

Sygn. akt I C 707/19

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 listopada 2020 r.

Sąd Okręgowy w Olsztynie – I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący sędzia SO Przemysław Jagosz

Protokolant prac. sąd. Natalia Indyka

po rozpoznaniu w dniu 16 listopada 2020 r., w O., na rozprawie,

sprawy z powództwa **Miejskiego Szpitala (...)** w O.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia - (...) w O.

o zapłatę

I. oddała powództwo;

II. zasądza od powoda na rzecz pozwanego zwrot kosztów procesu w kwocie 15 000 zł.

Sygn. akt I C 707/19

UZASADNIENIE

Ostatecznie, po częściowym cofnięciu pozwu, powodowy Szpital żądał od pozwanego, którego sprecyzował ostatecznie jako Narodowy Fundusz Zdrowia, zapłaty 2 952 115,29 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 3.07.2019 r. do dnia zapłaty oraz z kosztami procesu.

W uzasadnieniu wskazał, że żądana kwota stanowi wynagrodzenia należne mu od pozwanego za świadczenia zdrowotne w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, udzielone w 2018 r. w warunkach przymusu ustawowego, tj. w stanie zagrożenia zdrowia lub życia pacjentów.

Wyjaśnił przy tym, że wprawdzie w ramach łączącej strony umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i ustalonego w niej wynagrodzenia ryczałtowego mieściło się wynagrodzenie za świadczenia w wypadkach nagłych, jednakże jako placówka zakwalifikowana do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nie miał możliwości odmowy zawarcia takiej umowy, ani negocjowania jej warunków, jak również nie było możliwości podwyższenia ryczałtu w toku jej wykonywania poza sytuacjami uregulowanymi przepisami ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i wydanych na jej podstawie aktów wykonawczych.

W ocenie powoda, w związku z takim kształtem stosunku prawnego między stronami, to na pozwanym ciążył obowiązek skalkulowania planu finansowego i warunków umowy w sposób zapewniający należyłą realizację świadczeń, aby kwota ryczałtu przy racjonalnym gospodarowaniu mieściła w sobie zarówno koszty świadczeń planowanych, jak i wszystkich świadczeń ratujących życie lub zdrowie w wypadkach nagłych. Ryczałt był jednak niedoszacowany. Wprawdzie liczba hospitalizacji na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii spadła w porównaniu z latami wcześniejszym, podobnie jak wartość udzielanych tam świadczeń w stosunku do ogólnej wartości wszystkich świadczeń, jednak nie uwzględniono znaczącego wzrostu kosztów tych świadczeń wynikającego m.in. z wymuszonego

wzrostu wynagrodzeń (wzrost płacy minimalnej i podwyżek dla personelu) oraz wzrostu cen leków. Powód nie był również w stanie oszacować liczby świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii. Nie mógł nadto ograniczać w sposób zbyt radykalny liczby świadczeń planowych zakładając że zabezpieczone w ten sposób środki potencjalnie przeznaczy na świadczenia nagłe, jeżeli się pojawią, gdyż w pierwszej kolejności kierował się względami medycznymi, a nie finansowymi, i dążył do takiej organizacji udzielania świadczeń, by zapewnić zrównoważony dostęp wszystkich pacjentów do świadczeń.

Jako podstawę prawną dochodzonego roszczenia, powód wskazał przepisy art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, względnie art. 632 Kodeksu cywilnego lub art. 15 ustawy o działalności leczniczej i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza (por. plan rozprawy pkt IX – k. 10 568v – tom LIII).

Pozwany wniósł oddalenie powództwa i zwrot kosztów procesu.

W uzasadnieniu wskazał, że w ramach łączącej strony umowy w zamian za kwotę ryczałtu powodowy Szpital zobowiązał się do udzielania świadczeń w zakresie poszczególnych profili, w tym anestezjologii i intensywnej terapii, niezależnie od tego, czy były udzielane w sposób planowy, czy w sytuacjach nagłych. Umowa nie określała liczby świadczeń, ani ich jednostkowych kosztów, lecz obejmowała globalną kwotę ryczałtu, jaką pozwany zobowiązywał się zapłacić za kompleksową usługę udzielania świadczeń w ramach zakontraktowanych u niego profili. Powód sam natomiast decydował, w jaki sposób rozdysponuje kwotę ryczałtu na poszczególne profile. W ocenie pozwanego dane dotyczące liczby świadczeń utrzymujących się na podobnym lub zmniejszonym poziomie, przy uwzględnieniu rezerwy zabezpieczonej na podstawie poprzednich okresów pozwalały powodowi na oszacowanie ich wartości nawet przy wzroście kosztów i stosowne przesunięcia środków, względnie odroczenie planowanych świadczeń przez przesunięcia w ramach kolejki pacjentów na nie oczekujących. Z pozwu natomiast wynika, że nastąpił wzrost liczby świadczeń planowanych, a nadto, że wstępnego podziału środków powód dokonał już na początku 2018 r. i przyjął, że będzie finansował i rozliczał świadczenia „chronologicznie” – według daty wypisu pacjenta (k. 26 pozw str. 14 odpowiedzi na pozew), co trudno uznać za racjonalne. Miał tymczasem możliwość przesunięcia świadczeń planowych i rozliczonych w 2018 r. np. w zakresie chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, urologii, ginekologii, chirurgii szczękowo-twarzowej, ortopedii i traumatologii (wyszczególnionych na str. 15 i 16 odpowiedzi na pozew).

Odnośnie do wzrostu kosztów świadczeń i wynagrodzeń pozwany wskazał, że w 2018 r. przekazał powodowi środki finansowe na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w kwocie 4 306 632,09 (w tym w ramach umowy 4 304 798,41 zł), co w pełni pokryło ten wzrost, a powód nie występował do niego na podstawie odpowiednich przepisów z wnioskami o środki na wzrost wynagrodzeń ratowników medycznych i lekarzy specjalistów (str. 18 odpowiedzi na pozew),

Sąd ustalił i zważył, co następuje:

W świetle twierdzeń stron, przedstawionych przez nie i niekwestionowanych dokumentów oraz zeznań świadków poza sporem było, że:

1) na podstawie przepisów ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (w brzmieniu uwzględniającym nowelizację z 23.03.2017 r. – dalej jako u.ś.o.z.) wprowadzono system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (dalej jako (...)), a powoda zakwalifikowano do tego systemu,

2) w dniu 27.09.2017 r. strony zawarły umowę w systemie (...) na okres od dnia 1.10.2017 r. do 30.06.2021 r., obejmującą m.in. profil anestezjologia i intensywna terapia, w ramach której kwota ryczałtu za świadczenia objęte takim wynagrodzeniem wynosiła:

a) w okresie rozliczeniowym od 1.01.2018 r. do 30.06.2018 r. – **24 258 348 zł**,

a) w okresie rozliczeniowym od 1.07.2018 r. do 31.12.2018 r. – **24 684 927 zł**,

b) globalna kwota ryczałtu za cały 2018 rok stanowiła sumę tych dwóch składników, przy czym uwzględnia ona dwukrotne podwyższenie ryczałtu w ciągu tego roku

3) zawarcie umowy w systemie (...) nastąpiło w trybie art. 159a u.ś.o.z., tj. na wniosek dyrektora (...) pozwanego, czyli bez konkursu ofert i rokowań, a nadto na podstawie:

a) na podstawie ogólnych warunków umów wynikających z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z 8.09.2015 r. – wydanego na podstawie upoważnienia z art. 137 ust. 2 u.ś.o.z.,

a) na podstawie zarządzeń Prezesa NFZ z dnia 10.08.2017 r. i 29.06.2018 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie (...), które nie podlegały negocjacjom z poszczególnymi szpitalami, natomiast ich wdrażanie odbywało się w trybie publicznym przez zbieranie uwag od świadczeniodawców i podlegało zatwierdzeniu przez Ministra Zdrowia.

4) ustalenie wynagrodzenia ryczałtowego wskazanego w umowie nastąpiło w sposób wskazany w art. 136 c u.ś.o.z., tj.:

a) z uwzględnieniem wysokości środków finansowych zaplanowanych na finansowanie świadczeń w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia, określoną w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, sporządzonym na podstawie art. 131b ust. 1 u.ś.o.z.,

a) w pierwszym okresie rozliczeniowym na podstawie art. 5 ustawy z 23.03.2017 r. o zmianie u.ś.o.z., która wprowadziła (...), oraz wydanego na tej podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20.06.2017 r., czyli z uwzględnieniem danych za 2015 r., lecz wyceny świadczeń z daty wejścia w życie ustawy zmieniającej u.ś.o.z.,

b) w kolejnych okresach rozliczeniowych na podstawie art. 136 c u.ś.o.z. i wydanego na tej podstawie (ust. 6) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22.09.2017 r., czyli z uwzględnieniem danych za poprzedni okres rozliczeniowy finansowanych w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia i cen tych świadczeń oraz dodatkowych parametrów uszczegółowionych wskazanym rozporządzeniem,

c) bez ustalania liczby świadczeń, jakie ma wykonać Szpital w danym okresie, ani bez ustalania kosztów ich wykonania,

d) bez wskazania, jak ustalony ryczałt ma być podzielony na poszczególne profile, ani bez wskazania, jakie środki mają być zabezpieczone na świadczenia udzielane planowo, a jakie na udzielane w wypadkach nagłych,

5) sposób podziału ryczałtu na sfinansowanie poszczególnych profili i świadczeń zależał wyłącznie od powoda,

6) powód dokonał wstępnego podziału środków na początku 2018 r., przyjmując, że będzie je rozliczał chronologicznie,

7) w trakcie całego roku ten podział środków nie był już zmieniany poza zmianą wynikającą z podwyższenia ryczałtu w kwietniu i październiku 2018 r., które to podwyżki zostały przeznaczone na zbilansowanie świadczeń wykonywanych m.in. na (...),

8) liczba świadczeń udzielanych w 2018 r. na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii spadła w porównaniu z latami wcześniejszymi, przy czym wszystkie te świadczenia mają charakter nagły i ratujący życie,

9) wzrost liczby lub kosztów świadczeń udzielanych w danym okresie rozliczeniowym był uwzględniany w ramach ustalania ryczałtu na następny okres rozliczeniowy – stosownie do przepisów rozporządzeń wykonawczych do u.ś.o.z.,

10) w 2018 r. nastąpił wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, ratowników medycznych i lekarzy specjalistów,

11) w 2018 r. pozwany przekazał powodowi środki finansowe na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych – w zakresie, w jakim powód o to wystąpił,

12) w 2018 r. powód nie występował do pozwanego z wnioskiem o środki na wzrost wynagrodzeń ratowników medycznych, gdyż tacy nie byli u niego zatrudnieni,

13) w 2018 r. powód nie występował do pozwanego z wnioskiem o środki na wzrost wynagrodzeń lekarzy specjalistów, gdyż wzrost tych wynagrodzeń nie wynikał z przepisów powszechnie obowiązujących, a z negocjacji z tymi lekarzami (por. wyjaśnienia w piśmie z dnia 10 czerwca 2020 r. - t. LII akt - k. 10 334v-10 335),

14) w 2018 r. przeliczenie ryczału następowało w związku z koniecznością uwzględnienia kolejnych okresów rozliczeniowych, które w tamtym okresie były półroczne. Poza tym zmiana ryczału mogła nastąpić w przypadkach określonych w art. 136 c u.ś.o.z. Mogła również nastąpić zmiana wyceny, przy czym decyzję w tym zakresie podejmował prezes NFZ na podstawie przepisów rozporządzenia, uwzględniając zmiany kosztów oraz współczynniki korygujące ustalane dla grup szpitali,

15) w 2018 r. nastąpił wzrost liczby świadczeń planowanych i rozliczonych, a zmniejszyła się liczba hospitalizacji na (...) (zestawienie stosunku świadczeń nagłych do planowanych na wszystkich profilach objętych (...) w podziale na poszczególne miesiące w ciągu całego 2018 r. obrazuje wykres - zestawienie nr 4 - k. 10 195 – tom LI),

16) świadczenia objęte pozwem były udzielane w warunkach stanu zagrożenia życia i zdrowia (tzw. świadczenia nagłe),

17) ustalenie ryczału na 2018 r. następowało w grudniu 2017 r. na podstawie danych z poprzednich okresów rozliczeniowych przy zastosowaniu wzoru z rozporządzenia Ministra Zdrowia,

18) korekta ryczału następowała po zakończeniu okresu rozliczeniowego kończącego się z końcem grudnia 2017 r. i była dokonywana w marcu 2018 r.,

19) kolejna korekta następowała po zakończeniu kolejnego okresu rozliczeniowego kończącego się z końcem czerwca 2018 r. i była dokonywana we wrześniu 2018 r., a realizowana w październiku 2018 r.,

20) wzrost kosztów świadczeń był uwzględniany w ramach współczynnika korygującego wskazanego w § 2 pkt 40 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ryczału,

21) wysokość czynnika korygującego ustalał prezes NFZ na podstawie przepisów wydanych zgodnie z upoważnieniem z art. 137 ust. 2 u.ś.o.z.,

22) ustalona kwota ryczału była przekazywana w częściach - co miesiąc, względnie dwa razy w miesiącu.

(por. tom LIII - plan rozprawy k. 10 565-10 569 i zeznania świadków za adnotacjami k. 10 581-10 584)

Sąd zważył, co następuje:

W świetle poczynionych w sprawie ustaleń powództwo nie mogło zostać uwzględnione.

W pierwszym rzędzie należy wskazać, że w odniesieniu do faktów strony nie pozostawały w sporze, który ograniczał się w istocie do interpretacji wynikających z tych faktów skutków prawnych.

W konsekwencji za ustalone należało uznać przytoczone powyżej fakty objęte wypowiedziami stron ujętymi w planie rozprawy i potwierdzone przedłożonymi dokumentami oraz zeznaniami świadków.

Na ich gruncie nie ulega wątpliwości, że strony łączyła umowa zawarta w systemie (...) w trybie określonym w art. 159a u.ś.o.z.

Zgodnie z art. 136c ust. 1 u.ś.o.z. świadczenia opieki zdrowotnej udzielane na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a, są finansowane w formie ryczału systemu zabezpieczenia, poza świadczeniami wyodrębnionymi na podstawie art. 136 ust. 2.

Nie było przy tym przedmiotem sporu, że świadczenia z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w 2018 r., których dotyczył pozew, nie były świadczeniami wyodrębnionymi na podstawie art. 136 ust. 2 u.ś.o.z.

Zgodnie z przepisami art. 136c ust. 2 i 3 u.ś.o.z. wysokość ryczałtu systemu zabezpieczenia ustalało się **za okres rozliczeniowy określony w umowie**, nie dłuższy niż rok kalendarzowy, a przy ustalaniu wysokości ryczałtu dla danego świadczeniodawcy uwzględniało się:

- 1) wysokość środków finansowych zaplanowanych na finansowanie świadczeń w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia, określoną w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 131b ust. 1;
- 2) dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych za poprzedni okres rozliczeniowy finansowanych w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia w zakresie:
 - a) liczby i rodzaju udzielonych świadczeń,
 - b) cen udzielonych świadczeń,
 - c) parametrów jakościowych związanych z procesem udzielania tych świadczeń;
- 3) parametry dotyczące relacji liczby świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych i sprawozdanych przez świadczeniodawcę w poprzednich okresach rozliczeniowych, odpowiadające wzrostowi lub spadkowi liczby tych świadczeń.

Nie było nadto wątpliwości, że sposób ustalania ryczałtu nie był zależny od pozwanego, a wynikał z przepisów rozporządzeń Ministra Zdrowia z dnia 20.06.2017 r. oraz z dnia 22.09.2017 r. - wydanych na podstawie delegacji ustawowych (zawartych najpierw w art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 23.03.2017 r. o zmianie u.ś.o.z., a następnie w art. 136 c ust. 6 pkt 1 u.ś.o.z.).

Dodać trzeba, że nie było również kwestionowane, że przy obliczaniu ryczałtu należnego powodowemu Szpitalowi pozwany zastosował się do wzmiankowanych przepisów, natomiast istotą stawianych mu zarzutów było to, że kwota ryczałtu była niedoszacowana.

W tym stanie rzeczy wskazać należy, że istotą wynagrodzenia ryczałtowego w systemie (...), wprowadzonego na podstawie powołanej zmiany u.ś.o.z., było przyjęcie, że każdy szpital funkcjonujący w tym systemie uzyskuje w danych okresie rozliczeniowym określoną kwotę ze środków publicznych z przeznaczeniem na działalność leczniczą w profilach objętych tym systemem.

(...) wyliczenia tej kwoty wynikał z przepisów ustawy oraz wydanych na jej podstawie aktów wykonawczych i odnosił się do parametrów ustalanych na podstawie sprawozdań z poprzednich okresów rozliczeniowych składanych przez dany szpital.

Jednocześnie ustawodawca określił przypadki, w których mogło dojść do zmiany ryczałtu w danym okresie rozliczeniowym, a nadto wprowadził mechanizm, który uwzględniał zmiany liczby świadczeń lub kosztów ich udzielania w danym okresie rozliczeniowym, przy ustalaniu ryczałtu na kolejny okres.

Przy takim ujęciu finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych oczywistym jest również – co zresztą nie było kwestionowane - że podział środków z ryczałtu na poszczególne objęte nim profile pozostawał w wyłącznej gestii szpitala. Oznacza to, że wyłącznie Szpital był upoważniony do dysponowania tymi środkami w trakcie okresu rozliczeniowego i odpowiedzialność za ten podział również spoczywała wyłącznie na nim.

O ile zatem w trakcie okresu rozliczeniowego doszłoby do zmian w zakresie liczby świadczeń udzielonych w poszczególnych profilach, względnie wzrostu kosztów udzielania tych świadczeń, do wyłącznej właściwości szpitala pozostawał sposób reakcji na te zdarzenia, w tym dokonanie modyfikacji podziału środków między poszczególne

profile, przy zapewnieniu realizacji obowiązków ustawowych w zakresie udzielania świadczeń w wypadkach nagłych objętych dyspozycjami art. 15 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (u.d.l.) i art. 30 ustawy z dnia 5.12.1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (u.z.l.).

Zmiana sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnych ze środków publicznych w systemie (...) dokonana na podstawie nowelizacji u.ś.o.z. z dnia 23.03.2017 r. wyeliminowała natomiast możliwość przyjęcia, że w ramach umów zawieranych w tym systemie, strony, czyli szpital i (...), określały konkretną liczbę świadczeń w konkretnych profilach objętych systemem lub koszt ich wykonania. Te parametry były jedynie jedną z podstaw, na której opierał się system wyliczenia ryczałtu na dany okres rozliczeniowy. Co istotne, parametry te ujmują się w ujęciu „historycznym”, tj. w ten sposób, że dane z poprzedniego okresu są uwzględniane w obliczaniu ryczałtu na kolejny okres. Prowadzi to do oczywistego wniosku, że o ile założyć stały wzrost liczby świadczeń lub stały wzrost ich kosztów (np. z uwagi na procesy inflacyjne), ryczałt na dany okres rozliczeniowy nigdy nie będzie odzwierciedlał aktualnego stanu w tym okresie, lecz będzie wypadkową danych z okresu wcześniejszego,

Konsekwencją opisaną zmiany przepisów jest również to, że określenie liczby świadczeń wykonywanych za środki z ryczałtu, pozostawione zostało do decyzji konkretnego szpitala w ramach jego planu finansowego.

Powtórzyć wypada, że jednocześnie oznacza to, że o ile szpital nie doszacował liczby świadczeń na danym profilu w trakcie danego okresu rozliczeniowego, w jego wyłącznej gestii pozostawał sposób reakcji na takie zdarzenie.

Do jego decyzji należało zatem, czy wobec wzrostu liczby lub kosztów świadczeń w danym profilu powinno się ograniczyć liczbę świadczeń udzielanych w innych profilach, czy też szukać oszczędności w kosztach swojej działalności. Tym samym ryzyko związane z niedoszacowaniem kosztów działalności w poszczególnych profilach objętych (...) zostało przerzucone na świadczeniodawcę (szpital), przy czym w ramach takiego systemu wyrównanie ewentualnych strat świadczeniodawcy wynikających z takiego niedoszacowania, z mocy ustawy miało nastąpić w ramach ustalania ryczałtu na kolejny okres rozliczeniowy (por. w tym zakresie zeznania świadka A. Ś. za adnot. k. 10 583 - tom LIII).

Pozwany miał natomiast obowiązek weryfikacji ryczałtu w ramach korekty przewidzianej przepisami wskazanych wyżej rozporządzeń oraz w przypadku wzrostu kosztów świadczeń wynikających ze zmian narzuconych przez ustawodawcę.

Ponieważ strony łączyła umowa, którą zawierano w ramach przymusu ustawowego i na podstawie rygorów ustanowionych ustawą, zgodnie z art. 6 Kodeksu cywilnego (k.c.), art. 354-355 k.c. oraz art. 471 k.c., zważywszy na powołane podstawy prawne powództwa, dla ewentualnego uwzględnienia żądania w pierwszym rzędzie konieczne było wykazanie przez powoda, że doszło do niewykonania lub nienależytego wykonania przez pozwanego obowiązków wynikających z tej umowy oraz powstania w związku z tym szkody (straty), zaś – w przypadku wykazania tych okoliczności – obowiązkiem pozwanego było wykazanie, że niewykonanie lub nienależyte wykonanie obowiązków z umowy nie było następstwem okoliczności, za które ponosi odpowiedzialność.

Z poczynionych w sprawie ustaleń wynika, że pozwany wywiązał się z obowiązków wynikających z umowy i ustawy oraz wydanych na jej podstawie rozporządzeń. Nie zgłoszono żadnych konkretnych zarzutów dotyczących naruszenia przepisów dotyczących sposobu ustalenia ryczałtu na 2018 r., a nadto nie było kwestionowane, że pozwany dokonał stosownych korekt ryczałtu w kwietniu i październiku 2018 r., a nadto – na wniosek Szpitala – przekazał kwoty wynikające ze narzuconego ustawą wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych.

Z niekwestionowanych twierdzeń stron oraz zeznań świadków wynika nadto, że powód dokonał wstępnego podziału środków z ryczałtu na początku 2018 r., przyjmując, że będzie je rozliczał chronologicznie, a w trakcie całego roku ten podział nie był już zmieniany poza zmianą wynikającą z podwyższenia ryczałtu w kwietniu i październiku 2018 r. Podwyżki ryczałtu uzyskane w tych miesiącach zostały natomiast przeznaczone na zbilansowanie m.in. świadczeń udzielonych na (...), które nie zmieściły się w limicie na ten oddział przyjętym w pierwotnym planie powoda. Z zeznań świadków wynika jednocześnie, że ostatecznie nie dokonywano modyfikacji założonego pierwotnie podziału

środków, ani nie ograniczono liczby świadczeń udzielanych w innych profilach, w oczekiwaniu na to, że albo nastąpi spodziewany pod koniec roku spadek ogólnej liczby świadczeń, względnie pozwany zapłaci za tzw. nadwykonania, jak to czynił w latach ubiegłych na podstawie zmienionych i nieobowiązujących już przepisów (por. zeznania. św. A. Ś. i J. S.-C. – k. 10 582-10 584 – tom LIII).

Jednocześnie – w świetle bezspornych twierdzeń stron – nie ulega wątpliwości, że liczba świadczeń udzielanych w 2018 r. na (...) spadła w porównaniu z latami wcześniejszymi, natomiast powód podniósł wynagrodzenia lekarzom u siebie zatrudnionym w ramach negocjacji przeprowadzonych we własnym zakresie bez obowiązku ustawowego w tym zakresie.

W tym stanie rzeczy trudno uznać, aby powód wykazał, aby pozwany w jakimkolwiek zakresie odpowiadał za poniesienie kosztów świadczeń objętych pozwem.

Po pierwsze, nie wykazano, aby ryczałt systemu zabezpieczenia w tym profilu został ustalony niezgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami u.ś.o.z. i wydanymi na ich podstawie aktami wykonawczymi.

Po drugie, nie ma wątpliwości, że za podział środków z ryczałtu na dane profile, w tym (...), nie odpowiadał pozwany, gdyż odpowiedzialność w tym zakresie spoczywała na powodzie.

Po trzecie, skoro umowa zawarta przez strony nie przewidywała żadnych danych liczbowych dotyczących liczby świadczeń na poszczególnych profilach, jakich ma udzielić powód w ramach ryczałtu, bezasadnym jest twierdzenie, że pozwany odpowiada za świadczenia udzielone ponad limit, którego wszakże nie ustalano. Staje się to tym bardziej oczywiste, gdy zważyć, że z poczynionych ustaleń wynika, że liczba świadczeń na (...) w okresie objętym pozwem spadła w stosunku do poprzedniego okresu rozliczeniowego, co wydaje się świadczyć wyłącznie o tym, że o ile środki z ryczałtu w części zaplanowanej przez powoda na (...) w 2018 r. okazały się niewystarczające, to odpowiedzialność za to ponosi wyłącznie powód, gdyż opracowanie planu podziału tych środków pozostawało w jego wyłącznej kompetencji.

Po czwarte, nawet jeżeli doszło do wzrostu kosztów udzielania świadczeń na (...), w wyłącznej kompetencji powoda pozostawała decyzja co do sposobu reakcji na ten stan rzeczy, w tym dokonanie zmian w planie podziału środków. W tym zakresie powód mógł zarówno dokonać przesunięcia środków między profilami, ograniczając np. liczbę przyjęć planowych na innych profilach i dokonując zmian w zakresie kolejności udzielania świadczeń, do czego upoważniały go przepisy art. 20 u.ś.o.z., a czego ostatecznie nie wykonano.

W konsekwencji powyższych uwag, w ocenie Sądu nie można pozwanemu przypisać odpowiedzialności za pokrycie kosztów świadczeń udzielonych przez powoda na (...) w zakresie objętym pozwem. Pozwany wywiązał się z umowy zawartej z powodem należycie, a powód nie wykazał w żadnej mierze, by zobowiązania z niej wynikające nie zostały wykonane, gdyż ryczałt i jego korekty zostały wypłacone zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Powtórzyć przy tym trzeba, że ewentualne zwiększenie liczby lub kosztów świadczeń udzielanych w profilu anestezjologia i intensywne terapie w 2018 r. miało znaleźć odzwierciedlenie w wysokości ryczałtu na 2019 r. i – jak wynika z zeznań świadków – zostało uwzględnione w ramach parametrów określonych przepisami u.ś.o.z. i wydanych na jej podstawie rozporządzeń. Oznacza to, że pozwany wykonał zobowiązanie płynące z umowy i przepisów, na podstawie których została zawarta, zatem nie ma podstaw do przypisania mu odpowiedzialności za jego niewykonanie.

Nie ma również podstaw do uznania, że po zmianie przepisów u.ś.o.z. dotyczących finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych w ramach (...), samostanną podstawę prawną do finansowania jakichkolwiek świadczeń objętych tym systemem w zakresie objętym pozwem stanowiły przepisy art. 15 u.d.l. i art. 30 u.z.l.

Nie ulega wątpliwości, że świadczenia objęte pozwem miały charakter świadczeń udzielonych w sytuacji objętej tymi przepisami, jednak - jak wskazano już wyżej - były one objęte ryczałtem systemu zabezpieczenia, którego podział na poszczególne profile, w tym świadczenia udzielane w sytuacjach nagłych, należał wyłącznie do powoda, a w żaden sposób nie był zależny od pozwanego.

W niniejszej sprawie nie ma nadto żadnych podstaw do zastosowania przepisu art. 632 k.c.

Zgodnie z jego brzmieniem, w przypadku **umowy o dzieło**, jeżeli strony umówiły się o wynagrodzenie ryczałtowe, przyjmujący zamówienie **nie może** żądać podwyższenia wynagrodzenia, chociażby w czasie zawarcia umowy nie można było przewidzieć rozmiaru lub kosztu prac (§ 1). Jeżeli jednak wskutek zmiany stosunków, której nie można było przewidzieć, wykonanie dzieła groziłoby przyjmującemu zamówienie rażącą stratą, sąd może podwyższyć ryczałt lub rozwiązać umowę (§ 2).

Na tym tle należy wskazać trzeba na kilka kwestii.

Po pierwsze, wskazany przepis odnosi się do umowy o dzieło, a zatem innej umowy niż łącząca strony. Nie jest zatem możliwe zastosowanie go wprost, a jedynie przez analogię, co – zgodnie z zasadami prawa cywilnego – może nastąpić wówczas, jeżeli regulacja prawna dotycząca danego stosunku prawnego nie zawiera własnych rozwiązań w danym zakresie (występuje luka prawna). Na gruncie niniejszej sprawy oczywistym jest natomiast – co wskazano powyżej – że regulacja prawna dotycząca umowy łączącej strony przewiduje własne mechanizmy dotyczące zmiany ryczałtu, zarówno w odniesieniu do danego okresu rozliczeniowego, jak i kolejnych okresów, uwzględniając zmiany zachodzące w trakcie wykonywania umowy.

Po drugie, powód nie wykazał, aby w toku wykonywania umowy doszło do zmiany stosunków, której nie można było przewidzieć i wskutek której wykonanie umowy groziłoby mu rażącą stratą.

Jak już bowiem wyjaśniono, do jego wyłącznej kompetencji należał sposób podziału środków przyznanych z ryczałtu oraz sposób reakcji na zmiany w sytuacji rynkowej.

Nie ma wątpliwości, że w 2018 r. doszło do zmiany w wynagrodzeniu części jego personelu, której nie mógł przewidzieć, gdyż wynikał z ustaw przyjętych przez Państwo (pielęgniarki i położne). Niemniej, na skutki finansowe wynikające z tej akurat zmiany powód otrzymał dodatkowe środki. Zmiany w wynagrodzeniach innych grup zawodowych (lekarze) nie były ustawowo konieczne, zatem skala tych zmian i ich skutki pozostawały w gestii powoda, co jednocześnie oznacza, że nie odpowiada za to pozwany.

Powód nie wykazał również, aby wykonanie umowy groziło mu rażącą stratą.

Po pierwsze, skala wydatków, jakie miał ponieść na dodatkowe i nieprzewidziane przez siebie świadczenia pozostaje nieznaczna w stosunku do całego ryczałtu na 2018 r. (ok.3 mln zł straty w stosunku do 49 mln zł ryczałtu na ten rok).

Po drugie, kwota objęta pozwem została wyliczona jako różnica między wartością świadczeń udzielonych przez powoda w 2018 r. przy przyjęciu dowolnego wskaźnika, a wartością ryczałtu na ten rok ustalonego przy pomocy parametrów ustawowych i nie ma pewności, że obejmuje wyłącznie świadczenia z profilu objętego pozwem (por. zeznania A. Ś. za adnot. k. 10 583 – tom LIII), co sprawia, że wyliczenia straty mają charakter wyłącznie przybliżony i bez związku z rzeczywistymi kosztami w tym profilu.

W konsekwencji, w ocenie Sądu, nie było żadnych podstaw faktycznych i prawnych do uwzględnienia powództwa, wobec czego podlegało ono oddaleniu, o czym orzeczono w pkt. I sentencji wyroku.

Zgodnie art. 98 Kodeksu postępowania cywilnego (k.p.c.) strona przegrywająca proces jest obowiązana do zwrotu jego kosztów stronie wygrywającej. Ponieważ powód przegrał proces, był zobowiązany do zwrotu jego kosztów na rzecz pozwanego. Koszty te obejmowały wynagrodzenie pełnomocnika pozwanego (radcy prawnej) w wysokości wynikającej z § 2 pkt 8 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22.10.2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych i zasądzono je w pkt. II sentencji wyroku.