

*Sygn. akt I C 831 / 11*

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 października 2014 r.

Sąd Okręgowy we Wrocławiu I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: **SSO Krzysztof Rudnicki**

Protokolant: **Małgorzata Wąchala**

po rozpoznaniu w dniu 07.10.2014 r.

we W.

na rozprawie

sprawy z powództwa **Wojewódzkiego Szpitala (...) w L.**

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

o zapłatę 2 879 970 zł

**I.** umarza postępowanie w sprawie co do kwoty **90 678 zł**;

**II.** oddala dalej idące powództwo;

**III.** zasądza od powoda na rzecz pozwanego **7 217 zł** kosztów procesu;

**IV.** obciąża Skarb Państwa niepokrytymi kosztami sądowymi.

## UZASADNIENIE

Powód – Wojewódzki Szpital (...) w L. wniósł o zasądzenie od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego we W. 2 879 970 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 30.01.2010 r. do dnia zapłaty oraz o zasądzenie pozwanego kosztów procesu według norm przepisanych.

Powód wskazał, że jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, udzielającym świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Umową z dnia 30.01.2009 r. nr (...) zakontraktowano świadczenia zdrowotne w ramach leczenia szpitalnego. Umowa została zawarta na rok 2009 r. i jej treść była zmieniana 18 razy. Podstawę zawarcia kontraktu stanowiły art.132 i nast. ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Niezależnie od ilości i wartości zakontraktowanych świadczeń zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia i życia. Obowiązek tej treści wypływa z art. 7 ustawy z 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 30 ustawy z dnia 05.12.1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Powód dochodzi zapłaty za świadczenia, których wykonanie było niezbędne z uwagi na ziszczenie się zakreślonych powyżej ustawowych przesłanek, tj. konieczności udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta, za które pozwany odmówił zapłaty. Umieszczenie powyższego obowiązku w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej oraz w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentystry – nie zaś w ustawie o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych stanowi przejaw woli ustawodawcy oderwania tego obowiązku

od okoliczności, czy szpital lub lekarz posiada w ogóle kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, czy też nie. Powinność udzielenia świadczenia zdrowotnego w określonych powyżej sytuacjach nie ma zatem związku ani z faktem zawarcia kontraktu, ani z poziomem finansowania zapewnionym w ramach tego kontraktu. Powód powołał się na treść umowy jedynie z tego powodu, że w ten sposób pozwany dokonuje rozliczenia wyżej wskazanych świadczeń.

Powyższa konstatacja ma istotne znaczenie dla uzasadnienia roszczeń powoda, albowiem sporne świadczenia zostały udzielone w warunkach opisanych w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. W orzecznictwie Sądu Najwyższego utrwalili się poglądy, zgodnie z którym NFZ zobowiązany jest do zapłaty swoim kontrahentom za świadczenia zdrowotne przekraczające limity określone w umowie, udzielone w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia, (wyroki SN: z dnia 12.12.2006 r., II

CSK 284/2006, z dnia 08.12.2005 r., II CSK 21/2005), albowiem określone w umowach z NFZ ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą przypadków, gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia (wyroki SN: z dnia 16.04.2008 r., V CSK 533/2007, z dnia 28.06.2005 r., I CK 821/2004, z dnia 05.11.2003 r., IV CK 189/2002, z dnia 05.08.2004 r., III CK 365/2003, z dnia 15.12.2004 r., IV CK 361/2004, z dnia 21.12.2004 r., I CK 320/2004).

Powód wykonał sporne świadczenia na ogólną kwotę 5 744 585, 00 zł. Pozwany zrazu odmówił zapłaty za te świadczenia, po czym kolejnymi ugodami uznawał częściowo roszczenia powoda. W trakcie trwania wskazanego na wstępie kontraktu, tj. w 2009 r., odnośnie świadczeń szpitalnych zawarto łącznie 4 ugody, z których 3 były następnie aneksowane.

W chwili zakończenia wskazanej na wstępie umowy i po upływie okresu rozliczeniowego, pozwany zalegał powodowi z tego tytułu kwotę 4 332 957, 45 zł. W związku z powyższym powód złożył wniosek o zawiązanie pozwanego do próby ugodowej. Na posiedzeniu w dniu 15.09.2010 r. pozwany odmówił zawarcia ugody, nie przedstawiając żadnych twierdzeń przeciw żądaniu powoda, ani nie składając żadnych, własnych propozycji rozwiązania sporu.

Pomimo tak zajętego stanowiska przed Sądem, pozwany dwiema ugodami z dnia 21.09.2010 r., zmienionymi aneksami z dnia 22.12.2010 r., uznał dalsze części roszczenia, które w następstwie tego uznania zostały zaspokojone. W ślad za kolejnymi uznaniem powód wystawiał korekty do pierwotnej faktury. Ostatnia z faktur korygujących: faktura nr (...) z dnia 28.12.2010 r. wskazuje na ostateczną wartość spornego roszczenia, tj. 2 879 970 zł. Wartość ta wynika z pozycji oznaczonej pod nr 1 liczby porządkowej wskazanej faktury korygującej.

Proponując zawarcie kolejnych ugód pozwany nigdy nie wskazywał, dlaczego uznaje akurat te, a nie inne świadczenia. Co więcej, pozwany składając propozycje ugody nie wskazywał nawet listy pacjentów, co do których świadczenia uznał, a co do których je zakwestionował i z jakich przyczyn.

Pozwany nie ujawnił żadnych merytorycznych względów, które legły u podstaw zakwestionowania świadczeń zdrowotnych, za których zapłaty wynagrodzenia powód dochodzi w tym postępowaniu. Powód zatem nie wie, czy pozwany w ogóle dokonywał merytorycznej kontroli tychże świadczeń pod kątem istnienia przesłanek z art. 7 ustawy o zoz oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry czy też nie, jak również, jaki był zakres tejże kontroli.

Ponieważ cena usług medycznych nie była kwestionowana przez żadną ze stron, wykazanie, że powyższe świadczenia zostały wykonane w warunkach określonych w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, jest wystarczające do uwzględnienia żądania pozwu, za czym przemawia przytoczone

wcześniej stanowisko Sądu Najwyższego.

Pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki we W. wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda kosztów procesu.

Pozwany podniósł, iż bezsporne jest, że w 2009 r. łączyła strony m.in. umowa nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne. Umowa została zawarta na okres od dnia 01.01.2009 r. do dnia 31.12.2009 r. W okresie, za który powód domaga się zapłaty, maksymalna wartość zobowiązania pozwanego za świadczenia udzielone na podstawie umowy uległa zwiększeniu z kwoty 38 036 059 zł do kwoty 83 335449 zł (aneks nr (...)), w tym proporcjonalnemu wzrostowi uległa wartość środków na świadczenia w poszczególnych zakresach. Pozwany zapłacił kwotę, do której się zobowiązał w umowie. Zawarta umowa jest swoistym kompromisem między możliwościami Funduszu, który nie jest odpowiedzialny za wysokość środków, jakie otrzymuje na świadczenia zdrowotne, a potrzebami świadczeniodawców. Powód musi mieć tego świadomość.

Pozwany, kierując się konstytucyjną zasadą zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku (art. 68 ust. 3 Konstytucji RP), zapewnił najważniejsze w tej grupie świadczenia w trybie nielimitowanym. Zgodnie z § 18 ust. 2 zarządzenia Nr (...) Prezesa NFZ z dnia 22.10.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, w przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń z grup opisanych w ww. przepisie (leczenie inwazyjne z zakresu kardiologii, poród i patologia ciąży z zakresu położnictwa i ginekologii oraz intensywna terapia noworodków z zakresu neonatologii) –przekroczy kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązań z tytułu realizacji świadczeń we właściwych ze względu na realizację zakresach oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy Funduszu wobec świadczeniodawcy. Powyższa zasada jest zasadą kontraktową również w relacjach z powodem, z uwagi na fakt, iż:

- zgodnie z § 1 umowy zarządzenie Nr (...) Prezesa NFZ z dnia 22.10.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne ma do niej zastosowanie wprost,

- zgodnie z § 4 ust. 7 umowy w przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń z grup, o których mowa w § 18 ust. 2 zarządzenia, przekroczy kwotę zobowiązania ustaloną w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany raz na kwartał zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych i kwoty zobowiązań we właściwych ze względu na realizację zakresach oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy Funduszu wobec świadczeniodawcy. Ponieważ ww. świadczenia są nielimitowane, pozwany w trybie zapisanym w umowie oraz zarządzeniu regularnie, na wniosek powoda, zwiększa liczbę jednostek rozliczeniowych w planie finansowo-rzeczowym umowy oraz kwotę zobowiązań z niej wynikającą.

Pozwany zatem stworzył jasny, czytelny i akceptowany również przez powoda w dacie podpisania umowy mechanizm, na podstawie którego w ramach kontraktu zobowiązał się do sfinansowania świadczeń według następującego schematu:

- w zakresie świadczeń nielimitowanych tj. wyszczególnionych w § 18 ust. 2 zarządzenia Nr (...) Prezesa NFZ z dnia 22.10.2008 r. – według faktycznego ich wykonania, zwiększając liczbę jednostek rozliczeniowych w planie finansowo-rzeczowym umowy oraz kwotę zobowiązań z niej wynikającą, do wartości faktycznego wykonania,

- 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 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06.05.2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - Dz. U. Nr 81, poz. 484).

Kwota zobowiązania Funduszu wobec powoda i innych świadczeniodawców zawarta w umowie (za wyjątkiem kwoty zobowiązania dotyczącej świadczeń nielimitowanych, o których mowa wyżej w pkt. 2 a sprzeciwu) jest ustalana obligatoryjnie z mocy ustawy (art. 136 pkt 5 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) i ma charakter maksymalny (wniosek z brzmienia art. 135 ust. 2 ww ustawy, zgodnie z którym Fundusz realizuje zasadę jawności umów przez zamieszczenie na swojej stronie internetowej informacji o każdej zawartej umowie, z uwzględnieniem m.in.

maksymalnej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy wynikającej z zawartej umowy). Zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu. Umowy zawierane przez NFZ ze świadczeniodawcami obejmują świadczenia opieki zdrowotnej zarówno planowe, jak i udzielane w trybie nagłym w rozumieniu art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 7 ustawy z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (j.t. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.) oraz art. 30 ustawy z dnia 05.12.2005 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 Funduszu, pozostaje w zgodzie z konstytucyjną zasadą zapewnienia każdemu prawa do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1 Konstytucji RP) z uwagi na fakt, iż warunki i zakres udzielania świadczeń określać ma ustawa (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP). Niewątpliwie najważniejszą ustawą określającą te warunki i zakres udzielania świadczeń jest ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym powołany wyżej jej art. 135 ust. 2 i art. 136 pkt 5.

Skoro umowa reguluje całościową odpowiedzialność kontraktową pozwanego, to brak jest podstaw do konstruowania wobec niego roszczeń na podstawie art. 56 kc. Powyższy pogląd znajduje również potwierdzenie w treści § 13 ust. 1 Ogólnych Warunków Umów o Udzielanie Świadczeń Opieki Zdrowotnej (mających zastosowanie do relacji kontraktowych pomiędzy stronami na podstawie § 1 ust. 2 umowy), zgodnie z którym Narodowy Fundusz Zdrowia jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń wykonanych w okresie rozliczeniowym, do kwoty zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy określonej w umowie.

Powód również nie miał wątpliwości odnośnie tego, iż umowa obejmuje wszystkie przypadki udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne. Co więcej, powód świadomie zrzekał się roszczeń przewyższających ustaloną w umowie wartości zamieszczając w podpisanych przez siebie aneksach w § 2 klauzulę, w której świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy wyczerpuje wszystkie jego roszczenia, wynikające z realizacji umowy, chyba, że Fundusz dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust. umowy. Powyższe oświadczenie zawarte zostało m.in. w aneksie nr (...) z dnia 31.12.2009 r. zwiększającym wartość kwoty zobowiązania Funduszu wobec powoda. Powyższe oświadczenia zawarto również w aneksach nr (...).

Zawarte pomiędzy stronami aneksy wyczerpały wszystkie roszczenia powoda z tytułu realizacji umowy.

Aneksy do umowy zostały sformułowane w sposób na tyle jasny i precyzyjny, że nie podstaw, aby przy ich interpretacji odchodzić od literalnego brzmienia oświadczeń stron. Interpretacja postanowień umowy nie może bowiem prowadzić do stwierdzeń sprzecznych z jej treścią (wyrok SN z 05.04.2007 r., II CSK 546/06). Analiza zawartych aneksów w sposób nie budzący wątpliwości wskazuje, że kwoty w nich określone wyczerpywały w całości roszczenia powoda o zapłatę. Gdyby przyjąć interpretację umowy i aneksów, tj. zmierzającą do uznania, iż wolą stron nie było objęcie umową i późniejszymi aneksami wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, to ich działanie uznać należałoby za nieracjonalne, skoro i tak miałyby być umową na podstawie art. 56 kc. Tylko zatem interpretacja Umowy, sprowadzająca się do uznania, iż obejmuje ona wszystkie świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju szpitalne w zakresach opisanych w planie rzeczowo-finansowym i w konsekwencji również taka interpretacja skutków oświadczenia woli w § 2 aneksów zawierających ww. klauzule -może racjonalnie uzasadniać posługiwanie się pojęciem maksymalnej wartości umowy (w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, aneksach i in.) oraz wprowadzeniem kategorii świadczeń nielimitowanych. Zawarcie przez strony aneksów z klauzulami j.w. (jak w § 2 aneksu nr (...) i in.) czyni wszelkie roszczenia powoda o zapłatę w wysokości przenoszącej ustalone kwoty, bezprzedmiotowymi (np. wyrok SO we Wrocławiu z dnia 29.02.2008 r., I C 21/08, nieprawomocny wyrok SO we Wrocławiu z dnia 29.04.2011 r., sygn. akt I C 730/10).

Powód również nie miał wątpliwości co do tego, iż świadczenia dochodzone w niniejszym postępowaniu objęte są umową Nr (...). Jasno wynika to m.in. z treści faktury VAT nr (...), obejmującej - jak przyznaje to powód w pozwie



- (...) (kod produktu: (...)).

Fundusz zaproponował zawarcie ugód wg propozycji trzeciej, w ramach dwóch typów tj. I i typu II według jednolitych dla wszystkich świadczeniodawców założeń.

Uzgodnienia dokonane przez strony w ramach typu I ugody wymieniały zakresy, których dotyczyła ugoda: produkty nielimitowane, produkty z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, substancje czynne w zakresie lekowych programów terapeutycznych, substancje czynne w zakresie chemioterapii, produkty z zakresu radioterapii i brachyterapii, a także monitorowanie i diagnostyka w zakresie onkologicznych lekowych programów terapeutycznych, monitorowanie i diagnostyka w zakresie chemioterapii, produkty z zakresu onkologii rozliczane w umowie podstawowej. Ponadto do zapłaty Fundusz zakwalifikował po 100 % wartość wszystkich świadczeń niezapłaconych określonych jako spełniające jednocześnie kryteria: oznaczone przez świadczeniodawców jako ratujące życie (1), zrealizowane w trybie nagłym (2), zweryfikowane i uznane przez (...) NFZ jako nagłe (3) oraz dodatkowo świadczenia dotyczące leczenia rozpoznawanych nowotworowych rozliczanych w zakresach: (...), (...), (...), (...)- (...), (...). Są to zakresy, których zapłaty dochodzi powód w tej sprawie.

Pozwany zarzucił, iż strony w § 2 ust. 1 ugody nr (...) zawarły oświadczenie, zgodnie z którym: „Strony zgodnie stwierdzają, iż postanowienia niniejszej ugody czynią zadość ich intencjom i oświadczają, że kwoty wskazane w § 1 stanowią całkowite wynagrodzenie z tytułu realizacji przez świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne udzielonych w trybie nagłym w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 31.12.2009 r. (...) zaś jej zapłata wyczerpuje wszelkie roszczenia Świadczeniodawcy wobec Oddziału Funduszu związane z realizacją tych świadczeń, udzielonych w każdych okolicznościach, we wskazanym wyżej okresie.” Konsekwencją ww. ustaleń był ust. 2 § 2 ugody, zgodnie z którym: „Świadczeniodawca oświadcza, że zrzeka się w całości na przyszłość jakichkolwiek dalszych roszczeń związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne udzielonych w trybie nagłym w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 31.12.2009 r. (...).”.

Podobne zapisy zawierała ugoda nr (...) z dnia 21.09.2010 r. dotycząca uzgodnień w ramach Typu II. Uzgodnienia w ramach Typu II. Ugody dotyczyły większości zakresów, (...) objętych pozwem. Fundusz do zapłaty zakwalifikował świadczenia jednocześnie zrealizowane w trybie nagłym (1) oraz zweryfikowane i uznane przez (...) NFZ jako nagłe (2) w stopniu takim, w jakim pozwały na to pozostałe środki finansowe (100 % pozostałych świadczeń płaconych po cenach: 32,60 zł dla świadczeniodawców mających zakontraktowane produkty po cenie 51 zł oraz 31 zł dla świadczeniodawców mających zakontraktowane produkty po cenie 48, 50 zł). Ugoda Nr (...) zawierała w § 2 ust. 1 oświadczenie, zgodnie z którym „Strony zgodnie stwierdzają, iż postanowienia niniejszej ugody czynią zadość ich intencjom i oświadczają, że kwota wskazane w § 1 ust. 2 zawiera ostateczne, całkowite wynagrodzenie z tytułu realizacji przez Świadczeniodawcę świadczeń nielimitowanych : (...), świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii : (...), świadczeń z zakresu onkologii : (...), zaś jej zapłata wyczerpuje wszelkie roszczenia Świadczeniodawcy wobec Oddziału Funduszu związane z realizacją świadczeń w powyższych zakresach, udzielonych w każdych okolicznościach, we wskazanym wyżej okresie.”. Strony następnie w ust. 2 § 2 oświadczyły, iż „kwoty wskazane w § 1 ust. 2 obejmują świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne ratujących życie udzielonych w stanach nagłych, spełniających wszelkie przesłanki określone w art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (...) oraz art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (...) w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 31.12.2009 r. (...), zaś jej zapłata wyczerpuje wszelkie roszczenia Świadczeniodawcy wobec Oddziału Funduszu związane z realizacją powyższych świadczeń, udzielonych w każdych okolicznościach, we wskazanym wyżej okresie.”. Konsekwencją ww. ustaleń był ust. 2 § 1 i ust. 2 ugody i oświadczenie pozwanego zawarte w § 2 ust. 4, zgodnie z którym: „ Świadczeniodawca oświadcza, że zrzeka się w całości na przyszłość jakichkolwiek dalszych roszczeń związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie określonym w ust. 1 i 2 w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 31.12.2009 r. (...).”.

Należy zatem przyjąć, iż strony zawarły ugody regulujące całościowo problematykę rozliczeń świadczeń tzw. ponadlimitowych za rok 2009 w wymienionych w nich zakresach, co dodatkowo żądanie pozwu czyni niezasadnym. Taka też była intencja stron w dacie ich podpisania.

Pozwany zarzucił, iż załączony do pozwu „Wykaz świadczeń zrealizowanych w oddziałach szpitalnych (...) Szpitala (...) w L.w 2009 r., za które Szpital nie otrzymał zapłaty” nie zawierał kodów rozpoznań i zastosowanych procedur ((...)i (...)), nie zawiera również w części przypadków rozpoznań (np. w pozycji (...)) co uniemożliwia odniesienie się merytoryczne do konkretnych wskazanych przypadków.

Przechodząc do wskazanej przez powoda podstawy prawnej roszczeń, tj. art. 7 ustawy z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2007 roku Nr 14, poz. 89 z późn. zm.) lub art. 25 ustawy z dnia 05.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 z późn. zm.) pozwany podniósł, iż zgodnie z pierwszym ze wskazanych wyżej przepisów zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Zgodnie z drugą z cytowanych regulacji, lekarz ma obowiązek udzielenia 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. 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.

Zgodnie z wyrokiem SN z dnia 04.01.2007 r., V CSK 369/06 świadczeniami zdrowotnymi, o których mowa art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.) oraz w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 2005 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 z późn. zm.), objęte zostały w zasadzie stany nagłe i niespodziewane, których nie można przewidzieć (np. pacjent z udarem mózgu, zawałem serca, poszkodowani w wypadkach drogowych). Nie są nimi zabiegi, które wprowadzają ratują życie, jednak stosowane są u chorych leczonych przewlekle, wymagających regularnego poddawania się zabiegom medycznym. Podobną tezę wyraził Sąd Apelacyjny we Wrocławiu w wyroku z dnia 11.05.2006 r., IACa 337/06. Zatem podstawowym warunkiem jest udowodnienie wykonania świadczeń w warunkach potrzeby ich natychmiastowego udzielenia. Ową potrzebę natychmiastowego udzielenia świadczenia (określoną w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej czy w art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty) 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, w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 08.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.).

Pozwany podniósł, iż powód nie udowodnił ww. przesłanek, tj. udzielenia świadczeń w stanie zagrożenia życia lub zdrowia, natychmiastowości (nagłości) zagrożenia oraz nieprzewidywalności zagrożenia. Powód nie wskazał w pozwie kodów klasyfikacji świadczeń wg (...) (rozpoznanie) oraz (...) (procedury medyczne). Już tylko z samego opisu świadczeń dokonanego w pozwie wynika, iż co najmniej 46 nie było udzielonych w trybie nagłym (chodzi o świadczenia w poz. (...)).

Pozwany wskazał na rozbieżności w orzecznictwie dotyczące problematyki będącej przedmiotem sprawy. Sąd Najwyższy wielokrotnie wyrażał pogląd, że świadczeniodawcy nie przysługują wobec Funduszu roszczenia 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 zoz i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, oznaczałoby w istocie odmowę uznania doniosłości prawnej wskazanych umów (wyrok z dnia 07.08.2003 r.,

IV CKN 393/01, z dnia 28.01.2004 r., IV CK 434/02, z dnia 25.03.2004 r., II CK 207/03, z dnia 17.09.2004 r., V CK 58/04, z dnia 15.10.2004 r., II CK 54/04, z dnia 20.10.2004 r., I CK 218/04, z dnia 10.03.2005 r., I CK 578/04 oraz z dnia 14.09.2005 r., III CK 83/05). Co do zasady orzecznictwo sądowe w okręgu apelacji (...) kwestionuje również zasadność roszczeń z tytułu zapłaty za tzw. świadczenia „ponadlimitowe”. Przykładowo powołać można wyrok SA we Wrocławiu z dnia 09.12.2005 r., I A Ca 1273/05, zawierający m.in. tezę, iż „Przekroczenie przez świadczeniodawcę ustalonych w umowie reguł, w tym limitów finansowych, odbywa się na ryzyko świadczeniodawcy. Narodowy Fundusz Zdrowia jako publiczna osoba prawna powołana w celu gospodarowania środkami publicznymi przeznaczonymi na ochroną zdrowia ubezpieczonych, nie tylko nie ma obowiązku finansowania tzw. świadczeń ponadlimitowych, ale nie ma wręcz takich uprawnień”. W ocenie SA, jeżeli można ewentualnie „rozważyć obowiązek NFZ finansowania „ponadlimitowych” świadczeń ratujących życie, to wyłącznie takich, które łącznie spełniają kilka warunków. Udzielone zostały w sytuacji, gdy limity umowne zostały wyczerpane, świadczenia nie mogła udzielić inna jednostka ochrony zdrowia i pomocy udzielić należało niezwłocznie.”.

Dołączone do umowy liczne aneksy, zwiększające plan finansowo-rzeczowy wyraźnie dowodzą, iż w chwili wykonywania świadczeń przedłożonych w procesie, powód nie miał wyczerpanych limitów wynikających z umowy. Zatem jego świadczeń opisanych w pozwie w żadnym razie nie można określić mianem „ponadlimitowych”.

Pozwany zarzucił, iż w dacie wykonywania świadczeń objętych pozwem na obszarze kontraktowania świadczeń w rodzaju leczenia szpitalne, wielu innych świadczeniodawców miało umowy dotyczące świadczeń wykonywanych w zakresach objętych pozwem. Informacja ta była również zamieszczona na stronie internetowej pozwanego (...)na podstawie art. 135 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Z ostrożności procesowej pozwany podniósł, iż nawet gdyby powód istotnie w trakcie wykonywania świadczeń wyczerpał już limity umowne, co jednak nie miało miejsca, to powinien był wskazać pacjentom ww. świadczeniodawców jako uprawnionych do udzielenia świadczeń w ramach posiadanych umów (i ich limitów) czego jednak nie uczynił. Z art. 18a ust. 1a pkt 3 ustawy o zoz wynika obowiązek współdziałania m.in. powoda z innymi zakładami opieki zdrowotnej w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania. Oczywiście jest, iż powód powinien mieć świadomość przekroczenia limitów umowy (jak sam twierdzi) i w takiej sytuacji (o ile stan chorego na to pozwala) wskazać mu świadczeniodawcę, który posiada jeszcze niewykorzystane limity umowy. Powód powinien mieć wypracowane na taką okoliczność jasne i przejrzyste procedury postępowania, a w razie ich braku – wystarczyłoby po prostu telefon do jednego ze szpitali z prośbą o prostą informację. Powyższe w oczywisty sposób wynika m.in. z art. 19 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (...).

Pozwany zarzucił, iż stan pacjentów umożliwiał ich skierowanie do innych szpitali (nie był to wszakże stan zagrażający ich życiu) a ponadto – iż brak procedur, o których mowa w art. 18a ust. 1a pkt 3 ustawy o zoz, w zakresie kierowania pacjentów do innych świadczeniodawców stanowi co najmniej przyczynienie się powoda do powstania wydatków, których dochodzi w tym postępowaniu.

Pozwany podniósł, iż powód mylnie świadczenia te określa mianem „ponadlimitowych”. Wskazał, iż świadczeniami „ponadlimitowymi” są świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w sytuacji, gdy świadczeniodawca uprzednio udzielił świadczeń danego rodzaju w liczbie przewidzianej w umowie zawartej z NFZ lub gdy w momencie udzielania świadczenia przekroczona została kwota zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, o której mowa w art. 136 pkt. 5 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Żadna z tych sytuacji nie miała miejsca. Limit świadczeń zwiększany kolejnymi aneksami cały czas pozwalał na rozliczenie przedstawionych w niniejszym postępowaniu świadczeń w trybie przewidzianym umową. Zgodnie z § 14 ust. 1 Ogólnych Warunków Umów o Udzielanie Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Fundusz jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, określonej w umowie.



Powyższe rozumienie pojęcia świadczeń „ponadlimitowych” znajduje uzasadnienie w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 13.07.2005 r., I CK 18/05, w którym SN zawarł m.in. następującą tezę „Określenie ilościowego limitu świadczeń zdrowotnych bez ustalenia niezbędnych przedsięwzięć organizacyjnych na wypadek wyczerpania limitu stanowi nadużycie, wynikającego z art. 53 ust. 4 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, obowiązku określenia w umowie zakresu udzielonych świadczeń i maksymalnej kwoty zobowiązania kasy chorych wobec świadczeniodawcy. Klauzulę umowy ograniczającą się do wskazania ilościowego limitu uznać należy za niedopuszczalną w zakresie dotyczącym świadczeń zdrowotnych niecierpiących zwłoki ze względu na zagrożenie życia albo zdrowia pacjenta. W tym zakresie klauzula taka jest dotknięta nieważnością na podstawie art. 58 § 3 k.c. W konsekwencji świadczeniodawcy przysługuje umowne wynagrodzenie także za ponadlimitowe świadczenia udzielone ze względu na zagrożenie życia albo zdrowia.”. Wydaje się nie budzić wątpliwości, iż chodzi tu o świadczenia ratujące życie wykonane po wyczerpaniu się limitu i przedłożone do rozliczenia już po dacie faktycznego jego wyczerpania, a nie wykonane w trakcie realizacji umowy przy nie wyczerpanych jeszcze limitach i następnie przedstawiane celem późniejszego rozliczenia jak to ma miejsce w tej sprawie.

Pozwany zarzucił, że powód powinien był rozliczyć w ramach umowy świadczenia, które jak głośno twierdzi, zostały udzielone w trybie nagłym w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów, a dodatkowo poza planem rzeczowo-finansowym określonym ww. umową. Powód nie wykazał dlaczego świadczenia za które domaga się zapłaty, nie zostały rozliczone w ramach zwiększonej wartości kontraktu.

Jak przyjmuje się w okręgu apelacji (...), „ponadlimitowe świadczenia” ratujące życie nie mogą stanowić rozwiązania systemowego; mogą mieć bowiem jedynie charakter incydentalny. Tymczasem, jak wynika to z treści faktur VAT dołączonych do pozwu, powód uczynił to zjawisko rozwiązaniem systemowym, w praktyce usiłując zakwestionować zapisy umowy o maksymalnej kwocie wynagrodzenia, naruszając tym samym nie tylko zapisy umowy ale również § 14 ust. 1 Ogólnych Warunków Umów (...) i art. 136 pkt 5 ustawy.

Zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ustawodawca ustanowił równocześnie obowiązek niezwłocznego udzielenia świadczeniobiorcom świadczenia opieki zdrowotnej w stanach nagłych (art. 19 ust. 1 ustawy) i określił w jaki sposób powinien postąpić zarówno świadczeniodawca, który nie ma umowy z Funduszem (art. 19 ust. 4 ustawy), jak i świadczeniodawca, który nie ma możliwości udzielenia świadczeń określonych w umowie w przypadku stanu nagłego. W razie braku możliwości udzielenia świadczeń określonych w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy lub w związku z wystąpieniem siły wyższej, świadczeniodawca zapewnia udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez innego świadczeniodawcę (art. 19 ust. 3 ustawy). Świadczeniodawca ma również ustawowy obowiązek określenia warunków współdziałania z innymi zakładami opieki zdrowotnej w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania (art. 18a ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 30.08.1991 r. o zoz. Powód żadnej ze wskazanych okoliczności nawet nie podjął.

Pozwany podniósł, iż zgodnie z wyrokiem SN z dnia 08.10.2008 r., V CSK 139/08, świadczeniami zdrowotnymi, o których mowa w art. 7 ustawy z dnia 30.08.1991 r. o zoz oraz art. 30 ustawy z dnia 05.12.2005 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, objęte zostały w zasadzie stany nagłe i niespodziewane, których nie można było przewidzieć (np. pacjent z udarem mózgu, zawałem serca poszkodowani w wypadkach drogowych). Choć więc każde świadczenie medyczne jest udzielane w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia, to nie każde jest świadczeniem udzielanym w sytuacji wymagającej natychmiastowej pomocy medycznej, której odroczyć w czasie może skutkować utratą życia lub zdrowia. Podobną tezę wyraził Sąd A we W. w wyroku z dnia 11.05.2006 r., I ACa 337/06. Sąd Najwyższy stawia warunki świadczeniodawcom dochodzącym roszczeń z tytułu wykonania świadczeń ponad liczbę umowną tzn. liczbę którą Fundusz mógł kupić na rzecz osób ubezpieczonych i uprawnionych w ramach posiadanych środków (wszak wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu - art. 132 ust. 5 ustawy o

świadczeniach opieki zdrowotnej). Tym warunkiem jest udowodnienie wykonania świadczeń w warunkach potrzeby ich natychmiastowego udzielenia. Ową potrzebę natychmiastowego udzielenia świadczenia (określoną w art. 7 ustawy o zoz czy w art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty), powołane przez powoda orzeczenia prowadzą w istocie do pojęcia stanu nagłego zdefiniowanego, poprzez art. 19 w związku z art. 5 pkt 33 ustawy o świadczeniach, w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 08.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.). Powód żadnej z ww.

Pozwany ponownie zarzucił, że powód nie udowodnił żadnej z przesłanek udzielenia świadczeń w stanie zagrożenia życia oraz stanu nagłego (czy też potrzeby natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego).

Pozwany zarzucił, że powód nie udowodnił roszczenia również co do wysokości. Na podstawie danych zawartych w „Wykazie świadczeń zrealizowanych (...)” dołączonym do pozwu nie można sprawdzić poprawności wyliczenia wartości świadczeń, ponieważ nie wskazano rozpoznania głównego według klasyfikacji (...) oraz zastosowanych procedur leczniczych według klasyfikacji (...). Pozwany zarzucił, że w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń stosuje się przepisy art. 20-23 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 21 ustawy z dnia 30.08.1991 r. o zoz). Powód nie przedstawił sposobu prowadzenia listy oczekujących na świadczenia ani też w jakim trybie rozliczył świadczenia w ramach wartości umowy.

Pozwany odesłał fakturę VAT oraz wszelkie do niej korekty, gdyż wartość w niej wskazana przekraczała kwotę zawartą w umowie (§13 ust. 1 Ogólnych Warunków Umów o Udzielanie Świadczeń Opieki Zdrowotnej, zgodnie z którym Narodowy Fundusz Zdrowia jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń wykonanych w okresie rozliczeniowym, do kwoty zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy określonej w umowie). Fundusz jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy określonej w umowie (§ 14 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06.05.2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – Dz. U. Nr 81, poz. 484). Pozwany wielokrotnie, w tym m. in. w komunikacie z dnia 10.08.2009 r., wskazywał, że ustalanie warunków finansowych dla placówek służby zdrowia jest konsekwencją ograniczonej ilości pieniędzy pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne i wymogów w zakresie dyscypliny finansowej wynikającej zarówno z przepisów ustawy o świadczeniach zdrowotnych, jak i przepisów dotyczących finansów publicznych. (...) NFZ przypominał, że z uwagi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach zamkniętej puli pieniędzy i związaną z tym ograniczoną ilość świadczeń świadczeniodawcy – zgodnie z ustawą z dnia 27.08.2004 r. i rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26.09.2005 r. – mają obowiązek ustalania kolejności udzielania świadczeń. Tymczasem czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne w powodowym Szpitalu wynosił w 2009 r., np. w zakresach:

- (...)i (...),

- (...),

- (...),

o dni. W pozostałych zakresach (za wyjątkiem (...)i (...)) długość kolejek znacząco zmalała. Powyższe prowadzi do wniosku, iż tzw. nadwykonania mogą być skutkiem złej organizacji przyjęć pacjentów, w ogóle nie uwzględniającej konieczności przestrzegania maksymalnej wartości kontraktu, ustalonej w umowie.

Zgodnie z art. 44 ust. 3 ustawy o finansach publicznych wydatki publiczne powinny być dokonywane:

1) w sposób celowy i oszczędny z zachowaniem zasad;

3) w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań.

W tym stanie rzeczy pozwany nie może uznać żądania pozwu, gdyż poza brakiem środków finansowych w istocie naruszyłby ww. zasady wydatkowania środków publicznych.

W tym stanie rzeczy roszczenia powoda należy uznać za bezpodstawne.

Pismem z dnia 10.06.2011 r. powód cofnął pozew co do kwoty 90 678 zł, podtrzymując powództwo w pozostałym zakresie, tj. co do kwoty 2 789 292 zł.

Powód podniósł, iż wywód pozwanego, jakoby wyczerpanie limitów umownych było przeszkodą w udzieleniu świadczeń zdrowotnych w trybie nagłym i powód winien w takiej sytuacji odsyłać pacjentów do innych placówek w trybie przewidzianym w art. 19 ust. 3 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, jest oczywiście błędny. Ustawodawca oderwał bowiem obowiązek udzielenia świadczeń zdrowotnych w trybie nagłym od zawarcia umowy z NFZ, nakładając go także na podmioty, które takiej umowy w ogóle nie zawarły. Oczywiście jest, że obowiązek ten spoczywa także na podmiotach, które umowę wprawdzie zawarły, lecz wyczerpały umówione limity świadczeń. Niemożność udzielenia świadczenia, o którym mowa w art. 19 ust. 3 ustawy dotyczy niemożności wykonania świadczenia (brak odpowiedniego sprzętu, wykwalifikowanego personelu medycznego, odpowiednich leków, itp.), nie zaś przekroczenia limitu umownego. To, że dany podmiot przekroczył umowny limit świadczeń, nie oznacza wszak, że jest obiektywnie niezdolny do podjęcia diagnostyki czy wdrożenia leczenia w stanie nagłym.

Powód zaprzeczył twierdzeniom pozwanego, jakoby świadczenia zdrowotne były rozliczane niezgodnie z procedurami.

Powód zaprzeczył także, jakoby intencją stron zawierających dołączone do pozwu ugody i aneksy do tych ugód było zrzeczenie się roszczeń z tytułu świadczeń udzielonych w stanach nagłych, albowiem tak rozumiane ugody byłyby nieważne z mocy prawa, jako sprzeczne z przywołanymi w preambułach ugód normami – także konstytucyjnymi. Intencją stron było jedynie zwiększenie limitów świadczeń, nie zaś zaspokojenie roszczeń ponadlimitowych – udzielonych w stanach nagłych. Powód zrzekł się prawa dochodzenia jedynie tych świadczeń, które zostały zrealizowane i wymienione w załączniku do ugód. W procesie powód nie dochodzi jednak wynagrodzenia za te świadczenia, które w załącznikach do ugód zostały wymienione.

### ***Sąd ustalił w sprawie następujący stan faktyczny.***

W dniu 30.01.2009 r. Wojewódzki Szpital (...) w L. zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia (...) Oddziałem Wojewódzkim we W. umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne nr (...), obejmującą świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalne.

Powód zobowiązany był do wykonywania umowy zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr (...) z dnia 22.10.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne - § 1.2.

Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od 01.01.2009 r. do dnia 30.06.2009 r. wynosiła maksymalnie 38 036 059 00 zł, zaś w okresie od dnia 01.07.2009 r. do dnia 31.12.2009 r. – 0 zł - § 4.1 i 2.

Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową w okresach rozliczeniowych określał plan rzeczowo-finansowy stanowiący załącznik nr 1 do umowy - § 4.3.

Kwoty zobowiązania określone w planie rzeczowo-finansowym obejmowały także kwoty zobowiązania wyodrębnione na realizację grup z katalogu grup określonych w załączniku nr 1a do zarządzenia we właściwych ze względu na realizację świadczeń zakresach - § 4.5.

Dla każdej z grup świadczeń w ramach odpowiednich zakresów świadczeń w planie rzeczowo-finansowym określało się odrębną liczbę punktów oraz kwotę zobowiązania przeznaczoną wyłącznie na realizację tych grup świadczeń - § 4.6.

W przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń z grup, o których mowa w § 18.2 zarządzenia, przekroczyła kwotę przewidzianą w § 4.6, na wniosek świadczeniodawcy składany raz na kwartał – zwiększeniu ulegały liczby jednostek rozliczeniowych i kwoty zobowiązań we właściwych ze względu na realizację świadczeń zakresach oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy Oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy - § 4.7.

Rozliczanie grupy świadczeń odbywało się łącznie z innymi świadczeniami przypisanymi do danego zakresu świadczeń, w ramach kwoty zobowiązania określonej dla danego zakresu świadczeń - § 4.8.

Umowa została zawarta na okres od dnia 01.01.2009 r. do dnia 31.12.2011 r. - § 7.1.

Ustalenie kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy i planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy dokonywane było na zasadach określonych w § 32 ogólnych warunków umów - § 8.

Załączniki do umowy stanowiły: plan rzeczowo-finansowy, harmonogram zasobów i wykaz podwykonawców.

Wykonanie jednostek rozliczeniowych podzielone było na poszczególne miesiące każdego kwartału.

/ dowód: umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne nr

(...) – k. 9-11, 189-194; plan rzeczowo-finansowy – k. 12-15, 195-

201 /

Kwota zobowiązania Funduszu wobec powoda przewidziana w § 4 ust. 1 umowy z dnia 30.01.2009 r. ulegała zwiększeniu na mocy zawieranych przez strony aneksów do umowy.

Aneksem nr (...) z dnia 13.02.2009 r. strony określiły kwotę zobowiązania Funduszu wobec powoda w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 30.06.2009 r. na maksymalnie 41 961 980, 00 zł.

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

Aneks nr (...) wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 22.01.2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 19.02.2009 r. strony zmieniły § 1 ust. 2 umowy w ten sposób, że wskazały, iż świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa NFZ nr (...) z dnia 22.10.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne zmienionym zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 23.01.2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 19.02.2009 r. strony zmieniły § 1 ust. 2 umowy w ten sposób, że wskazały, iż świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa NFZ nr (...) z dnia 22.10.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, zmienionym zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 23.01.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 26.01.2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 03.03.2009 r. strony określiły kwotę zobowiązania Funduszu wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 30.06.2009 r. na maksymalnie 38 959 975, 00 zł.

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

Aneks nr (...) wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 01.03.2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 03.03.2009 r. strony określiły kwotę zobowiązania Funduszu wobec niego z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 30.06.2009 r. na maksymalnie 40 450 144, 00 zł.

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

Aneks nr (...) wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 01.02.2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 06.03.2009 r. strony zmieniły zapis § 1 ust. 2 umowy w ten sposób, że wskazały, iż świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa NFZ nr (...) z dnia 22.10.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, zmienionym zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 23.01.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 26.01.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 05.03.2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 02.04.2009 r. strony określiły kwotę zobowiązania Funduszu wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 30.06.2009 r. na maksymalnie 44 076 499, 00 zł.

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

Aneks nr (...) wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 01.03.2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 06.05.2009 r. strony zmieniły § 1 ust. 2 umowy w ten sposób, że wskazały, iż świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa NFZ nr (...) z dnia 22.10.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, zmienionym zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 23.01.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 26.01.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 05.03.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 19.03.2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 06.05.2009 r. strony określiły kwotę zobowiązania Funduszu wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 30.06.2009 r. na maksymalnie 44 076 599, 00 zł.

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

Aneks nr (...) wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 01.01.2009 r.

Aneks nr (...) z dnia 04.06.2009 r. strony określiły kwotę zobowiązania Funduszu wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 30.06.2009 r. na maksymalnie 44 489 036, 00 zł.

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

Aneks nr (...) wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 01.03.2009 r.

Aneks nr (...) z dnia 30.06.2009 r. strony określiły kwotę zobowiązania Funduszu wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 01.07.2009 r. do dnia 31.10.2009 r. na maksymalnie 26 792 955, 00 zł.

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

Aneks nr (...) wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 01.07.2009 r.

Aneks nr (...) z dnia 22.07.2009 r. strony zmieniły § 1 ust. 2 umowy w ten sposób, że wskazały, iż świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa NFZ nr (...) z dnia 22.10.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, zmienionym zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 23.01.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 26.01.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 05.03.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 19.03.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 29.06.2009 r.

Aneks nr (...) z dnia 13.08.2009 r. strony zmieniły § 1 ust. 2 umowy w ten sposób, że wskazały, iż świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa NFZ nr (...) z dnia 22.10.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, zmienionym zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 23.01.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 26.01.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 05.03.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 19.03.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 29.06.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 30.07.2009 r.

Aneks nr (...) z dnia 23.09.2009 r. strony zmieniły § 1 ust. 2 umowy w ten sposób, że wskazały, iż świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa NFZ nr (...) z dnia 22.10.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, zmienionym zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 23.01.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 26.01.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 05.03.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 19.03.2009 r., zmienionym zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 29.06.2009 r.

Aneks nr (...) z dnia 12.11.2009 r. strony określiły kwotę zobowiązania Funduszu wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 30.06.2009 r. na maksymalnie 40 821 116, 00 zł oraz określiły kwotę zobowiązania Funduszu wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 01.07.2009 r. do dnia 31.10.2009 r. na maksymalnie 42 123 163, 00 zł.

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

Aneks nr (...) wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 01.01.2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 31.12.2009 r. strony określiły kwotę zobowiązania Funduszu wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 01.07.2009 r. do dnia 31.12.2009 r. na maksymalnie 4 144 481, 00 zł.

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

Aneks nr (...) wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 01.12.2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 27.01.2010 r. strony określiły nadały umowie nr (...) brzmienie określone w załączniku do aneksu.

Aneksem nr (...) z dnia 15.02.2010 r. strony ustaliły, że z tytułu świadczeń udzielonych w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 30.06.2009 r. w ramach umowy (...) świadczeniodawca otrzyma maksymalnie kwotę 40 820 249, 00 zł oraz z tytułu świadczeń udzielonych w okresie od dnia 01.07.2009 r. do dnia 31.12.2009 r. w ramach umowy (...) świadczeniodawca otrzyma maksymalnie kwotę 42 512 446, 00 zł, a także zmieniły treść załącznika nr do umowy – Plan rzeczowo-finansowy.

Aneks nr (...) wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 01.04.2009 r.

Aneksem nr (...) z dnia 15.02.2010 r. strony ustaliły, że w związku z udzieleniem świadczeń w trybie § 4 ust. 7 umowy kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od 01.07.2009 r. do 31.12.2009 r. wynosi maksymalnie 42 515 200, 00 zł.

Aneks nr (...) wszedł w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 01.12.2009 r.

/ dowód: aneksy nr (...) wraz z planami rzeczowo-finansowymi – k. 16-66, 70-81, 202-310;

uzgodnienie w sprawie wartości umowy – k. 67 /

Rozliczenia pomiędzy NFZ a świadczeniodawcami dokonywane są zgodnie z postanowieniami ogólnych warunków umów ustalonymi rozporządzeniem Ministra Zdrowia oraz zarządzeniami Prezesa NFZ.

W 2009 r. Narodowy Fundusz Zdrowia informował świadczeniodawców, że dysponuje ograniczonymi środkami, może zwiększyć kwotę finansowania świadczeń w miarę wzrostu środków, jakimi może dysponować.

W takim wypadku zawierane były aneksy do umowy.

Dyrektor Oddziału na spotkaniach z przedstawicielami świadczeniodawców oraz poprzez komunikaty na stronie internetowej informował o braku możliwości finansowania świadczeń ponad limity kontraktowe. Komunikaty zawierały informacje o konieczności planowania świadczeń, prowadzenia rejestru, stosowania systemu kolejkowego.

/ dowód: zeznania świadków: M. D. – e-protokół z dnia 14.03.2012 r.

01.00.29-01.33.32, J. W. – e-protokół z dnia 14.03.2012 r. 01.33.20-

01.52.04; zeznania dyrektora Oddziału pozwanego W. N. – e-protokół z dnia

14.06.2012 r. 00.30.21-00.57.39 /

Rozliczenia wykonywania kontraktu dokonywane są pomiędzy powodem a pozwanym narastająco w stosunku do limitu przewidzianego w kontrakcie w odniesieniu do wartości kontraktu i wartości za kolejne okresy miesięczne oraz w odniesieniu do wartości w poszczególnych zakresach (np. specjalnościach medycznych, oddziałach szpitalnych).

Rozliczenia następują co miesiąc, dokonywane są w formie elektronicznej.

Szpital wystawia fakturę za okres miesiąca i przesyła ją do Oddziału (...), który uiszcza należność w terminie 15 dni, ale wyłącznie do wysokości limitu.

Szpital przekazuje Funduszowi rozliczenia w formie elektronicznej, przysyłając raport statystyczny, dane identyfikujące pacjentów, tryb przyjęcia i dane obliczeniowe. Szpital oznacza, czy świadczenie miało charakter ratującego życie ((...)) czy nie ((...)). Fundusz w pierwszej kolejności opłaca świadczenia (...).

Limit kontraktowy narastająco przechodzi z miesiąca na kolejny miesiąc. Jeżeli limit został w danym miesiącu przekroczony, szpital powinien odpowiednio zmniejszyć ilość udzielonych świadczeń w miesiącu kolejnym.

Jeżeli limit w jednym zakresie nie został wypełniony, następowały przesunięcia środków pomiędzy zakresami.

/ dowód: zeznania świadków: G. B. – e-protokół z dnia 14.03.2012 r. 00.01.36-00.37.54,

J. W. /

Po zakończeniu kwartału powód składał wnioski o zapłatę za nadwykonania. NFZ uwzględniał wnioski za nadwykonania dotyczące świadczeń przewidzianych przepisami. Odsyłał faktury za świadczenia nagle wykonane poza limitem.

/ dowód: zeznania świadka G. B. /

System informatyczny wymusza rozliczanie najpierw świadczeń udzielonych w trybie nagłym, potem świadczeń udzielonych pacjentom uprawnionym, nieubezpieczonym, w ostatniej kolejności świadczeń planowych.

/ dowód: zeznania świadka G. B. /

Powód prowadził system kolejkowy. Na koniec 2009 r. na przyjęcie oczekiwało 3 000 pacjentów.

/ dowód: zeznania świadka G. B. /

Pozwany zapłacił powodowi wynagrodzenie w kwocie ustalonej ostatecznie w umowie z uwzględnieniem zmian dokonanych kolejnymi aneksami.

/ dowód: zeznania świadków: G. B., J. W. /

W dniu 14.01.2010 r. powód wystawił pozwanemu fakturę VAT nr (...)za świadczenia zdrowotne z tytułu nadwykonań za okres styczeń-grudzień 2009 r. na kwotę 5 744 585, 00 zł. Faktura ta została następnie skorygowana: pnie (...)(...)

- fakturą korygującą nr (...) z dnia 17.02.2010 r. przez zmniejszenie kwoty o 185 317, 80 zł do kwoty 5 559 267, 20 zł,

- fakturą korygującą nr (...) z dnia 18.03.2010 r. przez zmniejszenie kwoty o 1 148 090, 79 zł do kwoty 4 411 176, 41 zł,

- fakturą korygującą nr (...) z dnia 30.06.2010 r. przez zmniejszenie kwoty o 174 712, 00 zł do kwoty 4 236 464, 41 zł.

- fakturą korygującą nr (...) z dnia 22.12.2010 r. przez zmniejszenie kwoty o 1 351 992, 64 zł do kwoty 2 882 071, 77 zł,

- fakturą korygującą nr (...) z dnia 28.12.2010 r. przez zmniejszenie kwoty o 1 335, 60 zł do kwoty 2 880 736, 17 zł.



/ dowód: faktura VAT – k. 82-83; faktury korygujące – k. 84-90 /

Pismem z dnia 26.01.2010 r. pozwany zwrócił powodowi bez księgowania fakturę korygującą nr (...), ponieważ wystawiona została niezgodnie z zawartymi umowami.

Pismem z dnia 26.01.2010 r. pozwany zwrócił powodowi bez księgowania fakturę nr (...), ponieważ wystawiona została niezgodnie z zawartą umową.

Pismem z dnia 23.02.2010 r. pozwany zwrócił powodowi bez księgowania fakturę korygującą nr (...), ponieważ wystawiona została niezgodnie z zawartymi umowami.

Pismem z dnia 12.03.2010 r. pozwany zwrócił powodowi bez księgowania fakturę nr (...), ponieważ wystawiona została niezgodnie z zawartymi umowami.

Pismem z dnia 30.03.2010 r. pozwany zwrócił powodowi bez księgowania fakturę korygującą nr (...), ponieważ wystawiona została niezgodnie z zawartymi umowami.

Pismem z dnia 28.01.2011 r. pozwany zwrócił powodowi bez księgowania fakturę korygującą nr (...), ponieważ wystawiona została niezgodnie z zawartymi umowami.

/ dowód: pismo NFZ z dnia 28.01.2011 r. – k. 343; pismo NFZ z dnia 30.03.2010 r. – k. 346;

pismo NFZ z dnia 12.03.2010 r. – k. 347; pismo NFZ z dnia 23.02.2010 r. – k. 348;

pismo z dnia 26.01.2010 r. – k. 349; pismo NFZ z dnia 26.10.2010 r. – k. 350 /

Oprócz aneksowania umów o wykonanie świadczeń Fundusz zawiera ze świadczeniodawcami także umowy dotyczące rozliczenia kontraktu.

Wytyczne w sprawie zawierania umów ze świadczeniodawcami pochodzą od Prezesa NFZ. W Oddziale NFZ przygotowywany jest wzór umowy, której ostateczna treść jest akceptowana przez dyrektora Oddziału i zespół radców prawnych.

Do umowy dołącza się szczegółowy wykaz usług, które były podstawą przygotowania umowy, dane ewidencyjne i medyczne.

/ dowód: zeznania świadka J. W. /

W dniu 01.04.2009 r. strony zawarły umowę nr (...)dotyczącą rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 21.01.2009 r. w stanach polegających 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, wymagających podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia (art. 19 ustawy z dnia 27.08.2004 r.).

Strony ustaliły, że Fundusz zapłaci powodowi maksymalnie kwotę 342 669, 00 zł z tytułu wskazanych świadczeń w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 21.01.2009 r. w rodzaju leczenia szpitalne.

Strony oświadczyły, że kwota ta stanowi ostateczną kwotę należności powoda z tytułu wskazanych świadczeń w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 21.01.2009 r.

Powód zrzekł się prawa dochodzenia roszczeń wynikających z umowy a dotyczących zrealizowanych świadczeń zgodnie z załącznikiem nr 2 do umowy, zarówno istniejących, jak i mogących powstać w przyszłości.

/ dowód: umowa z dnia 01.04.2009 r. – k. 91-92; plan rzeczowo-finansowy – k. 93; zestawienie – k.

94-101 /

Aneksem nr (...) z dnia 02.12.2009 r. strony zmieniły ugodę w ten sposób, że określiły wskazaną w niej kwotę na 326 247, 00 zł.

/ dowód: aneks nr (...) do ugody – k. 102; plan rzeczowo-finansowy – k. 103 /

W dniu 01.04.2009 r. strony zawarły ugodę nr (...) dotyczącą rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 31.01.2009 r. w stanach polegających 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, wymagających podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia (art. 19 ustawy z dnia 27.08.2004 r.).

Strony ustaliły, że Fundusz zapłaci powodowi maksymalnie kwotę 317 322, 00 zł z tytułu wskazanych świadczeń w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 31.01.2009 r. w rodzaju leczenie szpitalne.

Strony oświadczyły, że kwota ta stanowi ostateczną kwotę należności powoda z tytułu wskazanych świadczeń w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 21.01.2009 r.

Powód zrzekł się prawa dochodzenia roszczeń wynikających z ugody a dotyczących zrealizowanych świadczeń zgodnie z załącznikiem nr 2 do ugody, zarówno istniejących, jak i mogących powstać w przyszłości.

/ dowód: ugoda z dnia 01.04.2009 r. – k. 104-105; plan rzeczowo-finansowy – k. 106; zestawienie

– k. 107-108 /

Aneksem nr (...)z dnia 02.12.2009 r. strony zmieniły ugodę w ten sposób, że określiły wskazaną w niej kwotę na 315 333, 00 zł w zakresie produktu (...) (...).

/ dowód: aneks nr (...) do ugody – k. 109; plan rzeczowo-finansowy – k. 110 /

W dniu 01.04.2009 r. strony zawarły ugodę nr (...)w sprawie uchylenia sporu mogącego powstać na tle sfinansowania świadczeń opieki zdrowotnej w okresie od 01.01.2009 r. do rozstrzygnięcia niezbędnych postępowań uzupełniających.

Strony ustaliły, że Fundusz zapłaci powodowi maksymalnie 24 939, 00 zł z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom w okresie od 01.01.2009 r. do 31.01.2009 r.

Strony oświadczyły, że kwota ta stanowi ostateczną kwotę należności powoda z tytułu wskazanych świadczeń w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 31.01.2009 r.

Powód zrzekł się prawa dochodzenia roszczeń wynikających z ugody a dotyczących

zrealizowanych świadczeń zgodnie z załącznikiem nr 2 do ugody, zarówno istniejących, jak i

mogących powstać w przyszłości.

/ dowód: ugoda z dnia 01.04.2009 r. – k. 112-113; plan rzeczowo-finansowy – k. 114; zestawienie

– k. 115 /

W dniu 01.04.2009 r. strony zawarły ugodę nr (...) w sprawie uchylenia sporu mogącego powstać na tle sfinansowania świadczeń opieki zdrowotnej w okresie od 01.01.2009 r. do rozstrzygnięcia niezbędnych postępowań uzupełniających.

Strony ustaliły, że Fundusz zapłaci powodowi maksymalnie 1 428, 00 zł z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom w okresie od 01.01.2009 r. do 21.01.2009 r. w zakresie produktu: (...)– (...).

Strony oświadczyły, że kwota ta stanowi ostateczną kwotę należności powoda z tytułu wskazanych świadczeń w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 11.01.2009 r.

Powód zrzekł się prawa dochodzenia roszczeń wynikających z ugody a dotyczących zrealizowanych świadczeń zgodnie z załącznikiem nr 2 do ugody, zarówno istniejących, jak i mogących powstać w przyszłości.

/ dowód: ugoda z dnia 01.04.2009 r. – k. 116-117; plan rzeczowo-finansowy – k. 118; zestawienie

– k. 119 /

Aneks nr (...)z dnia 07.12.2009 r. strony zmieniły ugodę w ten sposób, że określiły wskazaną w niej kwotę na 867, 00 zł w zakresie produktu (...)(...).

/ dowód: aneks nr (...) do ugody – k. 120; plan rzeczowo-finansowy – k. 121 /

Od marca do sierpnia 2010 r. strony prowadziły rokowania dotyczące porozumienia w sprawie rozliczenia roku 2009 r. powyżej kwoty kontraktu w celu pełnego rozliczenia nadwykonanych świadczeń leczniczych.

Pozwany zaproponował powodowi ugodę w postaci pokrycia 30 % wartości nadwykonań wynoszącej 2 870 000 zł. Dyrektor powoda K. B. nie przyjęła tej propozycji.

Powód znajdował się wówczas w trakcie restrukturyzacji, zobowiązany był do pokrycia zaległości w składkach na ubezpieczenie społeczne w wysokości ok. 5 000 000 zł w celu uzyskania umorzenia części zobowiązania.

W wyniku prowadzonych negocjacji został przygotowany projekt i protokół porozumienia. Powód miał uzyskać ok. 1 000 000 zł w ramach dwóch ugód, jednej w zakresie świadczeń nielimitowanych i priorytetowych w wysokości 270 000 zł, drugiej w zakresie świadczeń zgłoszonych jako udzielonych w trybie nagłym w wymiarze 60 % ich wartości, tj. w wysokości 842 090, 60 zł.

W trakcie rozmów z przedstawicielami pozwanego w ich obecności K. B. na arkuszu uzgodnienia w sprawie zapłaty za tzw. ponadlimitowe świadczenia udzielone w 2009 r. ((...)) zamieściła uwagę, że akceptuje porozumienie pod warunkiem:

- 1) przedstawienia listy świadczeń (pacjentów) podlegających uzgodnieniu na warunkach określonych w tabeli,
- 2) oświadczenia o zrzeczeniu się roszczeń dotyczącego wyłącznie świadczeń wskazanych w liście świadczeń podlegających rozliczeniu.

K. B. uważała, że zrzeczenie się roszczeń zawarte w ugodzie może dotyczyć wyłącznie tych świadczeń, do których odnosi się ugoda, ujętych w wykazie dołączonym do ugody.

Po 3 tygodniach od sporządzenia wstępnego porozumienia NFZ poinformował powoda o przygotowaniu ugody do podpisu.

Z uwagi na nieobecność dyrektora (...) w L. K. B. ugodę podpisał zastępca dyrektora D. D. (1).

/ dowód: uzgodnienie w sprawie zapłaty za tzw. ponadlimitowe świadczenia udzielone w 2009 r. –

k. 146-147; zeznania świadka D. D. (1) – e-protokół z dnia 14.03.2012 r.

00.38.43-00.59.25; zeznania dyrektora powoda K. B. – e-protokół z dnia

14.06.2012 r. (...); zeznania dyrektora Oddziału pozwanego W.

N.– e-protokół z dnia 14.06.2012 r. (...)/

W dniu 21.09.2010 r. strony zawarły ugodę nr (...)dotyczącą rozliczenia kosztów za świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju Leczenie Szpitalne, w tym świadczeń objętych umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr (...).

Strony wskazały, że ugoda dotyczy rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej ratujących życie i nielimitowanych udzielonych w stanach nagłych spełniających przesłanki określone w art. 7 ustawy z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 30 ustawy z dnia 05.12.1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry.

Strony przyznały, że z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej objętych umową (...) w okres od dnia 01.01.2009 r. do dnia 31.12.2009 r. ustalone zgodnie z umową wynagrodzenie wynosi 83 335 449, 00 zł - § 1.1.

Pozwany zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcy dodatkowe wynagrodzenie w wysokości 207 774, 00 zł z tytułu udzielania w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 31.12.2009 r. z tytułu udzielania w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 31.12.2009 r. świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w ilości przekraczającej liczbę

jednostek rozliczeniowych określonych w umowie - § 1.2.

Strony zgodnie stwierdziły, iż postanowienia ugody czynią zadość ich intencjom i oświadczyły, że kwota wskazana w § 1.2 zawiera ostateczne całkowite wynagrodzenie z tytułu realizacji przez świadczeniodawcę świadczeń nielimitowanych: (...), świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii: (...), świadczeń w zakresie onkologii: (...), zaś jej zapłata wyczerpuje wszelkie roszczenia świadczeniodawcy wobec Oddziału Funduszu związane z realizacją świadczeń w powyższych zakresach, udzielonych w każdych okolicznościach, we wskazanym wyżej okresie - § 2.1.

Strony oświadczyły, iż kwoty wskazane w § 1 ust. 2 obejmują świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne ratujące życie udzielone w stanach nagłych spełniających wszystkie przesłanki określone w art. 7 ustawy z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 30 ustawy z dnia 05.12.1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 31.12.2009 r. - § 2.2.

Powód oświadczył, że zrzeka się w całości na przyszłość jakichkolwiek dalszych roszczeń związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie określonym w § 2.1 i 2.2 w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 31.12.2009 r. - § 2.4.

/ dowód: ugoda z dnia 21.09.2010 r. – k. 124-125; plan rzeczowo-finansowy – k. 126-127 /

W dniu 21.09.2010 r. strony zawarły ugodę nr (...)dotyczącą rozliczenia kosztów za świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w tym świadczeń objętych umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr (...).

Strony przyznały, że z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej objętych umową (...) w okres od dnia 01.01.2009 r. do dnia 31.12.2009 r. ustalone zgodnie z umową wynagrodzenie wynosi 83 335 449, 00 zł - § 1.1.

Pozwany zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcy dodatkowe wynagrodzenie w wysokości 842 090, 60 zł z tytułu udzielania w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 31.12.2009 r. z tytułu udzielania w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 31.12.2009 r. świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w ilości przekraczającej liczbę jednostek rozliczeniowych określonych w umowie - § 1.2.

Strony zgodnie stwierdziły, iż postanowienia ugody czynią zadość ich intencjom i oświadczyły, że kwoty wskazane w § stanowią całkowite wynagrodzenie z tytułu realizacji przez świadczeniodawcę świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne udzielonych w trybie nagłym w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 31.12.2009 r., zaś zapłata wyczerpuje wszelkie roszczenia świadczeniodawcy wobec Oddziału Funduszu związane z realizacją tych świadczeń udzielonych w każdym okolicznościach, we wskazanym wyżej okresie - § 2.1

Powód oświadczył, że zrzeka się w całości na przyszłość jakichkolwiek dalszych roszczeń związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne udzielonych w trybie nagłym w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 31.12.2009 r. - § 2.2.

/ dowód: ugoda z dnia 21.09.2010 r. – k. 129; plan rzeczowo-finansowy – k. 130-132; zeznania

świadka D. D. (1) /

Powód sporządził zestawienie świadczeń, za które nie otrzymał zapłaty, wskazując, że zostały one udzielone 981 pacjentom, a wartość niezapłaconych świadczeń wynosi 2 879 970 zł.

Powód zgłaszając pozwanemu udzielenie świadczeń w większości nie oznaczył ich jako świadczeń ratujących życie.

/ dowód: zestawienie – k. 134-145, k. 414-420, 431-467; zeznania świadka J.

W. /

Nie wszystkie z wskazanych przez powoda świadczeń spełniały ustawowe przesłanki niezwłocznego udzielenia pomocy (stan zagrożenia życia lub zdrowia, świadczenia nagłe, wymagające natychmiastowego podjęcia czynności, niecierpiące zwłoki).

Spośród 192 pacjentów Oddziału (...) było 15 przypadków nagłych, wymagających natychmiastowych działań, a 170 wymagało pilnego leczenia, którego odroczenie zagrażało zdrowiu lub życiu.

Spośród 192 pacjentów Oddziałów (...) było 117 przypadków nagłych wymagających natychmiastowych działań.

Spośród 53 pacjentów Oddziału (...) było 25 przypadków nagłych.

Spośród 30 pacjentów Oddziału (...) było 20 przypadków nagłych.

Spośród 140 pacjentów Oddziału (...) Dziecięcej było 129 przypadków nagłych.

Spośród 130 pacjentów Oddziałów (...) było 31 przypadków nagłych i 52 przypadki, w których konieczne było udzielenie świadczenia, gdyż jego odroczenie mogło narazić pacjenta na utratę życia i zdrowia.

Spośród 65 pacjentów Oddziału (...) było 30 przypadków nagłych i pilnych.

4 pacjentów Oddziału (...) wymagało udzielenia świadczenia w trybie nagłym.

Pacjent H. L. hospitalizowany na Oddziale (...) nie wymagał podjęcia czynności w trybie nagłym.

Spośród 43 pacjentów Oddziału (...) było 8 przypadków nagłych i wymagających natychmiastowego leczenia oraz 6 przypadków, w których odroczenie świadczenia mogło

narazić na utratę życia i zdrowia.

Spośród 22 pacjentów Oddziału (...) było 10 przypadków nagłych.

Spośród 32 pacjentów Oddziału (...) było 9 przypadków nagłych.

/ dowód: opinia biegłego z zakresu urologii J. A. – k. 732-781, 1198-1290, 1670-1676;

opinia biegłego z zakresu chorób wewnętrznych K. G. – k. 1519-1521;

opinia biegłego z zakresu chorób wewnętrznych I. P. – k. 861-993; opinia

biegłego z zakresu ortopedii S. G. – k. 661-683, 1630-1642; opinia

biegłego z zakresu pediatrii A. S. – k. 708-726, 1553-1593; opinia

biegłego z zakresu chirurgii dziecięcej J. C. – k. 783-791, 1545-1547;  
opinia biegłego z zakresu chirurgii W. F. – k. 1367-1486; opinia  
biegłego z zakresu chirurgii A. C. – k. 1064-1126; opinia biegłego z  
zakresu ginekologii M. T. – k. 676-701, 1691-1695; opinia biegłego z  
zakresu okulistyki E. G. – k. 654, 703, 1506, 1687; opinia biegłego z  
zakresu pulmonologii M. M. – k. 1308-1309; opinia biegłego z zakresu  
kardiologii K. P. – k. 1005-1063; opinia biegłego z zakresu neurochirurgii  
H. A. – k. 833-849; opinia biegłego z zakresu neurologii A.  
D. – k. 805-818 /

### **Sąd zważył, co następuje.**

W zakresie kwoty 90 678 zł, o jaką powód cofnął pozew pismem z dnia 10.06.2011 r., postępowanie w sprawie podlega umorzeniu zgodnie z art. 355 § 1 kpc.

W pozostałym zakresie powództwo nie zasługuje na uwzględnienie.

Powód dochodzi od pozwanego zapłaty należności za wykonane w 2009 r. ponadlimitowe świadczenia medyczne z rodzaju leczenia szpitalne. Uzasadniając zgłoszone roszczenie wskazał jako podstawę prawną dochodzonego roszczenia przepisy art. 7 ustawy z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.07.14.89 ze zm.) oraz art. 30 ustawy z dnia 05.12.1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz.U.08.136.857 ze zm.) w zw. z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

Powód dochodzący roszczenia w procesie cywilnym nie jest zobowiązany do wskazania podstawy prawnej dochodzonego roszczenia, ale jedynie jego podstawy faktycznej. Jednakże, jeżeli powód wskaże wyraźnie oznaczoną podstawę prawną, zwłaszcza gdy jest zastępowany przez zawodowego pełnomocnika, wskazanie to uzupełnia podstawę faktyczną roszczenia i określa w ten sposób zakres rozpoznania sprawy przez sąd i przesłanki oceny zgłoszonego żądania.

Według art. 7 uoz zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Z kolei art. 30 uzl 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.

Natomiast art. 68 Konstytucji RP przewiduje, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, zaś warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

W orzecznictwie sądowym powszechnie przyjmowane jest stanowisko, zgodnie z którym instytucja ubezpieczeń zdrowotnych wykazuje bardzo złożony charakter. Jak wskazał Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 29.06.2004 r., I ACa 1/04, Apel W-wa 2005/2, poz. 14, występują w tym zakresie trzy typy stosunków prawnych, które są wzajemnie współzależne, tj. stosunek pomiędzy ubezpieczonym i kasą chorych (obecnie NFZ), stosunek pomiędzy kasą chorych i świadczeniodawcą, tj. zakładem opieki zdrowotnej, oraz stosunek pomiędzy świadczeniodawcą a ubezpieczonym (świadczeniobiorcą), tj. pacjentem; współzależność i współistnienie tych stosunków jest niezbędne dla realizacji prawa do świadczeń zdrowotnych; stosunek pomiędzy 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 Narodowego Funduszu Zdrowia, gdyż zarówno działające wcześniej kasy chorych, jak i pozwany, są instytucjami ubezpieczenia zdrowotnego. Pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia utworzony został na podstawie art. 96 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Wystarczającej podstawy do zgłoszenia przez powoda roszczenia sformułowanego w pozwie nie stanowi odwołanie się do wynikającego z art. 7 uoz i art. 30 uzl obowiązku udzielenia pomocy medycznej w przypadkach nagłych w celu uniknięcia niebezpieczeństwa zagrożenia życia lub zdrowia.

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

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

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

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

Strony związane były taką umową o udzielanie świadczeń zdrowotnych rodzaju leczenie szpitalne, tj. umową nr (...) z dnia 30.01.2009 r., obejmującą m. in. świadczenia z rodzaju LECZENIE SZPITALNE.

Bezsporne pomiędzy stronami było to, iż pozwany NFZ wywiązał się z zobowiązań finansowych ustalonych z powodowym szpitalem na mocy umowy z dnia 30.01.2009 r. oraz wszystkich aneksów do tej umowy. Kwestię sporną stanowiła zapłata za tzw. nadwykonania.

Wskazana umowa była 19 razy aneksowana. W pierwotnej treści umowy została przewidziana kwota finansowania jedynie za okres pierwszego półrocza 2009 r. Podpisują kolejne aneksy strony zmieniały wysokość kwoty finansowania za okres pierwszego półrocza oraz ustalały kwotę finansowania za drugie półrocze.

Ostateczna wysokość zobowiązania pozwanego Funduszu została określona w aneksie nr

(...)w lutym 2010 r. w ciągu okresu 45 dni przewidzianego na rozliczenie kontraktu. Maksymalna wartość kontraktu została wówczas określona na 83 335 449, 00 zł.

Zmiana kwoty finansowania dotyczyła wszystkich zakresów (specjalności medycznych) wskazanych w pozwie i załączonym do niego zestawieniu pacjentów.

Co do zasady zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o sfinansowanie świadczeń udzielonych w warunkach nagłej potrzeby udzielenia pomocy medycznej. Stanowisko takie należy uznać za ugruntowane w orzecznictwie sądowym (por. wyroki SN z dnia 12.03.2009 r., V CSK 272/08, i z dnia 08.08.2007 r., I CSK 125/07, OSP 2008/7-8/72).

Jednakże nawet rozliczenie świadczeń udzielanych w wypadkach nagłych, w sytuacjach zagrożenia życia, musi uwzględniać w pierwszej kolejności związanie stron umową o finansowanie świadczeń, a także konieczność pewnego planowania realizacji przez zakład opieki zdrowotnej pomocy medycznej w zakresie przewidzianym umową.

Powszechną praktyką w relacjach pomiędzy placówkami medycznymi a Narodowym Funduszem Zdrowia jest aneksowanie umów o świadczenia medyczne, co jest z reguły powodowane stopniowym gromadzeniem środków przez Fundusz i pojawieniami się możliwości ich zwiększonego wykorzystania. Renegocjowanie i aneksowanie zawartych umów zmierza do ich urealnienia i dopasowania planu finansowego do rzeczywistego przebiegu wykonywania świadczeń medycznych. Po stronie świadczeniodawcy oznacza to jednakże potrzebę odpowiedniego ułożenia, przygotowania planu udzielania świadczeń. Z natury rzeczy pewne zabiegi, czynności opieki medycznej mogą zostać przewidziane z pewnym wyprzedzeniem. Zakład opieki zdrowotnej może tworzyć i z reguły tworzy listy osób oczekujących na określonego rodzaju świadczenie, uwzględniając kolejność zgłoszenia, ich stan zdrowia, stopień zaawansowania i nasilenia schorzenia stwarzającego konieczność wykonania określonego zabiegu medycznego. Ponadto przystępując do zawierania aneksu do umowy zakład opieki zdrowotnej dysponuje informacjami na temat stanu zaawansowania realizacji umowy w poprzednich miesiącach, ilości wykonanych zabiegów, rozmiarem wykonywanych świadczeń, a także danymi na temat ilości przypadków, w jakich udzielenie pomocy medycznej nastąpiło w sytuacjach nagłych.

Pozwany na podstawie umowy zawartej z powodem zobowiązał się do sfinansowania świadczeń według następującego schematu: w zakresie świadczeń nielimitowanych, tj. wyszczególnionych w § 18 ust. 2 Zarządzenia Nr (...)Prezesa NFZ z dnia 22.10.2008 r. – według faktycznego ich wykonania, zwiększając liczbę jednostek rozliczeniowych w planie finansowo-rzeczowym umowy oraz kwotę zobowiązań z niej wynikającą, do wartości faktycznego wykonania, a w pozostałym zakresie do kwoty zobowiązania określonej w umowie według postanowień § 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 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06.05.2008 r. w sprawie

ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 81. poz. 484).



Fundusz jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania wobec świadczeniodawcy określonej w umowie. Kwota zobowiązania Funduszu wobec powoda zawarta w umowie (za wyjątkiem kwoty zobowiązania dotyczącej świadczeń nielimitowanych) jest ustalana obligatoryjnie z mocy ustawy (art. 136 pkt 5) i oznaczana jest w umowie jako wartość maksymalna (zgodnie z art. 135 ust. 2 ustawy Fundusz realizuje zasadę jawności umów przez zamieszczenie na swojej stronie internetowej informacji o każdej zawartej umowie, z uwzględnieniem m.in. maksymalnej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy wynikającej z zawartej umowy).

Umowy zawierane przez NFZ ze świadczeniodawcami obejmują świadczenia opieki zdrowotnej zarówno planowe, jak i udzielane w trybie nagłym w rozumieniu art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 7 ustawy z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 30 ustawy z dnia 05.12.1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry.

Uzasadnione jest zatem stanowisko pozwanego wskazujące, iż maksymalna wartość kontraktu wyznacza granice odpowiedzialności kontraktowej Funduszu (za wyjątkiem świadczeń nielimitowanych) i pozostaje w zgodzie z konstytucyjną zasadą zapewnienia każdemu prawa do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1 Konstytucji RP) z uwagi na fakt, iż warunki i zakres udzielania świadczeń określać ma ustawa (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP).

W razie zawarcia umowy o świadczenie usług medycznych świadczeniodawca – zakład opieki zdrowotnej może domagać się tylko tego, co było przedmiotem umowy. W zakresie przekraczającym zakres świadczeń przewidziany w umowie powód winien wykazać, iż nie było możliwości wykonania świadczeń w zakresie objętym pozwem w ramach planu rzeczowo-finansowego stanowiącego część umownego stosunku prawnego łączącego strony. Niewystarczające jest poprzestanie na odwołanie się przez powoda do przepisów art. 7 uzoz i art. 30 uzl, tj. obowiązku udzielenia pomocy medycznej w przypadkach nagłych.

Powód powinien tak gospodarować środkami przyznanymi w umowie, aby pozostała mu rezerwa na wypadki nagłe. Do wyczerpania maksymalnego limitu finansowania świadczeń określonego w umowie wydatki na świadczenia wynikające z art. 7 zoz i art. 30 uzl nie podlegają bowiem odrębnemu pozaumownemu finansowaniu.

Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 18.01.2006 r., V CSK 60/05, zakład opieki zdrowotnej musi mieć świadomość dysponowania jedynie określoną pulą środków na wykonanie określonych w umowach usług, a zatem winien właściwie je wykorzystywać np. rozkładając w czasie udzielanie świadczeń i tworząc system kolejek, do czego jest upoważniony z mocy art. 19 ust. 1 pkt 1 uzozo. Roztropna gospodarka środkami finansowymi przewidzianymi w umowach zawartych przez strony jest obowiązkiem świadczeniodawcy wynikającym z prawidłowego wykonania zobowiązania (art. 354 § 1 i 2 kc) i wymaga takiego planowania świadczeń, aby zostawała bieżąca rezerwa na wypadki nagłe. Z tego względu wydatki na świadczenia uzasadnione dyspozycją art. 7 uzoz i art. 30 uzl z okresu, kiedy maksymalny poziom finansowania nie jest jeszcze przekroczony, nie podlegają odrębnemu pozaumownemu finansowaniu. Natomiast w razie każdorazowego wyczerpania tej kwoty, świadczenia wykonane w ramach przymusu ustawowego (ponadlimitowe) powinny być finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia).

Pogląd ten został powtórzony w wyroku z dnia 13.10.2006 r., III CSK 123/06, w którym Sąd Najwyższy wskazał, iż zakład opieki zdrowotnej, mając świadomość limitowanej puli środków na wykonanie określonych usług medycznych, powinien właściwie je wykorzystywać, tworząc na przykład system określonej kolejności i rozkładania w czasie wykonania niektórych usług, do czego upoważniał go art. 19 ust. 1 pkt 1 ustawy z.o.z. Powinien tak gospodarować środkami przyznanymi w umowie, aby pozostawała rezerwa na wypadki nagłe. Do wyczerpania maksymalnego limitu finansowania świadczeń określonego w umowie, wydatki na świadczenia wynikające z art. 7 uzoz i art. 30 uzl nie podlegają odrębnemu, pozaumownemu finansowaniu. Natomiast w przypadku każdorazowego wyczerpania kwoty określonej w umowie, świadczenia wykonane w ramach przymusu ustawowego powinny być finansowane przez NFZ.

Zatem w sytuacji, gdy świadczenia, nawet ratujące życie w wypadkach nagłych, są wykonywane na bieżąco, powinny być pokrywane ze środków przewidzianych umownie.

Ścisły charakter świadczeń ponadlimitowych mają bowiem te świadczenia, których udzielenie obligatoryjne nastąpiło już po wyczerpaniu limitu finansowego i po wykonaniu planu finansowego. Tymczasem powód i pozwany cały czas prowadzili negocjacje w zakresie zwiększenia zarówno planu, jak i kwoty wskazanej w umowie. Powód powinien był wykazać, że nie miał żadnej możliwości wykonania świadczeń w ramach dotychczas ustalonego i zamkniętego limitu. Nawet jeżeli powód sporządził plan czynności, powinien był wykazać, że nie było już żadnej możliwości modyfikowania planu rzeczowo-finansowego. Nie ma możliwości zaspokojenia roszczenia powoda, jeżeli nie zostanie wykazane, iż nie miał on żadnych możliwości zmiany planu świadczeń poprzez ich przeniesienie na inny okres rozliczeniowy albo inną modyfikację organizacji udzielanych świadczeń.

Zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenia medyczne, jeżeli wykaże, że nastąpiło w sytuacji określonej w art. 7 zoz, jednakże NFZ może się uchylić od obowiązku zaspokojenia tego roszczenia, jeżeli zakład opieki zdrowotnej naruszył postanowienie łączącej strony umowy w sposób pozwalający przyjąć, że sam pozbawił się możliwości dochodzenia zapłaty (por. wyrok SA we Wrocławiu z dnia 18.12.2012 r., I ACa 1421/11). Nie do zaakceptowania byłoby bowiem przyjęcie koncepcji, że NFZ ma obowiązek płacić za takie świadczenia ratujące życie i zdrowie udzielone w warunkach niecierpiących zwłoki, które mogły zostać rozliczone w ramach limitów ustalonych w umowie między NFZ a świadczeniodawcą, a nie zostały rozliczone tylko z tej przyczyny, że świadczeniodawca nie zgłosił ich do rozliczenia w trybie ustalonym w umowie. Trzeba bowiem pamiętać, że świadczenia medyczne z tej kategorii powinny być rozliczane przede wszystkim w ramach limitów ustalonych w kontrakcie, inaczej bowiem umowa zawierana przez strony nie miałaby istotnego znaczenia, a cały system opieki zdrowotnej nie mógłby prawidłowo funkcjonować.

Szpitala prowadzą na bieżąco statystykę przypadków medycznych, ich służby administracyjne, dyrekcja i kierownictwa poszczególnych oddziałów mają pełną wiedzę i świadomość ilości pacjentów przyjmowanych w trybie nagłym oraz w ramach przyjęć planowanych i powinny być w stanie przewidzieć przynajmniej orientacyjnie pewne uśrednione ilości pacjentów, których można spodziewać się w trybie nagłym. Na ten cel można zatem zarezerwować pewną pulę środków, a przynajmniej oznaczyć jej przewidywaną wysokość i uwzględnić ją w ramach jeśli nie pierwotnych założeń kontraktu, to jego stopniowego przecież aneksowania, co do którego wiadomo, że z reguły następuje.

Ponadto zakład opieki zdrowotnej, mając świadomość limitowanej puli środków na wykonanie określonych usług medycznych, powinien właściwie je wykorzystać tworząc system ustalania kolejności i rozkładania w czasie niektórych usług i umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. Zarówno ustawa o zakładach opieki zdrowotnej w art. 19, jak i ustawa z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w 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 ograniczoności środków finansowych, oczywiście w przypadkach, gdy jest to możliwe ze względów zdrowotnych. Art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 27.08.2004 r. stanowi, 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 § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26.09.2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, bardzo wyraźnie wskazuje, że świadczeniodawca umieszcza świadczeniobiorcę, z wyjątkiem świadczeniobiorcy znajdującego się w stanie nagłym, na liście oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, zwanej dalej „listą oczekujących”. Do tworzenia list oczekujących zobowiązany był także powodowy szpital. Powód nie wykazał jednakże, aby nie miał możliwości takiego zmodyfikowania list osób oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych, aby w pierwszej kolejności zapewnić wykonanie świadczeń ratujących życie i pokrycia kosztów tychże świadczeń ze środków pochodzących od Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach kwoty zobowiązania przewidzianej w umowie oraz kolejnych aneksach.

Jak wskazywał pozwany, czemu powód skutecznie nie zaprzeczył, w części oddziałów powodowego szpitala w ogóle nie było rozłożenia czasowego poszczególnych przyjęć, które odbywały się na bieżąco, nie tylko w razie potrzeby udzielenia świadczenia nagłego, niecierpiącego zwłoki.

Za uzasadniony należy uznać zarzut pozwanego dotyczący zrzeczenia się przez powodowy szpital roszczeń w zakresie zapłaty kwot przewyższających ustaloną w umowie wartość świadczeń medycznych wykonanych w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 31.12.2009 r.

W kolejno zawieranych aneksach do umowy z dnia 20.01.2009 r. zmieniających kwotę zobowiązania pozwanego Funduszu zawarte zostało postanowienie ujęte w § 2, w którym Szpital oświadczał, że kwota zobowiązania Funduszu wobec niego wyczerpuje wszystkie jego roszczenia wynikające z realizacji umowy, chyba że Fundusz dysponował będzie dodatkowymi środkami przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w § 4 ust 2 umowy. Każdy z aneksów był swoistym rodzajem ugody. Powód zrzekał się roszczeń (a były to głównie roszczenia z tytułu świadczeń tzw. nadwykonań), w zamian za co otrzymywał środki finansowe. Efektem tej swoistej transakcji było to, że fundusz uzyskiwał bezpieczeństwo prawne, a zatem żadne roszczenia za ten zamknięty okres nie mogły być formułowane. Powód w formie rekompensaty otrzymywał określone środki finansowe.

Wyraźnie widoczne jest również przyjęcie praktyki, w ramach której strony przewidywały możliwość dalszej zmiany treści umowy w wypadku zwiększenia możliwości finansowych Funduszu.

Zgodnie z art. 65 § 1 i 2 kc oświadczenie woli należy tak tłumaczyć, jak tego wymagają ze względu na okoliczności, w których złożone zostało, zasady współżycia społecznego oraz ustalone zwyczaje, zaś w umowach należy raczej badać, jaki był zgodny zamiar stron i cel umowy, aniżeli opierać się na jej dosłownym brzmieniu. Sformułowania § 2 aneksów do umowy są na tyle jasne i precyzyjne, że nie ma podstaw, aby przy ich interpretacji odchodzić od literalnego brzmienia oświadczeń stron. Interpretacja postanowień umowy nie może bowiem prowadzić do stwierdzeń sprzecznych z jej treścią (por. wyrok SN z dnia 05.04.2007 r., II CSK 546/06). Treść przywołanego oświadczenia powoda zawartego w aneksach wskazuje w sposób nie budzący wątpliwości, iż powód zrzekł się wobec pozwanego wszelkich roszczeń o zapłatę za wykonane świadczenia medyczne przekraczających wysokość umówionej kwoty. W momencie zawierania aneksów obie strony miały świadomość skutków zrzeczenia się roszczeń oraz zakresu tego oświadczenia woli. W szczególności powód miał świadomość, że kwota finansowania może zostać zwiększona, choć nie musi. W umowie zapowiedziane zostało, iż dodatkowe środki zostaną uruchomione, jeżeli Fundusz będzie takimi środkami dysponował.

Strony umawiały się o konkretne rozliczenie, zakres finansowania wykonywanych przez powoda świadczeń był początkowo określony w umowie i planie rzeczowo-finansowym, później porozumienie było stopniowo przez modyfikowane, ale te modyfikacje były dokonywane na bieżąco. Zapis § 2 aneksu po oznaczeniu zaktualizowanej kwoty zobowiązania stanowił w istocie doprecyzowanie przyjętej reguły, iż wysokość świadczenia Funduszu wynika jednoznacznie z umowy. Nie oznaczało to jednakże w żadnym wypadku niemożności dalszej modyfikacji rozmiaru finansowania w drodze kolejnego porozumienia zmierzającego do zmiany treści umowy i jej przedmiotu w postaci wysokości świadczenia przypadającego powodowi od pozwanego Funduszu.

Co więcej, strony zawarły – niejako równoległe do porozumienia pierwotnego i jego modyfikowania kolejnymi aneksami, a także już po zakończeniu okresu umownego i okresu rozliczeniowego – porozumienia dodatkowe oznaczone wyraźnie mianem ugody.

W ugodzie nr (...) z dnia 01.04.2009 r. strony dokonały rozliczenia świadczeń zdrowotnych wykonanych przez powoda w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 21.01.2009 r. udzielonych w stanach nagłych. Aneksem nr (...) do tej ugody z dnia 02.12.2009 r. strony zmieniły (ściśle zmniejszyły) wartości ugodzonego dodatkowego wynagrodzenia.

W ugodzie nr (...) z dnia 01.04.2009 r. strony dokonały rozliczenia świadczeń zdrowotnych wykonanych przez powoda w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 31.10.2009 r. udzielonych w stanach nagłych. Aneksem nr (...) do tej ugody

z dnia 02.12.2009 r. strony oznaczyły wysokość wynagrodzenia za świadczenia udzielone w okresie od 01.01.2009 r. do 31.01.2009 r. w zakresie (...).

W ugodzie nr (...) z dnia 01.04.2009 r. strony określiły wynagrodzenie powoda z tytułu świadczeń udzielonych w okresie od 01.01.2009 r. do 31.01.2009 r. w zakresie (...).

W ugodzie nr (...) z dnia 01.04.2009 r. strony określiły wynagrodzenie powoda z tytułu świadczeń udzielonych w okresie od 01.01.2009 r. do 31.01.2009 r. w zakresie (...). Aneksem nr (...) do tej ugody z dnia 07.12.2009 r. strony zmieniły określoną w niej wysokość wynagrodzenia powoda.

Wreszcie dnia 21.09.2010 r. strony zawarły dwie ugody służące rozliczeniu wykonania kontraktu na leczenie szpitalne w 2009 r.

W ugodzie nr (...) strony dokonały rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej ratujących życie i nielimitowanych udzielonych w stanach nagłych wykonanych w okresie od 01.01.2009 r. do 31.12.2009 r. Strony wskazały w tej ugodzie, że wynagrodzenie należne powodowi za wykonanie świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy z pozwanym wyniosło 83 335 449, 00 zł. Pozwany zobowiązał się zapłacić powodowi dodatkowe wynagrodzenie w wysokości 207 774, 00 zł z tytułu udzielenia we wskazanym okresie świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne w ilości przekraczającej liczbę jednostek rozliczeniowych określonych w umowie. Strony oświadczyły, że wskazana kwota dodatkowa stanowi ostateczne całkowite wynagrodzenie powoda z tytułu realizacji świadczeń nielimitowanych: (...), świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii: (...), świadczeń z zakresu onkologii: (...).

Ugoda nr (...) nie dotyczyła świadczeń objętych żądaniem pozwu.

Natomiast do oceny dokonania przez strony rozliczenia związanego z wykonaniem kontraktu i możliwości dochodzenia przez powoda dalszego świadczenia od pozwanego decydujące znaczenie mają postanowienia ugody z dnia 21.09.2010 r. nr (...) dotyczącej rozliczenia kosztów za świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w okresie od 01.01.2009 r. do 31.12.2009 r., w szczególności świadczenia objęte umową nr (...). Strony wskazały w tej ugodzie, że wynagrodzenie należne powodowi za wykonanie świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy z pozwanym wyniosło 83 335 449, 00 zł. Pozwany zobowiązał się zapłacić powodowi dodatkowe wynagrodzenie w wysokości 842 090, 60 zł z tytułu udzielenia we wskazanym okresie świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne w ilości przekraczającej liczbę jednostek rozliczeniowych określonych w umowie. Następnie strony oświadczyły, iż wskazane kwoty stanowią całkowite wynagrodzenie z tytułu realizacji przez powoda świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne udzielonych w trybie nagłym w okresie od 01.01.2009 r. do 31.12.2009 r., zaś zapłata wyczerpuje wszelkie roszczenia powoda wobec pozwanego związane z realizacją tych świadczeń udzielonych w każdych okolicznościach, we wskazanym zakresie. Powód ponadto oświadczył, że zrzeka się w całości na przyszłość jakichkolwiek dalszych roszczeń związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne udzielonych w trybie nagłym w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 31.12.2009 r.

Powód argumentował, że zrzeczenie się roszczeń przewidziane w ugodzie nr (...) z dnia 21.09.2010 r. miało mieć charakter ograniczony jedynie do tej części świadczeń, jaka została objęta ugodą, inaczej mówiąc odnosiło się tylko do pacjentów, których dane zostały uwidocznione w załączniku do ugody i miało polegać na uzyskaniu częściowej zapłaty za te świadczenia, pozostawiają poza zakresem ugody wynagrodzenie powoda za pozostałe świadczenia pozalimitowe. Dyrektor powoda K. B. zeznała, że złożyła stosowne zastrzeżenie wobec przedstawicieli pozwanego Funduszu na arkuszu porozumienia. Jednakże fakt nie znajduje żadnego odzwierciedlenia w treści samej ugody. Przeciwnie, z jej postanowieniem wyraźnie wynika, że miała ona na celu całkowite rozliczenie wykonania przez powoda świadczeń zdrowotnych w wypadkach nagłych w wymiarze przekraczającym ustalenia zawarte w umowie o udzielenie świadczeń zdrowotnych wraz z kolejnymi aneksami zwiększającymi wymiar wynagrodzenia powoda. Zgodnie z art. 917 kc ugoda jest umową, w której strony czynią sobie wzajemne ustępstwa w zakresie istniejącego między nimi stosunku prawnego w tym celu, aby uchylić niepewność co do roszczeń wynikających z tego stosunku lub zapewnić ich wykonanie albo uchylić spór istniejący lub mogący powstać. Skoro powód i pozwany prowadzili rokowania zmierzające do zawarcia ugody w przedmiocie ustalenia dodatkowego wynagrodzenia powoda to zawierając ugodę każda ze

stron powinna ustąpić ze swojego pierwotnego stanowiska – pozwany w zakresie całkowitej odmowy zaspokojenia oczekiwać powoda co do dopłacenia powyżej umownego limitu, powód zaś w zakresie wysokości oczekiwanego wynagrodzenia dodatkowego. Ugoda zawiera w tym zakresie kategorię stwierdzenia, z których wynika, że miała dotyczyć całości świadczeń udzielonych w trybie nagłym w okresie od 01.01.2009 r. do 31.12.2009 r., bez ograniczenia czasowego ani podmiotowego. Powód nie może zatem twierdzić, że ugoda dotyczyła tylko niektórych świadczeń, czyli wobec niektórych pacjentów, z pominięciem pacjentów umieszczonych w wykazie załączonym do pozwu. Strony wyraźnie, stanowczo i bez jakichkolwiek wątpliwości oświadczyły, że kwoty wskazane w ugodzie stanowią całkowite wynagrodzenie z tytułu realizacji przez powoda świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne udzielonych w trybie nagłym w okresie od 01.01.2009 r. do 31.12.2009 r. W ten sposób strony precyzyjnie oznaczyły zakres materii, w jakiej poczyniły wzajemne ustępstwa. Następnie strony oświadczyły, że zapłata wyczerpuje wszelkie roszczenia powoda wobec pozwanego związane z realizacją tych świadczeń udzielonych w każdych okolicznościach, we wskazanym zakresie. Tym samym sprecyzowały zakres zobowiązania rozliczanego ugodą jako zobowiązanie pozwanego wobec powoda do wynagrodzenia za zrealizowanie świadczeń zdrowotnych podlegających co do zasady finansowaniu ze środków pozostający w dyspozycji pozwanego Funduszu.

Powód zrzekł się jakichkolwiek dalszych roszczeń w zakresie zapłaty za udzielenie świadczeń w wypadkach nagłych w objętym ugodowym rozliczeniem okresie całego roku 2009. Sformułowanie o zrzeczeniu się roszczeń na przyszłość dotyczy zgłaszania roszczeń po dacie ugody, nie zaś ich powstania, bowiem po zakończeniu okresu kontraktowego (rok 2009) nie mogły już powstać żadne roszczenia o wynagrodzenie za czynności wykonane w tym okresie. Powód nie zrzekł się wynagrodzenia w stosunku do niektórych udzielonych świadczeń (w stosunku do niektórych pacjentów), tylko wynagrodzenia w stosunku do świadczeń leczenia szpitalnego udzielonych w trybie nagłym w wymiarze przewyższającym sumę wynagrodzenia ostatecznie uzgodnioną w umowie oraz dodatkową kwotę 842 090, 60 zł przewidzianą w ugodzie.

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

Sąd nie podzielił w pełnym zgłoszonym zakresie zarzutu pozwanego, iż powód nie wykazał, aby wykonane świadczenia medyczne w zakresie objętym pozwem zostały udzielone w wypadkach nagłych. Art. 7 uzoż stanowi, iż zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Zakład opieki zdrowotnej musi udzielić świadczenia zdrowotnego w sytuacji, gdy osoba zgłaszająca się do zakładu opieki zdrowotnej potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia i w „przypadkach niecierpiących zwłoki”. Pojęciem stanu nagłego posługuje się ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wskazując w art. 5 ust. 33, że stan nagły to stan, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 08.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 ze zm.). (...)

(...)(...)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”. Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 08.10.2008 r., V CSK 139/08, oraz w wyroku z dnia 07.10.2007 r., V CSK 396/06, chodzi o stany nagłe i niespodziewane, których nie można przewidzieć (np. pacjenci z udarem mózgu, zawałem serca, poszkodowani w wypadkach drogowych). Nie wystarczy ustalenie, że określony zabieg jest zabiegiem ratującym zdrowie lub życie, konieczne jest ponadto ustalenie, że pacjent potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia lub że jest to przypadek niecierpiący zwłoki. W przepisach tych chodzi zatem o taki stan, w którym odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia; nie dotyczy to zabiegów, które wprawdzie ratują życie, jednak są stosowane u chorych leczonych przewlekłe, wymagających regularnego poddawania się zabiegom medycznym.

Na powódzie ciążył obowiązek wykazania, że poniósł koszty udzielenia świadczeń znamionujących się koniecznością ich natychmiastowego udzielenia w sytuacji nagłości zdarzenia oraz nieprzewidywalności skutków. Sąd odstąpił od pierwotnie dopuszczonego dowodu z opinii Zakładu Medycyny Sądowej z uwagi na zgłaszane wstępnie koszty takiego dowodu (na poziomie ok. 300 000 zł) oraz czas opiniowania (30 m-cy) i przeprowadził w tym zakresie dowód z opinii biegłych poszczególnych specjalności medycznych.

Dowody te pozwoliły na ustalenie, że spośród wskazanych przez powoda pacjentów jedynie w stosunku do niektórych można było zakwalifikować stan ich zdrowia jako wymagający podjęcia interwencji nagłej, niedającej się odroczyć z uwagi na wystąpienie stanu bezpośredniego zagrożenia dla życia lub zdrowia.

Zatem żądanie pozwu byłoby usprawiedliwione jedynie częściowo, tj. w stosunku do niektórych spośród zgłoszonych przypadków.

Ponieważ jednak powód i tak nie mógłby skutecznie zgłosić roszczenia o dodatkowe wynagrodzenie, dalsze badanie i ocena zakwalifikowania poszczególnych przypadków medycznych w kategorii świadczenia w trybie nagłym była zbędna. Sąd oddalił wnioski o przeprowadzenie opinii uzupełniających, uznając, że dotychczas przeprowadzone dowody z opinii biegłych są wystarczające.

Należy także mieć świadomość, że świadczenia medyczne w ramach zawartej umowy z NFZ finansowane są z budżetu Państwa i ograniczone są wydatkami budżetowymi na dany rok. Przekroczenie przez świadczeniodawcę ustalonych w umowie reguł, w tym limitów finansowych, odbywa się na ryzyko świadczeniodawcy. Narodowy Fundusz Zdrowia jako państwowa osoba prawna powołana w celu gospodarowania środkami publicznymi przeznaczonymi na ochronę zdrowia ubezpieczonych nie tylko nie ma obowiązku finansowania tzw. świadczeń ponadlimitowych, ale nie ma wręcz takich uprawnień – tak wypowiedział się w wyroku z dnia 09.12.2005 r., I ACa 1273/05, Sąd Apelacyjny we Wrocławiu. Narodowy Fundusz Zdrowia 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.

Sąd oddalił zatem powództwo w zakresie przekraczającym kwotę 90 678 zł, w stosunku do której pozew został cofnięty.

O kosztach procesu sąd orzekł zgodnie z wyrażoną w art. 98 kpc zasadą odpowiedzialności za wynik sprawy. Powoda należy uznać za przegrywającego w całości. Pozwanemu przysługuje zatem zwrot kosztów zastępstwa w kwocie 7 200 zł ustalonej zgodnie z § 6.7 rozporządzenia MS z dnia 28.09.2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych wraz z opłatą skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł.

Wobec udzielenia powodowi zwolnienia kosztów sądowych koszty te obejmujące opłatę od pozwu oraz wynagrodzenia wypłacone opiniującym w sprawie biegłym obciążą ostatecznie Skarb Państwa.

Mając powyższe okoliczności na uwadze sąd podjął rozstrzygnięcia zawarte w sentencji wyroku.