

Sygn. akt I C 462/11

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

30 kwietnia 2013 r.

Sąd Okręgowy we Wrocławiu I. Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący SSO Rafał Cieszyński

Protokolant Ewelina Kiałka

po rozpoznaniu na rozprawie 25 kwietnia 2013 r. we Wrocławiu

sprawy z powództwa Wojewódzkiego Centrum (...) z siedzibą w J.

przeciwko (...)we W.

o zapłatę

I. oddała powództwo;

II. umarza postępowanie w części, to jest w zakresie cofniętego pozwu;

III. zasądza od powoda Wojewódzkiego Centrum (...)z siedzibą w J.na rzecz pozwanego (...)weW.kwotę 7.200 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego;

IV. obciążą Skarb Państwa opłatą od pozwu, od uiszczenia której powód został zwolniony.

Sygn. akt I C 462/11

UZASADNIENIE

Powód (...)w J.pozwem z 18 kwietnia 2011 r. domagał się zasądzenia od pozwanego (...)weW.kwoty 1.907.843,17 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od 15 lutego 2011 r. do dnia zapłaty oraz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego – z uwagi na zawily charakter sprawy – w podwójnej wysokości, a to w kwocie 14.400 zł.

W uzasadnieniu podał, że 27 stycznia 2010 r. zawarł z pozwanym umowę numer (...)o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne – chemioterapia, na podstawie której, powód zobowiązał się do udzielenia w roku 2010 świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju leczenie szpitalne w zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik numer 1 do umowy. Kwota zobowiązania Oddziału (...)wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od 01 stycznia 2010 r. do 31 grudnia 2010 r. miała wynieść maksymalnie 6.126.102 zł. Poszczególnymi aneksami do umowy kwota ta została zwiększona – ostatecznie do kwoty 6.126.150 zł. Powód podkreślił, że realizowała świadczenia opieki zdrowotnej zgodnie z postanowieniami łączącej strony umowy z 27 stycznia 2010 r. oraz aneksów do umowy, na zasadach określonych w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i z poszanowaniem przepisów prawa. Za każdy miesiąc wystawiane były faktury rozliczeniowe z (...) obejmujące wykonania w ramach tak zwanego limitu oraz faktury za tak zwane „nadwykonania”.

Powód podkreślał, że obowiązujące zasady pozbawiają go możliwości wpływania na sposób rozliczenia świadczeń, jednakże aneksy do umowy sporządzane były między innymi w związku z uznawaniem przez pozwanego obowiązku

płatności za świadczenia mimo braku kontraktu. Jednakże decyzje w tym zakresie podejmowane były przez (...) nie w oparciu o charakter udzielonych świadczeń, lecz w miarę posiadanych środków finansowych. Powód wskazał, że z tych przyczyn właśnie dochodzi zapłaty za świadczenia nieobjęte umową – odwołując się do umowy z aneksami, a więc wynikającego z tych dokumentów sposobu finansowania świadczeń.

Powód wskazał, że wartość świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom ubezpieczonym przez (...)w J.przekraczała limity umowne. Ostatecznie (...) w J.wykonał świadczenia zdrowotne w rodzaju leczenia szpitalnego w zakresie chemioterapia o łącznej wartości 1.907.844 zł. Wartość ta stanowi kwotę objętą przez powoda petitum pozwu. Zdaniem powoda leczenie szpitalne na Oddziale onkologicznym z uwagi na bezpośrednie zagrożenie życia i zdrowia w razie nie podjęcia leczenia, należy zakwalifikować jako leczenie ratujące życie i zdrowie pacjentów.

W dalszej części uzasadnienia powód odwołał się do treści art. 7 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r., nr 14, poz. 89 z późn. zm.) i art. 30 ustawy z 05 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2008 r., nr 136, poz. 857 z późn. zm.) i podał, że wszystkie ponadlimitowe świadczenia zdrowotne będące przedmiotem pozwu zostały wykonane w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów. Wszyscy pacjenci wykazani w załączonym do pozwu wykazie wymagali pilnej diagnostyki lub leczenia. Udzielone świadczenia były ratującymi życie lub zdrowie, a ich niewykonanie spowodowałoby skutki w postaci śmierci lub trwałego uszczerbku na zdrowiu. Pozwany powinien zatem zapłacić powodowi za wykonanie tych świadczeń, pomimo iż zostały one wykonane ponad przewidziany umową limit.

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

Uzasadniając żądanie odsetek, powód podniósł, że żądanie to uzasadnione jest § 27 ust. 2 ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 06 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r., nr 81, poz. 484), zgodnie z którym zamknięcie okresu rozliczeniowego odnoszącego się do świadczeń wykonanych w roku 2010 nastąpiło z 14 lutego 2011 r.

W odpowiedzi na pozew pozwany (...)weW.wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według nom przepisanych.

Pozwany przyznał, że strony łączyła umowa numer (...) z 27 stycznia 2010 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne – chemioterapia, wraz z zawartymi do tej umowy aneksami.

Pozwany zarzucił dalej, że w oparciu § 4 umowy – zwiększana aneksami kwota zobowiązania (...)ustalona została – ostatecznie aneksem numer (...)– na 6.176.441 zł i została – na rzecz (...) – w całości zapłacona.

Zdaniem pozwanego, łącząca strony umowa jest swoistym kompromisem między możliwościami (...), który nie jest odpowiedzialny za wysokość środków jakie otrzymuje na świadczenia zdrowotne, a potrzebami świadczeniodawców, czego powód – musi być świadomy.

Pozwany wyjaśnił w tym miejscu, że kwota zobowiązania (...)wobec powoda i innych świadczeniodawców zawarta w umowie (za wyjątkiem kwoty zobowiązania dotyczącej świadczeń nielimitowanych) jest **ustalana obligatoryjnie z mocy ustawy** [art. 136 pkt 5 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)] i **ma charakter maksymalny** (wniosek z brzmienia art. 135 ust. 2 ustawy, zgodnie z którym (...)realizuje zasadę jawności umów przez zamieszczenie na swojej stronie internetowej informacji o każdej zawartej umowie, z uwzględnieniem m.in. **maksymalnej kwoty zobowiązania (...) wobec świadczeniodawcy wynikającej z zawartej umowy**).

Pozwany, wskazując na treść przepisu art. 132 ust. 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym, podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez (...)jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą, a Dyrektorem Oddziału (...), podkreślił, że **mowy zawierane przez (...)ze świadczeniodawcami obejmują świadczenia opieki zdrowotnej zarówno planowe, jak i udzielane w trybie nagłym** w rozumieniu art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 7 ustawy z 30 sierpnia 1990 r. o zakładach opieki zdrowotnej (j.t. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.) oraz art. 30 ustawy z 05 grudnia 2005 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 z późn. zm.). Konstatacja, iż maksymalna wartość kontraktu wyznacza granice odpowiedzialności kontraktowej (...) (za wyjątkiem świadczeń nielimitowanych) pozostaje w zgodzie z konstytucyjną zasadą zapewnienia każdemu prawa do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1 Konstytucji RP) z uwagi na fakt, iż warunki i zakres udzielania świadczeń określać ma ustawa (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP). Zdaniem pozwanego, najważniejszą ustawą określającą te warunki i zakres udzielania świadczeń jest ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym powołany wyżej jej art. 135 ust. 2 i art. 136 pkt 5.

Skoro zatem, umowa numer (...)reguluje całościową odpowiedzialność kontraktową pozwanego, to – zdaniem pozwanego (...) – brak jest podstaw do konstruowania wobec niego roszczeń na podstawie art. 56 k.c.

Odnosząc się do wskazanej przez powoda podstawy prawnej roszczeń, to jest przepisu art. 7 ustawy z 30 sierpnia 1990 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 z późn. zm.) lub art. 30 ustawy z 05 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 z późn. zm.) pozwany zarzucił, że analiza powyższych unormowań pozwala na sformułowanie poglądu, że aby konkretne świadczenie mogło być zakwalifikowane do kategorii określonej w cytowanych wyżej przepisach, muszą zostać spełnione następujące przesłanki:

- zagrożenie życia lub zdrowia;
- natychmiastowość (nagłość) zagrożenia;
- nieprzewidywalność zagrożenia.

W kontekście powyższych warunków, świadczeniami zdrowotnymi, o których mowa w art. 7 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz w art. 30 ustawy z 05 grudnia 2005 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, objęte zostały w zasadzie stany nagłe i niespodziewane, których nie można przewidzieć (np. pacjent z udarem mózgu, zawałem serca, poszkodowani w wypadkach drogowych). Nie są nimi, zdaniem pozwanego, zabiegi, które wprawdzie ratują życie, jednak stosowane są u chorych leczonych przewlekle, wymagających regularnego poddawania się zabiegom medycznym.

Podstawowym warunkiem jest udowodnienie wykonania świadczeń w warunkach potrzeby ich natychmiastowego udzielenia. Ową potrzebę natychmiastowego udzielenia świadczenia (określona w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej czy w art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry), powołane przez powoda orzeczenia sprowadzają w istocie do pojęcia stanu nagłego zdefiniowanego, poprzez art. 19 w związku z art. 5 pkt. 33 ustawy o

świadczeniach opieki zdrowotne finansowanych ze środków publicznych, w art. 3 pkt 8 ustawy z 08 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2007 r. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.).

Pozwany podniósł, że powód, w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot niniejszego sporu, nie udowodnił wymienionych wyżej przesłanek, to jest udzielenia świadczeń w stanie zagrożenie życia lub zdrowia, natychmiastowości (nagłości) zagrożenia życia oraz nieprzewidywalności zagrożenia. Pozwany okolicznościom tym zaprzeczył.

Pozwany wskazał także na istniejące w orzecznictwie rozbieżności dotyczące problematyki będącej przedmiotem niniejszej sprawy. Zwrócił uwagę, że Sąd Najwyższy wielokrotnie wyrażał pogląd, że świadczeniodawcy nie przysługuje wobec (...) roszczenie o wynagrodzenie za świadczenia nie mieszczące się w limicie ustalonym w umowie. Przyznanie świadczeniodawcom roszczenia o zapłatę za świadczenia ponadlimitowe spełnione w sytuacjach objętych obowiązkiem przewidzianym w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, oznaczałoby w istocie odmowę uznania doniosłości prawnej wskazanych umów (wyroki z 07 sierpnia 2003 r., sygn. akt IV CKN 393/01, z 28 stycznia 2004 r., sygn. akt IV CK 434/02, z 25 marca 2004 r., sygn. akt I CK 207/03, z 17 września 2004 r., sygn. akt V CK 58/04, z 15 października 2004 r., sygn. akt II CK 54/04, z 20 października 2004 r., sygn. akt I CK 218/04, z 10 marca 2005 r., sygn. akt I CK 578/04 oraz z 14 września 2005 r., sygn. akt III CK 83/05).

Pozwany podniósł także, że co do zasady orzecznictwo sądowe w okręgu apelacji (...) kwestionuje również zasadność roszczeń z tytułu zapłaty za tzw. świadczenia „ponadlimitowe”.

Kończąc odpowiedź na pozew, pozwany zarzucił, że załączone do pozwu wykazy nie pozwalają na merytoryczną ocenę rozpoznania choroby i zastosowanych procedur medycznych. Brak rozpoznania nie pozwala natomiast na ustalenie i tym samym odniesienie się do kwestii, czy świadczenie stanowiło kryterium do udzielenia w trybie planowym czy też nagłym.

Pismem z 08 czerwca 2011 r. (k. 609 i nast.) powód cofnął pozew w części, to jest w zakresie kwoty 101.968,39 zł, żądając zasądzenia od pozwanego (...) kwoty 1.805.874,78zł wraz z ustawowymi odsetkami od 15 lutego 2011 r. do dnia zapłaty, tytułem należności za udzielone przez (...) z J.w roku 2010 świadczenia zdrowotne ratujące życie w rodzaju leczenia szpitalne – chemioterapia.

Jednocześnie powód przyznał, że aneksem numer (...) z 14 lutego 2011 r. pozwany podwyższył umowną wartość świadczenia do kwoty 6.176.441, obejmując część świadczeń objętych pozwem. W tej sytuacji uzasadnione było cofnięcie pozwu we wskazanym zakresie.

Powód podtrzymując argumentację zawartą w uzasadnieniu pozwu, wskazał, że wszystkie podjęte przez niego działań w ramach świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym z zakresu chemioterapii – ponad przyznane limity – były świadczeniami ratującymi życie, których istniała natychmiastowa konieczność udzielenia.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

(...)w J.był publicznym zakładem opieki zdrowotnej i świadczenia, które wykonywał, finansowane były ze środków otrzymywanych na podstawie umów zawieranych z (...).

W zakresie zawierania umów o finansowanie szpitala obowiązywał tryb negocjacji. Szpital, przedstawiał (...) ofertę prognozującą liczbę i wartość planowanych do przeprowadzenia świadczeń. Świadczeniodawca przeprowadzał z funduszem negocjacje w sprawie zmiany wysokości kontraktu w poszczególnych zakresach zawieranych umów ale łączna kwota, musiała mieścić się w kwocie przewidzianej w planie finansowym (...). W istocie, szpital przystaje na propozycje (...).

(dowód: zeznania świadka K. W. k. 1001, zeznania świadka B. B. k. 1035)

27 stycznia 2010 r. (...)w J.zawarł z (...)umowę numer (...)o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne – chemioterapia, na podstawie której, powód zobowiązał się do udzielenia w roku 2010 świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju leczenie szpitalne w zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik numer 1 do umowy. Kwota zobowiązania Oddziału (...) wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od 01 stycznia 2010 r. do 31 grudnia 2010 r. miała wynieść maksymalnie 6.126.102 zł.

Strony uzgodniły, że umowa będzie wykonywana zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa (...)numer (...)z 03 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia ustalanych na dany okres rozliczeniowy, zmienionych zarządzeniem Prezesa (...)numer (...)z 22 marca 2010 r., zmienionych następnie zarządzeniem Prezesa (...) numer (...)z 08 lutego 2011 r.

(**dowód:** umowa numer (...)o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne – chemioterapia z 27 stycznia 2010 r. k. 83-86, zarządzenie Prezesa (...) numer (...)z 03 listopada 2009 r. k. 112-117)

Oddział Onkologiczny powodowego Szpitala, na którym w roku 2010 wykonywane były s świadczenia medyczne z zakresu leczenie szpitalne – chemioterapia, finansowane na mocy umowy numer (...), istnieje od września 2008 r. i od początku jego istnienia potrzeby finansowe Oddziału – z uwagi na liczbę udzielanych na nim świadczeń – przekraczały zakontraktowane z (...) środki finansowe – o blisko 30%. Zakresy rozliczeniowe udzielanych świadczeń są następujące: chemioterapia w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym (substancje czynne w chemioterapii ambulatoryjne z zakresem skojarzeniowym), chemioterapia w warunkach jednodniowych z zakresem skojarzonym (substancje czynne w chemioterapii jednodniowej z zakresem skojarzonym), chemioterapia – hospitalizacja z zakresem skojarzonym (substancje czynne w chemioterapii szpitalnej). Największą ilość pacjentów Oddział Onkologiczny powodowego Szpitala przyjmuje w grupie ostatniego zakresu rozliczeniowego. W tym zakresie na Oddziale istnieje największa liczba tak zwanych „nadwykonań”.

(dowód: zeznania świadka K. G. k. 1004)

W przypadku choroby nowotworowej – 90% przypadków Oddziału Onkologicznego (...)w J.leczonych jest według tak zwanych standardów, 10% pacjentów z objawami tej choroby – tak zwanych trudnych – poddanych jest leczeniu niestandardowemu – w celu niezwłocznego ratowania życia pacjenta. Leki, medykamenty, rodzaj chemii – jej koszt, liczba cykli, uzależnione są od konkretnego przypadku i przebiegu choroby. Zdarza się, że z powodu braku miejsc Szpital zwraca się do wojewódzkiego Konsultanta onkologicznego z wnioskiem o skierowanie pacjenta do innego szpitala. Zdarza się także, że z powodu braku miejsca na salach Oddziału Onkologicznego (...) w J., pacjenci leżą na łóżkach ustawionych na korytarzu Szpitala.

(dowód: zeznania świadka K. W. k. 1000-1002, zeznania świadka K. G. k. 1004)

Rozpoznanie u pacjenta choroby nowotworowej obliguje do poddania go pilnemu trybowi leczenia, wymaga natychmiastowego zastosowania chemioterapii. Pierwsza chemia powinna zostać podana w ciągu dwóch tygodni od diagnozy, choć bywają przypadki – przy najbardziej agresywnych nowotworach, że pierwsza chemia podawana jest w pierwszym dniu przyjęcia pacjenta do szpitala i postawienia diagnozy. Proces leczenia polega na podawaniu pacjentom cierpiącym na nowotwór chemii zgodnie z zaprogramowanym u danego pacjenta harmonogramem leczenia. Podawanie chemii odbywa się w cyklach (w różnych odstępach czasu): co siedem dni, czternaście dni lub dwadzieścia jeden dni. Każdy cykl chemii jest elementem całego leczenia jednego pacjenta. W przypadku choroby nowotworowej każdy dzień zwłoki w zastosowaniu leczenia (chemioterapii) zwiększa ryzyko śmiertelności. W przypadku konieczności zastosowania chemioterapii po zabiegu operacyjnym usunięcia nowotworu – chemię należy podać natychmiast.

(dowód: zeznania świadka K. W. k. 1001-1002, zeznania świadka K. G. k. 1004, zeznania świadka E. C., protokół elektroniczny rozprawy z 25 kwietnia 2013 r., minuty od 05:29 do 09:50 k. 1084)

Informacje potrzebne do rozliczenia świadczeń z (...), przesyłane są do Działu Sprzedaży i Rozliczeń Szpitala w formie elektronicznej jak także w formie dokumentacji papierowej, to jest historii choroby pacjenta, w tak zwanych „przebiegach” oraz w indywidualnej karcie zaleceń lekarskich.

Istniejący w (...) w J. system informatyczny, pozwala na wpisanie – obok imienia i nazwiska pacjenta – numeru PESEL pacjenta, numeru pacjenta (według kolejności przyjęć), okresu pobytu pacjenta w szpitalu, oznaczenia oddziału, okresu pobytu pacjenta w oddziale, numeru kolejnego pacjenta przyjętego do oddziału łamanego przez rok, kod produktu rozliczeniowego, okres wykonania produktu rozliczeniowego, numer zawartej z (...) umowy, jej przedmiot oraz rok, którego dotyczy, kod zakresu świadczeń, zakres świadczeń, liczba jednostek rozliczeniowych – punktowa wartość produktu rozliczeniowego, wyrażona w złotych wartość produktu rozliczeniowego.

(dowód: zeznania świadka A. A. k. 1006-1007, zeznania świadka K. M. k. 1008-1009)

Dział Sprzedaży i Rozliczeń Szpitala, na bieżąco – co miesiąc – przesyła (...) Oddziałowi (...) dane o faktycznej ilości przyjętych pacjentów, do których przypisana jest odpowiednia ilość punktów odpowiadająca faktycznie przebytemu leczeniu danego pacjenta. Wszystkie przesyłane do (...) dane, poddawane są przez Dział Rozliczeń Szpitala dwukrotnej weryfikacji: pod kątem poprawności ich sformułowania, a następnie pod kątem merytorycznym oraz pod kątem ich rzetelności (np.: czy pacjent jest ubezpieczony). Świadczenia medyczne, które przeszły pozytywnie obie fazy weryfikacji, mogą zostać zgłoszone komunikatem tak zwanej drugiej fazy do zapłaty. W przypadku chemioterapii wszystkie świadczenia oznaczone są jako ratujące życie.

Zakres świadczeń, które przeszły drugą fazę weryfikacji przesyłany jest do (...) według wartości wynikającej z kontraktu, to jest – co miesiąc do wysokości 1/12 sumy środków przyznanych przez (...) na mocy umowy. W przypadku pozytywnej weryfikacji dokonanej przez (...), Szpital otrzymuje komunikat z którego wynika na jaką kwotę i za których pacjentów może wystawić fakturę.

(dowód: zeznania świadka A. A. k. 1006-1007, zeznania świadka K. M. k. 1008-1009, zeznania świadka B. B. k. 1036)

Wartość świadczeń, które w danym miesiącu rozliczeniowym, (tak również i w roku 2010) nie zmieściły się w fakturze wystawianej na podstawie limitu przyznanego w umowie o świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego – chemioterapii, objęte są drugą – równoległą wystawianą przez Szpital (...) fakturą, przesyłaną – co miesiąc – do Oddziału (...) (...). Faktury obejmujące świadczenia wychodzące poza zakres umowny – odsyłane były przez (...) z powrotem do Szpitala.

(dowód: zeznania świadka B. B. k. 1036)

Wynikająca z umowy kwota zobowiązania (...) wobec świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego – chemioterapii wykonywanych na Oddziale Onkologicznym (...) w J. w roku 2010 ulegała zwiększeniu na mocy zawieranych przez strony aneksów do umowy.

Aneksem numer (...) z 29 lipca 2010 roku do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne numer (...) strony zmieniły treść załącznika numer 1 do umowy, to jest plan rzeczowo-finansowy.

24 września 2010 roku strony zawarły aneks numer (...) do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej numer (...). Stosownie do postanowień aneksu, kwota zobowiązania Oddziału (...) wobec (...) w J. z tytułu realizacji umowy w okresie od 01 stycznia 2010 roku do 31 grudnia 2010 roku miała wynieść maksymalnie 6.126.096 zł.

(dowód: aneks numer (...) do umowy numer (...) z 27 stycznia 2010 r. wraz z załącznikami, aneks numer (...) z 29 lipca 2010 roku wraz z załącznikami, aneks numer (...) z 24 września 2010 roku wraz z załącznikami)

Aneks numer (...) z 19 października 2010 roku do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne, strony zmieniły treść załącznika numer 2 do umowy – harmonogram – zasoby.

Następnie aneksem numer (...)z 08 grudnia 2010 r. kwota maksymalnego zobowiązania Oddziału (...) za okres od 01 stycznia 2010 roku do 31 grudnia 2010 roku została zwiększona do kwoty 6.126.150 zł.

(**dowód:** aneks numer (...) z 19 października 2010 r. wraz z załącznikami, aneks numer (...) z 08 grudnia 2010 roku wraz z załącznikami k. 107-110)

Aneks numer (...)z 14 lutego 2011 r. (...) podwyższył wartość świadczenia umownego z tytułu wykonanych przez Szpital świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego – chemioterapii do kwoty 6.176.441 zł.

W § 2 aneksu, powód oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec niego, o której mowa w § 4 umowy [to jest ustalona wyżej] wyczerpuje wszystkie jego roszczenia, wynikające z tytułu przesunięć środków finansowych pomiędzy jej zakresami.

Aneks wszedł w życie z 01 stycznia 2010 r.

(**dowód:** aneks numer (...) z czternaście lutego 2011 r. wraz z załącznikami k. 614-617)

W związku z wykonaniem umowy numer (...)o świadczenia z zakresu leczenie szpitalne – chemioterapia w roku 2010 Szpital wystawiał (...) faktury obejmujące kwoty za wykonana świadczenia. Faktury obejmujące zapłatę za świadczenia wykonane ponad limit zwartej przez strony umowy, obowiązującej w roku 2010, zostały powodowi zwrócone jako niezajdujące podstawy do zapłaty.

(**dowód:** pismo (...)z 26 lutego 2010 r. k. 214, pismo z 29 marca 2010 r. k. 215, korespondencja (...)do (...) w J.z okresie od 19 kwietnia 2010 r. do 17 lutego 2011 r. k. 219-236)

(...) w J.uległ likwidacji. Zakończenie działalności medycznej Szpitala nastąpiło z 31 sierpnia 2011 r. Z 01 września 2011 r. mienie szpitala w tym należności z tytułu udzielania usług medycznych stały się mieniem Wojewódzkiego Centrum (...)z siedzibą w J..

(**dowód: okoliczności bezsporne**, a nadto uchwała numer (...)z 24 marca 2011 r. Sejmiku Województwa (...)k. 225-228, uchwała numer (...)z 14 lipca 2011 r. k. 229, załącznik do uchwały numer (...) z 14 lipca (...). stanowiący statut Wojewódzkiego Centrum (...), odpis z KRS aktualny na 29 sierpnia 2011 r. k. 222 i nast.)

Choroba nowotworowa jest chorobą postępującą, śmiertelną, polegającą na podziale komórek organizmu, w sposób przez ten organizm niekontrolowany. Rozwija się konsekwentnie, najpierw w postaci guza pierwotnego, następnie w postaci przerzutów. Jeśli choroba zostanie rozpoznana wcześniej i zanim dojdzie do przerzutów, będzie wyleczona chirurgicznie, chory ma szansę na długoletnie przeżycie. Jeżeli zachodzi przypadek choroby rozrzutowej (wliczając to tzw. mikroprzerzuty albo przerzuty sub-kliniczne), choroba nowotworowa bez leczenia – nieuchronnie prowadzi do śmierci. Chory na chorobę nowotworową umiera nie tylko z powodu przerzutów, lecz także i z powodu tego, że choroba ta prowadzi do szeregu zaburzeń w organizmie. Znanym i często stwierdzanym powikłaniem choroby nowotworowej są zaburzenia krzepnięcia krwi oraz zakrzepice z ryzykiem wystąpienia zatorów. Drugim możliwym śmiertelnym powikłaniem nieleczonej choroby nowotworowej są krwotoki z guza lub z przerzutu, np.: do mózgu. Występują także zaburzenia immunologiczne mechanizmów obronnych prowadzących do zakażeń bakteryjnych, grzybiczych i wirusowych. Chory z chorobą nowotworową może umrzeć w każdej chwili, a ryzyko nagłego zgonu jest wyższe niż w populacji uważanej za zdrową.

W przypadku wystąpienia powikłań występującej u pacjenta choroby nowotworowej, bezwzględna konieczność natychmiastowego rozpoczęcia leczenia dotyczy: niektórych schorzeń hematologicznych, tzw. zespołu żyły głównej górnej, np.: w przebiegu drobnokomórkowego nowotworu płuca, krwotoku z guza pierwotnego lub przerzutu, porażenia obustronnego (lub nacieczenia) strun głosowych w przebiegu różnych nowotworów, gorączki

neutropenicznej i ciężkiej (stopień IV) neutropenia, trombocytopeni w III i IV stopniu, uporczywej biegunki, uporczywych wymiotów, innych zaburzeń metabolicznych prowadzących do odwodnienia lub ciężki zaburzeń elektrolitowych, przerzutów do mózgu z towarzyszącym obrzękiem, innych powikłań w III i IV stopniu toksyczności.

Powyższe stany kliniczne mogą być spowodowane chorobą lub zastosowanym leczeniem, również onkologicznym. W tych sytuacjach zgon chorego może nastąpić w ciągu minut lub godzin.

W innych przypadkach chorych na nowotwory złośliwe zakwalifikowanych do leczenia systemowego (chemioterapia) zgon nie następuje w ciągu minut, ale gwarancja, że chory nie umrze z powodu tej choroby lub jej powikłań w ciągu kilku następnych minut lub godzin – nie istnieje. Każda jednak zwłoka w podjęciu leczenia nawet jeśli nie prowadzi bezpośrednio do śmierci powoduje dalszą utratę zdrowia.

(dowód: opinia biegłego sądowego konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie onkologii klinicznej dla Województwa (...) dr. n. med. K. D. (1) k. 1052-1056)

W roku 2010 na Oddziale Onkologicznym powodowego Szpitala odbywało się leczenie pacjentów cierpiących na nowotwory. Stosowanymi na Oddziale procedurami medycznymi były: chemioterapia, przeprowadzanie badań diagnostycznych, leczenie powikłań powstałych w wyniku chemioterapii, jak także leczenie pacjentów z chorobami nowotworowymi z powikłaniami powstałymi z innych przyczyn niż chemioterapia. Zakres stosowanych procedur medycznych – z uwagi na specyfikę choroby nowotworowej – dotyczył leczenia ratującego życie.

(dowód: zeznania świadka K. W. k. 1001-1002, zeznania świadka K. G. k. 1004, opinia biegłego sądowego konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie onkologii klinicznej dla Województwa (...) dr. n. med. K. D. (1), k. 1052-1056)

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo nie mogło zostać uwzględnione.

Powód żądał zasądzenia od pozwanego (...) Oddziału (...), objętej powództwem kwoty **1.805.874,78 zł**, a podstawę jego żądania stanowiła zawarta pomiędzy stronami umowa o świadczenie usług medycznych z zakresu leczenia szpitalnego – chemioterapii, jak także art. 7 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r., nr 14, poz. 89 z późn. zm.) i art. 30 ustawy z 05 grudnia 1996 r. i (Dz. U. z 2008 r., nr 136, poz. 857 z późn. zm.) w związku z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

Przy czym powód, Wojewódzkie Centrum (...)z siedzibą w J., który stał się następcą prawnym zlikwidowanego (...) w J., jest wielospecjalistycznym samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, a zatem jednostką, do której zastosowanie znajduje ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r., nr 14, poz. 89 z późn. zm.).

Zgodnie z art. 1 tej ustawy zakład opieki zdrowotnej jest wyodrębnionym organizacyjnie zespołem osób i środków majątkowych utworzonym i utrzymywanym w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia. Zakładem opieki zdrowotnej jest m.in. szpital (art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy). Świadczeniem zdrowotnym są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, w szczególności związane z badaniem i poradą lekarską, leczeniem, badaniem i terapią psychologiczną, rehabilitacją leczniczą, opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem, opieką nad zdrowym dzieckiem, badaniem diagnostycznym, w tym z analityką medyczną, pielęgnacją chorych, pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi, opieką paliatywno – hospicyjną, orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia, zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne, czynnościami technicznymi z zakresu protetyki i ortodoncji, czynnościami z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (art. 3 ustawy).

Według art. 7 stanowiącego podstawę prawną roszczenia powoda – zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze

względem na zagrożenie zdrowia lub życia. Powoływany zaś równolegle przepis art. 30 ustawy z 05 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry stanowi, że lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

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

Należy jednak w tym miejscu zauważyć, że art. 68 ust. 2 Konstytucji dotyczy prawa obywatelskiego (a nie uprawnienia ubezpieczonych) oraz finansowania opieki zdrowotnej i jest skierowany do władz publicznych, do których nie zalicza się (...). Przepis zakazuje różnicowania obywateli według kryterium sytuacji materialnej; odsyła wreszcie do ustawy określającej warunki i zakres udzielania świadczeń zdrowotnych (tak w glosie do wyroku Sądu Najwyższego z 12 lutego 2004 r., sygn. akt II UK 243/03, J. Jończyk w: OSP 2004/10/130). Tą ustawą, do której odsyła Konstytucja jest obecnie ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), która uchylila ustawę z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w (...), która z kolei zastąpiła obowiązującą od 06 lutego 1997 r. ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Trzeba też dodać, że obecnie w orzecznictwie sądowym powszechnie uważa się, że instytucja ubezpieczeń zdrowotnych wykazuje bardzo złożony charakter. Jak wskazał Sąd Apelacyjny w Warszawie w uzasadnieniu do wyroku z 29 czerwca 2004 r. wydanego w sprawie o sygnaturze akt I ACa 1/04 (Apel W-wa 2/2005poz. 14), mamy tu do czynienia z trzema typami stosunków prawnych, które są wzajemnie współzależne, to jest stosunkiem pomiędzy ubezpieczonym i kasą chorych (obecnie (...)); stosunkiem pomiędzy kasą chorych i świadczeniodawcą to jest zakładem opieki zdrowotnej oraz stosunkiem pomiędzy świadczeniodawcą a ubezpieczonym [świadczeniobiorcą] to jest pacjentem. Współzależność i współistnienie tych stosunków jest niezbędne dla realizacji prawa do świadczeń zdrowotnych. Stosunek pomiędzy kasą chorych a zakładem opieki zdrowotnej jest stosunkiem umownym, a zatem jego powstanie i wykonanie należy ocenić z punktu widzenia prawa cywilnego. Wskazane orzeczenie odnosi się co prawda do kas chorych, ale ma zastosowanie również wobec pozwanego w niniejszej sprawie, a to na zasadzie takiej, iż kasy chorych zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z 1997 r. były instytucją ubezpieczenia zdrowotnego. Taki też charakter ma pozwany w niniejszym procesie, (...) utworzony na podstawie art. 96 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przepisy tej ustawy w sposób jednoznaczny wskazują, że podstawą udzielania przez świadczeniodawcę świadczeń zdrowotnych jest zawarta przez niego z (...) umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tak w art. 58 tejże ustawy, zgodnie z którym świadczeniobiorca ma prawo do leczenia szpitalnego szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentystry lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne, lub art. 65 ust 2 – ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z (...) (...)). W sposób nie budzący żadnych wątpliwości wskazuje zaś na to art. 132 ustawy, według którego podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez (...) jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego (...), z zastrzeżeniem art. 159; umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w niniejszym dziale [ustawy]. Według zaś ustępu 5 tego artykułu wysokość łącznych zobowiązań (...) wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym (...).

W ocenie Sądu, przy takiej regulacji prawnej, nie istnieją pozaumowne podstawy żądania zapłaty przez (...) za świadczenia udzielone przez świadczeniodawcę. Wskazuje na to także treść art. 155 obecnie obowiązującej ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w myśl którego do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. W sytuacji zatem zawarcia umowy o świadczenie usług medycznych (świadczenia zdrowotnego,

świadczenia opieki zdrowotnej – bez względu na użyte sformułowanie), powód mógłby domagać się tylko tego, co było przedmiotem umowy stron. Dodatkowo podzielić należy zapatrywanie pozwanego, iż stworzył on jasny i czytelny mechanizm, w ramach którego na podstawie umowy zawartej z powodem zobowiązał się do sfinansowania świadczeń według faktycznego ich wykonania, zwiększając liczbę jednostek rozliczeniowych w planie finansowo-rzeczowym umowy oraz kwotę zobowiązań z niej wynikającą, do wartości faktycznego wykonania, a w pozostałym zakresie do kwoty zobowiązania określonej w umowie (§ 4 ust. 1 i 2 oraz § 10 umowy w zw. z § 14 ust. 1 Ogólnych Warunków Umów o Udzielanie Świadczeń Opieki Zdrowotnej stanowiących załącznik do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, (...)) jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania (...) wobec świadczeniodawcy określonej w umowie.”

Podzielić wobec tego należy pogląd pozwanego, że kwota zobowiązania (...) wobec powoda zawarta w umowie (za wyjątkiem kwoty zobowiązania dotyczącej świadczeń nielimitowanych) jest **ustalana obligatoryjnie z mocy ustawy** (art. 136 pkt 5 powoływanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) i **ma charakter maksymalny** (wniosek z brzmienia art. 135 ust. 2 ustawy, zgodnie z którym (...) realizuje zasadę jawności umów przez zamieszczenie na swojej stronie internetowej informacji o każdej zawartej umowie, z uwzględnieniem m.in. **maksymalnej kwoty zobowiązania (...) wobec świadczeniodawcy wynikającej z zawartej umowy**). **Umowy zawierane przez (...) ze świadczeniodawcami obejmują świadczenia opieki zdrowotnej zarówno planowe, jak i udzielane w trybie nagłym** w rozumieniu art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 7 ustawy z 30 sierpnia 1990 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 30 ustawy z 05 grudnia 2005 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Podzielić zatem trzeba też przekonanie pozwanego, iż maksymalna wartość kontraktu wyznacza granice odpowiedzialności kontraktowej (...) (za wyjątkiem świadczeń nielimitowanych) i pozostaje w zgodzie z konstytucyjną zasadą zapewnienia każdemu prawa do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1 Konstytucji RP) z uwagi na fakt, iż warunki i zakres udzielania świadczeń określać ma ustawa (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP).

Wskazywanie jednak podstawy prawnej żądania w sposób oznaczony na wstępie, to jest w oparciu o przepisy ustaw o zoz-ach i zawodach lekarza i lekarza dentystry, wymaga rozważenia, czy możliwe jest żądanie zapłaty za inne udzielone świadczenia, to jest inne niż nielimitowane, bez umowy łączącej strony. Bezsporne bowiem pomiędzy stronami było, że pozwany (...) wywiązał się z zobowiązań finansowych ustalonych z powodowym szpitalem na mocy umowy z 27 stycznia 2010 r. i aneksów do tej umowy.

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

O ile art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (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) miały stanowić podstawę prawną żądania pozwu, to należy zważyć, że w toku procesu powód nie wykazał, by świadczenia zdrowotne, za które żąda zapłaty, były udzielone przy spełnieniu

przesłanek określonych w tych przepisach, a na nim w tym zakresie ciążył ciężar dowodu. Cytowane przepisy bardzo wyraźnie formułują podstawy w jakich zakład opieki zdrowotnej musi udzielić świadczenia zdrowotnego – to jest w sytuacji gdy osoba zgłaszająca się do zakładu opieki zdrowotnej potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia i w „**przypadkach niecierpiących zwłoki**”. „Natychmiastowego” udzielenia pomocy, „ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia” – przy systematyzowaniu tych pojęć można odwołać się do wykładni gramatycznej: „natychmiast” to „w tej samej chwili, bezpośrednio po czymś, bezzwłocznie, momentalnie”, „nagle” to „w sposób nieoczekiwany, zaskakujący; nieoczekiwanie, naraz, wtem, raptownie” („Słownik języka polskiego” PWN W-wa 1979, tom II).

Pojęciem stanu nagłego posługuje się także ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wskazując w art. 5 ust. 33, że stan nagły to stan, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z 08 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2006 r., nr 191, poz. 1410 z późn. zm.). Tam zaś stan zagrożenia zdrowotnego definiowany jest jako stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia; stan nagły zatem to stan wymagający „natychmiastowego” udzielenia świadczenia zdrowotnego, „bez zbędnej zwłoki”. Przy takiej jednak konstatacji roszczenie powoda jest nieudowodnione. To na powodzie bowiem ciążył obowiązek wykazania, że – o ile nawet ustawy dotyczące ochrony zdrowia są sformułowane niedbale i nie wskazują płatnika dokonanych świadczeń – powód poniósł koszty udzielenia świadczeń znamionujących się koniecznością ich natychmiastowego udzielenia w sytuacji nagłości zdarzenia oraz nieprzewidywalności skutków, wysokość tych kosztów, jak także – przede wszystkim – na czym polegała ta natychmiastowość udzielenia pomocy.

W ocenie Sądu, dowodu takiego powód nie przeprowadził. Z dołączonych do pozwu elektronicznych wykazów świadczeń niezapłaconych przez NFZ, wprost nie wynika ani nagłość udzielenia świadczenia, ani jego natychmiastowość.

Co do zasady, dokumentem medycznym, zawierającym informacje, co dzieje się z pacjentem w chwili przyjęcia go do szpitala, jest historii choroby. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. (Dz. U. z 2010 r., nr 252, poz. 1697) w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania stanowi, że dokumentację medyczną stanowi między innymi dokumentacja medyczna indywidualna, odnosząca się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych i jest ona indywidualna wewnętrzna i indywidualna zewnętrzna (§ 2). Dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowi w szczególności między innymi historia choroby, a dokumentację indywidualną zewnętrzną stanowi w szczególności między innymi karta informacyjna z leczenia szpitalnego. Historię choroby zakłada się niezwłocznie po przyjęciu pacjenta do szpitala (§ 13) i zawiera on pogrupowane informacje dotyczące przyjęcia pacjenta do szpitala; przebiegu hospitalizacji; wypisania pacjenta ze szpitala (§ 14). Do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe, w szczególności: kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej; kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną; kartę obserwacji lub kartę obserwacji przebiegu porodu; kartę gorączkową; kartę zleceń lekarskich; kartę przebiegu znieczulenia, jeżeli było wykonane w związku z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi; kartę zabiegów fizjoterapeutycznych, jeżeli były wykonane; kartę medycznych czynności ratunkowych; kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, dołączaną po wypisaniu pacjenta ze szpitala; wyniki badań diagnostycznych, jeżeli nie zostały wpisane w historii choroby; wyniki konsultacji, jeżeli nie zostały wpisane w historii choroby; protokół operacyjny, jeżeli była wykonana operacja (§ 15). Historia choroby, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala, zawiera dodatkowo m.in. tryb przyjęcia; datę przyjęcia pacjenta do szpitala, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym; istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego przy przyjęciu pacjenta do szpitala oraz ewentualnych obserwacji, wyniki badań dodatkowych i dane o postępowaniu lekarskim przy przyjęciu do szpitala oraz uzasadnienie przyjęcia; rozpoznanie wstępne ustalone przez lekarza przyjmującego (§ 17). Historia choroby, w części dotyczącej przebiegu hospitalizacji, zawiera: dane uzyskane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego; wyniki badań diagnostycznych lub konsultacji; informacje na temat stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia, w przypadkach wymagających monitorowania bólu (§ 18).

Lekarz wypisujący pacjenta wystawia na podstawie historii choroby albo karty noworodka kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, która zawiera rozpoznanie choroby w języku polskim; opis wyników badań diagnostycznych lub konsultacji; opis zastosowanego leczenia, a w przypadku wykonania zabiegu lub operacji – datę wykonania; wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia; orzeczony przy wypisie okres czasowej niezdolności do pracy, a w miarę potrzeby ocenę zdolności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia; adnotacje o produktach leczniczych wraz z dawkowaniem i wyrobach medycznych w ilościach odpowiadających ilościom na receptach wystawionych pacjentowi; terminy planowanych konsultacji, na które wystawiono skierowania (§ 22).

Powód, z przyczyn uzasadnionych warunkami technicznymi, nie przedłożył historii chorób osób, których dotyczyły udzielone przez niego – niesfinansowane jak dotąd świadczenia medyczne z zakresu chemioterapii – leczenie szpitalne. Tym niemniej brak bezpośredniego przeprowadzenia tego dowodu wynika także i z przekonania powoda (jak także z przekonania słuchanych na jego wnioski świadków), że owa natychmiastowość, nagły charakter wszystkich udzielanych świadczeń onkologicznych, wynika z samego progresywnego przebiegu i co najważniejsze – terminalnego charakteru samej choroby nowotworowej, na którą w świetle twierdzeń świadków oraz powołanego w niniejszej sprawie biegłego – konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie onkologii klinicznej dla Województwa (...), dr. n. med. K. D. (1) – cierpi coraz więcej osób.

Zeznający w sprawie, wskazani przez powoda świadkowie w osobach Ordynator Oddziału Onkologicznego K. W., zastępcy Ordynatora Oddziału Onkologicznego powodowego Szpitala – K. G., jak także świadek B. B. oraz świadek A. A., wskazali, że wszystkie objęte sporem świadczenia, wykonane na Oddziale Onkologicznym (...) w J.w 2010 r. miały charakter świadczeń ratujących życie. Należy zgodzić się z tą konkluzją, mając na uwadze samą specyfikę Oddziału, na którym odbywało się wykonywanie spornych świadczeń, jak także, sam charakter choroby nowotworowej, jej bezwzględny progres, który zatrzymać może tylko podjęte niezwłocznie leczenie planowe. Takie stanowisko wyraził także biegły dr nauk medycznych K. D. (2) w sporządzonej na zlecenie Sądu opinii pisemnej oraz ustnej, w których wyjaśnił istotę choroby nowotworowej, podkreślając – w sytuacji postawienia diagnozy leczenia onkologicznego – na konieczność podjęcia niezwłocznego leczenia opierającego się na szeroko przeprowadzonej diagnostyce.

Przy czym biegły zwrócił uwagę, że w przypadku choroby nowotworowej zachodzi konieczność diagnostyki w warunkach ambulatoryjnych. Decyzja o przyjęciu pacjenta na Oddział Onkologiczny ze stwierdzoną chorobą nowotworową jest natychmiastowa, tym niemniej dotyczy ona niejednokrotnie okresu późniejszego, obliczonego na moment, w którym Oddział dysponuje wszystkimi możliwymi do wykonania i niezbędnymi badaniami.

W powodowym szpitalu leczy się chorych ze stwierdzoną już chorobą nowotworową, należy mieć wszystkie badania, aby rozpocząć leczenie onkologiczne i aby pobyt chorego w szpitalu być jak najkrótszy i aby zwolnić miejsce następnej osobie. Specyfika chemioterapii wymaga stosowania leczenia w warunkach ambulatoryjnych. Nadto, z uwagi na rodzaj leczenia, chemię podaje się w cyklach uwarunkowanych przebiegiem choroby nowotworowej co siedem, czternaście oraz co dwadzieścia jeden dni. Niezbędna dla określenia rodzaju cyklu chemioterapii jest diagnostyka zbudowana w oparciu o badania kliniczne pacjenta oraz na podstawie statystyki. To, zdaniem biegłego K. D. (1), planowanie przebiegu chemioterapii danego pacjenta, jest orientacyjne. W trakcie stosowania leczenia wszystko zależy bowiem od tego, czy – z uwagi na stan zdrowia chorego, jego odporność i możliwości danego pacjenta – kolejną chemię można podać w terminie. Jeśli diagnostyka okaże się negatywna, wówczas przesuwają się moment następnego podania leku do najbliższego możliwego terminu. Leczenie w warunkach ambulatoryjnych zależy zatem od uwarunkowań choroby nowotworowej, jej etapu, rodzaju leczenia, ale także od warunków socjalnych pacjentów, odległości ich zamieszkania od szpitala. Zdaniem biegłego, w przypadku podawania chemii, bezpieczniej dla wszystkich jest podawanie leków w szpitalu. Opracowanie harmonogramu chemioterapii lub radioterapii jest zjawiskiem złożonym, wymagającym podjęcia szeregu trudnych, niejednokrotnie wieloosobowych – decyzji. Przy czym, jak potwierdziła świadek E. C., sukces terapii w leczeniu nowotworu zależy od zachowanego w przypadku danego leczenia rytmu (cyklu) podawania leków, w odpowiedniej ilości tych leków. Jakikolwiek opóźnienia i odstępstwa od przyjętego cyklu terapii obniżają prawdopodobieństwo wyleczenia.

Świadek potwierdziła także, że choć w przypadku niektórych odmian nowotworów, nastąpić mogą przesunięcia w terminie podaniu leków do trzech tygodni (co z uwagi na nadwykonania niejednokrotnie ma miejsce), przyjęcie pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową musi nastąpić niezwłocznie. Natomiast odmowa przyjęcia do szpitala, z uwagi choćby na brak miejsc na Oddziale Onkologicznym, z uwagi na postępowy charakter choroby nowotworowej, jak także powikłania nowotworu nieleczonego, jest nie do przyjęcia.

Zarówno świadek E. C., jak i słuchany w sprawie biegły sądowy K. D. (1) podkreślili, że każda choroba nowotworowa jest chorobą postępującą, w przypadku nowotworu złośliwego – chorobą śmiertelną, polegającą na podziale komórek organizmu, w sposób niekontrolowany, rozwijającą się konsekwentnie, najpierw w postaci guza pierwotnego, następnie w postaci przerzutów. Chory na tę nowotwór złośliwy ma szansę na długoletnie przeżycie, tylko i wyłącznie w sytuacji szybkiego rozpoznania choroby i zapobiegnięciu przerzutów. Biegły podkreślił także, że chory na chorobę nowotworową umiera nie tylko z powodu przerzutów, lecz także i z powodu tego, że choroba ta prowadzi do szeregu zaburzeń w organizmie. Zmiannym powikłaniem choroby nowotworowej są zaburzenia krzepnięcia krwi oraz zakrzepice z ryzykiem wystąpienia zatorów, jak także niebezpieczne dla życia krwotoki z guza lub z przerzutu, np.: do mózgu. Występują także zaburzenia immunologiczne mechanizmów obronnych prowadzących do zakażeń bakteryjnych, grzybiczych i wirusowych. Chory z chorobą nowotworową może umrzeć w każdej chwili, a ryzyko nagłego zgonu jest wyższe niż w populacji uważanej za zdrową.

W swej opinii biegły wskazał także przypadki powikłań choroby nowotworowej, w których występuje natychmiastowa konieczność leczenia i hospitalizacji. Dotyczy to, zdaniem biegłego, niektórych schorzeń hematologicznych, tzw. zespołu żyły głównej górnej, np.: w przebiegu drobnokomórkowego nowotworu płuca, krwotoku z guza pierwotnego lub przerzutu, porażenia obustronnego (lub nacieczenia) strun głosowych w przebiegu różnych nowotworów, gorączki neutropenicznej i ciężkiej (stopień IV) neutropeni, trombocytopeni w III i IV stopniu, uporczywej biegunki, uporczywych wymiotów, innych zaburzeń metabolicznych prowadzących do odwodnienia lub ciężki zaburzeń elektrolitowych, przerzutów do mózgu z towarzyszącym obrzękiem, innych powikłań w III i IV stopniu toksyczności. Biegły wskazał, że powyższe stany kliniczne mogą być spowodowane chorobą lub zastosowanym leczeniem, również onkologicznym. W tych sytuacjach zgon chorego może nastąpić w ciągu minut lub godzin.

Przy czym biegły wyjaśnił, że w innych przypadkach chorych na nowotwory złośliwe zakwalifikowanych do leczenia systemowego (chemioterapia) zgon nie następuje w ciągu minut, ale gwarancja, że chory nie umrze z powodu tej choroby lub jej powikłań w ciągu kilku następnych minut lub godzin – nie istnieje. Biegły podkreślił jednocześnie, że każda zwłoka w podjęciu leczenia nawet jeśli nie prowadzi bezpośrednio do śmierci powoduje dalszą utratę zdrowia.

W ocenie Sądu, powyższy opis choroby i jej przebiegu podkreśla szczególną wagę udzielonych przez powoda, objętych pozwem świadczeń medycznych. Dla ustalenia zasadności roszczenia objętego pozwem koniecznym było jednak, aby świadczenia stanowiące przedmiot zapłaty miały charakter nagły.

W ocenie Sądu ustalenie natychmiastowości, czy nagłości zdarzenia i związanej z tym hospitalizacji winno być stwierdzone przez biegłego i z uwagi na wskazywane ryzyko zgonu, mogło się mieścić w zakresie omawianych przypadków powikłań. Biegły sądowy K. D. (1) zwracał uwagę na fakt, że z medycznego punktu widzenia leczenie choroby nowotworowej należy rozpocząć natychmiastowo, choć przebieg tego leczenia przebiegać musi planowo. W kontekście tych konkluzji, biegły nie stwierdził jednak, aby w którymkolwiek z poddanych jego ocenie przypadków świadczeń zaszła konieczność działań zmierzających do ratowania życia w sposób nagły, raptowny i niecierpiący zwłoki. Zdaniem Sądu, brak rozpoznania przez biegłego w udzielanych przez powoda świadczeniach cechy działania nagłego, ratującego życia w sytuacji jego bezpośredniego i nieuniknionego zagrożenia przesądził o niemożliwości uznania stanowiących przedmiot niniejszego postępowania świadczeń za te, o których mowa w art. 7 cytowanej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Nie ulega wątpliwości, że świadczenia medyczne wykonane przez powoda w roku 2010, udzielane pacjentom Oddziału Onkologicznego (...)w J., były świadczeniami planowymi ratującymi życie. Powód nie wykazał jednak, aby poddane analizie świadczenia medyczne, objęte dołączonymi do pozwu wykazami, poza tym, że z założenia

stanowiły terapię ratującą życie, miały miejsce w chwili grożącej nagłym „załamaniem się” stanu zdrowia pacjentów. Nie udowodnił powód, aby sporne przypadki charakteryzowały się koniecznością udzielenia pomocy nagłej w rozumieniu cytowanej już regulacji prawnej to jest w sytuacji takiego pogarszania się stanu zdrowia pacjenta, której bezpośrednim następstwem mogły być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagające podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Nadto, z dołączonych do pozwu wykazów świadczeń niezapłaconych przez (...), również wprost nie wynika ani nagłość udzielenia świadczenia, ani jego natychmiastowość. Z zeznań świadków K. W. i K.G. – lekarzy medycyny – wynika, że zakres informacji zawartych w załączonych do pozwu świadczeń medycznych nie pozwala na stwierdzenie czy była potrzeba natychmiastowego, to jest nagłego udzielenia świadczeń. Istnieje zatem sporo przesłanek, aby stwierdzić, iż załączone do pozwu dokumenty leczenia szpitalnego pacjentów leczonych na Oddziale Onkologicznym powodowego szpitala, miały charakter planowy. Powyższe okoliczności znalazły potwierdzenia także w opinii pisemnej oraz w ustnych twierdzeniach słuchanego przed Sądem biegłego.

Zarówno ustawa o zakładach opieki zdrowotnej w art. 19 jak i ustawa z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 20) przewidują, iż pacjent ma wprawdzie prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, ale w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń ma on prawo do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń. Ustawodawca zatem wprost przewidział dopuszczalność istnienia tzw. „kolejki medycznej” – również z powodu ograniczonej ilości środków finansowych, oczywiście w przypadkach, gdy jest to możliwe ze względów zdrowotnych. W powołanym art. 20 ust. 1 ustawodawca wskazał, że świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Z kolei rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2005 r., nr 200, poz. 1661), bardzo wyraźnie wskazuje w § 1, że świadczeniodawca umieszcza świadczeniobiorcę, z wyjątkiem **świadczeniobiorcy znajdującego się w stanie nagłym**, na liście oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, zwanej dalej „listą oczekujących”, na podstawie następujących kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej: stanu zdrowia świadczeniobiorcy; rokowań co do dalszego przebiegu choroby; chorób współistniejących mających wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie; zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności. Zgodnie z § 2. ust. 1 świadczeniodawca, stosując kryteria medyczne, o których mowa w § 1 kwalifikuje świadczeniobiorcę do kategorii medycznej: „przypadek pilny” – jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia; „przypadek stabilny” – w przypadku innym niż stan nagły i przypadek, o którym mowa w lit. a; Świadczeniobiorcę zakwalifikowanego do kategorii medycznej „przypadek pilny” umieszcza się na liście oczekujących przed świadczeniobiorcami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej „przypadek stabilny” (§ 3).

Powód podkreślał niebezpieczny dla życia zdrowia i postępowy przebieg choroby nowotworowej. Konieczność zastosowania natychmiastowej i cyklicznej terapii wynika zarówno z zeznań świadka E. C., jak i z opinii biegłego sądowego. W ocenie Sądu, dla którego poważny charakter choroby nowotworowej jest oczywisty, szczątkowość materiału dowodowego, ogólnikowe informacje wynikające z dołączonych do pozwu wykazów świadczeń medycznych, jak także ogólne podejście do przypadków ujętych w tych wykazach, wskazują, że powód nie wykazał w sposób dostateczny, aby w stosunku do udzielanych na Oddziale Onkologicznym świadczeń medycznych prowadził „kolejki” w sposób zapewniający finansowanie świadczeń nagłych z wydłużaniem okresu oczekiwania na miejsce w szpitalu dla przypadków mogących zostać – z różnych względów – przesuniętych w terminie. Innymi słowy powód nie wykazał, aby wszystkie, nawet którekolwiek z nieopłaconych przez pozwanego świadczeń mieściło się w ścisłym zakresie pojęcia „nagły”, o którym mowa w przepisie art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Należy także, zdaniem Sądu, mieć świadomość, że świadczenia medyczne w ramach zawartej umowy z (...), finansowane są z budżetu Państwa i ograniczone są wydatkami budżetowymi na dany rok. Budżet zapewniać ma z kolei finansowanie wielu dziedzin życia publicznego, nie tylko świadczeń zdrowotnych wykonanych przez powoda. Świadczenia te udzielane są w granicach i na zasadach przewidzianych w kontrakcie łączącym (...)i świadczeniodawcę. Przekroczenie przez świadczeniodawcę ustalonych w umowie reguł, w tym limitów finansowych, odbywa się na ryzyko świadczeniodawcy. (...)jako państwowa osoba prawna powołana w celu gospodarowania środkami publicznymi przeznaczonymi na ochronę zdrowia ubezpieczonych nie tylko nie ma obowiązku finansowania tzw. świadczeń ponadlimitowych, ale nie ma wręcz takich uprawnień – tak wypowiedział się w wyroku z 09 grudnia 2005 r. w sprawie sygn. akt I ACa 1273/05 Sąd Apelacyjny we Wrocławiu, a pogląd ten Sąd orzekający w sprawie niniejszej w pełni podziela. (...) nie prowadzi działalności komercyjnej, a środki finansowe, którymi zarządza, pochodzą ze składki na ubezpieczenie zdrowotne, stąd jego obowiązek takiego planowania wydatków, aby możliwe było zapewnienie w równym stopniu opieki zdrowotnej wszystkim ubezpieczonym.

Dodatkowo symptomatyczne i dające powodowi sygnał do rozważnego generowania wydatków, w porównaniu z rokiem poprzednim było kontraktowanie świadczeń na rok 2009. Świadczenie zeznali, że pozwany już w 2009 roku (jak i w poprzednim) zaoferował zakontraktowanie świadczeń na Oddziale Onkologicznym na poziomie 30 % niższym niż realne potrzeby tego Oddziału. Momentem newralgicznym był także sierpień 2009 roku, w którym – co Sądowi wiadome jest z urzędu – tutejszy Oddział (...)zamieścił na swojej stronie internetowej, dostępnej dla wszystkich świadczeniodawców komunikat, w którym zwracał uwagę na swoje ograniczone możliwości finansowego i wskazywał na konieczność wydłużenia kolejek pacjentów oczekujących na świadczenia planowe, tak by zmieścić się w wartościach kontraktu. Zdaniem Sądu wydłużanie kolejek w powodowym szpitalu, w celu ewentualnego dozwolonego (co bezsporne) przesuwania środków finansowych, w ramach ogólnie przyznanych przez (...)na wszystkie świadczenia, mogło dotyczyć także innych – niż specyficzny z uwagi na postępowy i śmiertelny charakter choroby nowotworowej – Oddziałów Szpitala. Kolejny sygnał braku pieniędzy i niewiadomej co do ewentualnej zmiany planu finansowego (...) nastąpił, w ocenie Sądu, w chwili zawarcia aneksu ustalającego ostateczną wysokość świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego – chemioterapia na rok 2010.

W ocenie Sądu obowiązkiem powoda było, w chwili przekroczenia limitów finansowych udzielanych świadczeń – a taką świadomość powód miał, co wynika z zeznań świadków – wskazanie pacjentom innych świadczeniodawców uprawnionych do udzielania świadczeń. Zgodnie z art. 18a ust. 1 pkt 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej zakład opieki zdrowotnej ma obowiązek prowadzenia regulaminu porządkowego, w którym powinien określić m.in. warunki współdziałania z innymi zakładami opieki zdrowotnej w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania. Nie wskazał powód, aby w jego jednostce funkcjonował taki regulamin pozwalający na informowanie pacjentów o możliwości udzielenia świadczenia dla osoby znajdującej się w stanie stabilnym czy pilnym przez inne jednostki służby zdrowia, a jest to przecież wymóg ustawy.

Powództwo nie mogło zostać uwzględnione również z uwagi na zapis zawarty w aneksach do umowy z 27 stycznia 2010 r., w świetle którego powodowy szpital oświadczył, że ustalona przez strony (ostatecznie) kwota zobowiązania (...)wobec niego 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 2 umowy. Zgodnie z art. 65 § 1 i 2 k.c. oświadczenie woli należy tak tłumaczyć, jak tego wymagają ze względu na okoliczności, w których złożone zostało, zasady współżycia społecznego oraz ustalone zwyczaje, zaś w umowach należy raczej badać, jaki był zgodny zamiar stron i cel umowy, aniżeli opierać się na jej dosłownym brzmieniu. Sformułowanie zawarte w § 2 aneksu numer (...)jest na tyle jasne i precyzyjne, że nie ma podstaw, aby przy jego interpretacji odchodzić od literalnego brzmienia oświadczeń stron. Interpretacja postanowień umowy nie może bowiem prowadzić do stwierdzeń sprzecznych z jej treścią (vide wyrok Sądu Najwyższego z 05 kwietnia 2007 r., sygn. akt II CSK 546/06). Z przywołanego oświadczenia zawartego we wspomnianym aneksie wynika, zdaniem Sądu, w sposób oczywisty, że powód zrzekł się wszelkich roszczeń poza umówioną kwotę. Zdaniem Sądu, obie strony, w momencie zawierania aneksu miały świadomość skutków zrzeczenia się roszczeń oraz zakresu

tego oświadczenia woli. Na marginesie należy także dodać, że powodowy Szpital nie dowodził także, aby się uchylił od skutków prawnych złożonego w ten sposób oświadczenia woli.

W wyniku zrzeczenia się roszczeń przewyższających ustaloną w umowie wartość roszczenia te wygasły i nie mogą być dochodzone.

Podsumowując, wszystkie przedstawione argumenty w ocenie Sądu odpowiedzialność finansowa pozwanego za udzielone uprawnionym świadczenia zdrowotne nie może być nieograniczona, bo czyniłoby to bezprzedmiotowymi zawarte umowy. Z zestawienia zatem wszystkich wskazanych argumentów wynika, iż uprawnienia ubezpieczonych nie mogą być traktowane jako bezwzględne i niczym nie ograniczone, a świadczeniodawca ma w każdym przypadku prawo żądania zwrotu poniesionych kosztów udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej. Dlatego powództwo należało oddalić.

Sąd stoi też na stanowisku, że uwzględnienie powództwa byłoby sprzeczne z szeroko rozumianą zasadą sprawiedliwości społecznej, a to wobec faktu, że niektórzy inni świadczeniodawcy znajdujący się w podobnej sytuacji jak powód, zawarli z (...) ugody dotyczące sfinansowania świadczeń udzielonych ponad umową w 2010 roku. W trakcie postępowania strony próbowały zawrzeć ugodę i – jak wynika z prowadzonych negocjacji doszły do porozumienia – jedynie „co do wysokości kwot mających zostać za sporne świadczenia zapłacone”, jednakże nie doszły do porozumienia co do innych postanowień tej ugody („co do zasad”). Ewentualne zatem uwzględnienie powództwa – pomimo, iż w ocenie Sądu nie ma ku temu wystarczającej podstawy prawnej – rażąco polepszałoby sytuację powoda w stosunku do tych podmiotów, które ugody z pozwanym zawarły, a nie było ku temu żadnych społecznych czy sprawiedliwościowych wskazań.

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

W myśl art. 355 § 1 k.p.c. sąd wydaje postanowienie o umorzeniu postępowania, jeżeli powód cofnął ze skutkiem prawnym pozew lub jeżeli wydanie wyroku stało się z innych przyczyn zbędne lub niedopuszczalne. Zgodnie z art. 203 § 1 k.p.c. pozew może być cofnięty bez zezwolenia pozwanego aż do rozpoczęcia rozprawy, a jeżeli z cofnięciem połączone jest zrzeczenie się roszczenia – aż do wydania wyroku.

Biorąc pod uwagę powyższą regulację, Sąd w punkcie II wyroku, wobec uznania dokonanego przez powoda przed rozpoczęciem rozprawy (pismo z 08 czerwca 2011 r.) cofnięcia powództwa co do kwoty 101.968,39 zł za skuteczne, umorzył postępowanie w tym zakresie.

Orzeczenie o kosztach procesu, w punkcie III wyroku zapadło w oparciu o zasadę odpowiedzialności za wynik procesu wynikającą z art. 98 k.p.c.

Wobec przegranej w niniejszym postępowaniu, Sąd zasądził od następcy prawnego (...)wJ.– Wojewódzkiego Centrum (...)w J.na rzecz pozwanego (...) (...) Oddziału Wojewódzkiego W., kwotę 7.200 zł tytułem zwrotu kosztów wynagrodzenia pełnomocnika procesowego. Wysokość wynagrodzenia pełnomocnika procesowego pozwanego reprezentowanego przez radcę prawnego, ustalona została na podstawie przepisu § 6 pkt 7 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2008 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. z 2002 r. nr 163, poz. 1349 z późn. zm.).

W punkcie IV wyroku, na podstawie przepisu art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. 2010 r. Nr 90, poz. 594, t.j. z późn. zm.) Sąd opłatą sądową od pozwu w niniejszej sprawie od uiszczenia której powód był w całości zwolniony obciążył Skarb Państwa.

zarządzenie:

1. odnotować;
2. odpis wyroku wraz z uzasadnieniem doręczyć:

- a) pełnomocnikowi powoda,
 - b) pełnomocnikowi pozwanego;
3. kalendarz 14 dni.