

Sygnatura akt I C 911/10

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Wrocław, dnia 19 września 2013 r.

Sąd Okręgowy we Wrocławiu I Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodniczący: SSO Sławomir Urbaniak

Protokolant: Irmina Szawica

po rozpoznaniu w dniu 27 sierpnia 2013 r. we Wrocławiu

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

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

o zapłatę

I. oddala powództwo;

II. zasądza od strony powodowej na rzecz strony pozwanej kwotę 7.217 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Sygn. akt I C 911/10

UZASADNIENIE

Powód (...) Publiczny Szpital (...) we W. w pozwie z dnia 28 lipca 2010 r. wniósł o zasądzenie od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego we W. kwoty 282.336 zł z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty.

W uzasadnieniu powód wskazał, że w dniu 14 stycznia 2009 r. zawarł z pozwanym umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne, nr (...), obejmującą m. in. świadczenia z zakresu (...) (kod przypisany do tego zakresu świadczeń to (...)). Na mocy ostatniego aneksu nr (...) do umowy nr (...) z dnia 15 lutego 2010 r., została ustalona wartość świadczeń medycznych zakontraktowanych i wykonanych w 2009 roku. Zgodnie z planem rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik nr 1 do tego aneksu, wartość świadczeń z umówionego zakresu wyniosła 1.846.404,00 zł. W związku z wykonaniem w 2009 roku świadczeń zdrowotnych ponad przewidziane zawartą przez strony umową limity, na łączną kwotę 4 714 848 zł, powód w dniu 3 lutego 2010 r. wystawił fakturę VAT nr (...) obejmującą wszystkie ponadlimitowe świadczenia wykonane w roku 2009 przez siebie i doręczył ją pozwanemu.

W ramach zakresu (...), o kodzie (...), powód wykonał świadczenia ponadlimitowe na łączną kwotę 287.997,00 zł, zaś łączna wartość świadczeń limitowych i ponad limitowych w ramach zakresu (...) wykonanych w 2009 roku przez powoda wyniosła 2.134.401,00 zł.

Pozwany nie uregulował należności objętej fakturą VAT nr (...) i odesłał ją powodowi; nie zaprzeczył jednak że powód wykonał świadczenia ponadlimitowe objęte fakturą. Pismem z 30 kwietnia 2010 r. powód wezwał wobec tego pozwanego do zapłaty dochodzonej kwoty, a wobec braku reakcji pozwanego wystąpił z niniejszym pozwem.

Wartość przedmiotu sporu stanowiły wykonane przez powoda świadczenia ponadlimitowe z zakresu (...) kod (...), wykonane w trybie pilnym w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia pacjentów. Świadczenia te opiewały na łączną kwotę 282.336,00 zł i zostały wyselekcjonowane przez powoda ze wspomnianych wyżej świadczeń ponadlimitowych

na łączną kwotę 287.997,00 zł, po ich weryfikacji pod kątem udzielenia ich w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia pacjentów.

W dalszej części uzasadnienia powód odwołał się do treści art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.07.14.89 ze zm.) i art. 30 ustawy z dnia 5.12.1996r o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.08.136.857 ze zm.) i podał, że wszystkie ponadlimitowe świadczenia zdrowotne będące przedmiotem pozwu zostały wykonane w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów. Wszyscy pacjenci wykazani w załączonym do pozwu wykazie wymagali pilnej diagnostyki lub leczenia.

Udzielone świadczenia były ratującymi życie lub zdrowie, a ich niewykonanie spowodowałyby skutki w postaci śmierci lub trwałego uszczerbku na zdrowiu. Pozwany powinien zatem zapłacić powodowi za wykonanie tych świadczeń, pomimo iż zostały one wykonane ponad przewidziany umową limit. Zgodnie bowiem z art. 56 k.c. czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy, z zasad współzycia społecznego i z ustalonych zwyczajów. A zatem treść umownego stosunku prawnego może być modyfikowana przez przepisy ustawowe, tj. właśnie przez powołane artykuły 7 i 30 wskazanych ustaw. Te przepisy powinny być z kolei interpretowane zgodnie z Konstytucją, tj. art. 68 ust. 1, który przyznaje każdemu człowiekowi prawo podmiotowe do ochrony zdrowia, oraz art. 68 ust. 2, który przyznaje każdemu obywatelowi prawo do równego dostępu w granicach określonych ustawami do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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

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

W odpowiedzi na pozew (k.216-222) pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki we W. wniósł o oddalenie powództwa.

Pozwany przyznał, że strony łączyła umowa nr (...), obowiązująca m.in. w okresie od 1 stycznia 2009 r. do dnia 31 grudnia 2011 r., zarzucił jednak, że w okresie, za który powód domaga się zapłaty, maksymalna wartość zobowiązania pozwanego za świadczenia udzielone na podstawie umowy uległa zwiększeniu z kwoty 47 864 500 zł do kwoty 70 870 327,02 zł (aneks Nr (...)) i 73 025 383,02 zł (aneks nr (...)), w tym proporcjonalnemu wzrostowi uległa wartość środków na świadczenia z zakresu (...) (kod (...)). Ustalona aneksem nr (...) z dnia 15 lutego 2010 r. maksymalna wartość umowy w tym zakresie wyniosła w 2009 r. 1.846.404 zł. Całkowita wartość umowy zaś 128.271.574,73zł. Pozwany zapłacił kwotę przewyższającą ustaloną wartość, do której się zobowiązał tj. kwotę 129.587.609, 33 zł

Wskazał też, że zawarta umowa jest kompromisem między możliwościami Funduszu, który nie jest odpowiedzialny za wysokość środków jakie otrzymuje na świadczenia zdrowotne, a potrzebami świadczeniodawców.

Z uwagi na obowiązującą konstytucyjną zasadę zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku (art. 68 ust. 3 Konstytucji RP), przysługujące tej

grupie osób najważniejsze świadczenia są Nielimitowane. Zgodnie z § 18 ust. 2 Zarządzenia Nr (...) Prezesa NFZ z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, w przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń z grup opisanych w tym przepisie (leczenie inwazyjne z zakresu kardiologii, poród i patologia ciąży z zakresu położnictwa i ginekologii oraz intensywna terapia noworodków z zakresu neonatologii), przekroczy kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązań z tytułu realizacji świadczeń we właściwych ze względu na realizację zakresach oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy Funduszu wobec świadczeniodawcy. W pozostałym zakresie świadczenia są refundowane do kwoty zobowiązania określonej w umowie stron.

Nadto pozwany wskazał, że kwota zobowiązania Funduszu wobec powoda zawarta w umowie (za wyjątkiem kwoty zobowiązania dotyczącej świadczeń Nielimitowanych) jest ustalana obligatoryjnie z mocy ustawy (art. 136 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 08.164.1027 ze zm.) i ma charakter maksymalny (wniosek z brzmienia art. 135 ust. 2 tej ustawy, zgodnie z którym Fundusz realizuje zasadę jawności umów przez zamieszczenie na swojej stronie internetowej informacji o każdej zawartej umowie, z uwzględnieniem m.in. maksymalnej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy wynikającej z zawartej umowy). Zgodnie z art. 132 ust. 1 powołanej ustawy, podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu. Umowy zawierane przez NFZ ze świadczeniodawcami obejmują świadczenia opieki zdrowotnej zarówno planowe, jak i udzielane w trybie nagłym w rozumieniu art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1990 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.07.14.89 ze zm.) oraz art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 2005 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz.U.05.226.1943 ze zm.). Konstatacja, iż maksymalna wartość kontraktu wyznacza granice odpowiedzialności kontraktowej Funduszu (za wyjątkiem świadczeń Nielimitowanych) pozostaje w zgodzie z konstytucyjną zasadą zapewnienia każdemu prawa do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1 Konstytucji RP) z uwagi na fakt, iż warunki i zakres udzielania świadczeń określać ma ustawa (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP). Niewątpliwie najważniejszą ustawą określającą te warunki i zakres udzielania świadczeń jest ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym powołany wyżej jej art. 135 ust. 2 i art. 136 pkt 5.

Skoro umowa Nr (...) reguluje całościową odpowiedzialność kontraktową NFZ-u, to brak jest podstaw do konstruowania wobec niego roszczeń na podstawie art. 56 k.c. Powyższy pogląd znajduje również potwierdzenie w treści § 13 ust. 1 Ogólnych Warunków Umów o Udzielanie Świadczeń (...) (mających zastosowanie do relacji kontraktowych pomiędzy stronami na podstawie § 4 ust. 9 Umowy), zgodnie z którym Narodowy Fundusz Zdrowia jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń wykonanych w okresie rozliczeniowym, do kwoty zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy określonej w umowie.

Również powód nie miał wątpliwości odnośnie tego, iż umowa obejmuje wszystkie przypadki udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne (za wyjątkiem świadczeń Nielimitowanych), a nawet świadomie rzekł się roszczeń przewyższających ustaloną w umowie wartość, zamieszczając w podpisywanych przez siebie aneksach w § 2 klauzulę, w której oświadczył, że kwota zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy wyczerpuje wszystkie jego roszczenia, wynikające z realizacji umowy, chyba, że Fundusz dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust. 2 umowy. Powyższe oświadczenie zawarte zostało m.in. w aneksie nr (...) z dnia 31 grudnia 2009 r., zwiększającym wartość kwoty zobowiązania Funduszu wobec powoda w okresie od 1 lipca 2009 r. do 31 grudnia 2009 r., a więc obejmującym okres, za który powód domaga się zapłaty w niniejszym procesie. Oświadczenia takie zawarto również w aneksach nr (...). Dlatego w ocenie pozwanego zawarte pomiędzy stronami aneksy, w tym aneks nr (...), wyczerpały wszystkie (za wyjątkiem roszczenia o zapłatę za świadczenia Nielimitowane) roszczenia powoda z tytułu realizacji umowy.

Pozwany wskazał dalej, że nie posiada dodatkowych środków, przeznaczonych na finansowanie 100% świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust.2 umowy. Udało mu się jednak

wygoszponarować część środków finansowych i dlatego zaproponował m.in. powodowi, pokrycie części świadczeń, wykraczających poza maksymalną wartość kontraktu, a określonych przez niego jako tzw. ponadlimitowe. Propozycja zmierzała do zapłaty 30% wartości świadczeń, określanych przez powoda mianem tzw. „nadwykonań” czy też świadczeń „ponadlimitowych” w zakresach innych niż uznane za priorytetowe, tj. związanych z produktami nielimitowanymi. W odpowiedzi pozwany uzyskał oświadczenie powoda, iż nie przyjmie on „proponycji zapłaty za nadwykonania z roku 2009, jeżeli nie będzie ona obejmowała 100% zapłaty za zrealizowane nadwykonania”. Strony uzgodniły jednak podpisanie ugody, w której NFZ rozszerzył listę świadczeń opłacanych w 100%, gdzie dodatkowo włączono świadczenia oznaczone jako ratujące życie z trybem przyjęcia nagłym, zweryfikowane przez D. (...) jako niewątpliwe.

Odnosząc się do podstawy prawnej roszczenia podawanej przez powoda pozwany zarzucił, że zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 4 stycznia 2007 r. (sygn. akt V CSK 369/06) świadczeniami zdrowotnymi, o których mowa w art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 2005 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, objęte zostały w zasadzie stany nagłe i niespodziewane, których nie można przewidzieć (np. pacjent z udarem mózgu, zawałem serca, poszkodowani w wypadkach drogowych). Nie są nimi zabiegi, które wprawdzie ratują życie, jednak stosowane są u chorych leczonych przewlekle, wymagających regularnego poddawania się zabiegom medycznym. Podobną tezę wyraził Sąd Apelacyjny we Wrocławiu w wyroku z dnia 11 maja 2006 r. (sygn. akt I A Ca 337/06). Zatem podstawowym warunkiem jest udowodnienie wykonania świadczeń w warunkach potrzeby ich natychmiastowego udzielenia. Ową potrzebę natychmiastowego udzielenia świadczenia (określoną w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej czy w art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry), powołane orzeczenia sprowadzają w istocie do pojęcia stanu nagłego zdefiniowanego, poprzez art. 19 w związku z art. 5 pkt. 33 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.06.191.1410, ze zm.). Dlatego zdaniem pozwanego powód nie udowodnił nie tylko tych przesłanek, ale również faktu wykonania przedmiotowych świadczeń w ogóle. Już z samych kserokopii części kart informacyjnych dołączonych do pozwu wynika brak co najmniej przesłanki natychmiastowości (nagłości) zagrożenia. Na podstawie analizy załączonej do pozwu dokumentacji zdaniem pozwanego co najmniej te wymienione przez niego w ramach produktu k. (...). (...)zawierające min. opis świadczenia kod rozpoznania głównego (...)(...) oraz kart leczenia świadczeniobiorców ujętych w tym wykazie nie spełniają kryteriów przepisu art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1990 r. o zakładach opieki zdrowotnej, art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz - z ostrożności procesowej - art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, gdyż można je zakwalifikować wyłącznie do świadczeń o charakterze planowym. W przypadku w/w świadczeń nie odnotowano w ich kartach informacyjnych danych, które stanowiłyby, że przyjęcie nastąpiło w trybie nagłym, stan pacjenta wymagał podjęcia czynności diagnostyczno – terapeutycznych w trybie natychmiastowym, a świadczenie spełniało przesłanki przepisu art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

Podniósł też pozwany, że dołączone do umowy liczne aneksy, zwiększające plan finansowo - rzeczowy wyraźnie dowodzą, iż w chwili wykonywania świadczeń przedłożonych w niniejszym procesie, powód nie miał wyczerpanych limitów wynikających z umowy, zatem jego świadczeń opisanych w pozwie w żadnym razie nie można określić mianem „ponadlimitowych”. Ponadto w dacie wykonywania świadczeń przedłożonych w niniejszym postępowaniu, na obszarze kontraktowania świadczeń w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie (...), 2 innych świadczeniodawców posiadało również niewykorzystane limity wykonywania takich świadczeń. Informacja ta była również zamieszczona na stronie internetowej pozwanego www.nfz-wroclaw.pl na podstawie art. 135 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Gdyby nawet powód istotnie w dacie wykonywania świadczeń wyczerpał już limity umowne, co jednak nie miało miejsca, to powinien był wskazać pacjentom tych świadczeniodawców jako uprawnionych do udzielenia świadczeń w ramach posiadanych umów (i ich limitów), czego jednak nie uczynił. Z art. 18a ust. 1 a pkt 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wynika obowiązek współdziałania m.in. powoda z innymi zakładami opieki zdrowotnej w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania. Powód powinien mieć świadomość przekroczenia limitów

umowy i w takiej sytuacji (o ile stan chorego na to pozwala) wskazać mu świadczeniodawcę, który posiada jeszcze niewykorzystane limity umowy. Powód powinien mieć wypracowane na taką okoliczność jasne i przejrzyste procedury postępowania. Stan pacjentów umożliwił ich skierowanie do innych szpitali (nie był to stan zagrażający ich życiu), a ponadto - brak procedur, o których mowa w art. 18a ust. 1 a pkt 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w zakresie kierowania pacjentów do innych świadczeniodawców stanowi co najmniej przyczynienie się powoda do powstania wydatków, których dochodzi w niniejszym postępowaniu.

Wreszcie pozwany podniósł, że powód mylnie świadczenia dochodzone niniejszym pozwem określa mianem „ponadlimitowych”, bo takimi są świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w sytuacji, gdy świadczeniodawca uprzednio udzielił świadczeń danego rodzaju w liczbie przewidzianej w umowie zawartej z NFZ lub gdy w momencie udzielania świadczenia przekroczona została kwota zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, o której mowa w art. 136 pkt. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Żadna z tych sytuacji nie miała miejsca w niniejszej sprawie. Limit świadczeń zwiększany kolejnymi aneksami cały czas pozwalał na rozliczenie przedstawionych w niniejszym postępowaniu świadczeń w trybie przewidzianym umową. Powód jednak tego nie czynił, rozliczając w pierwszej kolejności świadczenia tzw. planowe. Oznacza to, że powód nie może skutecznie, w ocenie pozwanego, wykazywać do rozliczenia świadczeń udzielonych przed wyczerpaniem kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy. Zgodnie z § 14 ust. 1 Ogólnych Warunków Umów o Udzielanie Świadczeń (...), Fundusz jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, określonej w umowie. Powód nie przedkładał w normalnym trybie rozliczeniowym świadczeń przedłożonych w niniejszej sprawie, a uczynił to dopiero w fakturze VAT nr (...) dołączonej do pozwu. Zdaniem pozwanego powód powinien był rozliczyć w ramach umowy świadczenia, które jak twierdzi, zostały udzielone w trybie pilnym w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów, a dodatkowo poza planem rzeczowo-finansowym określonym zawartą umową. Powód nie wykazał dlaczego świadczenia, za które domaga się teraz zapłaty, nie zostały rozliczone w ramach zwiększonej wartości kontraktu.

Pozwany wskazał także, że „ponadlimitowe świadczenia” ratujące życie nie mogą stanowić rozwiązania systemowego; mogą mieć bowiem jedynie charakter incydentalny. Tymczasem, jak wynika to z treści faktury VAT nr (...) dołączonej do pozwu, powód uczynił to zjawisko rozwiązaniem systemowym, w praktyce usiłując zakwestionować zapisy Umowy o maksymalnej kwocie wynagrodzenia, naruszając tym samym nie tylko zapisy Umowy ale również § 14 ust. 1 Ogólnych Warunków Umów (...) art. 136 pkt 5 Ustawy.

Zdaniem pozwanego, twierdzenie powoda, że NFZ nie poinformował Szpitala o posiadanych środkach rezerwowych na zaspokojenie roszczeń powoda z tytułu ponadlimitowych świadczeń ratujących zdrowie lub życie jest bezprzedmiotowe, gdyż pozwany m. in. w komunikacie z dnia 10 sierpnia 2009 r. wskazywał, że ustalanie warunków finansowych dla placówek służby zdrowia jest konsekwencją ograniczonej ilości pieniędzy pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne i wymogów w zakresie dyscypliny finansowej wynikającej zarówno z przepisów ustawy o świadczeniach zdrowotnych, jak i przepisów dotyczących finansów publicznych. D. (...) przypomniał, że z uwagi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach zamkniętej puli pieniędzy i związanej z tym ograniczoną ilością świadczeń, świadczeniodawcy – zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. – mają obowiązek ustalania kolejności udzielania świadczeń.

Na koniec, pozwany zarzucił, że nie może uznać żądania pozwu, gdyż poza brakiem środków finansowych, w istocie takie działanie naruszyłoby ustawowe zasady wydatkowania środków publicznych.

Pismem z 7 września 2010 r. (k. 430 i nast.) strona powodowa podtrzymała swoje żądanie w całości. Wniosła też o przeprowadzenie dowodu z dokumentacji medycznej pacjentów, objętych niniejszym pozwem, w siedzibie powoda, w trybie art. 249 § 2 k.p.c. w zw. z art. 236 k.p.c.

Również pozwany nie zmienił swej argumentacji w sprawie.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

(...) Publiczny Szpital (...)we W. jest szpitalem publicznym i świadczenia, które wykonuje, finansuje z umowy z NFZ. W zakresie zawierania umów o finansowanie szpitala obowiązuje tryb negocjacji, jednakże w istocie szpital przystaje na propozycje NFZ z niewielkimi „przesunięciami”. Powodowy szpital jest szpitalem bardzo dużym liczącym obecnie 22 kliniki. W 2009 r. uległ przekształceniu i przejął 8 dużych klinik pediatrycznych. Nastąpiła restrukturyzacja obu szpitali klinicznych. Przejęto od (...) wszystkie kliniki dziecięce. Na oddziale kardiologii dziecięcej przyjmowane są dzieci z bardzo ciężkimi chorobami. Wiele chorób, które leczą się to choroby przewlekłe, nawracające, które przebiegają w zaostrzony sposób i wymagają okresowej i stałej kontroli.. Jest to jedyny oddział kardiologii dziecięcej na D., w którym wykonywane są świadczenia na wyższym poziomie referencyjności. Do tej kliniki kierowani są różni pacjenci ze szpitali powiatowych i wojewódzkich. Decyzję o przyjęciu pacjenta podejmuje lekarz izby przyjęć. Ta decyzja dotyczy pacjentów przyjmowanych w trybie nagłym jak również pacjentów z kolejki, tzw. planowych.

(dowód: zeznania świadka G. M., k. 580-581).

W dniu 14 stycznia 2009 r. powód (...) Publiczny Szpital (...)we W. zawarł z pozwanym Narodowym Funduszem Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki we W. umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne, nr (...), obejmującą m. in. świadczenia z zakresu (...). Kod tego zakresu świadczeń to (...). Umowę zawarto na okres do 31 grudnia 2011 r.

(dowód: umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne nr (...) z dnia 14.01.2009 r., k. 15 i nast.).

W umowie ustalono, że kwota zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, czyli powoda, z tytułu realizacji umowy w okresie 1 stycznia 2009 – 30 czerwca 2009 wynosi maksymalnie 26 795 782, 14 zł, zaś w okresie 1 lipca 2009 – 31 grudnia 2009 – 0 zł. Załącznikami do umowy były: plan rzeczowo – finansowy, harmonogram zasobów i wykaz podwykonawców.

W planie rzeczowo – finansowym na okres rozliczeniowy 1 stycznia 2009 r. – 31 grudnia 2009 r. w zakresie (...) przyjęto, że powód może wykonać 36 204 jednostki rozliczeniowe przy wartości jednej jednostki 51 zł, tj. o ogólnej wartości 1.846.404,00 zł.

Wykonanie jednostek rozliczeniowych podzielone było na poszczególne miesiące każdego kwartału.

(dowód: umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne nr (...) z dnia 14.01.2009 r. – k. 14 – 19, aneks nr (...) do umowy - plan rzeczowo – finansowy, k29-48).

W umowie ustalono, że świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa NFZ nr (...) z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (§ 1 ust. 2) oraz przyjęto (§ 4 ust. 7), że gdy wartość wykonanych świadczeń z grup, o których mowa w § 18 ust. 2 zarządzenia przekroczy kwotę, o której mowa w ust. 6 umowy, (czyli określoną w planie rzeczowo – finansowym), na wniosek świadczeniodawcy składany jeden raz na kwartał, zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych i kwoty zobowiązań we właściwych, ze względu na realizację świadczeń, zakresach oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy Oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy.

(dowód: umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne nr (...) z dnia 14.01.2009 r., k. 14 – 19).

Kwota zobowiązania Funduszu wobec powoda ulegała zwiększeniu na mocy zawieranych przez strony aneksów do umowy. Aneks nr (...) zawartym w dniu 20 lutego 2009 r. strony zmieniły zapis § 1 ust. 2 łączącej je umowy w ten sposób, że wskazały, iż świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa NFZ nr (...) z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków

zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, zmienionych zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 23 stycznia 2009 r.

Aneks nr (...) zawartym w dniu 20 lutego 2009 r. strony zmieniły zapis § 1 ust. 2 łączącej je umowy w ten sposób, że wskazały, iż świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa NFZ nr (...) z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, zmienionych zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 23 stycznia 2009 r., zmienionego zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 26 stycznia 2009 r.

(dowód: aneksy nr (...), k. 240-241).

Kwota zobowiązania Funduszu wobec powoda uległa następnie zmniejszeniu na mocy aneksu nr (...), zawartego przez strony w dniu 2 marca 2009 r. Ustalono wtedy, że kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie 1 stycznia 2009 – 30 czerwca 2009 r. wynosi maksymalnie 40 169 920, 14 zł. Wartość świadczeń w zakresie objętym pozwem pozostała niezmienną.

W aneksie dodano § 2, w którym powód oświadczył, że kwota zobowiązania NFZ wobec niego, o której mowa w § 4 umowy [tj. ustalona wyżej na 40 169 920, 14 zł] wyczerpuje wszystkie jego roszczenia, wynikające z realizacji umowy, chyba że Fundusz dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w par. 4 ust. 1 umowy. Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 1 lutego 2009 r.

(dowód: aneks wraz z załącznikami, k. 242-247).

Aneks nr (...) z dnia 25 marca 2009 r. kwota zobowiązania Funduszu wobec powoda ulegała zwiększeniu; ustalono, że kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie 1 stycznia 2009 – 30 czerwca 2009 wynosi maksymalnie 48 167 077, 14 zł. Wartość świadczeń w zakresie objętym pozwem zmieniła się na kwotę 562.836,00 zł.

W aneksie ponownie wpisano § 2, w którym powód oświadczył, że kwota zobowiązania NFZ wobec niego, o której mowa w § 4 umowy [tj. ustalona wyżej] wyczerpuje wszystkie jego roszczenia, wynikające z realizacji umowy, chyba że Fundusz dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w par. 4 ust. 1 umowy.

Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 1 marca 2009 r.

(dowód: aneks nr (...) wraz z załącznikami, k. 260 i nast.).

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

(dowód: aneks nr (...), k. 256).

Aneks nr (...) podpisanym przez strony w kwietniu 2009 r. kwota zobowiązania Funduszu wobec powoda uległa kolejnemu zwiększeniu; ustalono, że kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie 1 stycznia 2009 – 30 czerwca 2009 wynosi maksymalnie 55 097 875, 14 zł. Wartość świadczeń w zakresie objętym pozwem, w stosunku do poprzednio zmienionej – nie uległa zmianie.

Ponownie wpisano § 2, w którym powód oświadczył, że kwota zobowiązania NFZ wobec niego, o której mowa w § 4 umowy [tj. ustalona wyżej] wyczerpuje wszystkie jego roszczenia, wynikające z realizacji umowy, chyba że

Fundusz dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w par. 4 ust. 1 umowy.

Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 1 lutego 2009 r.

(dowód: aneks nr (...) wraz z załącznikami, k. 257-256).

W kwietniu 2009 r. strony zmieniły także zapis § 1 ust. 2 łączącej je umowy w ten sposób, że wskazały, iż świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa NFZ nr (...) z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne, zmienionych zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 23 stycznia 2009 r., zmienionego zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 26 stycznia 2009 r., zmienionego zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 5 marca 2009 r., zmienionego zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 19 marca 2009 r.

(dowód: aneks nr (...), k. 265).

W dniu 22 kwietnia 2009 r. kwota zobowiązania Funduszu wobec powoda uległa kolejnemu zwiększeniu; ustalono, że kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie 1 stycznia 2009 – 30 czerwca 2009 wynosi maksymalnie 55 098 475,14 zł. Wartość świadczeń w zakresie objętym pozwem ustalono nadal na 562.836 zł.

W aneksie utrzymano § 2, w którym powód oświadczył, że kwota zobowiązania NFZ wobec niego, o której mowa w § 4 umowy [tj. ustalona wyżej] wyczerpuje wszystkie jego roszczenia, wynikające z realizacji umowy, chyba że Fundusz dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w par. 4 ust. 1 umowy.

Aneks nr (...) wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2009 r.

(dowód: aneks nr (...) wraz z załącznikami, k. 266-274).

W dniu 8 maja 2009 r. kwota zobowiązania Funduszu wobec powoda uległa kolejnemu zwiększeniu; ustalono, że kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie 1 stycznia 2009 – 30 czerwca 2009 r. wynosi maksymalnie 55 148 863,14 zł. Wartość świadczeń w zakresie objętym pozwem ustalono nadal na kwotę 562.836 zł.

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

Aneks nr (...) wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 1 kwietnia 2009 r.

(dowód: aneks nr (...) wraz z załącznikami, k. 275-283).

Kolejna zmiana nastąpiła w czerwcu 2009 r.; ustalono, że kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie 1 stycznia 2009 – 30 czerwca 2009 r. wynosi maksymalnie 55 964 659,14 zł. Wartość świadczeń w zakresie objętym pozwem uległa zwiększeniu do kwoty 682.788 zł.

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

Aneks nr (...) wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2009 r.

(dowód: aneks nr (...) wraz z załącznikami, k. 284-292.).

W aneksie zawartym w dniu 14 lipca 2009 r. ustalono, że kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie 1 lipca 2009 – 31 października 2009 r. wynosi maksymalnie 40 999 990, 62 zł. Wartość świadczeń w zakresie objętym pozwem podwyższono do kwoty 1.378.071 zł.

Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 1 lipca 2009 r.

(dowód: aneks nr (...) z 14.07.2009 r. wraz z załącznikami, k. 293-302.).

W dniu 17 lipca 2009 r. ustalono, że kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie 1 stycznia 2009 – 30 czerwca 2009 wynosi maksymalnie 55 598 326,14 zł. Wartość świadczeń w zakresie objętym pozwem podwyższono do kwoty 1.553.052 zł.

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

Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 1 marca 2009 r.

(dowód: aneks nr (...) wraz z załącznikami, k. 303-312).

W lipcu 2009 r. strony zmieniły zapis § 1 ust. 2 łączącej je umowy w ten sposób, że wskazały, iż świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa NFZ nr (...) z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, zmienionych zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 23 stycznia 2009 r., zmienionego zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 26 stycznia 2009 r., zmienionego zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 5 marca 2009 r., zmienionego zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 19 marca 2009 r., zmienionego zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 29 czerwca 2009 r.

(dowód: aneks nr (...), k. 313-314).

Aneksem zawartym 29 lipca 2009 r. ustalono, że kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy już w okresie do końca roku 2009r, tj w okresie 1.07.2009 – 31.12.2009 wynosi maksymalnie 47 498 257, 62 zł. Wartość świadczeń w zakresie objętym pozwem ustalono ponownie na kwotę 1.553.052 zł.

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

Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 1 lipca 2009 r.

(dowód: aneks nr (...) z dnia 29.07.2009r wraz z załącznikami, k. 315-325.).

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

r., zmienionego zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 19 marca 2009 r., zmienionego zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 29 czerwca 2009 r., zmienionego zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 30 lipca 2009 r.

(dowód: aneks nr (...), k. 336).

We wrześniu 2009 r. strony zmieniły zapis § 1 ust. 2 łączącej je umowy w ten sposób, że wskazały, iż świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa NFZ nr (...) z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, zmienionym zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 23 stycznia 2009 r., zmienionego zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 26 stycznia 2009 r., zmienionego zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 5 marca 2009 r., zmienionego zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 19 marca 2009 r., zmienionego zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 29 czerwca 2009 r.

(dowód: aneks nr (...), k. 437).

W aneksie nr (...) z dnia 10 listopada 2009 r. ustalono, że kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie 1 lipca 2009 r. – 31 grudnia 2009 r. wynosi maksymalnie 70 870 327,02 zł. Wartość świadczeń w zakresie objętym pozwem ustalono na kwotę 1.846.404 zł.

W aneksie tym ponownie wpisano § 2, w którym powód oświadczył, że kwota zobowiązania NFZ wobec niego, o której mowa w § 4 umowy [tj ustalona wyżej] wyczerpuje wszystkie jego roszczenia, wynikające z realizacji umowy, chyba że Fundusz dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w ów 4 ust. 1 umowy.

Aneks nr (...) wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 1 września 2009 r.

(dowód: aneks nr (...) wraz z załącznikami – k. 339-347).

W aneksie zawartym 28 grudnia 2009 r. ustalono, że kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie 1 lipca 2009 – 31 grudnia 2009 wynosi maksymalnie 71 074 174, 02 zł. Wartość świadczeń w zakresie objętym pozwem ustalono na niezmienną kwotę 1.846.404 zł.

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

Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 1 listopada 2009 r.

(dowód: aneks nr (...) wraz z załącznikami, k. 448-357).

W dniu 31 grudnia 2009 r. ustalono, że kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie 1 lipca 2009 – 31 grudnia 2009 wynosi maksymalnie 71 967 694, 02 zł. Wartość świadczeń w zakresie objętym pozwem ustalono na niezmienną kwotę 1.846.404 zł.

W aneksie ponownie wpisano § 2, w którym powód oświadczył, że kwota zobowiązania NFZ wobec niego, o której mowa w § 4 umowy [tj ustalona wyżej] wyczerpuje wszystkie jego roszczenia, wynikające z realizacji umowy, chyba że Fundusz dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w ów 4 ust. 1 umowy.

Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 1 grudnia 2009 r.

(dowód: wskazany aneks nr (...) wraz z załącznikami, k. 358-367 63).

Aneksem nr (...) zawartym 15 lutego 2010 r. strony ustaliły, że z tytułu świadczeń udzielonych w okresie od 1 stycznia 2009 do 30 czerwca 2009 r. powód otrzyma maksymalnie kwotę 55 598 326, 14 zł oraz z tytułu świadczeń udzielonych w okresie od 1 lipca 2009 do 31 grudnia 2009 r. powód otrzyma maksymalnie kwotę 72.749.779,02 zł. Wartość świadczeń w zakresie objętym pozwem ustalono na kwotę 1.846.404 zł.

Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 1 września 2009 r.

(dowód: aneks nr (...) wraz z załącznikami, k. 368-377).

Na mocy aneksu nr (...) z 15 lutego 2010 r. strony wskazały, że w związku z udzieleniem świadczeń w trybie § 4 ust. 7, kwota zobowiązania NFZ wobec powoda wynosi z tytułu realizacji umowy w okresie od 1 lipca 2009 do 31 grudnia 2009 maksymalnie kwotę 73 025 383, 02 zł. W zmienionym planie rzeczowo – finansowym na ten okres rozliczeniowy w zakresie (...) przyjęto, że powód mógł wykonać 36 204,00 jednostek rozliczeniowych przy wartości jednej jednostki 51 zł, tj. o ogólnej wartości 1.846.404 zł.

(dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...), z dnia 15.02.2010 r., k. 378-387).

(...) Publiczny Szpital (...) we W. za 2008 r. otrzymał zapłatę zarówno za świadczenia limitowe jak i Nielimitowe. W 2009 r. w zakresie kardiologii dziecięcej pozwany z tytułu wykonania świadczeń w 2009 roku zapłacił powodowi całą kwotę wynikającą z zawartej umowy, po uwzględnieniu modyfikacji w aneksie (...). Szpital nie otrzymał od strony pozwanej środków za tzw. nadwykonania.

(dowód: zeznania świadka G. M., k. 580-581, zeznania świadka E. C. (1), k. k. 578-579).

Finansowanie szpitala przez NFZ jest okresowe i odbywało się w trzech ratach. Najpierw na 6 miesięcy, następnie na okres 4 miesięcy i później na koniec roku, pod koniec października na listopad i grudzień. Nie była znana globalna kwota kontraktu na cały rok 2009. Szpital zwracał się o zwiększenie finansowania. Umowa zawarta z NFZ zawiera załącznik, tzw. plan rzeczowo finansowy. W tym planie kwota umowy podzielona jest na poszczególne miesiące. Przy dokonywaniu rozliczeń można rozliczyć świadczenia tylko do wartości określonej w danym miesiącu.

(dowód: zeznania świadka E. C., k. 778-579, zeznania świadka G. M., k. 580-581).

Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym, w wersji elektronicznej. Świadczeniodawca miał składać Oddziałowi Funduszu rachunek na piśmie oraz raport statystyczny w formie elektronicznej do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni. Sprawozdawane miały być w szczególności dane dotyczące rozpoznania ((...)(...)) oraz zastosowanych procedur medycznych ((...)(...)).

(dowód: zarządzenie Prezesa NFZ nr (...) z dnia 22.10.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, k. 399-412).

Przepisami regulującymi zasady rozliczeń finansowych stron są ogólne warunki zawierania umów. Świadczeniodawca kwalifikuje a później ewidencjonuje wykonane usługi, przesyła zakres tych danych do NFZ. Na tym etapie dokonywane są pierwsze sprawdzenia tzw. walidacje. Polegają one na sprawdzeniu danych, czy ktoś kto jest autorem przesyłki posiada umowę w danym zakresie, czy zakres danych odpowiada zarządzeniu prezesa. Po otrzymaniu potwierdzenia świadczeniodawca tworzy sprawozdanie samodzielnie, czyli dokonuje wskazania świadczeń do zapłaty. Wskazanie świadczeń do zapłaty polega na tym, że świadczeniodawca ze zbioru danych potwierdzonych przez płatnika wybiera te usługi, za które w pierwszej kolejności uważa, że NFZ powinien zapłacić. Najważniejszym elementem przy tworzeniu sprawozdania, jest analiza limitu finansowego, który jest ustalany w umowie wiążącej strony w postaci załącznika do umowy – plan rzeczowo finansowy. Świadczeniodawca na podstawie danych potwierdzonych przez płatnika tworzy sprawozdanie. To sprawozdanie również w wersji elektronicznej jako zamknięty dokument jest przesyłane do NFZ. Na tym etapie płatnik dokonuje kontroli finansowej, czy zakres wskazanych danych przez świadczeniodawcę

pozwała na sfinansowanie w ramach obowiązującego limitu. Po uzyskaniu takiego potwierdzenia sprawozdania, świadczeniodawca może złożyć komplet dokumentacji papierowej, czyli: fakturę, sprawozdanie finansowe i raport statystyczny. Świadczeniodawca wykazuje tam to, co jest niezbędne do zakwalifikowania produktu finansowego. Płatnik weryfikuje dane formalnie, nie merytorycznie. Świadczeniodawca zobowiązany jest do przedstawienia określonego zbioru danych. Między innymi określony jest tryb przyjęcia pacjenta do szpitala, czy jest to przyjęcie w trybie nagłym, czy ze skierowaniem, jak też wykonane usługi oznacza jako ratujące życie. W 2009 r. obowiązywał system rozliczeniowy JGP (jednorodne grupy pacjentów). Grupa (...) posiada swoją wycenę punktową, gdzie ta wycena przemnożona przez cenę punktu wskazuje na cenę świadczenia.

Świadczenia, których dotyczy niniejsza sprawa zostały przekazane w formie komunikatu pierwszej fazy do NFZ.

(dowód: zeznania świadka J. W. (1), k. 612-615).

W 2006 r. na mocy zarządzenia prezesa NFZ z 22.12.2006 r. nr 119 wprowadzono do dokumentu (...) pytanie: „czy wykonane świadczenia z katalogu płatnika było świadczeniem ratującym życie”. Na to pytanie świadczeniodawca został zobowiązany do udzielenia odpowiedzi tak lub nie. W 2006 roku również oddział (...) poprzez swoją stronę internetową poinformował świadczeniodawców o konieczności wykazania w ramach usług leczenia szpitalnego, świadczenia ratujące życie oraz świadczenia nie z tej grupy. Decyzja co do określenia jednostkowego świadczenia zostaje całkowicie po stronie świadczeniodawcy, czyli lekarza wykonującego dana usługę. Zalecenie NFZ polegało na tym, że dyrektor oddziału NFZ informował świadczeniodawcę, że w pierwszej kolejności należy przedstawić do finansowania świadczenia oznaczone przez świadczeniodawcę świadczenia ratujące życie, a dopiero w następnej kolejności świadczenia w trybie planowym i inne. W 2009 r. po tych zaleceniach, które od 2006 r. nigdy nie zostały odwołane również w zarządzeniu prezesa, dot. komunikatu xemelowego został opublikowany mechanizm zaliczania do zapłaty określony dokładnie jako kolejność zaliczania świadczeń do zapłaty. W tym zarządzeniu prezes NFZ określił 4 poziomy ważności świadczeń, które w pierwszej kolejności powinny być sfinansowane. Pierwszy poziom to były świadczenia ratujące życie wykonane na rzecz pacjentów innych niż z ubezpieczenia powszechnego. Następnie świadczenia ratujące życie wykonane na rzecz pacjentów z tytułu ubezpieczenia powszechnego. Kategoria 3 były to świadczenia planowe i dla pozostałych grup. Kolejność zaliczania do kategorii łączyła się z kolejnością finansowania świadczeń. Dane świadczenie oznaczone jako ratujące życie w danym miesiącu byłoby sfinansowane w pierwszej kolejności.

W 2009 roku strona powodowa nie oznaczała żadnych świadczeń jako ratujących życie z całego zbioru świadczeń.

(dowód: zeznania świadka J. W. (1), k. 612-615).

Zasady wprowadzone w 2009 r. zarządzeniem prezesa nr (...) zmieniły system informatyczny. Został wprowadzony mechanizm informatyczny nadzorujący kolejność zaliczania świadczeń do zapłaty. Jeżeli świadczeniodawca rozliczył w pierwszej kolejności świadczenia planowe nie oznaczone jako ratujące życie, a inne świadczenie były oznaczone wcześniej jako ratujące życie, system nie przyjmował tego do rozliczenia. Przesyłka była niepotwierdzona.

(dowód: zeznania świadka J. W. (1), k. 612-615).

Zgodnie z § 18 ust. 2 Zarządzenia Nr (...) Prezesa NFZ z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, w przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń z następujących grup: leczenie inwazyjne z zakresu kardiologii, poród, patologia ciąży i noworodek zdrowy z zakresu położnictwa i ginekologii oraz noworodek z zakresu neonatologii, przekroczy kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału - zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązań z tytułu realizacji świadczeń we właściwych ze względu na realizację zakresach oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy Funduszu wobec Świadczeniodawcy. Świadczenia w tym zakresie, tj. leczenie inwazyjne z zakresu kardiologii, poród, patologia ciąży i noworodek zdrowy z zakresu położnictwa i ginekologii oraz noworodek z zakresu neonatologii są nielimitowane.

(dowód: § 18 ust. 2 zarządzenie Prezesa NFZ nr (...) z dnia 22.10.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne – k. 399-412).

W dniu 3 lutego 2010 r. powód wystawił fakturę VAT nr (...) za świadczenia zdrowotne wykonane w roku 2009 na podstawie umowy nr (...) na kwotę 4 114 268,82 zł. W ramach zakresu (...) wartość świadczeń niesfinansowanych przez pozwanego wyniosła 287.997 zł.

(dowód: faktura VAT nr (...) z dnia 03.02.2010 r., k. 49, sprawozdanie finansowe za miesiąc styczeń-grudzień 2009 r. z dnia 03.03.2010 r., k. 50 – 53.).

Wartość przedmiotu sporu stanowią wykonane przez powoda świadczenia ponadlimitowe z zakresu (...)kod (...), wykonane w trybie pilnym w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia pacjentów. Świadczenia te opiewają na łączną kwotę 282.336,00zł i zostały wyselekcjonowane przez powoda ze wspomnianych wyżej świadczeń ponadlimitowych na łączną kwotę 287.997,00 zł, po ich weryfikacji pod kątem udzielenia ich w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia pacjentów.

(dowód: zestawienie przypadków na kwotę dochodzoną pozwem z ich opisem, k. 57 – 69).

W wykazie świadczeń niezapłaconych świadczeniodawca ujął płeć i pesele świadczeniobiorców – dzieci, na rzecz których udzielono świadczeń. W tym wykazie z danych medycznych znajduje się także rozpoznanie według klasyfikacji (...)(...), nie ma wykazu procedur medycznych jakie stosowano w trakcie leczenia, które są oznaczane kodem (...)(...). W wykazie tym znajduje się kolumna „opis” ujawniająca okoliczności udzielenia świadczenia. Na końcu znajduje się informacja, że świadczenia te były udzielane w trybie pilnym. Karty informacyjne nie pozwalają na analizę medyczną zdarzenia tj. określenie czy była potrzeba tzw. nagłego udzielenia świadczenia. Charakter udzielonego pacjentowi świadczenia medycznego oddaje dokumentacja medyczna w tym zwłaszcza tzw. „Historia choroby”. Określenie kodu (...)ma istotne znaczenie dla określenia w sprawie tego czy świadczenie było zasadne i w zderzeniu z innymi informacjami jest konieczne do ustalenia jakie działania podjęto w stosunku do pacjenta i czy miały one charakter nagły, ratujący życie.

(dowód: zeznania świadka D. K., k. 702-703, zestawienie przypadków na kwotę dochodzoną pozwem z ich opisem, k. 57 – 61).

Od 2005 roku funkcjonuje rozporządzenie Ministra Zdrowia, które określa kategorie medyczne i kryteria medyczne jakimi winni posługiwać się świadczeniodawcy umieszczając pacjentów na listach oczekujących. Rozporządzenie to nawiązuje do art. 20 ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Wg aktualnej wiedzy medycznej lekarz powinien kierować się kryteriami wymienionymi w rozporządzeniu, takimi jak ocena stanu chorobowego, choroby współistniejące mające wpływ na chorobę zasadniczą itd. Te kryteria kwalifikują danego pacjenta do kategorii przypadku pilnego albo stabilnego. Jeżeli świadczenie ma charakter wieloetapowy, to powinno to nastąpić zgodnie z planem leczenia. Znajduje się też zapis, że przypadek pilny winien znajdować się na liście oczekujących, przed przypadkiem stabilnym. Przypadek pilny jest kwalifikowany w oparciu o wymienione w rozporządzeniu kryteria. Świadczenia planowe to też jest tryb pilny, jednakże świadczenia w trybie nagłym nie jest tożsamy ze świadczeniem w trybie pilnym.

(dowód: zeznania świadka D. K., k. 702-703).

Pismem z dnia 3 marca 2010 r. złożonym u pozwanego w tym samym dniu, powód przesłał fakturę VAT nr (...) z dnia 3 lutego 2010 r. Pozwany odesłał ją bez zrealizowania. Fundusz zwracał szpitalowi wszystkie faktury za nadwykonania, ponieważ świadczeniodawca zgodnie z zawartą umową zobowiązany jest do złożenia rozliczenia do wysokości limitu finansowego umowy i każde przedstawienie świadczeń powyżej tego limitu umowy nie jest przyjmowane przez NFZ ze względu na przekroczenie wartości umowy.

Pismem z 30 kwietnia 2010 r. powód wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 3 585 143, 82 zł z faktury VAT nr (...)

(dowód: pismo z dnia 30.04.2010 r., k. 55).

W październiku 2009 roku powód wystąpił do pozwanego z wnioskiem o udostępnienie informacji publicznej, w celu ustalenia, m.in. czy pozwany posiada środki rezerwowe na zaspokojenie roszczeń powoda z tytułu wykonania ponadlimitowych, ratujących zdrowie lub życie świadczeń medycznych. Pozwany nie odpowiedział na wniosek powoda i nie udzielił żadnych informacji w tym zakresie.

(dowód: wniosek o udostępnienie informacji publicznej z dnia 19.10.2010 r., k. 203).

NFZ wielokrotnie informował świadczeniodawców w różnych formach o tym, że fundusz dysponuje ograniczonymi środkami finansowymi i prawdopodobnie nie będzie w stanie pokryć świadczeń wykonanych ponad limity zawarte w umowie. W połowie roku 2009 Fundusz przypomniał o obowiązku kolejkowania świadczeń. Był to komunikat umieszczony na stronie internetowej.

(dowód: zeznania świadka M. D., k. 704-705, przesłuchanie w charakterze strony pozwanej W. N., k. 720-721).

W powodowym szpitalu istnieje „kolejka oczekujących”. Dla przypadków pilnych są prowadzone kolejki, tak samo jak dla przypadków stabilnych. O przypadkach pilnych, czyli przyjęciu, które musi być dokonane z pominięciem zwykłej kolejki, decyduje lekarz na podstawie obserwacji. Przypadki nagłe nie są umieszczane w kolejce, lecz są przyjmowane od razu. Każdego miesiąca, do 10 dnia należy przekazać informacje o kolejkach oczekujących za poprzedni miesiąc do NFZ za pośrednictwem poczty elektronicznej.

Na oddziale kardiologii dziecięcej kolejki nie narastały, pacjenci byli poprzyjmowani na bieżąco

(dowód: zeznania świadka K. Z., k. 580).

W działaniu NFZ posługuje się limitami określonymi przez plan finansowy na kolejne lata. Plan finansowy określany jest z dokładnością do poszczególnych rodzajów świadczeń rozumianych jako leczenie szpitalne. W przypadku NFZ Oddziału Wojewódzkiego we W. możliwość zapłaty za świadczenia wykonane ponad limit umowy w roku 2009 pojawiła się wraz ze zmianą planu finansowego za rok 2010 – na początku lipca 2010 r. W pozycji planu finansowego „koszty lat ubiegłych” limit wydatków zwiększył się o 40.000.000 zł, natomiast wartość nadwykonań za rok 2009 wynosiła ok. 120.000.000 zł. W celu uproszczenia procesu zawierania ugód NFZ zaproponował świadczeniodawcom zapłatę 30% wartości świadczeń nadwykonanych w roku 2009. Nie dzielono świadczeń na jakiegokolwiek. Starano się w ramach możliwości planu finansowego zaspokoić wszystkie potrzeby świadczeniodawcy. Propozycja ta została przez większość świadczeniodawców- w tym przez powodowy szpital – odrzucona. Postanowiono przeliczyć nadwykonania u świadczeniodawców, aby zapłacić w pierwszej kolejności za świadczenia onkologiczne oraz te, które zostały sprawozdane do Funduszu jako ratujące życie. Za te świadczenia zaproponowano 100% ich wartości. Jeżeli chodzi o świadczenia nie oznaczone jako ratujące życie i nie będące świadczeniami onkologicznymi to wybrano takie świadczenia, które nosiły znamiona konieczności ich udzielenia, były to świadczenia udzielone w trybie nagłym, czyli bez skierowania, w przypadkach ostrych zachorowań. Mimo, że nie zostały one uznane przez świadczeniodawców jako ratujące życie zaproponowano za nie ok. 60% ich wartości. To była trzecia próba ugodowa poczyniona przez Fundusz. Praktycznie wszystkie szpitale przyjęły te propozycje, oprócz powoda oraz szpitali w M., O. i D.. Powodowy szpital stanął na stanowisku, iż nie przyjmie „propozycji zapłaty za nadwykonania z roku 2009, jeżeli nie będzie ona obejmowała 100% zapłaty za zrealizowane nadwykonania”.

(dowód: zeznania świadka M. D., k. 704-705).

Biegły sądowy M. W. w swej opinii sporządzonej w toku postępowania stwierdził, że w analizowanych przypadkach udzielono świadczenia medyczne 67. W przypadku 52 hospitalizowanych tryb ich przyjęcia był trybem pilnym, a rozpoznanie wstępne lub/i objawy chorobowe sugerowały pilne leczenie lub diagnostykę w warunkach szpitalnych. U tych chorych postawione wstępne rozpoznanie i objawy nakazywały zespołowi lekarskiemu (...)1 we W. przyjęcie tezy, że stan zdrowia tych chorych może ulec w krótkim czasie pogorszeniu i może wystąpić zagrożenie ich życia.

W przypadku 12 chorych podano jako tryb przyjęcia tryb planowy, a wstępne rozpoznanie choroby będące przyczyną przyjęcia do szpitala oraz towarzyszące jej objawy podane w epikryzie nie wskazywały na występowanie zagrożenia istotnym pogorszeniem stanu zdrowia w najbliższym czasie lub zagrożeniem życia. Podstawą wydania opinii przez biegłego były kopie szpitalnych kart informacyjnych

(dowód: opinia sądowa prof. zw. dr hab. kardiochirurga i chirurga dziecięcego lek.med. M. W. k. 739-743, opinia uzupełniająca k. 900-905).

W opinii biegłego sądowego z zakresu kardiologii dziecięcej lek. med. A. C. 64 z ponadlimitowych hospitalizacji na oddziale kardiologii dziecięcej zakwalifikowano jako świadczenia wykonane w trybie wymagającym natychmiastowej pomocy medycznej ze względu na zagrożenie życia i zdrowia spełniające wymogi art. 7 ustawy o z.o.z. oraz definicją stanu nagłego 56 świadczeń. Opinia sporządzona na podstawie dokumentacji leczenia pacjentów oraz dodatkowej informacji telefonicznej i mailowej od dyrekcji szpitala.

(dowód: opinia biegłego sądowego z zakresu kardiologii dziecięcej lek. med. A. C. k.997-1008).

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo nie mogło zostać uwzględnione.

Powód (...) Publiczny Szpital (...) we W. w domagał się zasądzenia od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego we W. kwoty 282.336 zł z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty tytułem wykonanych świadczeń ponadlimitowych z zakresu świadczeń medycznych na oddziale (...)

Strona powodowa wskazywała jako podstawę prawną swojego roszczenia art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.07.14.89 ze zm.) i art. 30 ustawy z dnia 5.12.1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz.U.08.136.857 ze zm.), w związku z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Skoro takie podstawy prawne wskazywał powód, to w odniesieniu do nich sąd poczynił poniższe ustalenia.

Według art. 7 w/w ustawy zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Powoływany zaś równolegle przepis art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry stanowi, że lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

Art. 68 Konstytucji przewiduje, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, zaś warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa (ust. 1 i 2 wskazanego artykułu).

W orzecznictwie sądowym powszechnie uważa się, że instytucja ubezpieczeń zdrowotnych wykazuje bardzo złożony charakter. Jak wskazuje Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z 29 czerwca 2004 r. sygn. akt I ACa 1/04 Apel W-wa (...) poz. 14, „mamy tu do czynienia z trzema typami stosunków prawnych, które są wzajemnie współzależne, tj. stosunkiem pomiędzy ubezpieczonym i kasą chorych (obecnie NFZ); stosunkiem pomiędzy kasą chorych i świadczeniodawcą tj. zakładem opieki zdrowotnej oraz stosunkiem pomiędzy świadczeniodawcą a ubezpieczonym [świadczeniobiorcą] tj. pacjentem. Współzależność i współistnienie tych stosunków jest niezbędne dla realizacji prawa do świadczeń zdrowotnych. Stosunek pomiędzy kasą chorych a zakładem opieki zdrowotnej jest stosunkiem umownym, a zatem jego powstanie i wykonanie należy ocenić z punktu widzenia prawa cywilnego”. Wskazane orzeczenie odnosi się co prawda do kas chorych, ale ma zastosowanie również wobec pozwanego w niniejszej sprawie, a to na zasadzie takiej, iż kasy chorych zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z 1997 r. były instytucją ubezpieczenia zdrowotnego. Taki też charakter ma pozwany w niniejszym procesie, Narodowy Fundusz Zdrowia utworzony na podstawie art. 96 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przepisy tej

ustawy w sposób jednoznaczny wskazują, że podstawą udzielania przez świadczeniodawcę świadczeń zdrowotnych jest zawarta przez niego z Narodowym Funduszem Zdrowia umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W ocenie Sądu, przy takiej regulacji prawnej nie istnieją pozaumowne podstawy żądania zapłaty przez Narodowy Fundusz Zdrowia za świadczenia udzielone przez świadczeniodawcę. W sytuacji zatem zawarcia umowy o świadczenie usług medycznych (świadczenia zdrowotnego, świadczenia opieki zdrowotnej - bez względu na użyte sformułowanie), powód mógłby domagać się tylko tego, co było przedmiotem umowy stron. Umową taką była umowa nr (...) z dnia 14 stycznia 2009 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne, obejmującą m. in. świadczenia z zakresu (...). Pozwany na podstawie umowy zawartej z powodem zobowiązał się do sfinansowania świadczeń według następującego schematu: w zakresie świadczeń nielimitowanych tj. wyszczególnionych w § 18 ust. 2 Zarządzenia Nr (...) Prezesa NFZ z dnia 22 października 2008 r. - według faktycznego ich wykonania, zwiększając liczbę jednostek rozliczeniowych w planie finansowo - rzeczowym umowy oraz kwotę zobowiązań z niej wynikającą, do wartości faktycznego wykonania, a w pozostałym zakresie do kwoty zobowiązania określonej w umowie (§ 4 ust. 1 i 2 oraz § 10 umowy w zw. z § 14 ust. 1 Ogólnych Warunków Umów o Udzielanie Świadczeń (...) stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.08.81.484): Fundusz jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie." Kwota zobowiązania Funduszu wobec powoda zawarta w umowie (za wyjątkiem kwoty zobowiązania dotyczącej świadczeń nielimitowanych) jest ustalana obligatoryjnie z mocy ustawy (art. 136 pkt 5 powoływanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) i ma charakter maksymalny (wniosek z brzmienia art. 135 ust. 2 ustawy, zgodnie z którym Fundusz realizuje zasadę jawności umów przez zamieszczenie na swojej stronie internetowej informacji o każdej zawartej umowie, z uwzględnieniem m.in. maksymalnej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy wynikającej z zawartej umowy). Umowy zawierane przez NFZ ze świadczeniodawcami obejmują świadczenia opieki zdrowotnej zarówno planowe, jak i udzielane w trybie nagłym w rozumieniu art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1990 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 2005 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Podzielić zatem trzeba też przekonanie pozwanego, iż maksymalna wartość kontraktu wyznacza granice odpowiedzialności kontraktowej Funduszu (za wyjątkiem świadczeń nielimitowanych) i pozostaje w zgodzie z konstytucyjną zasadą zapewnienia każdemu prawa do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1 Konstytucji RP) z uwagi na fakt, iż warunki i zakres udzielania świadczeń określać ma ustawa (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP).

Bezsporne pomiędzy stronami było, że pozwany NFZ wywiązał się z zobowiązań finansowych ustalonych z powodowym szpitalem na mocy umowy z dnia 14 stycznia 2009 r. i wszystkich aneksów do tej umowy. Kwestią sporną dotyczy zapłaty za tzw. nadwykonania .

Podejmując rozstrzygnięcie w niniejszej sprawie Sąd ustalił w pierwszej kolejności, że powodowy szpital zrzekł się roszczeń co do zapłaty kwot przewyższających ustaloną w umowie wartość świadczeń, w związku z czym roszczenia te wygasły i nie mogą być dochodzone. We wszystkich aneksach do umowy z dnia 14 stycznia 2009 r., w których umieszczony został § 2 powodowy szpital oświadczył, że kwota zobowiązania Funduszu wobec niego wyczerpuje wszystkie jego roszczenia wynikające z realizacji umowy, chyba że Fundusz dysponował będzie dodatkowymi środkami przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust 2 umowy. Słuchana w charakterze strony pozwanej św. W. N. oświadczyła, że bez tego typu oświadczenia prawdopodobnie zawarcie aneksów finansowych byłoby niemożliwe. Każdy z tych aneksów był swoistym rodzajem ugody . Strona pozwana zrzekała się roszczeń- a były to głównie roszczenia z tytułu świadczeń tzw. nadwykonań, w zamian za co otrzymywała środki finansowe. Efektem tej swoistej transakcji było to, że fundusz uzyskiwał bezpieczeństwo prawne, a zatem żadne roszczenia za ten zamknięty okres nie mogły być formułowane. Strona powodowa w formie rekompensaty otrzymywała określone środki finansowe. Jak zeznała św. W. N. łączna kwota środków finansowych przyznanych aneksami zawierającymi §2 znacznie przekraczała wartość świadczeń wykonanych jako tzw. nadwykonania.

Zgodnie z art. 65 § 1 i 2 k.c. oświadczenie woli należy tak tłumaczyć, jak tego wymagają ze względu na okoliczności, w których złożone zostało, zasady współżycia społecznego oraz ustalone zwyczaje, zaś w umowach należy raczej badać, jaki był zgodny zamiar stron i cel umowy, aniżeli opierać się na jej dosłownym brzmieniu. Sformułowania zawarte w § 2 powołanych aneksów są na tyle jasne i precyzyjne, że nie ma podstaw, aby przy ich interpretacji odchodzić od literalnego brzmienia oświadczeń stron. Interpretacja postanowień umowy nie może bowiem prowadzić do stwierdzeń sprzecznych z jej treścią (por. wyrok Sądu Najwyższego z 5 kwietnia 2007 r., II CSK 546/06). Z przywołanego oświadczenia zawartego we wspomnianych aneksach wynika zdaniem Sądu w sposób oczywisty, że powód zrzekł się wszelkich roszczeń poza umówioną kwotę. Zdaniem Sądu, obie strony, w momencie zawierania aneksów miały świadomość skutków zrzeczenia się roszczeń oraz zakresu tego oświadczenia woli. Wskazywał powód, że jego oświadczenie o zrzeczeniu się roszczeń zostało przez NFZ w pewien sposób narzucone, z uwagi na zajmowaną w systemie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej pozycję monopolisty, jednakże, w ocenie Sądu nie wykazał okoliczności stanowiących podstawę tych twierdzeń. Poza gołosłownym twierdzeniem, że zrzeczenie się roszczeń wywołane dominującą pozycją NFZ, nie przedstawił żadnych dowodów na to, że druga strona kontraktu, tj. NFZ rzeczywiście sugerował, że do zawarcia kolejnych kontraktów ze szpitalem by nie doszło. Na marginesie należy także dodać, że powodowy Szpital nie dowodził także, aby się uchylił od skutków prawnych złożonych oświadczeń woli.

Tym ustaleniom nie stoi na przeszkodzie podnoszony przez pozwanego brak paragrafu 2 w aneksach nr (...). Oba te aneksy zostały zawarte w dniu 15 lutego 2010 r., czyli po zamknięciu terminu 45 dni na rozliczenie umowy i faktycznie nie było tam zawartego paragrafu 2, który funkcjonował w aneksach poprzednich. Jednak aneks (...) dotyczył bilansowania umowy, tj. przesunięcia środków w ramach ustalonej kwoty, celem takiego aneksu było uwolnienie niewykorzystanych środków, tak aby szpital mógł z nich skorzystać. NFZ dokonywał bilansowania czwartego kwartału od września, więc ten aneks wszedł z mocą obowiązująca od 1 września, po to aby zbilansować cały ten okres. Jak wynika z logicznych zeznań dyrektora Oddziału (...) NFZ, W. N., wola Funduszu przy podpisywaniu tego aneksu nie było uchylenie aneksów wcześniejszych; gdyby było inaczej, tj. gdyby zamiarem było uchylenie lub modyfikacja poprzednich aneksów, to zapisano by to literalnie w treści aneksu. W aneksie (...) dokonano zatem jedynie bilansowania umowy bez zmiany wartości finansowej. Z kolei aneks (...) dotyczył zapłaty za świadczenia Nielimitowane wynikające z zarządzeń prezesa NFZ (leczenie inwazyjne z zakresu kardiologii, poród, patologia ciąży i noworodek zdrowy z zakresu położnictwa i ginekologii oraz noworodek z zakresu neonatologii); tutaj NFZ zapłacił za wszystkie świadczenia, więc nie było potrzeby wprowadzenia zrzeczenia się świadczenia.

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

Niezależnie od tego powództwo nie mogło zostać uwzględnione również w oparciu o przepisy art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy z dnia 5.12.1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, w związku z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Wskazywane jako podstawa prawna żądania przepisy ustaw o zoz-ach i zawodzie lekarza i lekarza dentystry, wskazywały na możliwość żądania zapłaty za inne udzielone świadczenia, tj. inne niż Nielimitowane, bez umowy łączącej strony. Według cytowanego już art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Podobne sformułowanie zawiera art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z ustawy z 2004 r.: „W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. W przypadku gdy świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym są udzielane przez świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca ma prawo do tych świadczeń w niezbędnym zakresie.” Dalej wskazany przepis stanowi, że świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Cytowane przepisy bardzo wyraźnie formułują podstawy w jakich zakład opieki zdrowotnej musi udzielić świadczenia zdrowotnego - tj. w sytuacji gdy osoba zgłaszająca się do zakładu opieki zdrowotnej potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia i w „przypadkach niecierpiących zwłoki”. Pojęciem stanu nagłego posługuje się także ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej

finansowanych ze środków publicznych, wskazując w art. 5 ust. 33, że stan nagły to stan, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 06.191.1410 ze zm.). Tam zaś stan zagrożenia zdrowotnego definiowany jest jako stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia; stan nagły zatem to stan wymagający „natychmiastowego” udzielenia świadczenia zdrowotnego, „bez zbędnej zwłoki”.

Przy takiej jednak konstatacji roszczenie powoda uznać należało za nieudowodnione. To na powodzie bowiem ciążył obowiązek wykazania, że poniósł koszty udzielenia świadczeń znamionujących się koniecznością ich natychmiastowego udzielenia w sytuacji nagłości zdarzenia oraz nieprzewidywalności skutków. Sąd w tym postępowaniu przeprowadził dwie opinie biegłych. Z opinii biegłego sądowego prof. zw. dr hab. kardiochirurga i chirurga dziecięcego lek.med. M. W. wynika że nie wszystkie ze świadczeń medycznych objętych roszczeniem powoda były realizowane w warunkach nagłości (52). W kolejnej opinii biegłego sądowego z zakresu kardiologii dziecięcej lek. med. A. C.z 64 ponadlimitowych hospitalizacji na oddziale kardiologii dziecięcej jako świadczenia wykonane w trybie wymagającej natychmiastowej pomocy medycznej ze względu na zagrożenie życia i zdrowia spełniające wymogi art. 7 ustawy o z.o.z. oraz definicją stanu nagłego zakwalifikowano 56. Opinie powyższe nie mogły być jednak w ocenie Sądu podstawą do poczynienia ustaleń na okoliczności istotne dla rozstrzygnięcia sprawy, co wiązało się z faktem, iż obie opinie sądowe zostały wydane w oparciu o zapisy zawarte w kartach informacyjnych leczenia szpitalnego, bez analizy historii choroby poszczególnych pacjentów. Co do zasady, dokument medyczny, jakim jest karta informacyjna leczenia szpitalnego, nie zawiera podstawowych informacji, w tym mówiących o tym co się dzieje z pacjentem w dniu przyjęcia do szpitala, takie informacje znajdują się dopiero w historii choroby. W kartach informacyjnych nie ma wskazanych kodów (...) (...) co jest istotne dla rozpoznania. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. (Dz.U.10.252.1697) w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania stanowi, że dokumentację medyczną stanowi m.in. dokumentacja medyczna indywidualna, odnosząca się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych i jest ona indywidualna wewnętrzna i indywidualna zewnętrzna (§ 2). Dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowi w szczególności m.in. historia choroby, a dokumentację indywidualną zewnętrzną stanowi w szczególności m.in. karta informacyjna z leczenia szpitalnego. Historię choroby zakłada się niezwłocznie po przyjęciu pacjenta do szpitala (§ 13) i zawiera on pogrupowane informacje dotyczące przyjęcia pacjenta do szpitala; przebiegu hospitalizacji; wypisania pacjenta ze szpitala (§ 14). Orzecznictwo Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu ukształtowało w tym zakresie zasadę, że karty informacyjne nie mogą być zasadniczą podstawą formułowania opinii przez biegłych (temu służy dokumentacja medyczna, karty wpisowe) albowiem nie zawierają podstawowej informacji z daty przyjęcia, a właśnie data przyjęcia jest kluczowa do rozpoznania „nagłości”, a jedynie zawierają rozpoznanie przy wypisie. W toku pobytu w szpitalu przebieg choroby może przybrać różne kierunki, czasem choroba ma charakter postępujący. W każdym razie nie można postawić znaku równości pomiędzy karta wypisową a informacją z daty przyjęcia. To na stronie powodowej spoczywał obowiązek przedstawienia całości dokumentacji medycznej z którego obowiązku w toku procesu się nie wywiązała.

Pomijając już kwestie dowodowe Sąd uznał, że powództwo nie mogłoby zostać uwzględnione z tego powodu, że powodowy zakład opieki nie przestrzegał przewidzianej przez stronę pozwaną procedury dotyczącej zasad rozliczeń. Z materiału dowodowego wynika jednoznacznie, że powód nie zgłosił spornych roszczeń do rozliczenia w odpowiednim terminie z oznaczeniem ich w odpowiednich komunikatach (...) jako „ratujących życie lub zdrowie”, co spowodowałoby ich rozliczenie w pierwszej kolejności. Już w 2004 roku NFZ dostarczał świadczeniodawcom aplikację do rozliczeń, która nazywała się „pakiet świadczeniodawcy” i w tym pakiecie – czyli w systemie informatycznym, który był świadczeniodawcom dostarczany bezpłatnie – znajdował się zakres danych ewidencyjno – rozliczeniowych i w ramach tego zakresu danych były tzw. pola wymagalne, m.in. było tam oznaczenie „świadczenie ratujące życie”. W 2007 roku, od kiedy został wprowadzony otwarty format wymiany danych, gdzie komunikat szczegółowy został ustalony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia, znalazło się pytanie „czy świadczenie wykonane z katalogu płatnika jest świadczeniem ratującym życie”. Była to informacja w formie odpowiedzi. Odbyły się spotkania w centrali NFZ dotyczące rozporządzenia Ministra Zdrowia w zakresie gromadzenia i przekazywania zakresu niezbędnych

informacji. Na podstawie tego rozporządzenia NFZ tworzył komunikat szczegółowy. Kolejność zaliczania do zapłaty została jednoznacznie zdefiniowana przez prezesa NFZ w zarządzeniu 79 z listopada 2009 roku i polegała na wskazywaniu do zapłaty w pierwszej kolejności świadczeń ratujących życie wykonanych na rzecz osób ubezpieczonych na podstawie dodatkowych uprawnień; te uprawnienia wynikały np. z ustawy o przeciwdziałaniu alkoholizmowi, czy też na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, czy też na podstawie decyzji administracyjnych wydawanych przez powiat bądź gminę. W drugiej kolejności zaliczane do zapłaty były świadczenia ratujące życie udzielane na rzecz ubezpieczonych, czyli objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Następnie świadczenia planowe na rzecz tych dodatkowych tytułów uprawnień i świadczenia planowe dla pozostałych ubezpieczonych. Dlatego świadczeniodawca w komunikacie xml zobowiązany był również do oznaczania świadczeń jako ratujących życie, gdzie odpowiadając na pytanie: „czy świadczenie z katalogu płatnika jest świadczeniem ratującym życie”, wybierał „tak” lub „nie”. Oznaczenie świadczeń do zapłaty poprzez wskazanie, czy świadczenie było według lekarza prowadzącego świadczeniem ratującym życie powodowało, że to świadczenie było finansowane w pierwszej kolejności. Natomiast jeśli świadczeniodawca nie oznaczał świadczeń, wówczas były płacone świadczenia planowe, czyli świadczenia, w zakresie których świadczeniodawca odpowiedział, że świadczenie nie jest ratującym życie, czyli oznaczył odpowiedź „nie”. Jeżeli świadczeniodawca nie zapoznałby się z treścią komunikatu xml i formatem elektronicznym tego komunikatu, to nie mógłby przedstawić świadczeń do rozliczenia Informacje te wynikają z zeznań świadka J. W. (2), a powód nie złożył żadnych zastrzeżeń co do tych podawanych przez świadka faktów dotyczących systemu informatycznego wymiany danych między stronami. O ile więc powód nie miał ustawowego obowiązku oznaczania sprawozdanych świadczeń jako ratujące życie, to z powodu używania określonego narzędzia informatycznego po prostu musiał to robić – „nie było możliwości, żeby na wspomniane pytanie w ogóle nie udzielić odpowiedzi, ponieważ wtedy serwer dostępowy nie potwierdziłby świadczenia, tj. świadczenie zostałoby zwrócone z błędem”, jak zeznała świadek. W przypadku świadczeń dochodzonych pozwem wszystkie one posiadają oznaczenie (...), czyli powód sprawozdając je na pytanie „czy świadczenie z katalogu płatnika jest świadczeniem ratującym życie” odpowiedział „nie”. Gdyby zaś oznaczył te świadczenia jako ratujące życie, to byłyby one w pierwszej kolejności zapłacone, taki był mechanizm – co również wynika z zeznań świadka.

Powinnością szpitala było zatem zawsze oznaczenie jako świadczenia ratujące życie tych świadczeń, które zdaniem samego powoda były świadczeniami ratującymi życie lub zdrowie, ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia oraz w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Świadek E. C. przez Sądem potwierdziła, że była świadoma, iż należało oznaczać świadczenia jako ratujące życie i szpital otrzymałby prawdopodobnie środki finansowe. Jednak tego nie zrobiono. Powodowy szpital nie zaprzeczył, iż zaniechał oznaczenia w sprawozdawczości elektronicznej świadczeń ratujący życie.

A zatem działanie takie, jak to wskazał Sąd Apelacyjny we Wrocławiu w wyroku z dnia 18.12.2012r. (IACa 1421/11), stanowi obejście prawa. Gdyby prawidłowo strona powodowa oznaczyła świadczenia do zapłaty to w pierwszej kolejności te świadczenia zostałyby rozliczone. Ponadto trzeba też wskazać, że strona powodowa powinna tak gospodarować środkami przyznanymi w umowie aby pozostała jej rezerwa na wypadki nagłe (por. wyrok SN z dnia 13.10.2006 III CSK 123.06). Do wyczerpania maksymalnego limitu finansowania świadczeń określonego w umowie wydatki na świadczenia wynikające z art. 7 ustawy o z.o.z. i art. 30 ustawy o zwodzie lekarza nie podlegają bowiem odrębnemu pozaumownemu finansowaniu. Oczywiście wskazać trzeba, że zakładowi opieki zdrowotnej przysługują roszczenia o zapłatę za udzielone świadczenia medyczne jeśli wykaże, że nastąpiło w sytuacji określonej w art. 7 ustawy o z.o.z. jednakże obowiązek zapłaty za udzielone w takiej sytuacji roszczenia ponadlimitowe NFZ może się jednak jak wskazuje Sąd Apelacyjny w wyroku z dnia 18.12.2012r. uchylić jeśli wykaże, że zakład opieki zdrowotnej naruszył postanowienie łączącej strony umowy w sposób pozwalający przyjąć, że sam pozbawił się możliwości dochodzenia zapłaty. Nie do zaakceptowania byłoby bowiem przyjęcie koncepcji, że NFZ ma obowiązek płacić za takie świadczenia ratujące życie i zdrowie udzielone w warunkach niecierpiących zwłoki, które mogły zostać rozliczone w ramach limitów ustalonych w umowie między NFZ a świadczeniodawcą, a nie zostały rozliczone tylko z tej przyczyny, że świadczeniobiorca nie zgłosił ich do rozliczenia w trybie ustalonym w umowie. Trzeba bowiem pamiętać, że świadczenia medyczne z tej kategorii powinny być rozliczane przede wszystkim w ramach limitów ustalonych w

kontrakcie, inaczej bowiem umowy zawierana przez strony nie miałyby istotnego znaczenia, a cały system opieki zdrowotnej nie mógłby prawidłowo funkcjonować.

Powód nie powążył zasadności zarzutu pozwanego mówiącego o świadomym działaniu powoda zmierzającym do obejścia przepisów ustawy o świadczeniach z opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych przez tworzenia sytuacji, z której ze środków NFZ do wysokości limitów pokrywane są koszty świadczeń planowych nie ratujących życia, a mające priorytet świadczenia ratujące życie nie są przez powoda przedstawione do rozliczeń w trybie przewidzianym w umowie z oczekiwaniem, że NFZ i tak za nie zapłaci.

Nie zasługiwał też na uwzględnienie zarzut powoda, że w roku 2009 nie było powszechnie obowiązujących przepisów nakazujących oznaczanie świadczeń medycznych jako ratujących życie i przekazywanie ich do rozliczenia w pierwszej kolejności (nie były wprowadzone aneksem do umowy, ani nie przewidywały takiego obowiązku obowiązujące wówczas zarządzenia). Otóż, jak już wskazano powyżej, umowa stron wyraźnie w zakresie rozliczania odsyłała do ogólnych warunków umowy, a te z kolei przewidywały, że rozliczenie finansowe składa się w wersji elektronicznej w formie (...). Dokumentem, który regulował format (...) było właśnie zarządzenie Prezesa NFZ nr (...) z dnia 22.10.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, na którego podstawie powodowy szpital składał swoje rozliczenie. W zarządzeniu tym przewidziany został obowiązek oznaczania świadczeń „ratujących życie”.

Skoro nie ulega wątpliwości, że w przypadku dopełnienia tego obowiązku powód otrzymałby zapłatę za sporne świadczenia, to fakt nieprzedstawienia tych świadczeń do rozliczania w trybie przewidzianym w umowie nie może dawać powodowi prawa do domagania się za nie zapłaty na tej tylko zasadzie, że były to świadczenia ratujące życie lub zdrowie udzielone w wypadkach nagłych. Takie działanie powoda uznać należy za niezgodne ze społeczno gospodarczym przeznaczeniem służącego mu prawa do wynagrodzenia, co uzasadnia zastosowanie regulacji zawartej w art. 5 k.c., wedle której działaniu takiemu nie można przyznać ochrony prawnej.

Dodatkowo można wskazać, że zakład opieki zdrowotnej, mając świadomość limitowej puli środków na wykonanie określonych usług medycznych powinien właściwie je wykorzystać tworząc system ustalania kolejności i rozkładania w czasie niektórych usług umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. Zarówno ustawa o zakładach opieki zdrowotnej w art. 19 jak i ustawa z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 20) przewidują, iż pacjent ma wprawdzie prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, ale w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń ma on prawo do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń. Ustawodawca zatem wprost przewidział dopuszczalność istnienia tzw. "kolejki medycznej" - również z powodu ograniczonej puli środków finansowych, oczywiście w przypadkach, gdy jest to możliwe ze względów zdrowotnych. W powołanym art. 20 ust. 1 ustawodawca wskazał, że „świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”. Z kolei rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U.05.200.1661), bardzo wyraźnie wskazuje, że: „§ 1. Świadczeniodawca umieszcza świadczeniobiorcę, z wyjątkiem świadczeniobiorcy znajdującego się w stanie nagłym, na liście oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, zwanej dalej "listą oczekujących”.

Do tworzenia list kolejkowych zobowiązany był także powodowy szpital. Z zeznań świadka K. Z. wynika, iż na oddziale (...). kolejki praktycznie nie były tworzone, a przynajmniej nie były zwiększane i to w sytuacji gdy było wiadomo, że środków na zapłatę nie ma. NFZ kilkakrotnie informował o tym świadczeniobiorców apelując o „kolejkowanie”. Zatem znając ogólną sytuację finansową, wiedząc, że nie będzie zapłaty za nadwykonania pomimo tego tak zorganizowała swoje działania, że kolejek nie tworzyła przyczyniając się do nadwykonań.

Należy, także, zdaniem Sądu mieć świadomość, że świadczenia medyczne w ramach zawartej umowy z NFZ, finansowane są z budżetu Państwa i ograniczone są wydatkami budżetowymi na dany rok. Przekroczenie przez świadczeniodawcę ustalonych w umowie reguł, w tym limitów finansowych, odbywa się na ryzyko świadczeniodawcy. Narodowy Fundusz Zdrowia jako państwowa osoba prawna powołana w celu gospodarowania środkami publicznymi przeznaczonymi na ochronę zdrowia ubezpieczonych nie tylko nie ma obowiązku finansowania tzw. świadczeń ponadlimitowych, ale nie ma wręcz takich uprawnień.” – tak wypowiedział się w wyroku z dnia 9 grudnia 2005 r. w sprawie sygn. akt I ACa 1273/05 Sąd Apelacyjny we Wrocławiu, a pogląd ten Sąd orzekający w sprawie niniejszej w pełni podziela. NFZ nie prowadzi działalności komercyjnej, a środki finansowe, którymi zarządza, pochodzą ze składki na ubezpieczenie zdrowotne, stąd jego obowiązek takiego planowania wydatków, aby możliwe było zapewnienie w równym stopniu opieki zdrowotnej wszystkim ubezpieczonym. Dodatkowo symptomatyczne i dające sygnał do rozważnego generowania wydatków, w porównaniu z rokiem poprzednim było kontraktowanie świadczeń na rok 2009 - środki pieniężne kontraktowane były początkowo na pierwsze 6 miesięcy roku. Momentem newralgicznym był także czerwiec 2009 roku, kiedy znowu NFZ przystąpił do negocjacji ze świadczeniodawcami i przedstawił im propozycje finansowe na miesiące od lipca do końca grudnia 2009 roku i określono kwoty finansowania na miesiące od lipca do października. Nadto w sierpniu tutejszy Oddział (...) zamieścił komunikat na swojej stronie internetowej, dostępnej dla wszystkich świadczeniodawców, w którym zwracał uwagę na swoje ograniczone możliwości finansowego i wskazywał na konieczność wydłużenia kolejek pacjentów oczekujących na świadczenia planowe, tak by zmieścić się w wartościach kontraktu.

Kolejny sygnał braku pieniędzy i niewiadomej co do ewentualnej zmiany planu finansowego NFZ nastąpił, w ocenie Sądu, w październiku 2009 r., w chwili określenia finansowania na listopad i grudzień, i podpisywania aneksów dotyczących tych miesięcy. Część świadczeniodawców zwróciła się z informacją do Oddziału, że w świetle tych sygnałów ograniczają przyjęcia planowe. Powodowy szpital – jak wynika ze spójnych z pozostałym materiałem dowodowym zeznań dyrektora Oddziału (...) NFZ W. N., nigdy nie przekazał do Oddziału takiej informacji, że ogranicza przyjęcia planowe czy wydłuża kolejki.

W ocenie Sądu obowiązkiem powoda było, w chwili przekroczenia limitów finansowych udzielanych świadczeń – a taką świadomość powód miał, co wynika choćby z zeznań dyrektora A. Z., czy też G. M. – wskazanie pacjentom innych świadczeniodawców uprawnionych do udzielania świadczeń.

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

W punkcie II sentencji wyroku, Sąd obciążył powoda kosztami procesu na podstawie art. 98 kpc. Na zasądzoną z tego tytułu kwotę złożyły się koszty zastępstwa procesowego w kwocie 7200 zł ustalone na podstawie § 6 pkt 7 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz.U. Nr 163, poz. 1349 z późn. zm.) wraz z opłatą od pełnomocnictwa w wysokości 17 zł. Sąd nie znalazł podstaw do zasądzenia na rzecz powoda zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w wysokości podwójnej stawki podstawowej. O ile bowiem aktywność procesowa pełnomocnika i nakład pracy pełnomocnika w rozpoznawanej sprawie był bezsprzeczny, to tyle Sąd miał też na uwadze, że zasadnicze elementy stanu faktycznego i uzasadnienie prawne dochodzonego roszczenia w tej samej postaci były już przytaczane w poprzednich analogicznych postępowaniach między stronami i zostały w większości powtórzone w niniejszym postępowaniu.