowego w umowie jest sprzeczne z normą prawną, można jedynie wykazywać, że cel, który zamierzają osiągnąć strony tworzące zobowiązanie sprzeciwia się podstawowym normom kształtującym życie społeczne. Z racji jednak podstawowego charakteru tych norm, ich roli jako fundamentu organizacji społeczeństwa, umowy, które godzą w ich funkcjonowanie, nie mogą być przez system prawny akceptowane. (...) Pojęcie ustawy w art. 353¹ k.c. nie ogranicza się więc do norm prawnych odnoszących się wprost do stosunków zobowiązaniowych, ale obejmuje także rozważane normy ustrojowe, a kontrola przestrzegania przez strony zakresu przysługującej im kompetencji dotyczy w tym przypadku raczej celu zobowiązania niż jego treści” (Piotr Machnikowski, Komentarz do art. 353¹ k.c. Nb 17 (w:) Kodeks cywilny. Komentarz, pod red. Edwarda Gniewka i Piotra Machnikowskiego, Warszawa 2013)

Przywołane już przepisy art. 15 ustawy o działalności leczniczej i art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry przewidują obowiązek udzielenia świadczenia w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia. Obowiązek sfinansowania tego świadczenia spoczywa z kolei na Państwie, które wobec unormowań konstytucyjnych chroni życie i zdrowie obywateli i zapewnia równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (art. 68 Konstytucji). Środkami Skarbu Państwa w tym zakresie zarządza zaś pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia (art. 97 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Norma wywiedziona z powyższych przepisów nakłada zatem na Państwo dbałość o dostęp do podstawowych świadczeń medycznych, w tym także ich sfinansowanie, kształtując w ten sposób ustrój społeczny w rozważanym zakresie. Wobec powyższego zawarcie umowy o zwolnienie z długu, które prowadzi w istocie do przejścia odpłatności za tego typu świadczenia przez podmiot leczniczy, należy uznać za sprzeczne z celem wywiedzionej normy. Przez zawarcie rozważanych umów (aneksów, porozumień, ugód) powyższe świadczenia przestają być bowiem finansowane ze środków publicznych, a stają się – wbrew woli podmiotów leczniczych – opłacane z ich środków własnych. Tego typu konstrukcja przekracza zasady swobody umów w zakresie celu, który jest wyznaczony przez normy kształtujące podstawowe instytucje prawne obowiązujące w naszym kraju, szczególnie konstytucyjną zasadę nieodpłatności świadczeń zdrowotnych i finansowania ich ze środków publicznych.

Z powyższych względów Sąd uznał, że zapisy aneksów, porozumień i ugód zawieranych przez strony nie wywarły skutków w zakresie, w jakim strona powodowa zrzekała się w nich zapłaty za udzielone świadczenia. W pozostałej części, wobec uregulowania art. 58 § 3 k.c., należy je uznać za wiążące. Z tych względów należało uznać, że stronie powodowej w całości przysługiwało wynagrodzenie za świadczenia udzielone w ramach umów zawartych przez strony, przy uwzględnieniu szerszych skutków tych umów.

Wobec powyższego Sąd w całości uwzględnił powództwo, zasądając od strony pozwanej Narodowego Funduszu Zdrowia – (...) we W. na rzecz strony powodowej (...) w J. kwotę 1 368 773,43 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 16 lutego 2012 r. do dnia zapłaty oraz kwotę 203 132,00 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 16 lutego 2012 r. do dnia zapłaty.

Orzeczenie o odsetkach Sąd wydał na podstawie § 27 ust. 2 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, będących załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r., które to strony włączyły do każdej umowy jako jej integralną część. Zgodnie z tym przepisem zamknięcie rozliczenia umowy następuje w terminie 45 dni od zamknięcia okresu rozliczeniowego, a więc w tym przypadku do 15 lutego 2012 r.

Orzeczenie o kosztach Sąd wydał na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. Strona pozwana w całości przegrała sprawę, zatem zobowiązana jest zwrócić stronie powodowej koszty niezbędne do celowej obrony jej praw. Na poniesione przez stronę powodową koszty składały się koszty zastępstwa procesowego w wysokości podwójnej stawki, to jest 14 400,00 zł i opłata skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17,00 zł. Stawkę kosztów zastępstwa procesowego Sąd ustalił na podstawie § 6 pkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej z urzędu (tekst jedn.: Dz. U. z 16 kwietnia 2013 r., poz. 461). Z uwagi na złożony i trudny charakter sprawy oraz nakład pracy pełnomocnika, Sąd ustalił wynagrodzenie w podwójnej stawce. Wobec powyższego w punkcie II i IV wyroku Sąd zasądził od strony pozwanej Narodowego Funduszu Zdrowia – (...) we W. na rzecz strony powodowej (...) w J. odpowiednio kwoty 14 417,00 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania.

Na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych w zw. z art. 98 § 1 k.p.c. Sąd w punkcie III i VI wyroku nakazał stronie pozwanej Narodowemu Funduszowi Zdrowia – (...) we W., aby uiściła na rzecz Skarbu Państwa (Sąd Okręgowy we Wrocławiu) kwoty odpowiednio 68 439,00 zł i 11 628,28 zł tytułem brakujących kosztów sądowych, na które składały się opłaty sądowe od pozwów oraz koszty wynagrodzenie biegłego.