

Sygn. akt XII C 418 / 18 (poprzednio I C 1966 / 16)

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 8 listopada 2019 r.

Sąd Okręgowy we Wrocławiu XII Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: **Sędzia SO Krzysztof Rudnicki**

Protokolant: **Piotr Józwik**

po rozpoznaniu w dniu 22.10.2019 r.

we Wrocławiu

na rozprawie

połączonych spraw:

z powództwa **W. (...) w J.**

przeciwko **N. (...) – (...) we W.**

o zapłatę 1 368 809, 40 zł

oraz z powództwa **W. (...) w J.**

przeciwko **N. (...) – (...) we W.**

o zapłatę 203 131, 82 zł

I. zasądza od pozwanego na rzecz powoda **1 368 773, 42 zł** (milion trzysta sześćdziesiąt osiem tysięcy siedemset siedemdziesiąt trzy złote, czterdzieści dwa grosze) wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 05.04.2012 r. do dnia 31.12.2015 r. oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 01.01.2016 r. do dnia zapłaty;

II. oddala dalej idące powództwo objęte pozwem z dnia 20.12.2012 r., zarejestrowanym pierwotnie pod nrem I C 273/13;

III. zasądza od pozwanego na rzecz powoda **30 617 zł** kosztów procesu;

IV. zasądza od pozwanego na rzecz powoda **203 131, 82 zł** (dwieście trzy tysiące sto trzydzieści jeden złotych, osiemdziesiąt dwa grosze) wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 25.04.2012 r. do dnia 31.12.2015 r. oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 01.01.2016 r. do dnia zapłaty;

V. oddala dalej idące powództwo objęte pozwem z dnia 20.12.2012 r., zarejestrowanym pierwotnie pod nrem I C 274/13;

VI. zasądza od pozwanego na rzecz powoda **30 617 zł** kosztów procesu;

VII. odstępuje od obciążenia pozwanego niepokrytymi kosztami sądowymi.

UZASADNIENIE

Powód – W. (...) w J. wniósł o zasądzenie od pozwanego N. (...) – (...) 1 368 773, 43 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 16.02.2012 r. do dnia zapłaty, a także o zasądzenie kosztów procesu (sprawa pierwotnie oznaczona I C 273/13).

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że powstał na mocy uchwały nr (...) Sejmiku Województwa (...) z dnia 24.03.2011 r. w wyniku połączenia S. (...) w K. oraz S. (...) w J.. Poprzednik prawny powoda, tj. S. (...) w J. w dniu 11.01.2011 r. zawarł z pozwanym umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – chemioterapia. Na podstawie tej umowy powód zobowiązał 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 N. (...)osobno płacił za pobyt pacjenta w szpitalu i osobno za leki podawane mu w czasie leczenia. Zgodnie z § 4 umowy kwota zobowiązania pozwanego Oddziału (...) 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 w dniu 17.01.2011 r. zawarły 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 20.01.2011 r. strony zawarły kolejną 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 S. (...) 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 N. (...). Dane pacjenta wypisanego ze szpitala wprowadzane były do elektronicznego systemu rozliczeniowego. System sam w oparciu o wytyczne ustalone zarządzeniami Prezesa N. (...) 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.

Powód podniósł, że dochodzi zapłaty za świadczenia nie objęte powyższymi umowami, których udzielił ponad limity umowne. Powód wykonał na rzecz osób ubezpieczonych w okresie trwania umowy nierozliczone świadczenia zdrowotne w rodzaju leczenia szpitalnego w zakresie chemioterapia o wartości 878 424, 00 zł, w rodzaju leczenie szpitalne – terapeutyczne programy zdrowotne o wartości 29 996, 40 zł oraz w rodzaju leczenie szpitalne – chirurgia onkologiczna o wartości 460 353, 03 zł, tj. o łącznej wartości 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 wynosiła:

- 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.

Powód wysyłał pozwanemu faktury za nierozliczone świadczenia, a ten konsekwentnie je odsyłał, twierdząc, że zostały już rozliczone w ramach łączących strony umów.

Kolejnym pozwem powód – W. (...) w J. wniósł o zasądzenie od pozwanego N. (...) – (...) 203 132, 00 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 16.02.2012 r. do dnia zapłaty, a także o zasądzenie kosztów procesu (prawa pierwotnie oznaczona I C 274/13).

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że drugi z jego poprzedników prawnych S. (...) w K. w dniu 07.02.2011 r. zawarł z pozwanym umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – chemioterapia. Na podstawie tej umowy powód zobowiązał 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 (...) wobec świadczeniodawcy miała wynieść maksymalnie 1 285 536, 00 zł. Strony rozwiązały tę umowę z dniem 31.08.2011 r. W dniu 27.09.2011 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 901 923, 00 zł. W dniu 25.01.2011 r. strony zawarły umowę nr (...) o 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 N. (...) 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 (...) wynagrodzeń za udzielanie świadczeń w stanach nagłych, jednakże pozwany nie zapłacił za świadczenia udzielone powyżej limitów objętych powyższymi umowami, a zakwalifikowane jako leczenie ratujące życie i zdrowie pacjentów. Powód wykonał na rzecz osób ubezpieczonych w okresie trwania umowy nierozliczone świadczenia zdrowotne w rodzaju leczenia szpitalnego w zakresie chemioterapia o wartości 161 823, 00 zł, w rodzaju leczenie szpitalne – terapeutyczne programy zdrowotne o wartości 40 696, 82 zł oraz w rodzaju leczenie szpitalne – chirurgia onkologiczna o wartości 612, 00 zł, tj. o łącznej wartości 203 131, 82 zł.

Wartość poszczególnych nierozliczonych świadczeń zdrowotnych ratujących życie i zdrowie wynosiła:

- 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 wątrobo-komórkowego: 1 954, 32 zł;
- substancje czynne w pt w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej: 16 329, 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 odpowiedziach na oba powyższe pozwy pozwany wniósł o oddalenie powództw i zasądzenie na jego rzecz kosztów procesu.

Pozwany przyznał, że zawarł z poprzednikami prawnymi powoda umowy, o których mowa w pozwach, które następnie były aneksowane, m.in. w zakresie maksymalnej kwoty zobowiązania (...)z tytułu udzielonych świadczeń. Strony zawierały również ugody, na podstawie których pozwany zobowiązał się do wypłaty dodatkowego wynagrodzenia z tytułu udzielanych świadczeń. Pozwany zarzucił, że powód nie wskazał, za jakie dokładnie świadczenia, udzielone jakim konkretnym pacjentom, żąda zapłaty. Podniósł 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. Pozwany zwrócił również uwagę, że 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 (...) obejmują zaś zarówno świadczenia opieki zdrowotnej planowe, jak i udzielane w trybie nagłym. Ustalone w umowach kwoty zobowiązania (...)ustalane są obligatoryjnie z mocy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych i mają charakter maksymalny. Pozwany zapłacił zaś za świadczenia wynikające z zawartych umów obejmujących również świadczenia nielimitowane, wobec czego brak jest podstaw do konstruowania wobec pozwanego dodatkowych roszczeń. Pozwany podniósł, że decydując się na zawarcie poszczególnych aneksów i porozumień do umów powód zrzekał się roszczeń przewyższających ustaloną w umowach wartość zobowiązania. Ponadto pozwany zakwestionował, 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 08.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Pozwany zarzucił, że w pozwie brak jest wskazania, że świadczenia były udzielane w trybie nagłym. Przeciwnie, pacjenci, 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. Pozwany zarzucił, że na podstawie łączącej strony umowy powód miał obowiązek sprawozdawania udzielanych świadczeń i oznaczania ich jako ratujące życie lub nie. Świadczenia ratujące życie były przez pozwany (...) opłacane w pierwszej kolejności. Gdyby więc powód sprawozdawał je zgodnie z umową, uzyskałby 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 pozwany zwrócił uwagę, że powód mając świadomość limitów środków na wykorzystanie określonych usług medycznych powinien wykorzystać je, tworząc system kolejności i rozkładania w czasie usług – tworząc listy oczekujących na udzielenie świadczeń. Powód nie stosował kolejkwania świadczeń, przyczyniając się w ten sposób do nadwykonań. Ponadto pozwany jako jednostka finansów publicznych zobligowany 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 27.06.2013 r. sprawa I C 274/13 została połączona do łącznego rozpoznania i rozstrzygnięcia ze sprawą I C 273/13.

Wyrokiem z dnia 23.10.2015 r., I C 273/13, Sąd Okręgowy we Wrocławiu:

I. zasądził od N. (...) – (...) we W. na rzecz W. (...) w J. 1 368 773,43 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 16.02.2012 r. do dnia zapłaty;

II. zasądził od N. (...) – (...) we W. na rzecz W. (...) 14 417 zł kosztów postępowania;

III. nakazał N. (...) – (...) we W. uiścić na rzecz Skarbu Państwa (Sąd Okręgowy we Wrocławiu) 68 439 zł brakujących kosztów sądowych;

IV. zasądził od N. (...) – (...) we W. na rzecz W. (...) w J. 203 132 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 16.02.2012 r. do dnia zapłaty;

V. zasądził od N. (...) – (...) we W. na rzecz W. (...) w J. 14 417 zł kosztów postępowania;

VI. nakazał N. (...) – (...) we W. uiścić na rzecz Skarbu Państwa (Sąd Okręgowy we Wrocławiu) 11 628, 28 zł brakujących kosztów sądowych.

Na skutek apelacji pozwanego wyrokiem z dnia 05.10.2016 r., I ACa 385/16, Sąd

Apelacyjny we Wrocławiu uchylił wyrok z dnia 23.10.2015 r., I C 273/13, i przekazał sprawę Sądowi Okręgowemu do ponownego rozpoznania.

Sąd ustalił w sprawie następujący stan faktyczny.

Powód – W. (...) w J. (Centrum) powstał na mocy uchwały nr (...) Sejmiku Województwa (...) z dnia 24.03.2011 r. w sprawie przekształcenia S. (...) w K. (Zespół) oraz likwidacji S. (...) w J. (Szpital).

Na podstawie uchwały z dnia 24.03.2011 r. w strukturze organizacyjnej Zespołu utworzone zostały jednostki organizacyjne udzielające świadczeń medycznych, które funkcjonowały do dnia 31.08.2011 r. w ramach struktury organizacyjnej S. (...) w J., w postaci szpitala wielospecjalistycznego, m.in. z (...), a także w postaci (...). Nazwa Zespołu została zmieniona na W. (...) w J.. Równocześnie S. (...) 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 N. (...).

/ okoliczności niesporne /

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

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

/ dowód: zeznania reprezentanta powoda S. W. (1) – e-protokół z dnia 09.06.2014 r.

00:43:18-01:17:22 k. 5810 /

W roku 2011, jak i w latach poprzednich, powód i jego poprzednicy prawni jako zakłady opieki zdrowotnej udzielali świadczeń zdrowotnych na podstawie umów z N. (...). Umowy zawierane były bądź w trybie konkursu albo rokowań bądź poprzez aneksowanie dotychczasowej umowy.

W przypadku umów zawieranych w trybie konkursowym i rokowań (...) 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.

W przypadku umów wieloletnich, które mogą być przedłużone w trybie aneksowania, w ostatnim roku obowiązywania umowy świadczeniodawca przekazuje do (...) informację m.in. 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 (...) 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 (...) 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 konsensu co do warunków nowej umowy aneks do umowy przedłużający okres jej obowiązywania zawierany jest jeszcze w grudniu lub w styczniu kolejnego roku.

/ dowód: zeznania świadków: G. U. – e-protokół z dnia 07.03.2014 r. 00:07:03-

00:37:26 CD k. 5790, B. B. (1) – e-protokół z dnia 07.03.2014 r. 01:30:18-02:09:03

CD k. 5790 /

Zarówno w przypadku umów zawieranych przez powoda i jego poprzedników prawnych w trybie konkursowym, jak i umów aneksowanych, kwota zobowiązania, którą dla poszczególnych umów proponował pozwany (...), była niższa od kwoty wnioskowanej przez świadczeniodawcę.

/ dowód: zeznania reprezentanta powoda S. W. (1) – e-protokół z dnia 09.06.2014 r.

00:43:18-01:17:22 CD k. 5810 /

Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu m. in. leczenia szpitalnego, leczenia szpitalnego – chemioterapii oraz leczenia szpitalnego – programów terapeutycznych na rok 2011 r. były zawierane przez S. (...) w K. i S. (...) w J. oraz N. (...) w trybie aneksowania dotychczasowych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej łączących powyższe podmioty z (...).

/ okoliczność niesporna /

W dniu 17.01.2011 r. S. (...) w J. oraz N. (...) (...) zawarły aneks nr (...) do Umowy nr (...), na podstawie którego dotychczasowa Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej otrzymała brzmienie, jak w załączniku do tego aneksu. Zmiany dotyczyły planu rzeczowo-finansowego.

Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 01.01.2011 r.

/ dowód: aneks nr (...) do Umowy nr (...) – k. 685 tom IV /

Na podstawie powyższego aneksu w dniu 17.01.2011 r. S. (...) w J. jako świadczeniodawca oraz N. (...) (...) we W. zawarli **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).

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 N. (...) wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27.08.2004 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”, rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30.08.2009 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 06.05.2008 r. w

sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów” (§ 1).

Strony uzgodniły, że kwota zobowiązania Oddziału (...) wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji Umowy w okresie od 01.01.2011 r. do 31.12.2011 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 Oddziału (...) 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).

Ponadto strony ustaliły, że wskazana kwota zobowiązania wypełnia zobowiązania (...) wynikające z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.).

Umowa została zawarta na okres od 01.01.2009 r. do 31.12.2011 r.

Każda ze stron mogła rozwiązać Umowę za trzymiesięcznym okresem wypowiedzenia (§ 6).

/ dowód: umowa nr (...) z załącznikami – k. 584-684 tom III-IV /

W dniu 02.08.2011 r. strony zawarły aneks nr (...) do Umowy nr (...), który dotyczył zmiany § 4 ust. 1 Umowy. Na mocy tego aneksu kwota zobowiązania Oddziału (...) z tytułu realizacji Umowy w okresie od 01.01.2011 r. do 31.12.2011 r. została zmieniona na 2 612 698, 00 zł.

Świadczeniobiorca oświadczył, że kwota zobowiązania (...), o której mowa w § 4 Umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia wynikające z realizacji Umowy, chyba że (...) będzie dysponował dodatkowymi środkami przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust. 1 Umowy.

Ponadto strony zmieniły treść załącznika nr 1 do Umowy, tj. planu rzeczowo-finansowego. Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 01.05.2011 r.

/ dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...) – k. 686-689 tom IV /

W dniu 08.08.2011 r. strony zawarły aneks nr (...) do Umowy nr (...),

który również dotyczył zmiany § 4 ust. 1 Umowy.

Na mocy tego aneksu kwota zobowiązania Oddziału (...) z tytułu realizacji Umowy w okresie od 01.01.2011 r. do 31.12.2011 r. miała wynosić 2 680 489, 00 zł.

Świadczeniobiorca oświadczył, że kwota zobowiązania (...), o której mowa w § 4 Umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia wynikające z realizacji Umowy, chyba że (...) 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 28.07.2011 r.

/ dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...) – k. 690-693 tom IV /

W dniu 30.08.2011 r. strony zawarły aneks nr (...) do Umowy nr (...), który również dotyczył zmiany § 4 ust. 1 Umowy.

Na mocy tego aneksu kwota zobowiązania Oddziału (...) z tytułu realizacji Umowy w okresie od 01.01.2011 r. do 31.12.2011 r. zwiększona została do 2 680 490, 00 zł.

Świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wyczerpuje wszystkie jego roszczenia wynikające z realizacji Umowy, chyba że (...) 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 01.03.2011 r.

/ dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...) – k. 694-697 tom IV /

W dniu 30.08.2011 r. S. (...) w J. oraz N. (...) (...) zawarli porozumienie w sprawie rozwiązania Umowy nr (...).

Na podstawie tego porozumienia strony rozwiązały Umowę z dniem 31.08.2011 r.

/ dowód: porozumienie z dnia 30.08.2011 r. do umowy nr (...) – k. 698 tom

IV /

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

/ okoliczność niesporna /

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

/ dowód: pismo pozwanego z dnia 30.08.2011 r. – k. 700-719 tom IV /

W dniu 27.09.2011 r. W. (...) oraz N. (...) (...) we W. zawarli **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).

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 N. (...) wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27.08.2004 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”, rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30.08.2009 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 06.05.2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów” (§ 1).

Strony uzgodniły, że kwota zobowiązania Oddziału (...) wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji Umowy w okresie od 01.09.2011 r. do 31.12.2011 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 (...) wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji Umowy określonej w załączniku nr 1 do Umowy.

Ponadto strony ustaliły, że wskazana kwota zobowiązania wypełnia zobowiązania (...) wynikające z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.).

Umowa została zawarta na okres od 01.09.2011 r. do 31.12.2011 r.

Każda ze stron mogła rozwiązać Umowę za trzymiesięcznym okresem wypowiedzenia.

/ dowód: umowa nr (...) – k. 3088-3150 tom XVI /

W dniu 30.12.2011 r. strony 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 01.10.2011 r. i dotyczył zmiany § 4 ust. 1 Umowy.

Na mocy tego aneksu kwota zobowiązania Oddziału (...) z tytułu realizacji umowy w okresie od 01.09.2011 r. do 31.12.2011 r. wynosić miała 901 923, 00 zł.

Świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania (...), 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 tom XVI /

W dniu 13.04.2012 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 01.09.2011 r. do 31.12.2011 r., obejmującego także kwotę wynikającą z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 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 01.09.2011 r. do 31.12.2011 r. ustalona maksymalna wartość Umowy wynosi 901 923, 00 zł i uwzględnia kwotę wynikającą z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń. Oddział (...) zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcy dodatkowe wynagrodzenie w kwocie 240 605, 00 zł z tytułu udzielania w okresie od 01.09.2011 r. do dnia 31.12.2011 r. świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w ilości przekraczającej liczbę jednostek rozliczeniowych określonych w Umowie.

Uгода wraz z planem rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik nr 1 miała stanowić podstawę do wystawienia rachunku wraz z raportem statystycznym.

Świadczeniodawca zobowiązał się rozliczyć ugodę do 30.04.2012 r. (§ 1).

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 01.09.2011 r. do 31.12.2011 r., jak również zobowiązań wynikających z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, zaś jej zapłata wyczerpuje wszelkie roszczenia świadczeniodawcy wobec

Oddziału (...) związane z realizacją tych świadczeń, udzielonych w każdych okolicznościach, we wskazanym wyżej okresie.

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 01.09.2011 r. do 31.12.2011 r., jak również zobowiązań wynikających z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (§ 2).

/ dowód: ugoda nr (...) – k. 5442-5445 tom XXVIII /

W dniu 20.01.2011 r. strony zawarły aneks nr (...) do Umowy nr (...), na podstawie którego Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej otrzymała brzmienie, jak w załączniku do aneksu. Zmiany dotyczyły planu rzeczowo-finansowego.

Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 01.01.2011 r.

/ dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...) – k. 845 tom V /

Na podstawie powyższego aneksu w dniu 20.01.2011 r. S. (...) w J. jako świadczeniodawca oraz N. (...) (...) we W. zawarli **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, w zakresach świadczeń określonych szczegółowo w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik nr 1 do umowy (§ 1 ust. 1).

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 N. (...) wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27.08.2004 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 06.05.2008 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 29.08.2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143).

Kwotę zobowiązania Oddziału (...) wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji Umowy w okresie od 01.01.2011 r. do 31.01.2011 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.

Kwoty zobowiązania pozwanego (...) 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 w ramach odpowiednich zakresów świadczeń w planie rzeczowo-finansowym określona była odrębna liczba punktów oraz 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 wskazaną kwotę, na wniosek świadczeniodawcy składany jeden raz na kwartał zwiększeniu ulec miały liczby jednostek rozliczeniowych i kwoty zobowiązań we właściwych ze względu na realizację świadczeń zakresach oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji Umowy Oddziału (...) wobec świadczeniodawcy.

Kwota zobowiązania wypełniać miała również zobowiązania (...) wynikające z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 r. o przekazywaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.).

Umowa została zawarta na okres od 01.01.2009 r. do 31.12.2011 r.

Każda ze stron mogła rozwiązać Umowę za trzymiesięcznym okresem wypowiedzenia.

/ dowód: umowa nr (...) z załącznikami – k. 721-844 tom IV-V /

W dniu 16.03.2011 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 obowiązującą od 18.02.2011 r.

/ dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...) - k. 846-967 tom V /

W dniu 19.04.2011 r. strony zawarły aneks nr (...) do Umowy nr (...), który dotyczył zmiany § 4 ust. 1 Umowy. Na mocy tego aneksu kwota zobowiązania Oddziału (...) z tytułu realizacji Umowy w okresie od 01.01.2011 r. do 31.12.2011 r. zwiększona została do 72 453 966, 00 zł.

Świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania (...), o której mowa w § 4 Umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia wynikające z realizacji Umowy, chyba że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust. 1 Umowy.

Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 01.03.2011 r.

/ dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...) – k. 967 tom V /

W dniu 24.05.2011 r. strony zawarły aneks nr (...) do Umowy nr (...), który dotyczył ponownie zmiany § 4 ust. 1 Umowy. Na mocy tego aneksu kwota zobowiązania Oddziału (...) z tytułu realizacji Umowy w okresie od 01.01.2011 r. do 31.12.2011 r. wynosić miała 72 470 966, 00 zł.

Ponadto zmieniła się treść planu rzeczowo-finansowego. Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 01.01.2011 r.

/ dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...) – k. 968 tom V /

W dniu 24.05.2011 r. strony zawarły aneks nr (...) do Umowy nr (...), który również dotyczył zmiany § 4 ust. 1 Umowy. Na mocy tego aneksu kwota zobowiązania Oddziału (...) z tytułu realizacji Umowy w okresie od 01.01.2011 r. do 31.12.2011 r. zwiększona została do 72 478 017, 00 zł.

Ponadto zmieniła się treść planu rzeczowo-finansowego. Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 01.11.2011 r.

Świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania (...), 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 tom V /

W dniu 08.07.2011 r. strony zawarły aneks nr (...) do Umowy nr (...), który dotyczył zmiany załącznika nr 2 – Harmonogramu – Zasobów.

Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 07.06.2011 r.

/ dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...) – k. 978 tom V /

W dniu 14.07.2011 r. strony zawarły aneks nr (...) do Umowy nr (...), który dotyczył ponownie zmiany § 4 ust. 1 Umowy. Na mocy tego aneksu kwota zobowiązania Oddziału (...) z tytułu realizacji Umowy w okresie od 01.01.2011 r. do 31.12.2011 r. wynosić miała 72 478 068, 00 zł. Ponadto zmieniła się treść planu rzeczowo-finansowego.

Świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania (...), 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 01.06.2011 r.

/ dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...) – k. 1090-1095 tom VI /

W dniu 30.08.2011 r. strony zawarły aneks nr (...) do Umowy nr (...), który dotyczył zmiany załącznika nr 2 – Harmonogramu – Zasobów.

Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 19.07.2011 r.

/ dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...) – k. 1096-1098 tom VI /

W dniu 26.08.2011 r. strony zawarły aneks nr (...) do Umowy nr (...), który dotyczył zmiany załącznika nr 1 w postaci planu rzeczowo-finansowego.

Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 01.01.2011 r.

/ dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...) – k. 1099-1108 tom VI /

W dniu 29.08.2011 r. strony zawarły aneks nr (...) do Umowy nr (...),

który dotyczył zmiany § 4 ust. 1 Umowy. Na mocy tego aneksu kwota zobowiązania Oddziału (...) z tytułu realizacji Umowy w okresie od 01.01.2011 r. do 31.12.2011 r. wynosić miała 72 581 241, 00 zł.

Świadczeniobiorca oświadczył, że kwota zobowiązania (...), o której mowa w § 4 Umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia wynikające z realizacji Umowy w zakresie (...) wyr. 1 w okresie od 01.01.2011 r. do 30.06.2011 r., chyba że (...) 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 01.08.2011 r.

/ dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...) – k. 1109-1114 tom VI /

W dniu 30.08.2011 r. strony zawarły aneks nr (...) do Umowy nr (...), który dotyczył zmiany załącznika nr 1 do umowy w postaci planu rzeczowo-finansowego.

Świadczeniobiorca oświadczył, że kwota zobowiązania (...), 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 01.07.2011 r.

/ dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...) – k. 1115-1124 tom VI /

W dniu 30.08.2011 r. strony zawarły porozumienie w sprawie rozwiązania Umowy (...).

Na podstawie tego porozumienia strony rozwiązały umowę z dniem 31.08.2011 r.

Porozumienie weszło w życie z dniem podpisania.

/ dowód: porozumienie z dnia 30.08.2011 r. – k. 1134 tom VI /

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

/ okoliczność niesporna /

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

/ dowód: pismo pozwanego z dnia 30.08.2011 r. – k. 1135 tom VI /

W dniu 13.04.2012 r. W. (...) oraz N. (...) zawarli 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 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 01.01.2011 r. do 31.08.2011 r. obejmującego także kwotę wynikającą z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 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 uzgodniły, że z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej objętych Umową w okresie od 01.01.2011 r. do 31.08.2011 r. ustalona maksymalna wartość umowy wynosi 48 205 205, 00 zł i uwzględnia kwotę wynikającą z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń.

Oddział (...) zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcy dodatkowe wynagrodzenie w kwocie 49 419, 00 zł z tytułu udzielania w okresie od 01.01.2011 r. do 31.08.2011 r. świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w ilości przekraczającej liczbę jednostek rozliczeniowych określonych w Umowie. Uгода wraz z planem rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik nr 1 miała stanowić podstawę do wystawienia rachunku wraz z raportem statystycznym na określoną w Ugodzie kwotę. Świadczeniodawca zobowiązał się rozliczyć ugodę do 30.04.2012 r. (§ 1).

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 01.01.2011 r. do 31.08.2011 r., jak również zobowiązań wynikających z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, zaś jej zapłata wyczerpuje wszelkie roszczenia świadczeniodawcy wobec Oddziału (...) związane z realizacją tych świadczeń, udzielonych w każdych okolicznościach we wskazanym okresie.

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 01.01.2011 r. do 31.08.2011 r., jak również zobowiązań wynikających z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (§ 2).

/ dowód: uгода nr (...) – k. 1125-1127 tom VI /

W dniu 15.06.2012 r. strony zawarły aneks nr (...) do ugody nr (...), którym zmieniły kwotę dodatkowego wynagrodzenia, które Oddział (...) zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcy, na 95 421, 00 zł.

/ dowód: aneks nr (...) do ugody (...) – k. 1128-1130 tom VI /

W dniu 15.06.2012 r. strony zawarły również 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 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 01.01.2011 r. do 31.08.2011 r. obejmującego także kwotę wynikającą z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 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 01.01.2011 r. do 31.08.2011 r. ustalona maksymalna wartość umowy wynosi 48 205 205, 00 zł i uwzględnia kwotę wynikającą z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń. Oddział (...) zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcy dodatkowe wynagrodzenie w wysokości 1 235 730, 00 zł z tytułu udzielania w okresie od 01.01.2011 r. do 30.06.2011 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 stanowić miała podstawę do wystawienia rachunku wraz z raportem statystycznym, a świadczeniodawca zobowiązał się rozliczyć ugodę do 29.06.2012 r. (§ 1).

Strony 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 01.01.2011 r. do 30.06.2011 r., jak również zobowiązań wynikających z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, zaś jej zapłata wyczerpuje wszelkie roszczenia świadczeniodawcy wobec Oddziału (...) związane z realizacją tych świadczeń, udzielonych w każdych okolicznościach, we wskazanym wyżej okresie.

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 01.01.2011 r. do 30.06.2011 r., w tym dotyczących zobowiązań wynikających z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (§ 2).

/ dowód: uгода nr (...) – k. 1131-1133 tom VI /

W dniu 25.01.2011 r. S. (...) w K. oraz N. (...) (...) zawarli aneks nr (...) do Umowy nr (...) 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 01.01.2011 r.

/ dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...) – k. 3218 tom XVII /

Na podstawie powyższego aneksu w dniu 25.01.2011 r. S. (...) w K. oraz N. (...) (...) we W. zawarli **Umowę 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).

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 N. (...) wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27.08.2004 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 06.05.2008 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 29.08.2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143).

Kwota zobowiązania Oddziału (...) wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od 01.01.2011 r. do 31.01.2011 r. wynosiła maksymalnie 7 704 988, 40 zł.

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

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 Oddziału (...) wobec świadczeniodawcy.

Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, wypełniała ponadto zobowiązania (...) wynikające z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.).

Umowa została zawarta na okres od 01.01.2011 r. do 31.12.2011 r.

/ dowód: Umowa nr (...) – k. 3219-3234 tom XVII /

W dniu 01.09.2011 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 tom XIX /

W dniu 27.09.2011 r. strony zawarły aneks nr (...) do Umowy nr (...),

który dotyczył zmiany § 4 ust. 1 Umowy. Na mocy tego aneksu kwota zobowiązania Oddziału (...) z tytułu realizacji Umowy w okresie od 01.01.2011 r. do 31.12.2011 r. wynosić miała 29 404 777, 40 zł. Ponadto zmieniła się treść załącznika nr 1 do Umowy w postaci planu rzeczowo-finansowego.

Świadczeniobiorca oświadczył, że kwota zobowiązania (...), o której mowa w § 4 Umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia wynikające z realizacji Umowy, chyba że pozwany (...) 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 17.09.2011 r.

/ dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...) – k. 3427-3530 tom XVIII /

W dniu 12.10.2011 r. strony zawarły aneks nr (...) do Umowy nr (...), który dotyczył zmiany § 4 ust. 1 Umowy. Na mocy tego aneksu kwota zobowiązania Oddziału (...) z tytułu realizacji Umowy w okresie od 01.01.2011 r. do 31.12.2011 r.

wynosić miała 31 566 666, 40 zł. Ponadto zmieniała się treść załącznika nr 1 do Umowy w postaci planu rzeczowo-finansowego.

Świadczeniobiorca oświadczył, że kwota zobowiązania (...), o której mowa w § 4 Umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia wynikające z realizacji Umowy, chyba że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust. 1 Umowy.

Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 17.09.2011 r.

/ dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...) – k. 3303-3426 tom XVII-XVIII /

W dniu 18.11.2011 r. strony zawarły aneks nr (...) do Umowy nr (...), który dotyczył zmiany załącznika nr 2 – Harmonogramu – Zasobów.

Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 06.10.2011 r.

/ dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...) – k. 3301-3302 tom XVII /

W dniu 30.12.2011 r. strony zawarły aneks nr (...) do Umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne, który dotyczył zmiany § 4 ust. 1 Umowy. Na mocy tego aneksu kwota zobowiązania Oddziału (...) z tytułu realizacji Umowy w okresie od 01.01.2011 r. do 31.12.2011 r. wynosić miała 31 268 061, 40 zł. Ponadto zmieniała się treść załącznika nr 1 do Umowy w postaci planu rzeczowo-finansowego.

Świadczeniobiorca oświadczył, że kwota zobowiązania (...), 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 01.09.2011 r.

/ dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...) – k. 3294-3300 tom XVII /

W dniu 13.12.2011 r. strony zawarły aneks nr (...) do Umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne, który dotyczył zmiany § 4 ust. 1 Umowy. Na mocy tego aneksu kwota zobowiązania Oddziału (...) z tytułu realizacji Umowy w okresie od 01.01.2011 r. do 31.12.2011 r. wynosić miała 30 930 878, 80 zł. Ponadto zmieniała się treść załącznika nr 1 do Umowy w postaci planu rzeczowo-finansowego.

Świadczeniobiorca oświadczył, że kwota zobowiązania (...), 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 01.09.2011 r.

/ dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...) – k. 3288-3293 tom XVII /

W dniu 30.12.2011 r. strony zawarły aneks nr (...) do Umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne, który dotyczył zmiany § 4 ust. 1 Umowy. Na mocy tego aneksu kwota zobowiązania Oddziału (...) z tytułu realizacji Umowy w okresie od 01.01.2011 r. do 31.12.2011 r. wynosić miała 30 931 286, 20 zł. Ponadto zmieniała się treść załącznika nr 1 do Umowy w postaci planu rzeczowo-finansowego.

Świadczeniobiorca oświadczył, że kwota zobowiązania (...), 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 01.11.2011 r.

/ dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...) – k. 3277-3287 tom XVII /

W dniu 13.12.2011 r. strony zawarły porozumienie nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne. Porozumienie to dotyczyło rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych od 15.08.2011 r. do 12.09.2011 r. w stanach nagłych w trybie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych, wymienionych w załączniku.

Na podstawie tego porozumienia (...) miał zapłacić świadczeniodawcy 32 990, 00 zł.

Strony uzgodniły, że powyższa kwota będzie stanowiła ostateczną kwotę należności z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej, udzielonych od 15.08.2011 r. do 12.09.2011 r. w stanach nagłych w trybie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych, wymienionych w załączniku nr 1. 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 tom XVII /

W dniu 13.12.2011 r. strony zawarły również porozumienie nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne. Porozumienie to dotyczyło rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej, udzielonych od 01.09.2011 r. do 16.09.2011 r. w stanach nagłych w trybie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych, wymienionych w załączniku do porozumienia.

(...) zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcy z powyższego tytułu 108 854, 73 zł.

Strony uzgodniły, że powyższa kwota będzie stanowiła ostateczną kwotę należności z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych od 01.09.2011 r. do 16.09.2011 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 tom XVII /

W dniu 17.01.2012 r. strony zawarły ugodę nr (...)dotyczącą rozliczenia kosztów za świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju – leczenie szpitalne. Uгода dotyczyła rozliczenia kosztów za świadczenia opieki zdrowotnej wykonane w okresie od 02.06.2011 r. do 27.11.2011 r. świadczeniobiorcom, których hospitalizacje rozpoczęto w S. (...) w J. w likwidacji, a zakończono w W. (...) w związku z likwidacją i zakończeniem działalności medycznej przezS. (...) w J. w likwidacji z dniem 31.08.2011 r. oraz wykreśleniem z dniem 30.09.2011 r. z Krajowego Rejestru Sądowego.

Strony ustaliły, że (...) zapłaci świadczeniodawcy kwotę 836 196, 00 zł z tytułu

świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w okresie od 02.06.2011 r. do 27.11.2011 r. świadczeniobiorcom, których hospitalizacje rozpoczęto w S. (...) w J. w likwidacji, a zakończono w W. (...) w związku z likwidacją i zakończeniem działalności medycznej przez S. (...) w J.. Wykaz uznanych do zapłaty świadczeń stanowił załącznik nr 1 do ugody.

Strony oświadczyły również, że kwota wskazana w § 1 stanowi ostateczną kwotę należności świadczeniodawcy z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w okresie od 02.06.2011 r. do 27.11.2011 r. świadczeniobiorcom, których hospitalizacje rozpoczęto w S. (...) w J. w likwidacji, a zakończono w W. (...) w związku z likwidacją i zakończeniem działalności medycznej przez S. (...) 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: uгода nr (...) – k. 3252-3265 tom XVIII /

W dniu 17.01.2012 r. strony zawarły porozumienie nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne. Dotyczyło ono rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych od 31.08.2011 r. do 16.09.2011 r. w stanach nagłych, w trybie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych, wymienionych w załączniku nr 1.

(...) miał zapłacić świadczeniodawcy z tytułu powyższych świadczeń 38 033, 86 zł.

Strony uzgodniły, że kwota powyższa będzie stanowiła ostateczną kwotę należności z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych od 31.08.2011 r. do 16.09.2011 r. w stanach nagłych w trybie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych, wymienionych w załączniku. 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 tom XVII /

W dniu 27.01.2012 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 17.07.2011 r. do 18.10.2011 r. świadczeniobiorcom, których hospitalizacje rozpoczęto w S. (...) w J. w likwidacji, a zakończono w W. (...) w związku z likwidacją i zakończeniem działalności medycznej przez S. (...) w J. w likwidacji z dniem 31.08.2011 r. oraz wykreśleniem z dniem 30.09.2011 r. z Krajowego Rejestru Sądowego.

Strony ustaliły, że (...) zapłaci świadczeniodawcy 337 161, 00 zł z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w okresie od 17.07.2011 r. do 18.10.2011 r. świadczeniobiorcom, których hospitalizacje rozpoczęto w S. (...) w J. w likwidacji, a zakończono w W. (...) w związku z likwidacją i zakończeniem działalności medycznej przez S. (...) w J.. Wykaz uznanych do zapłaty świadczeń stanowił załącznik nr 1 do ugody.

Strony oświadczyły, że kwota wskazana w § 1 będzie stanowiła ostateczną kwotę należności świadczeniodawcy z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w okresie od 17.07.2011 r. do 18.10.2011 r. świadczeniobiorcom, których hospitalizacje rozpoczęto w S. (...) w J. w likwidacji, a zakończono w W. (...) w związku z likwidacją i zakończeniem działalności medycznej przez S. (...) 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 tom XVII /

W dniu 16.02.2012 r. strony zawarły ugodę nr (...) do Umowy nr (...). Dotyczyła ona rozliczenia kosztów świadczeń wykonanych na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza (...).

(...) zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcy maksymalne wynagrodzenie w kwocie 10 009, 00 zł z tytułu udzielania powyższych świadczeń w okresie od 01.09.2011 r. do 31.12. 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 01.12.2011 r. do 31.12.2011 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, rozliczanych na podstawie formularza (...)w okresie od 01.12.2011 r. do 31.12.2011 r. i wymienionych w załączniku.

/ dowód: uгода nr (...) do umowy nr (...) – k. 3237-3241

tom XVII /

W dniu 20.02.2012 r. strony zawarły także ugodę nr (...) do Umowy (...). Dotyczyła ona rozliczenia kosztów świadczeń wykonanych na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza (...).

(...) zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcy maksymalne wynagrodzenie w kwocie 470, 00 zł z tytułu udzielania powyższych świadczeń w okresie od 01.12.2011 r. do 31.12.2011 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 01.12.2011 r. do 31.12.2011 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 rozliczanych na podstawie formularza (...)w okresie od 01.12.2011 r. do 31.12.2011 r. i wymienionych w załączniku.

/ dowód: uгода nr (...) do umowy (...) – k. 3212-3213 tom

XVII /

W dniu 29.02.2012 r. strony zawarły porozumienie nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne. Porozumienie to dotyczyło rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych od 01.09.2011 r. do 16.09.2011 r. w stanach nagłych w trybie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych.

(...) zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcy z tytułu powyższych świadczeń 13 696, 77 zł.

Strony uzgodniły, że kwota powyższa będzie stanowić ostateczną kwotę należności z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych od 01.09.2011 r. do 16.09.2011 r. w stanach nagłych, wymienionych w załączniku nr 1 do porozumienia. 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 nr (...) – k. 3242-3246 tom XVII /

Strony zawarły również w dniu 02.03.2012 r. ugodę nr (...) do Umowy nr (...). Dotyczyła rozliczenia kosztów świadczeń wykonanych na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza (...).

(...) zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcy maksymalne wynagrodzenie w kwocie 297, 00 zł z tytułu udzielania powyższych świadczeń w okresie od 01.10.2011 r. do 31.12.2011 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 i rozliczanych na podstawie formularza (...), w okresie od 01.10.2011 r. do 31.12.2011 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 01.10.2011 r. do 31.12.2011 r. i wymienionych w załączniku.

/ dowód: uгода nr (...) do umowy nr (...) – k. 3235-3236

W dniu 13.04.2012 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 01.01.2011 r. do 31.08.2011 r. obejmującego także kwotę wynikającą z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 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 ustaliły, że z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej objętych Umową w okresie od 01.01.2011 r. do 31.12.2011 r. maksymalna wartość umowy wynosi 30 931 286, 20 zł i uwzględnia kwotę wynikającą z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń.

Oddział (...) zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcy dodatkowe wynagrodzenie w kwocie 7 446, 00 zł z tytułu udzielania w okresie od 01.01.2011 r. do 31.08.2011 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 stanowiła podstawę do wystawienia rachunku wraz z raportem statystycznym. Świadczeniodawca zobowiązał się rozliczyć ugodę do 30.04.2012 r. (§ 1).

Strony 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 01.01.2011 r. do 31.12.2011 r., jak również zobowiązań wynikających z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, zaś jej zapłata wyczerpuje wszelkie roszczenia świadczeniodawcy wobec Oddziału (...) związane z realizacją tych świadczeń, udzielonych w każdych okolicznościach we wskazanym wyżej okresie.

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 01.01.2011 r. do 31.12.2011 r., jak również zobowiązań wynikających z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (§ 2).

/ dowód: ugoda nr (...) – k. 3215-3217 tom XVII /

W dniu 15.06.2012 r. strony zawarły aneks nr (...) do ugody nr (...) dotyczący rozliczenia kosztów za świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju – leczenie szpitalne, w tym świadczenia objęte Umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr (...), którym zmieniły treść § 1 ust. 1 i 2.

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 01.01.2011 r. do 31.12.2011 r., jak również zobowiązań wynikających z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, zaś jej zapłata wyczerpuje wszelkie roszczenia świadczeniodawcy wobec Oddziału (...) związane z realizacją tych świadczeń, udzielonych w każdych okolicznościach, we wskazanym wyżej okresie.

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 01.01.2011 r. do 31.12.2011 r., jak również zobowiązań wynikających z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń.

/ dowód: aneks do ugody nr(...) – k. 3208-3209 tom XVII /

W dniu 04.07.2012 r. strony zawarły porozumienie nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne. Porozumienie to dotyczyło rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych od 03.09.2011 r. do 14.09.2011 r. w stanach nagłych w trybie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

(...) miał zapłacić świadczeniodawcy z tego tytułu 6 277, 62 zł.

Strony uzgodniły, że kwota powyższa stanowi ostateczną kwotę należności z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych od 03.09.2011 r. do 14.09.2011 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 03.09.2011 r. do 14.09.2011 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 tom XVII /

W dniu 20.08.2012 r. strony zawarły porozumienie nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne. Dotyczyło ono rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych od 05.09.2011 r. do 08.09.2011 r. w stanach nagłych w trybie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Z tytułu udzielenia tych świadczeń (...) miał zapłacić świadczeniodawcy 2 122, 17 zł.

Strony uzgodniły, że powyższa kwota będzie stanowiła ostateczną kwotę należności z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych od 05.09.2011 r. do 08.09.2011 r. w stanach nagłych, wymienionych w załączniku.

Świadczeniodawca zrzekł się praw dochodzenia roszczeń wynikających z tego porozumienia, a dotyczących świadczeń udzielonych od 05.09.2011 r. do 08.09.2011 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 tom XVI-XVII /

W dniu 11.01.2011 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 01.01.2011 r.

/ dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...) – k. 1772-1788 tom IX /

Na podstawie powyższego aneksu w dniu 11.01.2011 r. S. (...) w J. oraz N. (...) (...) we W. zawarli **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).

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 N. (...) wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27.08.2004 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” oraz zgodnie z Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06.05.2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”.

Kwota zobowiązania Oddziału (...) wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji Umowy w okresie od 01.01.2011 r. do 31.12.2011 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 (...) wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji Umowy, określonej w planie rzeczowo-finansowym.

Kwota zobowiązania wypełniać miała też zobowiązania (...) wynikające z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.).

Umowa została zawarta na okres od 01.01.2011 r. do 31.12.2011 r.

Każda ze stron mogła rozwiązać Umowę za trzymiesięcznym okresem wypowiedzenia.

/ dowód: umowa nr (...) – k. 1760-1763 tom IX /

W dniu 06.06.2011 r. strony zawarły aneks nr (...) do Umowy nr (...), który dotyczył zmiany załącznika nr 1 do Umowy w postaci planu rzeczowo-finansowego.

Świadczeniobiorca oświadczył, że kwota zobowiązania (...), o której mowa w § 4 Umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia wynikające z realizacji Umowy, chyba że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust. 1 Umowy.

Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 01.01.2011 r.

/ dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...) – k. 1750-1753 tom IX /

W dniu 08.07.2011 r. strony zawarły aneks nr (...) do Umowy nr (...), który dotyczył zmiany § 4 ust. 1 Umowy. Na mocy tego aneksu kwota zobowiązania Oddziału (...) z tytułu realizacji Umowy w okresie od 01.01.2011 r. do 31.12.2011 r. została zwiększona do 6 332 872, 00 zł. Ponadto zmieniła się treść załącznika nr 1 do Umowy w postaci planu rzeczowo-finansowego.

Świadczeniobiorca oświadczył, że kwota zobowiązania (...), 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 01.05.2011 r.

/ dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...) – k. 1754-1756 tom IX /

W dniu 30.08.2011 r. strony zawarły aneks nr (...) do Umowy nr (...), który również dotyczył zmiany § 4 ust. 1 Umowy. Na mocy tego aneksu kwota zobowiązania Oddziału (...) z tytułu realizacji Umowy w okresie od 01.01.2011 r. do 31.12.2011 r. zmieniona została na 6 332 866, 00 zł. Ponadto zmieniła się treść załącznika nr 1 do Umowy w postaci planu rzeczowo-finansowego.

Świadczeniobiorca oświadczył, że kwota zobowiązania (...), o której mowa w § 4 Umowy, wyczerpuje wszystkie jego roszczenia wynikające z realizacji Umowy, chyba że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust. 1 Umowy.

Aneks wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 01.05.2011 r.

/ dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...) – k. 1757-1759 tom IX /

W dniu 30.08.2011 r. S. (...) w J. oraz N. (...) (...) zawarły porozumienie w sprawie rozwiązania Umowy (...).

Strony uzgodniły, że Umowa zostanie rozwiązana na zasadzie porozumienia stron z dniem 31.08.2011 r.

Porozumienie weszło w życie z dniem podpisania.

/ dowód: porozumienie z dnia 30.08.2011 r. do umowy nr (...) – k. 1748 tom

IX /

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

/ okoliczność niesporna /

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

/ dowód: pismo pozwanego z dnia 30.08.2011 r. – k. 1749 tom IX /

W dniu 07.02.2011 r. S. (...) w K. oraz N. (...) (...) we W. zawarli **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).

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 N. (...) wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27.08.2004 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” oraz zgodnie z Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06.05.2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”.

Kwota zobowiązania Oddziału (...) wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji Umowy w okresie od 01.01.2011 r. do 31.12.2011 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 (...) wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji Umowy określonej w załączniku nr 1 do Umowy.

Kwota zobowiązania wypełniać miała też zobowiązania (...) wynikające z postanowień art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.).

Umowa została zawarta na okres od 01.01.2011 r. do 31.12.2011 r.

/ dowód: umowa nr (...) z załącznikami – k. 3152-3160 tom XVI /

W dniu 19.03.2011 r. S. (...) w K. oraz N. (...) (...) we W. zawarli porozumienie, na mocy którego rozwiązali Umowę nr (...) z dniem 31.08.2011 r.

/ dowód: porozumienie z dnia 19.08.2011 r. – k. 3197 tom XVI /

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

/ okoliczność niesporna /

W dniu 27.09.2011 r. W. (...) w J. oraz N. (...) (...) we W. zawarli **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).

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 N. (...) wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27.08.2004 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” oraz zgodnie z Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06.05.2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”.

Kwota zobowiązania Oddziału (...) wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji Umowy w okresie od 01.09.2011 r. do 31.12.2011 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 Oddziału (...) wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy określonej w załączniku nr 1 do umowy.

Kwota zobowiązania wypełniać miała też zobowiązania (...) wynikające z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.).

Umowa została zawarta na okres od 01.09.2011 r. do 31.12.2011 r.

/ dowód: umowa nr (...) – k. 3169-3196 tom XVI /

W dniu 30.12.2011 r. strony zawarły aneks nr (...) do Umowy nr (...), który dotyczył zmiany § 4 ust. 1 Umowy. Na mocy tego aneksu kwota zobowiązania Oddziału (...) z tytułu realizacji Umowy w okresie od 01.01.2011 r. do 31.12.2011 r. wynosić miała 2 539 755, 00 zł. Ponadto zmieniała się treść załącznika nr 1 do Umowy w postaci planu rzeczowo-finansowego.

Świadczeniobiorca oświadczył, że kwota zobowiązania (...), 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 01.10.2011 r.

/ dowód: Aneks nr (...) do umowy nr (...) – k. 3161-3164 tom XVI /

W dniu 17.01.2012 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 02.06.2011 r. do 27.11.2011 r. świadczeniobiorcom, których hospitalizacje rozpoczęto w S. (...) w J. w likwidacji, a zakończono w W. (...) w związku z likwidacją i zakończeniem działalności medycznej przez S. (...) w J. w likwidacji z dniem 31.08.2011 r. oraz wykreśleniem z dniem 30.09.2011 r. z Krajowego Rejestru Sądowego.

Strony uzgodniły, że Oddział (...) zapłaci świadczeniodawcy kwotę 9 537, 00 zł z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w okresie od 02.06.2011 r. do 27.11.2011 r. świadczeniobiorcom, których hospitalizacje rozpoczęto w S. (...) w J. w likwidacji, a zakończono w W. (...) w związku z likwidacją i zakończeniem działalności medycznej przez S. (...) w J.. Wykaz uznanych do zapłaty świadczeń stanowił załącznik nr 1 do ugody.

Strony oświadczyły, że kwota wskazana w § 1 będzie stanowiła ostateczną kwotę należności świadczeniodawcy z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w okresie od 02.06.2011 r. do 27.11.2011 r. świadczeniobiorcom, których hospitalizacje rozpoczęto w S. (...) w J. w likwidacji, a zakończono w W. (...) w związku z likwidacją i zakończeniem działalności medycznej przez S. (...) w J., wymienionym w załączniku nr 1 do ugody.

/ dowód: ugoda nr (...) – k. 3165-3168 tom XVI /

W dniu 13.04.2012 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 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 chemioterapia w okresie od 01.01.2011 r. do 31.08.2011 r. obejmującego także kwotę wynikającą z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 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 01.01.2011 r. do 31.08.2011 r. ustalona maksymalna wartość umowy wynosi 591 550, 00 zł i uwzględnia kwotę wynikającą z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń. Oddział (...) zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcy, dodatkowe wynagrodzenie w kwocie 100, 00 zł z tytułu udzielania w okresie od 01.01.2011 r. do 31.08.2011 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 01.01.2011 r. do 31.08.2011 r., jak również zobowiązań wynikających z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, zaś jej zapłata wyczerpuje wszelkie roszczenia świadczeniodawcy wobec Oddziału (...) związane z realizacją tych świadczeń, udzielonych w każdych okolicznościach, we wskazanym wyżej okresie.

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 01.01.2011 r. do 31.08.2011 r., jak również zobowiązań wynikających z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (§ 2).

/ dowód: ugoda nr (...) – k. 5446-5448 tom XXVIII /

W dniu 13.04.2012 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 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 chemioterapia w okresie od 01.09.2011 r. do 31.12.2011 r. obejmującego także kwotę wynikającą z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 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 01.09.2011 r. do 31.12.2011 r. ustalona maksymalna wartość umowy wynosi 2 539 309, 00 zł i uwzględnia kwotę wynikającą z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń. Oddział (...) zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcy dodatkowe wynagrodzenie w kwocie 17 080, 00 zł z tytułu udzielania w okresie od 01.09.2011 r. do 31.12.2011 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 01.09.2011 r. do 31.12.2011 r., jak również zobowiązań wynikających z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, zaś jej zapłata wyczerpuje wszelkie roszczenia świadczeniodawcy wobec Oddziału (...) związane z realizacją tych świadczeń, udzielonych w każdych okolicznościach, we wskazanym wyżej okresie.

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 01.09.2011 r. do 31.12.2011 r., jak również zobowiązań wynikających z art. 10f ustawy z dnia 22.07.2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (§ 2).

/ dowód: ugoda nr (...) – k. 5449-5451 tom XXVIII /

Świadczenia udzielane przez powoda i jego poprzedników prawnych na podstawie powyższych Umów były sprawozdawane do pozwanego Oddziału (...) w okresach miesięcznych, do dziesiątego dnia każdego następnego miesiąca, za pomocą raportu statystycznego przekazywanego poprzez portal internetowy. Powód przekazywał 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.

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 Oddział (...) 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. Na podstawie rachunku świadczeniodawca wystawiał Oddziałowi (...) fakturę VAT, przy czym wysokość kwoty objętej fakturą nie mogła przekroczyć kwoty zobowiązania pozwanego Oddziału (...) ustalonej w umowie, z uwzględnieniem kwoty zobowiązania dla danego zakresu umowy i okresu rozliczeniowego.

Świadczenia były sprawozdawane przez powoda według wytycznych zawartych w zarządzeniach Prezesa N. (...). 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.

/ dowód: zeznania świadków: G. U. – e-protokół z dnia 07.03.2014 r. 00:07:03-

00:37:26 CD k. 5790, B. B. (1) – e-protokół z dnia 07.03.2014 r. 01:30:18-

02:09:03 CD k. 5790, K. M. (1) – e-protokół z dnia 07.03.2014 r. 02:36:00-

02:46:27 CD k. 5790, S. M. (1) – e-protokół z dnia 07.03.2014 r. 02:20:12-

02:36:00 CD k. 5790, J. W. (1) – e-protokół z dnia 09.06.2014 r. 00:21:13-

00:43:18 CD k. 5810 /

W powyższy sposób powód sprawozdawał do pozwanego zarówno dane o świadczeniach

udzielonych na podstawie umów z nim zawartych i mieszczących się w limitach zobowiązań pozwanego, jak i dane o świadczeniach udzielonych mimo wyczerpania limitu umownego.

/ dowód: zeznania świadka B. B. (1) – e-protokół z dnia 07.03.2014 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: zeznania świadka J. W. (1) – e-protokół z dnia 09.06.2014 r. 00:21:13-

00:43:18 CD k. 5810 /

Niezależnie od powyższego powód, obok faktur wystawianych na podstawie rachunków wygenerowanych w systemie informatycznym pozwanego, wystawiał i przysyła pozwanemu samodzielnie wystawione faktury obejmujące te świadczenia, które nie zostały rozliczone i uwzględnione przez system z uwagi na przekroczenie limitu.

/ dowód: zeznania świadka B. B. (1) – e-protokół z dnia 07.03.2014 r. 01:30:18-02:09:03 CD

k. 5790 /

Za każdym razem pozwany odsyłał powodowi faktury VAT dotyczące świadczeń ponadlimitowych ze wskazaniem, że udzielone świadczenia mogą być sprawozdawane jedynie poprzez platformę internetową. Informował również, że kwoty zobowiązania (...) wobec powoda określone poszczególnymi umowami nie pozwalają na zapłatę żądanych kwot. Odsyłając faktury, pozwany zwracał jednak uwagę, że nie dokonuje merytorycznej oceny zgłoszonych do zapłaty świadczeń.

/ dowód: pismo pozwanego z dnia 21.11.2011 r. – k. 54-55; pismo pozwanego z dnia 31.12.2011

r. – k. 57-58; pismo pozwanego z dnia 29.11.2011 r. – k. 60-61; pismo pozwanego z

dnia 29.11.2011 r. – k. 63-64; pismo pozwanego z dnia 20.03.2011 r. – k. 66-67; pismo

pozwanego z dnia 29.03.2011 r. – k. 70-71; pismo pozwanego z dnia 07.09.2011 r. – k.

76-77; pismo pozwanego z dnia 27.09.2011 r. – k. 78-79; pismo pozwanego z dnia

01.08.2011 r. – k. 80-81; pismo pozwanego z dnia 27.06.2011 r. – k. 82-83; pismo

pozwanego z dnia 27.05.2011 r. – k. 86-87; pismo pozwanego z dnia 24.05.2011 r. – k.

88-89; pismo pozwanego z dnia 29.03.2011 r. – k. 90-91; pismo pozwanego z dnia

04.03.2011 r. – k. 92 /

Wszystkie udzielone przez stronę powodową świadczenia z trzech zakresów, tj. leczenia szpitalnego, leczenia szpitalnego – chemioterapii i leczenia szpitalnego – terapeutycznych programów zdrowotnych, sprawozdane w ramach limitów umownych i rozliczone przez portal zostały opłacone przez pozwanego do maksymalnych kwot zobowiązań (...) wskazanych w w/w umowach.

W toku realizacji przez powoda umów o świadczenia opieki zdrowotnej z zakresów leczenia szpitalnego, leczenia szpitalnego – chemioterapii i leczenia szpitalnego – terapeutycznych programów zdrowotnych okazało się, że

maksymalne kwoty zobowiązań (...) określone w umowach nie pokrywają rzeczywistego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne i leki, które wystąpiło u powoda.

/ okoliczności niesporne /

W związku z powyższym powód wskazywał pozwanemu na zbyt niską wartość kontraktów w stosunku do ilości leczonych pacjentów. Wielokrotnie zwracał się do pozwanego 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. Powód złożył m.in. propozycję zwiększenia wartości Umowy nr (...) w zakresie substancji czynnych w chemioterapii w trybie jednodniowym, argumentując ją zwiększającą się ilością pacjentów, oraz w zakresie programu terapeutycznego stwardnienia rozsianego.

/ dowód: pismo powoda z dnia 28.04.2011 r. – k. 109; pismo powoda z dnia 29.06.2011 r. – k.

111; pismo powoda z dnia 01.07.2011 r. – k. 118; pismo powoda z dnia 01.07.2011 r. –

k. 126; pismo powoda z dnia 15.02.2011 r. – k. 131; pismo powoda z dnia 17.03.2011 r.

– k. 110; pismo powoda z dnia 16.03.2011 r. – k. 141; pismo powoda z dnia 24.03.2011

r. – k. 139; pismo powoda z dnia 01.07.2011 r. – k. 153-165 /

Ponadto powód zwracał się z propozycją przesunięć finansowych między zakresami umów zawartych z pozwanym tak, aby zbilansować finansowanie poszczególnych świadczeń. Za każdym razem przedstawiał konkretny plan przesunięć środków między zakresami umowy.

/ dowód: pismo powoda z dnia 07.02.2012 r. z załącznikiem – k. 99-102; pismo powoda z dnia

21.04.2011 r. – k. 108; pismo powoda z dnia 10.08.2011 r. z załącznikiem – k. 112-116;

pismo powoda z dnia 29.04.2011 r. z załącznikiem – k. 119-121 /

Powód wystąpił m.in. 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 uzasadniał tym, że pacjentom leczonym w Oddziale (...)S. (...) w J. leki cytostatyczne podawano głównie w trybie hospitalizacji, wobec czego należało zabezpieczyć środki na ten cel. W zakresie świadczeń chemioterapii udzielanych w trybie ambulatoryjnym występowały natomiast niedowyołkonania.

/ dowód: pismo powoda z dnia 07.03.2011 r. – k. 150-151 /

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

/ dowód: pismo powoda z dnia 10.03.2011 r. – k. 135-136; pismo powoda z dnia 14.04.2011 r. –

k. 133; pismo powoda z dnia 28.06.2011 r. – k. 137 /

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

/ okoliczność niesporna /

Powód informowany był o możliwości zawarcia takiego aneksu, porozumienia bądź ugody telefonicznie przez Delegaturę N. (...) w J. albo pozwany (...) N. (...) we W.. W imieniu powoda powyższych czynności prawnych dokonywał reprezentujący go 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 (...) mógł przeznaczyć na finansowanie świadczeń. Nie było możliwości negocjowania tej kwoty. Dokumenty te były redagowane jednostronnie przez pozwanego według powtarzalnego schematu, który był jednakowy dla wszystkich świadczeniodawców. Niejednokrotnie na przygotowanych wcześniej dokumentach widniały już podpisy organu reprezentującego pozwanego. W treści tych dokumentów zwykle znajdowała się klauzula o zrzeczeniu się roszczeń powoda wobec pozwanego (...). Powód mógł zawrzeć aneks, porozumienie czy ugody jedynie o takiej treści, jaką proponował pozwany, bez możliwości wprowadzania własnych zmian do tekstu. W przypadku odmowy podpisania aneksu, porozumienia czy ugody powód nie uzyskałby dodatkowych środków na finansowanie świadczeń ponad limity ustalone pierwotnie w umowach.

/ dowód: zeznania świadka B. B. (1) – e-protokół z dnia 07.03.2014 r. 01:30:18-02:09:03 CD

k. 5790; zeznania reprezentanta powoda S. W. (1) – e-protokół z dnia

09.06.2014 r. 00:43:18-01:17:22 CD k. 5810 /

W 2011 r. powód i jego 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: (...), (...), (...), (...), (...), (...), (...).

Pozwany nie sfinansował świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, leczenia szpitalnego – chemioterapii i leczenia szpitalnego – terapeutycznych programów zdrowotnych, udzielonych przez stronę powodową i jej poprzedników prawnych ponad limity wyznaczone umowami na rok 2011.

/ okoliczności niesporne /

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

A. K. (6), J. K. (3), J. K. (3), G. K. (1), M. K. (2), M. K. (3), Z. K. (2), M. K. (4), W. K. (2), E. K. (3), S. K. (4), K. K. (1), J. K. (4), M. K. (5), K. K. (2), W. K. (3), Z. K. (3), S. K. (5), Z. K. (4), Z. K. (5), J. K. (5), U. K., S. K. (6), A. K. (7), M. K.

(6), J. K. (6), Z. K. (6), E. K. (4), E. K. (5), I. K. (1), G. K. (2), J. K. (7), M. K. (7), T. K. (1), Z. K. (7), W. K. (4), H. K. (1), J. K. (8), T. K. (2), B. K. (5), G. K. (3), W. K. (5), D. K. (2), C. K. (2), R. K. (1), J. K. (9), S. K. (7), M. K. (8), H. K. (2), A. K. (8), H. K. (3), C. K. (3), Z. K. (8), E. K. (6), Z. K. (9), J. K. (10), B. K. (6), B. K. (7), F. K. (2), B. K. (8), J. K. (11), H. K. (4), R. K. (2), J. K. (12), E. K. (7), B. M. (1), I. K. (2), K. K. (3), J. K. (13), I. K. (3), S. K. (8), D. L. (1), E. L. (1), J. L. (1), E. L. (2), T. L. (1), A. L. (1), M. L. (1), A. L. (2), M. L. (2), J. L. (2), T. L. (2), A. L. (3), D. Ś. (1), M. L. (3), H. L., E. L. (3), D. L. (2), I. L., E. L. (4), J. Ł. (1), J. Ł. (2), L. Ł., W. Ł. (1), W. Ł. (2), W. Ł. (3), J. Ł. (3), K. M. (2), E. M. (1), H. M. (1), I. M. (1), K. M. (2), B. M. (2), F. M., B. M. (3), M. M. (1), I. M. (2), M. M. (2), J. M. (1), J. M. (2), D. M. (1), Z. M. (1), B. M. (4), J. M. (3), E. K. (8), Z. M. (2), I. M. (3), H. M. (2), G. M., M. M. (3), B. M. (5), Z. M. (3), A. M. (1), H. M. (3), M. M. (4), M. M. (5), P. M., L. M., D. M. (2), E. M. (2), T. M. (2), M. M. (6), B. M. (6), M. M. (7), I. M. (4), R. M. (1), R. M. (2), J. M. (4), E. M. (3), M. M. (8), D. M. (3), T. M. (3), B. M. (7), Z. M. (4), S. M. (2), T. M. (3), A. M. (2), K. M. (3), T. M. (4), I. M. (5), J. M. (5), R. M. (3), U. N., M. N. (1), M. N. (2), W. N. (1),

M., N. W., I. N., M. N. (3), N. N., K. N. (1), W. N. (2), J. N., K. N. (2), Z. N., C. O., R. O., M. O. (1), J. O. (1), J. O. (2), I. O. (1), K. O. (1), T. O., A. O., M. O. (2), K. O. (2), M. O. (3), I. O. (2), E. P. (1), S. P. (1), S. P. (1), T. P. (1), D. P. (1), I. P. (1), R. P. (1), M. P. (1), B. P. (1), B. P. (2), J. P. (1), J. P. (2), B. P. (3), D. P. (2), J. P. (3), R. P. (2), E. P. (2), B. P. (4), T. P. (2), E. P. (3), K. P. (1), M. P. (2), H. H. (1), J. P. (4), A. P. (1), B. P. (5), J. P. (5), W. P. (1), E. P. (4), H. P. (1), R. P. (3), K. P. (2), J. P. (6), A. P. (2), H. P. (2), L. P. (1), A. P. (3), K. P. (3), T. P. (3), W. P. (2), D. P. (3), I. P. (2), T. P. (4), M. P. (3), K. P. (4), S. P. (2), J. P. (7), K. P. (5), W. P. (3), K. P. (6), J. P. (8), M. P. (4), B. P. (6), L. W., K. P. (7), A. P. (4), R. P. (4), L. P. (2), E. P. (5), B. R. (1), Z. R. (1), E. R. (1), G. R. (1), K. R. (1), S. R. (1), Z. R. (2), D. R. (1), W. R., Z. R. (3), Z. R. (4), J. R. (1), Z. R. (5), J. R. (2), M. R. (1), A. R., M. R. (2), M. R. (3), G. R. (2), B. R. (2), J. R. (3), M. R. (4), J. R. (4), J. R. (5), J. R. (6), K. R. (2), S. R. (2), D. R. (2), R. R., E. R. (2), J. S. (1), D. S., E. S. (1), L. S. (1), P. S. (1), Z. S. (1), M. S. (1), S. S. (1), J. S. (2), B. S. (1), M. S. (2), S. S. (2), W. S. (1), E. S. (2), B. S. (2), L. S. (2), A. S. (1), K. S. (1), J. S. (3), E. S. (3), C. L., M. S. (3), J. S. (4), R. S. (1), J. S. (5), H. S. (1), S. S. (3), A. S. (2), M. S. (4), P. S. (2), F. S., H. S. (2), A. S. (3), R. S. (2), K. S. (2), M. S. (5), M. S. (6), H. S. (3), A. S. (4), T. S. (2), L. S. (3), T. S. (3), W. S. (2), K. S. (3), Z. S. (2), J. S. (6), J. S. (7), H. S. (4), J. S. (8), H. S. (5), K. S. (4), J. S. (9), J. S. (10), A. S. (5), L. S. (4), M. M. (10), J. S. (11), M. S. (7), B. S. (3), A. S. (6), B. S. (4), B. S. (5), R. S. (3), A. S. (7), M. S. (8), S. S. (4), K. S. (5), D. Ś. (2), P. Ś., J. Ś. (1), J. Ś. (2), D. Ś. (3), K. Ś., J. Ś. (3), J. Ś. (4), R. Ś., Z. Ś., J. T. (1), Z. T. (1), H. T. (1), H. T. (2), S. T. (1), A. T. (1), B. T. (1), E. T., S. T. (2), W. T. (1), S. T. (3), W. T. (2), J. T. (2), D. T., A. T. (2), Z. T. (2), B. T. (2), T. T., U. T., S. U., K. U., A. U., C. W., B. W. (1), S. W. (2), F. W. (1), F. W. (2), K. W. (1), M. W. (1), J. W. (2), W. W. (1), H. W. (1), B. W. (2), J. W. (3), E. W. (1), H. W. (2), W. W. (2), J. W. (4), K. W. (2), Z. W. (1), Z. W. (2), J. W. (5), A. W. (1), Z. W. (3), M. W. (2), W. W. (3), W. W. (4), A. W. (2), A. W. (3), W. W. (5), J. W. (6), A. W. (4), E. W. (2), F. W. (3), H. W. (3), J. W. (7), S. W. (3), M. W. (3), D. W., M. W. (4), E. W. (3), K. W. (3), R. Z. (1), J. Z., T. Z. (1), R. Z. (2), R. Z. (3), H. Z. (1), K. Z., H. Z. (2), U. Z., T. Z. (2), M. Z., Z. Ż., E. Ż., J. Ż..

/ dowód: dokumentacja medyczna w postaci załączonych do akt kart leczenia szpitalnego; lista

pacjentów Chirurgia Onkologiczna – k. 701-719 tom IV; lista pacjentów Chemioterapia –

k. 1535-1591 tom VIII; lista pacjentów Programy terapeutyczne – k. 2797-2803 tom XIV-

XV; lista pacjentów Programy terapeutyczne – k. 3055-3063 tom XVI; lista pacjentów

Chemioterapia – k. 3065-3078 tom XVI; lista pacjentów Chirurgia onkologiczna – k. 3080

tom XVI; lista pacjentów – k. 5453-5498 tom XXVIII /

Wszystkie powyższe świadczenia zostały udzielone pacjentom z chorobami nowotworowymi.

Świadczenia te były udzielane w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia pacjentów albo w sytuacjach, w których brak natychmiastowego udzielenia świadczenia spowodowałby nieodwracalne negatywne skutki dla życia i zdrowia pacjenta z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia przewidywane w przebiegu choroby.

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 powoda 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 tygodniach 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: dokumentacja medyczna w postaci załączonych do akt kart leczenia szpitalnego;

zeznania świadków: K. W. (4) – e-protokół z dnia 07.03.2014 r. 00:37:26-

00:54:13 CD k. 5790, K. G. – e-protokół z dnia 07.03.2014 r. 00:54:13-01:19:51

CD k. 5790, A. J. (7) – e-protokół z dnia 07.03.2014 r. 01:20:01-01:29:27

CD k. 5790, Z. M. (5) – e-protokół z dnia 07.03.2014 r. 02:09:03-02:20:12

CD k. 5790, K. P. (8) – e-protokół z dnia 09.06.2014 r. 00:10:47-00:21:13

CD k. 5810; opinia biegłego sądowego z zakresu onkologii Z. K. (10) – k. 6746-

6775, k. 6829-6905, k. 6942-6944 /

Wartość powyższych świadczeń udzielonych przez S. (...) w J. wynosiła – według przewidzianych w umowach stawek 51 zł za hospitalizację i 10 zł za programy lekowe:

- w zakresie Chirurgia onkologiczna – Hospitalizacja – 460 353, 03 zł,
- w zakresie Chemioterapia w trybie jednodniowym – 335 937 zł,
- w zakresie Chemioterapia – hospitalizacja z zakresem skojarzonym – 542 487 zł,
- w zakresie Programy terapeutyczne – 29 996, 39 zł,

Wartość powyższych świadczeń udzielonych przez S. (...) w K. wynosiła 203 132, 00 zł.

/ dowód: lista pacjentów Chirurgia Onkologiczna – k. 701-719 tom IV; lista pacjentów

Chemioterapia – k. 1535-1591 tom VIII; lista pacjentów Programy terapeutyczne – k.

2797-2803 tom XIV-XV; lista pacjentów Programy terapeutyczne – k. 3055-3063 tom

XVI; lista pacjentów Chemioterapia – k. 3065-3078 tom XVI; lista pacjentów Chirurgia

onkologiczna – k. 3080 tom XVI; lista pacjentów – k. 5453-5498 tom XXVIII /

W przypadku świadczeń udzielanych pacjentom onkologicznym w roku 2011 u wszystkich podmiotów na terenie D., udzielających świadczeń zdrowotnych na podstawie umów zawartych z N. (...), występowały tzw. wykonania

nadlimitowe. Dotyczyło to zarówno świadczeń z zakresu podstawowego leczenia szpitalnego, z zakresu chirurgii onkologicznej, jak i z zakresu programów terapeutycznych.

/ dowód: zeznania świadka E. C. (4) – e-protokół z 09.06.2014 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 powód przekroczył już umowne limity świadczeń, których wymagał taki pacjent, lekarze zatrudnieni u powoda poszukiwali możliwości przyjęcia pacjenta przez pobliskie jednostki. Z uwagi na brak miejsc w tych placówkach przyjęcie przez nie pacjentów nie było jednak możliwe.

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 powodowy Szpital.

/ dowód: zeznania świadków: K. W. (4) – e-protokół z dnia 07.03.2014 r. 00:37:26-

00:54:13 CD k. 5790, K. G. – e-protokół z dnia 07.03.2014 r. 00:54:13-01:19:51

CD k. 5790, A. J. (7) – e-protokół z dnia 07.03.2014 r. 01:20:01-01:29:27

CD k. 5790, Z. M. (5) – e-protokół z dnia 07.03.2014 r. 02:09:03-02:20:12

CD k. 5790, K. P. (8) – e-protokół z dnia 09.06.2014 r. 00:10:47-00:21:13 CD

k. 5810 /

Powód kilkakrotnie zwracał się do pozwanego z prośbą o zapłatę za świadczenia udzielone ponad limit umowy.

/ dowód: pismo powoda z dnia 11.10.2011 r. – k. 95-96; pismo pozwanego z dnia 07.02.2012 – k.

98 /

Pismem z dnia 20.03.2012 r., doręczonym dnia 21.03.2012 r., powód wezwał pozwanego do zapłaty:

- 4 926 843, 81 zł za wykonane ponad wartość umowy świadczenia zdrowotne do Umowy nr (...),

- 1 056 356, 61 zł za wykonane ponad wartość umowy świadczenia zdrowotne do Umowy nr (...),

- 161 621, 37 zł za wykonane ponad wartość umowy świadczenia zdrowotne do Umowy nr (...).

/ dowód: wezwanie do zapłaty z dnia 20.03.2013 r. – k. 103-105 /

Pismem z dnia 22.03.2012 r., doręczonym dnia 26.03.2012 r., powód zwrócił się do pozwanego ze wskazaniem, że nadal nie otrzymał zapłaty za świadczenia udzielone ponad limity umowne jeszcze przez S. (...) w J.. Wskazał również na brak zbilansowania Umowy nr (...).

/ dowód: pismo powoda z dnia 22.03.2012 r. – k. 107 /

Pismem z dnia 03.04.2012 r., doręczonym dnia 10.04.2012 r., powód wezwał (...) N. (...) do zapłaty 414 736, 16 zł w terminie do 15.04.2012 r. tytułem zapłaty za świadczenia udzielone na podstawie art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 15 ustawy o działalności leczniczej.

/ dowód: wezwanie do zapłaty z dnia 03.04.2012 r. – k. 24-27 /

Pozwany nie uznał żądań zgłoszonych przez powoda, wskazując, że dokumentacja dotycząca świadczeń, których zapłaty domaga się powód, nie wskazuje, że były one udzielone w trybie natychmiastowego zagrożenia życia i zdrowia. Pozwany wskazał również, że możliwości finansowe (...) nie pozwalają na zaspokojenie zgłoszonych roszczeń.

/ dowód: pismo pozwanego z dnia 18.04.2012 r. – k. 93-94 /

Pismem z dnia 18.04.2012 r. powód złożył 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 uzasadnił 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 powoda z dnia 18.04.2012 r. – k. 166-168 /

W odpowiedzi na oświadczenie powoda pismem z dnia 25.04.2012 r. pozwany zakwestionował istnienie podstaw do uchylenia się od oświadczenia woli z powołaniem się na błąd w rozumieniu art. 84 kc.

/ dowód: pismo pozwanego z dnia 25.04.2012 r. – k. 5452 /

Sąd zważył, co następuje.

Oba powództwa zasługują na uwzględnienie w przeważającej części.

Powód dochodzi od pozwanego zapłaty należności za wykonane w 2011 r. ponadlimitowe świadczenia medyczne z rodzaju leczenia szpitalne w zakresie świadczeń onkologicznych.

Zgodnie z art. 7 ustawy z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. nr 14, poz. 89 ze zm.), obowiązującej do dnia 30.06.2011 r., (...) nie mógł odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebowała natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Z kolei zgodnie z art. 15 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. nr 112, poz. 654), obowiązującej od dnia 01.07.2011 r., podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

Następnie według art. 30 ustawy z dnia 05.12.1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2008 r., Nr 136, poz. 857 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.

Przede wszystkim zaś art. 68 Konstytucji RP 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.

W orzecnictwie sądowym powszechnie przyjmowane jest stanowisko, zgodnie z którym instytucja ubezpieczeń zdrowotnych wykazuje bardzo złożony charakter.

Występują w tym zakresie trzy typy stosunków prawnych, które są wzajemnie współzależne, tj. stosunek pomiędzy ubezpieczonym i N. (...), stosunek pomiędzy (...)i świadczeniodawcą, tj. zakładem opieki zdrowotnej, oraz stosunek pomiędzy świadczeniodawcą a ubezpieczonym (świadczeniobiorcą), tj. pacjentem; współzależność i współistnienie tych stosunków jest niezbędne dla realizacji prawa do świadczeń zdrowotnych; stosunek pomiędzy N. (...) a (...) jest stosunkiem umownym, a zatem jego powstanie i wykonanie należy ocenić z punktu widzenia prawa cywilnego (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 29.06.2004 r., I ACa 1/04, Apel W-wa 2005/2, poz. 14 – wprawdzie dotyczył on do kas chorych, ale przedstawione reguły mają zastosowanie również wobec pozwanego N. (...)).

Zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez (...) jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego (...). Umowa taka zgodnie z art. 136 uśóz określa w szczególności:

- 1) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 2a) sposób realizacji instrumentów dzielenia ryzyka;
- 3) wykaz podwykonawców oraz wymagania dla nich inne niż techniczne i sanitarne, określone w odrębnych przepisach;
- 4) zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami;
- 5) kwotę zobowiązania (...) wobec świadczeniodawcy;
- 6) zasady rozpatrywania kwestii spornych;
- 7) postanowienie o rozwiązaniu umowy, które może nastąpić za uprzednim nie krótszym niż 3 miesiące okresem wypowiedzenia, chyba że strony postanowią inaczej;
- 8) postanowienie o karze umownej w przypadku niezastosowania terminu i trybu określonych w punkcie 7.

Przedmiotem umowy pomiędzy (...) a N. (...) jest z jednej strony określenie zakresu świadczeń medycznych wykonywanych przez (...), czyli świadczeniodawcę, na rzecz pacjentów, czyli świadczeniobiorców, z drugiej zaś ustalenie zakresu sfinansowania tychże świadczeń przez (...). Umowa zawierana jest zatem na rzecz i w interesie osób trzecich, tj. świadczeniobiorców. Umowa ta jest umową konsensualną, odpłatną i wzajemną. Świadczeniu spełnianemu przez (...) na rzecz beneficjentów odpowiada ekwiwalent w postaci wynagrodzenia za usługi medyczne uiszczanego przez (...) jako dysponenta środków publicznych pochodzących przede wszystkim ze składek ubezpieczenia zdrowotnego.

Umowa o udzielanie świadczeń medycznych nie określa zatem obowiązku wykonywania pomocy medycznej co do zasady, gdyż ten obowiązek wynika z jednej strony z charakteru i przedmiotu działalności statutowej (...), z drugiej zaś strony z obowiązków zawodowych osób zatrudnionych w tym zakładzie (lekarzy, pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, itp.). Celem umowy jest sprecyzowanie, jaki zakres świadczeń podlegać będzie finansowaniu ze środków publicznych zawiadywanych przez N. (...), które to finansowanie jest zasadniczym źródłem gromadzenia środków na potrzeby realizacji działalności statutowej zakładu.

Zgodnie z art. 19 ust. 4 uśóz świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym; wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej.

Argumentując a minori ad maius należy zwrócić uwagę, że skoro prawnie dopuszczalna jest refundacja świadczeń zdrowotnych udzielonych w ogóle bez jakiegokolwiek relacji umownej łączącej placówkę medyczną z dysponentem środków publicznych, to tym bardziej refundację taką powinien otrzymać podmiot, który w normalnym toku czynności udziela świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy, gdy umowa ta odnosi się do warunków udzielania świadczeń i sposobu ich finansowania, a jedynie wykracza poza finansowy zakres przedmiotu umowy, będąc umocowanym do udzielania świadczeń zdrowotnych w ogólności, a nie wyłącznie na podstawie tejże umowy.

Pomiędzy stronami nie było w istocie sporu co do faktów zawarcia umów o świadczenia opieki zdrowotnej w zakresach leczenia szpitalnego, leczenia szpitalnego – chemioterapia i terapeutyczne programy zdrowotne oraz wypłacenia przez pozwanego wynagrodzenia za świadczenia udzielone na podstawie tych umów do wysokości umownych maksymalnych kwot zobowiązania pozwanego (...). Pozwany nie kwestionował również samego faktu udzielenia przez powoda i jego poprzedników prawnych świadczeń opieki zdrowotnej objętych oboma pozwami, a także w istocie wartości tych świadczeń, oraz tego, że wartości udzielonych świadczeń przekraczały limity ustalone w umowach zawartych pomiędzy stronami.

Sporne między stronami pozostawało natomiast, czy świadczenia, za które zapłaty powód, stanowiły świadczenia ratujące życie i zdrowie, a ich finansowanie obciąża pozwanego pomimo 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 oświadczeń świadczeniodawcy o zrzeczeniu się roszczeń w zakresie określonym w każdej z tych czynności prawnych, pozwany pozostaje zobowiązany do zapłaty za te świadczenia.

Przed przystąpieniem do dalszych rozważań i wyliczeń należy zwrócić uwagę na przebieg postępowania w tej sprawie.

Pierwotnie wydany w tej sprawie wyrok Sądu Okręgowego – uwzględniający powództwo w całości – został uchylony przez Sąd Apelacyjny z zaleceniami: przesądzenia charakteru wykonanych przez powoda świadczeń, wyjaśnienia kwestii oznaczania tych świadczeń w ramach ich raportowania pozwanemu, kosztów udzielonych świadczeń oraz zasadności zarzutu pozwanego „zrzeczenia się dochodzonych roszczeń” w drodze zawieranych ugód, aneksów i porozumień. Oznacza to, że Sąd Apelacyjny nie wykluczył w ogóle istnienia podstaw do zgłoszenia przez powoda roszczeń objętych oboma pozwami, gdyż w sytuacji braku takiej podstawy w ogóle zmieniłby zaskarżony wyrok i oddalił oba powództwa w całości. Jeżeli bowiem powód nie mógłby w ogóle domagać się zapłaty za tzw. „nadwykonania”, nie miałyby znaczenia ani to, jakich świadczeń ponad limit umowny udzielił i o jakiej wartości, a także, czy i jakich roszczeń z tym związanych się zrzekł.

W ramach ponownego rozpoznania sprawy Sąd Okręgowy podziela stanowisko wyrażone we wcześniejszym wyroku co do istnienia po stronie pozwanego obowiązku rozliczenia świadczeń udzielonych przez powoda.

Zdaniem Sądu określone w umowach zawieranych z N. (...) limity świadczeń nie dotyczą tych przypadków, które wymagały natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta albo udzielenia go w warunkach, w których odroczenie świadczenia stanowiłoby istotne zagrożenie dla życia lub zdrowia, wobec czego pozwany N. (...) ma obowiązek finansowania tych świadczeń.

Należy odwołać się do treści art. 56 kc, 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 (...) oraz akty prawne regulujące warunki tych umów, określają rodzaj i zakres udzielanych świadczeń, zasady ich rozliczania oraz kwotę zobowiązania N. (...). Oceniając jednak stosunek prawny łączący danego świadczeniodawcę z (...) 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 przywołane dyspozycje art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, art. 15 ustawy o działalności leczniczej, art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Powyższe przepisy ustaw o działalności leczniczej, o zakładach opieki zdrowotnej i o zawodach lekarza i lekarza dentysty adresowane są bezpośrednio do podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, zarówno do lekarzy, jak i do placówek medycznych (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12.03.2009 r., V CSK 272/08). Niewywiązywanie 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 (...). Tym samym stosunek prawny między świadczeniodawcą a N. (...) jest z jednej strony kształtowany przez umowę, ale z drugiej – na podstawie art. 56 kc – również przez 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 kc do skutków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej należy więc włączyć koszty świadczeń udzielonych w warunkach przymusu ustawowego. Koszty tych świadczeń obciążają zaś pozwaną (...), 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 organach państwa (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 N. (...) (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 10.01.2014 r., I CSK 161/13; z dnia 12.03.2009 r., V CSK 272/08; z dnia 08.08.2007 r., I CSK 125/07; z dnia 14.07.2006 r., II CSK 68/06; z dnia 25.05.2006 r., II CSK 93/05; z dnia 15.12.2005 r., II CSK 21/05; z dnia 05.11.2003 r., IV CK 189/02).

Zatem koszty świadczeń medycznych udzielonych ubezpieczonemu w warunkach przymusu ustawowego, zgodnie z art. 56 kc, należy włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między N. (...) a świadczeniodawcą, i obciążyć nimi N. (...) jako podmiot zarządzający środkami publicznymi; nie można bowiem nałożyć na zakłady opieki zdrowotnej obowiązku ponoszenia kosztów świadczeń ponadlimitowych (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 12.12.2006 r., II CSK 279/06; z dnia 10.05.2006 r., III CSK 53/05; z dnia 29.03.2006 r., IV CSK 158/05; z dnia 03.11.2004 r., III CSK 546/03).

Na pokrycie należności świadczeniodawców z tytułu wykonania świadczeń ponadlimitowych N. (...) powinien wydatkować przede wszystkim środki zgromadzone w rezerwie ogólnej, wynoszącej 1 % planowanych należnych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne, przewidzianej przez art. 118 ust. 5 uósz.

Mając powyższe na uwadze powód może więc dochodzić zapłaty za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone ponad limity obowiązujące w umowach zawartych z pozwanym N. (...), pod warunkiem, że świadczeń tych udzielił w okolicznościach wypełniających hipotezę art. 15 ustawy o działalności leczniczej, art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Wyniki przeprowadzonego w sprawie postępowania dowodowego pozwalały na ustalenie, że świadczenia, za które powód dochodził wynagrodzenia, stanowiły świadczenia ratujące życie i zdrowie, udzielone w warunkach przymusu ustawowego.

Art. 5 pkt 33 uósz stanowi, że stan nagły to stan, o którym mowa jest w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 08.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym; ta norma z kolei definiuje stan nagłego zagrożenia zdrowotnego jako wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych lub leczenia, 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.

Sąd Okręgowy ma świadomość istnienia w orzecznictwie stanowiska wskazującego na reguły postrzegania stanów nagłych przewidzianych choćby w art. 19 ust. 4 uósz – wedle którego świadczeniami zdrowotnymi, o których mowa w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz w art. 30 ustawy o zawodzie lekarza, zostały objęte (w zasadzie) stany niespodziewane i że nie są nimi zabiegi, które wprowadzie ratują życie, są jednak stosowane u chorych leczonych przewlekłe, wymagających regularnego poddawania się zabiegom medycznym (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 04.01.2007 r., VCK 396/06, oraz poprzedzający go wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 09.02.2006 r., I ACa 1840/05). Nie jest to jednakże definicja wyłączna.

Wyniki postępowania dowodowego nie pozostawiają wątpliwości, że sporne świadczenia musiały być udzielone pacjentom natychmiast lub w możliwie najkrótszym okresie, a zwłoka w ich udzieleniu stanowiłaby zagrożenie dla życia i zdrowia tych pacjentów.

Przede wszystkim należy zwrócić uwagę, że świadczenia zostały udzielone na rzecz osób dotkniętych chorobami nowotworowymi. Zdiagnozowanie u pacjenta choroby nowotworowej wymaga wdrożenia leczenia w trybie pilnym, gdyż tylko taki daje szansę na wyleczenie. Terapie onkologiczne stosowane u powoda, w tym czas ich zastosowania i trwania, były ściśle wystandaryzowane. Zalecane jest jak najszybsze podjęcie leczenia, tj. w istocie leczenie natychmiastowe. 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 lub innych dodatkowych skutków chorobowych. Podjęcie leczenia przez lekarzy zatrudnionych u powoda 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.

Można w pełni przyjąć, jak zeznał choćby świadek K. P. (8) – ordynator oddziału chirurgii ogólnej i onkologicznej, iż 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. Także przyjęcie pacjenta po raz kolejny w ramach chemioterapii stanowi kontynuację leczenia. Terapia ta 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 dawki leków 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. 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 pozwanego, zgodnie z którym w przypadku wyczerpania limitów ustawowych świadczeniodawca powinien był odsyłać pacjentów do innych placówek bądź ustalać kolejki do uzyskania świadczeń. W okolicznościach tej sprawy nie istniała możliwość przekierowania pacjentów do innych jednostek. Zresztą, z materiału dowodowego wynika, że we wszystkich placówkach medycznych na terenie D. miały miejsce tzw. nadwykonania. Kolejowanie 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 kolejowania 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 kolejnych inicjatyw ustawodawczych. Na podstawie ustawy z dnia 22.07.2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r. poz. 1138) i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20.10.2014 r. zmieniającego

rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2014 r. poz. 1441) wprowadzony został tzw. pakiet onkologiczny. 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”. 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 z pozwanym co do tego, że obowiązek zapłaty za świadczenia ratujące życie i zdrowie odnosi się wyłącznie do sytuacji, gdy zagrożenie to jest nagle i nieprzewidywalne. Stosownie bowiem do przywołanego już 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 przepisy art. 15 ustawy o działalności leczniczej oraz wcześniejszego 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 dentysty 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 11.12.2013 r., I ACa 1205/13).

Zabiegi powtarzające się czy też rozłożone w czasie również mogą być kwalifikowane jako świadczenia udzielone w warunkach natychmiastowego działania, niecierpiącego zwłoki (po wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10.01.2014 r., I CSK 161/13).

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. 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.

Wykonując zalecenie Sądu Apelacyjnego, Sąd Okręgowy przeprowadził dowód z opinii biegłego z zakresu onkologii Z. K. (10), który poddał indywidualnej ocenie każdy z przypadków medycznych zgłoszonych przez powoda i wskazał, że zachodziły bezwzględne wskazania do natychmiastowego udzielenia pomocy ze względu na stan zagrożenia dla życia i zdrowia pacjentów. Biegły odniósł się do charakteru schorzeń i zastosowanych metod leczenia, wskazując, że były one zgodne ze standardami i zapewniały należyte wykonanie świadczenia w sposób znoszący zagrożenia dla życia pacjentów.

Po sporządzeniu obu opinii zasadniczych przez biegłego Z. K. (10) pozwany nie sformułował do nich żadnych zarzutów merytorycznych, po pierwszej opinii wskazując jedynie na jej niekompletność, po drugiej, zaś podważając niektóre z użytych przez biegłego sformułowań, formułując na tej podstawie wnioski o wyłączenie tego biegłego. Sąd uznał tenże wniosek za nieuzasadniony, a jego motywację za nieprzekonywającą. To, że biegły zgłasza zastrzeżenia wobec praktyki N. (...) dotyczącej finansowania opieki zwrotnej, a ściśle braku tego finansowania, nie czyni go jeszcze nieobiektywnym. Tego rodzaju zastrzeżenia zgłaszane są powszechnie, zarówno przez lekarzy i zatrudniających ich podmiotów medycznych, jak i przez samych pacjentów. Nie można wyprowadzić wniosku, aby biegły miał na myśli konkretnie Oddział (...) N. (...) czy też jego kierownictwo lub pracowników, raczej jego wypowiedź odnosiła się do instytucji jako takiej i jej umiejscowienia w systemie finansowania służby zdrowia. W ocenie Sądu nie przekreśla to w żaden sposób merytorycznej przydatności opinii. Nie zachodzą też okoliczności wskazujące na istnienie usprawiedliwionych podstaw do żądania wyłączenia biegłego Z. K. (10).

Pozwany nie zgłosił żadnych merytorycznych uwag do samej opinii, w szczególności do oceny konkretnych pacjentów, ich stanu zdrowia i zastosowanej terapii. W takich okolicznościach niecelowe i całkowicie zbędne byłoby prowadzenie dowodu z opinii kolejnego biegłego tej samej specjalności, zwłaszcza że spowodowałoby to znaczne przedłużenie postępowania, i tak już toczącego się już dłużej niż przeciętne postępowanie cywilne.

Reasumując powyższe, powodowi przysługuje roszczenie o zapłatę wynagrodzenia za objęte oboma pozwami świadczenia udzielone ponad limity umowne w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia pacjentów.

Za nieudowodnione Sąd uznał twierdzenia pozwanego, że świadczenia udzielone pacjentom A. P. (4), M. L. (1), H. S. (5), J. O. (1), K. B. (2), D. L. (1) i E. S. (3) objęte były ugodą i zostały już zapłacone. Pozwany nie wykazał tej okoliczności. Za niewystarczające należy bowiem uznać pochodzące od pozwanego 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 kpc). 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.

Następnie należy zwrócić uwagę, że rozliczenie wartości udzielonych przez powoda świadczeń może odbyć się na podstawie stawek przewidzianych dla świadczeń wykonywanych „równolegle” na podstawie zawartych z pozwanym umów.

Inna jest sytuacja podmiotu, który udziela świadczeń zdrowotnych w ogóle bez umownej podstawy, od podmiotu, który w ramach uzgodnień z N. (...) skalkulował swoją działalność na poziomie zapewniającym funkcjonowanie i realizację statutowych zadań w zakresie przyjętego zobowiązania umownego.

Do ustalania wysokości wynagrodzenia należnego świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej za świadczenie ponadlimitowe wykonane w stanie nagłym, nie ma zastosowania art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych; w takim wypadku wynagrodzenie ustala się w wysokości świadczenia uzyskiwanego na podstawie umowy (uchwała (7) Sądu Najwyższego z dnia 19.03.2019 r., III CZP 80/18; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 07.06.2019 r., I CSK 278/18; wcześniej wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 17.03.2016 r., I ACa 1366/15).

Powód wyliczył swoje należności na podstawie stawek umownych i prawidłowość tego wyliczenia nie budzi wątpliwości.

Nieuzasadniony był zarzut pozwanego dotyczący „zrzeczenia się” spornych roszczeń przez powoda, a tym samym wygaśnięcia zobowiązania. Strony zawierały przez cały rok 2011 szereg kolejnych aneksów, ugód i porozumień, w których zamieszczane były klauzule o zrzeczeniu się przez świadczeniodawcę 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, jaki możnaby wyczytać z ich literalnego brzmienia. 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 pozwany miał zapłacić za zrealizowane przez powoda świadczenia. W okresie obowiązywania umowy czynności te były dokonywane 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 jednakowe w istocie oświadczenie świadczeniodawcy, że zrzeka się wynagrodzenia w różnych zakresach, określonych szczegółowo w tych czynnościach. Klauzula dotycząca zrzeczenia się roszczeń formułowana 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 (...) 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 kc. 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 kc w tych wszystkich wypadkach, w których zakładało zrzeczenie się roszczenia o zapłatę, „chyba że pozwany (...) uzyskałby dodatkowe środki na ten cel”. Przy takim sformułowaniu należało uznać, że strony z góry przewidywały, że w razie zwiększenia planu finansowego pozwanego (...) świadczeniodawca będzie mógł uzyskać zapłatę za świadczenia objęte danym zrzeczeniem. Nie było to więc zastrzeżenie warunku, pod jakim świadczeniodawca zwalniał pozwanego (...) z obowiązku zapłaty. W sytuacji dysponowania przez pozwanego (...) dodatkowymi środkami skutki zrzeczenia zostałyby niejako anulowane. Nie było to również zastrzeżenie terminu, gdyż nie było pewne, czy takimi dodatkowymi środkami pozwany (...) 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 kc.

Bez względu jednak na treść klauzuli zawartej w poszczególnych aneksach, ugodach i umowach, zdaniem Sądu czynności te nie wywołały określonego nimi skutku, tj. zwolnienia z długu, z uwagi na naruszenie przy ich dokonywaniu zasady swobody umów z art. 353¹ kc w zw. z art. 58 kc.

Zgodnie z art. 353⁽¹⁾ kc strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współzycia społecznego. Stosownie zaś do art. 58 § 1 kc 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. Ponadto zgodnie z art. 58 § 2 kc nieważna jest czynność prawna sprzeczna z zasadami współzycia społecznego. 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 współzycia społecznego. O naruszeniu zasad współzycia 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 współzycia 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 (zob. Piotr Machnikowski w: Kodeks cywilny. Komentarz, pod red. Edwarda Gniewka i Piotra Machnikowskiego, Warszawa 2013). Zdaniem Sądu materiał dowodowy, w szczególności zeznania świadków S. W. (1) i B. B. (1), wskazuje na nierówność podmiotów dokonujących tych czynności i wykorzystanie przez pozwanego jego dominującej pozycji przy ukształtowaniu treści umów w taki, a nie inny sposób. Jak wynika z zeznań powołanych świadków powód był informowany telefonicznie o możliwości zawarcia aneksu (porozumienia, ugody) do danej umowy, co zawsze miało związek z uzyskaniem przez pozwanego dodatkowych środków na finansowanie świadczeń, a osoby reprezentujące powoda otrzymywały w Oddziale lub w Delegaturze (...) gotowy do podpisania dokument aneksu, ugody czy porozumienia, w którym określona była dodatkowa kwota, którą (...) 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 (...) ma dodatkowo przeznaczyć na świadczenia. Niejednokrotnie na przygotowanych wcześniej dokumentach widniały już podpisy organu reprezentującego pozwanego. Podpisanie dokumentu o zaproponowanej treści równało się więc uzyskaniu dodatkowych środków na świadczenia, których powód na bieżąco udzielał, a także z zaakceptowaniem zawartej w treści takiego aneksu, porozumienia czy ugody klauzuli o zrzeczeniu się roszczeń wobec pozwanego (...). Nie było możliwości negocjowania treści tej klauzuli czy w ogóle usunięcia jej z aneksu. W istocie więc powód mógł złożyć oświadczenie o treści żądanej przez pozwanego (...) i uzyskać dodatkowe środki na dalszą działalność leczniczą albo nie zgodzić się na podpisanie aneksu (porozumienia, ugody), czego konsekwencją byłoby nieuzyskanie dodatkowych środków finansowych. Presja ekonomiczna, pod jaką działał powód, nie pozwala zatem na uznanie, że zawierając rozważane umowy działał swobodnie. Powód prowadzi działalność leczniczą na podstawie umów, które już w chwili ich zawierania zakładały limity wynagrodzeń niższe niż zapotrzebowanie zgłaszane przez powoda i niższe niż wartość świadczeń, których w danym roku udzielał, wypełniając ciężący na nim 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 i tak już udzielił, powód decydował się na podpisanie aneksu o treści określonej przez pozwanego. Odmowa podpisania aneksu (porozumienia, ugody) i przyjęcia środków pieniężnych wiązałaby się z obciążeniem finansowym, które doprowadzić mogłoby nie tylko do utraty wypłacalności, ale także niemożności dalszego wypełniania przez powoda obowiązków ustawowych wobec pacjentów. Z powyższych względów nie można uznać, aby decyzja powoda 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 pozwanego klauzul dotyczących zrzekania się wszelkich, choć bliżej niekreślonych roszczeń, zdaniem Sądu nosi znamiona wykorzystywania przez pozwanego (...) swojej pozycji dominującej wobec świadczeniodawcy. Jako jednostka uprawniona do dysponowania środkami na finansowanie świadczeń zdrowotnych pozwany (...) miał możliwość dyktowania świadczeniodawcom dogodnych dla siebie warunków. Sąd ma przy tym na uwadze, że pozwany (...) 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. Pozwany musi liczyć się z omówionymi rozszerzonymi skutkami umowy i obowiązkiem sfinansowania świadczeń udzielanych w powyższych warunkach. Oferując zapłatę za część świadczeń udzielonych w wykonaniu ustawowego obowiązku, pozwany przyznawał, że pozostaje zobowiązana do spełnienia tychże świadczeń. Uzależniając jednak wypłatę należnych środków od zawarcia dodatkowej umowy o zwolnienie z długu, pozwany działał sprzecznie z zasadami współżycia społecznego (dobrymi obyczajami), wykorzystując swoją niewątpliwie silniejszą pozycję.

Ponadto również cel zawarcia tych aneksów, ugód czy porozumień można postrzegać jako sprzeczny z normami prawnymi, które kształtują obowiązek udzielenia świadczeń ratujących życie i zdrowie za wynagrodzeniem pochodzącym ze środków publicznych. Zawarcie umowy o zwolnienie z długu, które prowadzi w istocie do przejęcia odpłatności za tego typu świadczenia przez podmiot leczniczy, należy uznać za sprzeczne z celem norm regulujących finansowanie opieki zdrowotnej. Poprzez zawarcie rozważanych umów (aneksów, porozumień, ugód) 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 Rzeczypospolitej Polskiej, 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 powód zrzekał się w nich zapłaty za udzielone świadczenia. W pozostałej części, wobec uregulowania art. 58 § 3 kc, należy je uznać za wiążące.

Niezależnie od powyższego powód złożył pozwanemu oświadczenie o uchyleniu się od skutków prawnych oświadczenia woli o zrzeczeniu się ewentualnych dalszych roszczeń związanych z nadwykonaniami. Powód mógł pozostawać w błędnym, lecz usprawiedliwionym przekonaniu, iż analizowana klauzula ma charakter tymczasowy, związany z aktualnym stanem rozliczeń i nie stoi na przeszkodzie dokonaniu ostatecznego rozliczenia w okresie późniejszym.

Nie ma też znaczenia wskazywana przez pozwanego kwestia samego oznaczania świadczeń w ramach ich raportowania, które ma znaczenie techniczno-rozliczeniowe i wynika jedynie z zarządzenia Prezesa N. (...), nie zaś z przepisów rangi ustawowej. Niedopełnienie czy też uchybienie takiemu wymogowi formalnemu nie może niweczyć roszczenia powoda. Ponadto pozwany miał w każdej sytuacji możliwość pełnej weryfikacji zakresu opieki zdrowotnej udzielonej konkretnemu pacjentowi (por. wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 16.08.2012 r., I ACa 512/12). Wobec powyższego zarzut pozwanego związany z rzekomo wadliwym raportowaniem nie może odnieść skutku.

Reasumując, oba zgłoszone powództwa znajdują co do zasady usprawiedliwioną podstawę faktyczną i prawną.

Jeżeli chodzi o pierwszy pozew, zarejestrowany pierwotnie pod sygnaturą I C 273/13, powód może domagać się zapłaty 1 368 773, 42 zł (jeden grosz mniej niż kwota wskazana w pozwie, co wynika z błędnego zsumowania przez powoda kosztów programów terapeutycznych, które wyniosły łącznie 29 996, 30 zł, a nie 29 996, 40 zł) należności głównej.

Natomiast odsetki za opóźnienie w zapłacie na podstawie art. 481 § 1 kc przypadają powodowi od dnia 05.04.2012 r., tj. po 14 dniach od doręczenia pozwanemu wezwania do zapłaty z dnia 21.03.2012 r. Wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe należy uznać za zobowiązanie bezterminowe, w których termin spełnienia świadczenia nie jest z góry oznaczony ani nie wynika z właściwości zobowiązania, wobec czego spełnienie świadczenia winno nastąpić

niezwłocznie po wezwaniu do wykonania zgodnie z art. 455 kc. Niezwłoczne spełnienie świadczenia pieniężnego w rozumieniu art. 455 kc oznacza spełnienie go w terminie 14 dni (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28.05.1991 r., II CR 623/90, oraz wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 20.03.2012 r., I ACa 191/11). Pierwszym dniem opóźnienia jest zatem dzień 05.04.2012 r. W ocenie Sądu do rozliczenia nie znajduje zastosowania reguła rozliczenia umowy w ciągu 45 dni od zakończenia okresu obrotowego, czyli do 14 lutego roku następnego.

Dalej idące powództwo – objęte pozwem zarejestrowanym pierwotnie pod sygnaturą I C 273/13 – podlegało oddaleniu.

Na podstawie art. 100 zd. drugie kpc powodowi – jako wygrywającemu sprawę praktycznie w całości – przysługuje zwrot kosztów procesu obejmujących:

- wynagrodzenie pełnomocnika w pierwotnym postępowaniu pierwszoinstancyjnym – ustalone na podstawie § 6 pkt 7 w zw. z § 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28.09.2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie – 14 400 zł – z uwagi na czas trwania postępowania, obszerność postępowania dowodowego i skomplikowanie sprawy uzasadniony był wniosek o przyznanie dwukrotności stawki zastępstwa,

- opłatę skarbową od pełnomocnictwa – 17 zł,

- wynagrodzenie pełnomocnika w postępowaniu apelacyjnym – ustalone na podstawie § 13 ust. 1 pkt 2 w zw. z § 6 pkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28.09.2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie – 5 400 zł,

- wynagrodzenie pełnomocnika w ponownym postępowaniu pierwszoinstancyjnym –

ustalone na podstawie § 2 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22.10.2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie w brzmieniu obowiązującym w dacie zwrotu akt sprawy z sądu odwoławczego (22.11.2016 r.) – 10 800 zł,

tj. łącznie 30 617 zł.

Jeżeli chodzi o drugi pozew, zarejestrowany pierwotnie pod sygnaturą I C 274/13, powód może domagać się zapłaty **203 131, 82 zł** należności głównej.

Natomiast odsetki za opóźnienie w zapłacie na podstawie art. 481 § 1 kc przypadają powodowi od dnia 25.04.2012 r., tj. po 14 dniach od doręczenia pozwanemu wezwania do zapłaty z dnia 03.04.2012 r. – według przedstawionej powyżej reguły.

Dalej idące powództwo – objęte pozwem zarejestrowanym pierwotnie pod sygnaturą I C 274/13 – podlegało oddaleniu.

Na podstawie art. 100 zd. drugie kpc powodowi – jako wygrywającemu sprawę praktycznie w całości – przysługuje zwrot kosztów procesu obejmujących:

- wynagrodzenie pełnomocnika w pierwotnym postępowaniu pierwszoinstancyjnym – ustalone na podstawie § 6 pkt 7 w zw. z § 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28.09.2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie – 14 400 zł – z uwagi na czas trwania postępowania, obszerność postępowania dowodowego i skomplikowanie sprawy uzasadniony był wniosek o przyznanie dwukrotności stawki zastępstwa,

- opłatę skarbową od pełnomocnictwa – 17 zł,

- wynagrodzenie pełnomocnika w postępowaniu apelacyjnym – ustalone na podstawie § 13 ust. 1 pkt 2 w zw. z § 6 pkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28.09.2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie – 5 400 zł,

- wynagrodzenie pełnomocnika w ponownym postępowaniu pierwszoinstancyjnym – ustalone na podstawie § 2 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22.10.2015 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie w brzmieniu obowiązującym w dacie zwrotu akt sprawy z sądu odwoławczego (22.11.2016 r.) – 10 800 zł,

tj. łącznie 30 617 zł.

Sąd uznał za niecelowe obciążanie pozwanego niepokrytymi kosztami sądowymi obejmującymi opłaty od pozwu oraz wydatki na wynagrodzenia biegłych, wobec czego obciążył nimi Skarb Państwa.

Mając powyższe na uwadze Sąd podjął rozstrzygnięcia zawarte w sentencji wyroku.