

**Sygn. akt I C 155/12**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 3 czerwca 2014 r.

Sąd Okręgowy we Wrocławiu Wydział I Cywilny

w składzie następującym :

Przewodniczący SSO Agnieszka Hreczańska - Cholewa

Protokolant Alicja Czarnota

po rozpoznaniu w dniu 20 maja 2014 r. we Wrocławiu

sprawy z powództwa Wojewódzkiego Szpitala (...) w B.

przeciwko (...) - (...) Oddział Wojewódzki we W.

o zapłatę I. oddała powództwo; II. zasądza od strony powodowej Wojewódzkiego Szpitala (...) w B. na rzecz strony pozwanej (...) - (...) Oddział Wojewódzki we W. kwotę 7 217 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

**Sygn. akt I C 155/12**

## UZASADNIENIE

Strona powodowa Wojewódzki Szpital (...) w B. pozwem z 16 lutego 2011 r. domagała się zasądzenia od pozwanego (...) (...) Oddziału Wojewódzkiego we W. kwoty 644.195,39 zł oraz kosztów postępowania według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu wskazała, że w dniu 04 lutego 2010 r. zawarła ze stroną pozwaną umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (poradnia (...)). Tego samego dnia strony zawarły umowę nr (...)// (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne (oddział (...)), zaś w dniu 26 stycznia 2010 r. umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (poradnia zdrowia psychicznego, poradnia zdrowia psychicznego dla młodzieży, poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, oddziały psychiatryczne ogólne, oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży, oddział psychiatryczny dla chorych somatycznie, oddział leczenia i uzależnień, oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacji), izba przyjęć szpitala, zakład opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny). Na podstawie ww. umów strona powodowa zobowiązała się do udzielania w 2010 r. świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załączniki do umów.

Strona powodowa wyjaśniała, że co do zasady rozliczenie leczenia pacjenta odbywa się w ten sposób, że (...) płaci osobno za pobyt pacjenta w szpitalu i osobno za zużywane przy leczeniu leki. Strona powodowa realizowała świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie opisanych wyżej umów, zgodnie z ich brzmieniem, na zasadach określonych w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z poszanowaniem przepisów prawa. Powodowy szpital podkreślał, że określony zakres umowy zazwyczaj dotyczy jednego pacjenta, ale może się zdarzyć, że z uwagi na charakter leczenia, jednego pacjenta mogą dotyczyć różne zakresy. Ustalenie odpowiedniej procedury uzależnione jest od rozpoznania oraz od wytycznych (...), zawartych w zarządzeniach Prezesa (...) oraz w informacji na stronie internetowej pozwanego. Rozliczanie pacjenta odbywa się przede wszystkim według produktu rozliczeniowego. W ramach jednego zakresu pacjent może mieć wdrożonych kilka produktów rozliczeniowych. Strona powodowa podkreślała, że zasady filtrowania świadczeń uległy zmianie w trakcie okresu rozliczeniowego. Pierwotnie powód mógł rozdzielać świadczenia rozróżniając je w ramach kontraktu i poza kontraktem. Nowy sposób

filtrowania pozbawia powoda możliwości wpływania na sposób rozliczania świadczeń. Powód zaznaczał również, że sporządzone do wskazanych umów aneksy, zwiększające kwotę zobowiązania (...) względem powoda, miały związek z uznawaniem przez stronę pozwaną obowiązku płatności za świadczenia wykonane mimo braku kontraktu, jednakże decyzje w tym zakresie podejmowane były nie w oparciu o charakter udzielanych świadczeń, ale w miarę posiadanych środków finansowych. Stąd w niniejszej sprawie powód dochodząc de facto zapłaty za świadczenia nie objęte umową, odwołuje się również do umowy z aneksami i sposobu jej finansowania. W dalszej kolejności strona powodowa wskazywała, iż pomimo tego, że określona w umowie maksymalna kwota zobowiązania pozwanego względem powoda była zwiększana kolejnymi aneksami, wartość świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom ubezpieczonym przez SP ZOZ przekraczała limity umowne. Powód ostatecznie wykonał na rzecz osób ubezpieczonych świadczenia ponadlimitowe w zakresie leczenia szpitalnego o łącznej wartości 644.195,39 zł. Zdaniem powoda leczenie w dziedzinie neurologii, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, z uwagi na bezpośrednie zagrożenia życia i zdrowia w razie nie podjęcia leczenia należy zakwalifikować jako leczenie ratujące życie i zdrowie pacjentów.

Wartość świadczeń z zakresu:

1. Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Poradni (...) wyniosła 65.559,20 zł (nadwykonanie w kwocie 15.382,40 zł);
2. Leczenia Szpitalnego na Oddziale (...) wyniosła 3.941.841 zł (nadwykonaniae w kwocie 266.475 zł);
3. Opieki (...) w Poradni (...), Poradni (...), Poradni (...) na oddziałach psychiatrycznych ogólnych, na Oddziale Psychiatrycznym dla (...), Oddziale Psychiatrycznym dla (...), Oddziale (...), Oddziale (...) ((...)), Izbie Przyjęć Szpitala, Zakładzie (...) psychiatrycznym wyniosła 19.485.732,99 zł ( nadwykonanie w kwocie 362.337,99 zł).

Powód wskazywał, że wysyłał stronie pozwanej co miesiąc faktury za nadwykonania, jednakże strona pozwana konsekwentnie je odsyłała twierdząc, że zobowiązania zostały już rozliczone. Pismem z 17 listopada 2011 r. strona powodowa wezwała stronę pozwaną do zapłaty należności za udzielane przez Szpital ponadlimitowe świadczenia zdrowotne, jednakże wezwania te pozostały bez odpowiedzi. Strona powodowa podkreślała, że stosownie do postanowień obowiązującego w okresie objętym pozwem art. 7 ustawy z 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej powodowy szpital, pomimo wyczerpania limitów określonych umową z 03.02.2009 r. nie mógł odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobom, które potrzebowały natychmiastowego udzielenia takich świadczeń ze względu na stan zdrowia lub życia. Ponadto, zgodnie z treścią art. 30 ustawy z dnia 05 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza denty, lekarze udzielający świadczeń zdrowotnych u strony powodowej byli zobowiązani udzielać pomocy, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogła prowadzić do niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia i we wszystkich innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Powód podkreślał, że zgodnie ze stanowiskiem orzecznictwa, (...) jest obowiązany pokryć koszty świadczeń zdrowotnych udzielonych nawet osobom nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia. Sąd Najwyższy stwierdził zarazem (wyrok z 08.08.2007 r., I CSK 125//07), że określone w umowach limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą przypadków, gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia.

W odpowiedzi na pozew strona pozwana – (...) – (...) Oddział Wojewódzki we W. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie kosztów procesu według norm przepisanych.

Uzasadniając swoje stanowisko strona pozwana w pierwszej kolejności przyznała, iż strony w 2010 r. miały zawarte trzy umowy w rodzajach świadczeń : leczenie szpitalne – umowa nr (...) z 04.02.2010r., ambulatoryjna opieka specjalistyczna – umowa nr (...) z 04.02.2010 r. oraz opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – umowa nr (...). Maksymalna kwota zobowiązania (...) wobec świadczeniodawcy w okresie od 01 stycznia 2010 do 31 grudnia 2010 r. ustalona we wskazanych umowach wyniosła odpowiednio: 3.675.366 zł dla świadczeń szpitalnych, 50.176,80 zł dla świadczeń ambulatoryjnych oraz 19.123.394 zł dla świadczeń psychiatrycznych i leczenia uzależnień. Kwoty te, jak wskazywał pozwany, zostały powodowi w całości wypłacone.

Dalej pozwany podkreślał, że zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 210, poz. 2135 ze zm.) podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez (...) jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego (...). Art. 136 pkt 5 cytowanej ustawy stanowi, że umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności kwotę zobowiązania (...) wobec świadczeniodawcy. Umowy zawierane przez (...) obejmują zarówno świadczenia opieki zdrowotnej planowe, jak i udzielane w trybie nagłym. Niewątpliwie kwota zobowiązania (...) wobec świadczeniodawcy ma charakter maksymalny, a w konsekwencji wyznacza granice odpowiedzialności finansowej (...) z tytułu realizacji kontraktu. Pogląd taki potwierdza przepis §14 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 81, poz. 484) który stanowi, że (...) jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie sprawozdawczym do kwoty zobowiązania (...) wobec świadczeniodawcy określonej w umowie. Przy takiej regulacji prawnej, zdaniem pozwanego, nie istnieją zatem pozaumowne podstawy żądania zapłaty kierowane przeciwko (...).

Strona pozwana zwracała nadto uwagę na zapisy aneksów nr (...) do umowy ambulatoryjnej z 01.10.2010 r. oraz aneksu nr (...) do umowy w rodzaju opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Paragrafy 2 obu aneksów stanowią, że „świadczeniodawca oświadcza, iż kwota zobowiązania (...) wobec świadczeniodawcy wyczerpuje wszelkie jego roszczenia wynikające z realizacji umowy, chyba, że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami, przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość, o której mowa w §4 ust. 1 umowy”. W ocenie strony pozwanej aneks ten jest swego rodzaju ugodą zawartą pomiędzy stronami, na mocy której (...) zwiększył maksymalną kwotę zobowiązania finansowego wobec świadczeniodawcy, zaś ten powyższą kwotę zaaprobował oraz oświadczył, że wyczerpuje to wszystkie jego roszczenia.

W dalszej części odpowiedzi na pozew strona pozwana podnosiła, że aby konkretne świadczenie mogło być zakwalifikowane do kategorii świadczenia ratującego życie lub zdrowie muszą zaistnieć następujące przesłanki: zagrożenie życia lub zdrowia, natychmiastowość (nagłość) zagrożenia oraz nieprzewidywalność zagrożenia. Pozwany zarzucał przy tym, że strona powodowa nie wykazała wskazanych wyżej przesłanek, a w konsekwencji nie udowodniła materialnoprawnych podstaw zgłoszonego roszczenia. Pozwany zwracał nadto uwagę na okoliczność, iż powód nie wykazał, że świadczenia objęte pozwem mają charakter tzw. świadczeń ponadlimitowych. Wręcz przeciwnie, z dokumentów źródłowych przedłożonych przez powoda wynikało, że świadczenia udzielone zostały w okresie, gdy nie został wyczerpany limit określony w umowie. Powyższe, zdaniem strony pozwanej świadczy o tym, że powodowy szpital realizował umowę w sposób sprzeczny z jej zapisami, wykazane przez powoda świadczenia winny być bowiem rozliczone w ramach obowiązującej umowy. Strona pozwana wskazywała, że praktyka stosowana przez powoda polega na bieżącym rozliczaniu świadczeń planowych, przy jednoczesnym niewykazywaniu do rozliczeń przypadków nagłych udzielonych w danym okresie sprawozdawczym. Skutkowało to kumulowaniem się nierozliczonych przypadków nagłych a w konsekwencji formułowaniem wobec (...) roszczeń finansowych. Działania takie, zdaniem pozwanego, naruszają zapisy umowy, a także przepisy § 14, 18 i 23 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Pozwany zarzucił również, że naruszenie przez powoda zasad współżycia społecznego polegające na braku lojalności powodowego szpitala oraz współpracy przy realizacji zawartych umów. Podkreślał bowiem, że niedopuszczalne jest podpisanie aneksu rozliczającego wzajemne zobowiązania a następnie dochodzenie dalszych roszczeń na drodze sądowej.

### ***Sąd ustalił następujący stan faktyczny:***

Wojewódzki Szpital (...) w B. jest jednostką wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

W szpitalu funkcjonują oddziały: psychiatryczny, psychiatryczny dla dzieci i młodzieży, psychosomatyczny, leczenia uzależnień, leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacji), rehabilitacji ogólnej i rehabilitacji

neurologicznej. W powodowym szpitalu znajdują się również poradnie specjalistyczne oraz zakład opiekuńczo-leczniczy ((...)).

Strona powodowa realizuje świadczenia medyczne w ramach umów zawieranych z (...) – (...) Oddziałem Wojewódzkim we W..

Umowy z (...) zawierane są w trybie postępowania konkursowego, w którym strona pozwana określa maksymalną wartość, którą zapłaci za świadczenia medyczne. Składane przez poszczególne szpitale oferty konkursowe muszą się mieścić w granicach finansowych określonych przez (...).

**(dowód:** zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą k. 134, odpis z księgi rejestrowej k. 135-162, przesłuchanie w charakterze strony powodowej J. H. e-protokół rozprawy z 19 marca 2013 r. od 00:02:01 do 00:24:14, przesłuchanie w charakterze strony pozwanej W.N. e-protokół rozprawy z 19 marca 2013 r. od 00:24:15 do 00:34:55)

W dniu 04 lutego 2010 r. Wojewódzki Szpital (...) w B. zawarł z (...) umowę numer (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna, na podstawie której powód zobowiązał się do udzielenia w roku 2010 świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik numer 1 do umowy. Kwota zobowiązania Oddziału (...) wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od 01 stycznia 2010 r. do 31 grudnia 2010 r. miała wynieść maksymalnie 46.276 zł.

Strony uzgodniły, że umowa będzie wykonywana zgodnie z zasadami i na warunkach ustalanych na dany okres rozliczeniowy w zarządzeniu Prezesa (...).

**(dowód:** umowa numer (...) z 04.02.2010 r. wraz z załącznikami k. 63-68, aneks nr (...) do umowy nr (...) k. 61)

Wynikająca z umowy numer (...) kwota zobowiązania (...) wobec świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w roku 2010 ulegała zwiększeniu na mocy zawartego przez strony w dniu 1 października 2010 r. aneksu numer (...).

Stosownie do postanowień aneksu nr (...), kwota zobowiązania Oddziału (...) wobec Wojewódzkiego Szpitala (...) z tytułu realizacji umowy w okresie od 01 stycznia 2010 roku do 31 grudnia 2010 roku miała wynieść maksymalnie 50.176,80 zł.

W § 2 aneksu nr (...) świadczeniodawca oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec świadczeniodawcy, ustalona niniejszym aneksem wyczerpuje wszystkie jego roszczenia, wynikające z realizacji umowy, chyba, że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość określoną w umowie.

**(dowód:** aneks numer (...) do umowy numer (...) z 01.10.2010 r. wraz z załącznikiem k. 60)

W dniu 04 lutego 2010 r. Wojewódzki Szpital (...) w B. zawarł z (...) umowę numer (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne (oddział (...)), na podstawie której powodowy szpital zobowiązał się do udzielenia w roku 2010 świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik numer (...) do umowy. Kwota zobowiązania Oddziału (...) wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od 01 stycznia 2010 r. do 31 grudnia 2010 r. miała wynieść maksymalnie 3.675.366 zł.

Strony uzgodniły, że umowa będzie wykonywana zgodnie z zasadami i na warunkach ustalanych na dany okres rozliczeniowy w zarządzeniu Prezesa (...).

**(dowód:** umowa numer (...) z 04.02.2010 r. wraz z załącznikami k. 29-53, aneks nr (...) do umowy nr (...) k. 28v, aneks nr (...) do umowy nr (...) wraz z załącznikami k. 22-28, aneks nr (...) do umowy nr (...) k. 21v, aneks nr (...) do umowy nr (...) k. 21)

W dniu 26 stycznia 2010 r. Wojewódzki Szpital (...) w B. zawarł z (...) umowę numer (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, na podstawie której, powodowy szpital zobowiązał się do udzielenia w roku 2010 świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik numer 1 do umowy. Kwota zobowiązania Oddziału (...) wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od 01 stycznia 2010 r. do 31 grudnia 2010 r. miała wynieść maksymalnie 18.917.058 zł.

Strony uzgodniły, że umowa będzie wykonywana zgodnie z zasadami i na warunkach ustalanych na dany okres rozliczeniowy w zarządzeniu Prezesa (...).

**(dowód:** umowa numer (...) z 26.01.2010 r. wraz z załącznikami k. 93-98, aneks nr (...) do umowy nr (...) k. 91, aneks nr (...) do umowy nr (...) wraz z załącznikami k. 89-90, aneks nr (...) do umowy nr (...) k. 88, aneks nr (...) do umowy nr (...) k. 84, aneks nr (...) do umowy nr (...) k. 80, aneks nr (...) do umowy nr (...) k. 77)

Na mocy aneksu nr (...) z 28 maja 2010 r. do umowy nr (...) kwota zobowiązania (...) wobec powoda została zmniejszona do kwoty 18.917.052 zł.

Następnie aneksem numer (...) z 21 września 2010 r. kwota maksymalnego zobowiązania Oddziału (...) za okres od 01 stycznia 2010 roku do 31 grudnia 2010 roku została zmniejszona do kwoty 18.917.048 zł. Kolejnym aneksem nr (...) do umowy nr (...), nastąpiło dalsze zmniejszenie zobowiązania (...) wobec powodowego Szpitala, które miało wynieść maksymalnie kwotę 18.917.046 zł.

W dniu 14 lutego 2011 r. strony podpisały aneks numer (...), mocą którego ustalono, iż strona powodowa z tytułu świadczeń udzielonych w okresie od 01.01.2010 r. do 31.12.2010 r. na podstawie umowy nr (...)otrzyma maksymalnie kwotę 19.123.395 zł.

Ostateczna wartość maksymalnej kwoty zobowiązania (...) wobec Wojewódzkiego Szpitala (...) w B. z tytułu realizacji umowy nr (...) w roku 2010 ustalona została aneksem nr (...) i wyniosła kwotę 19.123.394 zł.

W §2 ww. aneksu strona powodowa oświadczyła, że kwota zobowiązania (...) wobec świadczeniodawcy określona aneksem wyczerpuje wszystkie roszczenia szpitala, wynikające z realizacji umowy nr (...), chyba że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wskazaną w umowie wartość.

**(dowód:** aneks numer (...) do umowy nr (...) wraz z załącznikami k. 85-87, aneks numer (...) do umowy nr (...) wraz z załącznikami k. 81-83, aneks nr (...) do umowy nr (...) k. 78-79, aneks nr (...) do umowy nr (...) wraz z załącznikami k. 74-76, aneks nr (...) do umowy nr (...) wraz z załącznikami k. 72-73)

Rozliczanie wykonanych przez powoda świadczeń w ramach zawartych ze stroną pozwaną umów odbywało się na podstawie comiesięcznych faktur wystawianych przez Szpital i akceptowanych przez (...). Po upływie każdego miesiąca strona powodowa przekazywała stronie pozwanej sprawozdania rzeczowo – finansowe, obejmujące wykaz zrealizowanych świadczeń oraz wyliczenie wynagrodzenia z tego tytułu, z uwzględnieniem liczby jednostek rozliczeniowych przypadających za dane świadczenie i ich ceny, uzgodnionych w ramach kontraktów podpisanych na 2010 r. W oparciu o te zestawienia powód wystawiał fakturę za świadczone usługi medyczne. Świadczenia za dany miesiąc finansowane były przez stronę pozwaną do kwoty nie wyższej niż 1/12 kwoty ciężącego na (...) zobowiązania określonego w poszczególnych umowach. W sytuacji uzyskania przez (...) nadwyżki środków, strona pozwana podpisywała ze świadczeniodawcami aneksy do umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zwiększające wysokość przyjętych na siebie zobowiązań w ramach kontraktu. W ramach przesyłanych przez powoda do Oddziału

(...) wykazów udzielonych świadczeń, system (...) filtrował dane dotyczące pacjentów i świadczeń, wprowadzając je wyłącznie do wysokości kontraktu. W pierwszej kolejności system porządkował świadczenia ratujące życie i zdrowie, a w dalszej - świadczenia planowe. Rozliczenie pacjenta korzystającego z leczenia szpitalnego następowało z chwilą jego wypisu ze szpitala. Identyfikacja poszczególnych świadczeń udzielonych w tzw. trybie nagłym, oznaczonych literą (...) czy też planowych, oznaczonych literą (...) odbywa się w szpitalu, przez lekarza przyjmującego danego pacjenta.

(dowód: przesłuchanie w charakterze strony powodowej J. H. e-protokół rozprawy z 19 marca 2013 r. od 00:02:01 do 00:24:14, przesłuchanie w charakterze strony pozwanej W. N. e-protokół rozprawy z 19 marca 2013 r. od 00:24:15 do 00:34:55)

W ramach realizacji zawartej ze stroną pozwaną umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna (poradnia (...)) - Wojewódzki Szpital (...) w B. zrealizował w okresie od 01.01.2010 r. do 31.12.2010 r. świadczenia medyczne na łączną kwotę 65.559,20 zł, przy czym wartość zakontraktowana wynosiła 50.176,80 zł. Wartość udzielonych świadczeń ponadlimitowych wyniosła kwotę 15.382,40 zł.

W ramach realizacji umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne (oddział (...)) strona powodowa w 2010 roku udzieliła świadczeń na łączną kwotę 3.841.841 zł, przy czym wartość zobowiązań (...) określona w umowie wynosiła 3.675.366 zł. Wartość świadczeń udzielonych ponad umowny limit wyniosła kwotę 266.475 zł.

W ramach realizacji łączącej strony umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień powodowy Szpital udzielił świadczeń na łączną kwotę 19.485.732,99 zł (w tym: 3.770.879,99 zł – (...), 15.714.853 zł - pozostałe). Ustalona aneksami ostateczna wartość umowy wynosiła natomiast kwotę 19.123.395 zł (w tym (...) 3.412.568 zł, pozostałe 15.710.827 zł). Wartość świadczeń ponadlimitowych wyniosła kwotę 362.337,99 zł.

(dowód: specyfikacja z wykonania umowy nr (...) k. 12, specyfikacja z wykonania umowy nr (...) k. 13, specyfikacja z wykonania umowy nr (...) k. 14)

W związku z wykonaniem umów nr: (...), (...) oraz (...) Wojewódzki Szpital (...) w B. wystawiał (...) faktury obejmujące kwoty za wykonane świadczenia ponadlimitowe. Były to: faktura VAT nr (...) z dnia 28.02.2011 r. na kwotę 266.475 zł (dotycząca umowy nr (...)), faktura VAT nr F. (...) z dnia 31.12.2010 r. na kwotę 15.382,40 zł (dotycząca umowy nr (...)) oraz faktura VAT nr (...) z dnia 30.03.2011 r. na kwotę 362.337,99 zł (dotycząca umowy nr (...)). Wszystkie wystawione przez powoda faktury obejmujące zapłatę za świadczenia wykonane ponad limit zwartych przez strony umów, obowiązujących w roku 2010, zostały Szpitalowi zwrócone jako niezajdujące podstawy do zapłaty.

(dowód: faktura VAT nr (...) wraz z potwierdzeniem odbioru k. 18-19, pismo D. (...) z 21.03.2011 r. k. 20, faktura VAT nr F. (...) wraz z potwierdzeniem odbioru k. 56-57, pismo D. (...) z 24.01.2011 r. k. 58-59, faktura VAT nr (...) wraz z potwierdzeniem odbioru k. 69-70, pismo D. (...) z dnia 15.04.2011 r. k. 71)

Pismem z 17 listopada 2011 r. Wojewódzki Szpital (...) w B. wezwał (...) Oddział Wojewódzki (...) z siedzibą we W. do zapłaty kwoty 644.195,39 zł wraz z należnymi odsetkami tytułem wykonanych świadczeń zdrowotnych ponadlimitowych za okres od 01.01.2010 r. do 31.12.2010 r., w terminie 14 dni od daty otrzymania wezwania. Powyższe wezwanie pozostało bez odpowiedzi.

(dowód: wezwanie do zapłaty z 17.11.2011 r. k. 10-11)

Spośród liczby 82 pacjentów, którym powodowy Szpital udzielił świadczeń opieki zdrowotnej wykraczających ponad limity określone zawartymi w 2010 roku umowami z (...), tylko jeden pacjent – A. F. znajdował się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia z powodu podejrzenia choroby psychicznej. W pozostałych przypadkach brak było przesłanek do uznania istnienia stanu bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia. Pacjenci ci przebywali w

Zakładzie (...), gdzie udzielano im świadczeń polegających na pielęgnacji, opiece oraz kontynuacji leczenia. Najczęściej były to osoby starsze, z przewlekłymi psychozami, którzy mieli od lat ustalone leczenie i z powodu degradacji i rozpadu osobowości wymagali głównie opieki i pomocy w codziennym życiu. Celem pobytu w Zakładzie (...) jest konieczność udzielania opieki i pomocy w zaspokajaniu potrzeb życiowych, ponieważ jeżeli te potrzeby nie zostaną zaspokojone, to w następstwie tego może dojść do stanów zagrożenia życia lub zdrowia. W sytuacji, gdyby wobec osób przebywających w Zakładach (...) istniałoby zagrożenie życia bądź zdrowia, byłoby ono związane z niemożnością zapewnienia im opieki i pomocy, a nie z powodów i przesłanek ściśle medycznych. Pensjonariusze Zakładów (...) nie spełniali przesłanek do zakwalifikowania ich do przyjęcia w trybie nagłym, albowiem większość z nich przebywała na takich oddziałach latami, często w podobnym stanie psychicznym, przy niezmiennym leczeniu.

Wszystkie spośród 82 przypadków, objętych pozwem, zakwalifikowanych zostało przez powodowy Szpital jako świadczenia planowe, oznaczone literą (...).

(dowód: pisemna opinia biegłych psychologa D. W. oraz psychiatry A. G. k. 1264-1273, dokumentacja medyczna pacjentów (karty leczenia szpitalnego i historie chorób) k. 231-259, 267- 663, 669-1217)

### **Sąd zważył, co następuje:**

Powództwo nie mogło zostać uwzględnione.

W niniejszej sprawie strona powodowa domagała się zasądzenia od strony pozwanej - (...) Oddziału (...) we W. kwoty 644.195,39 zł. Dochodzona pozwem kwota stanowiła należność z tytułu łączących strony w 2010 roku umów o wykonanie świadczeń opieki zdrowotnej nr (...), (...) oraz (...)

Strona powodowa twierdziła, że na podstawie ww. umów udzieliła świadczeń zdrowotnych ponadlimitowych o wartości 644.195,39 zł, które nie zostały sfinansowane przez (...). Świadczenia te, jak twierdził powodowy Szpital, zostały udzielone w trybie nagłym, w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia, a zatem na podstawie obowiązującego w okresie objętym pozwem art. 7 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r., nr 14, poz. 89 z późn. zm.), art. 30 ustawy z 05 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2008 r., nr 136, poz. 857 z późn. zm.), strona powodowa nie mogła odmówić ich udzielenia.

Na wstępie należy wskazać, że Wojewódzki Szpital (...) w B. jest jednostką działającą na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, która zastąpiła wcześniejszą ustawę z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r., nr 14, poz. 89 z późn. zm.).

Według art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, stanowiącego podstawę prawną roszczenia strony powodowej – zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Powoływany zaś równolegle przepis art. 30 ustawy z 05 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry stanowi, że lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

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

Należy jednak w tym miejscu zauważyć, że art. 68 ust. 2 Konstytucji dotyczy prawa obywatelskiego (a nie uprawnienia ubezpieczonych) oraz finansowania opieki zdrowotnej i jest skierowany do władz publicznych, do których nie zalicza się (...). Przepis zakazuje różnicowania obywateli według kryterium sytuacji materialnej; odsyła wreszcie do ustawy określającej warunki i zakres udzielania świadczeń zdrowotnych (tak w glosie do wyroku Sądu Najwyższego z 12 lutego 2004 r., sygn. akt II UK 243/03, J. Jończyk w: OSP 2004/10/130). Tą ustawą, do której odsyła Konstytucja jest obecnie

ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), która uchylila ustawę z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w (...), która z kolei zastąpiła obowiązującą od 06 lutego 1997 r. ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

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

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

Podzielić wobec tego należy pogląd strony pozwanej, zgodnie z którym, kwota zobowiązania (...) wobec świadczeniodawcy zawarta w umowie (za wyjątkiem kwoty zobowiązania dotyczącej świadczeń nielimitowanych) ma charakter maksymalny. Pogląd ten znajduje potwierdzenie w przepisie §14 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 81, poz. 484), który stanowi, że (...) jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie sprawozdawczym do kwoty zobowiązania (...) wobec świadczeniodawcy określonej w umowie.

W dalszej kolejności podkreślić należy, że umowy zawierane przez (...) ze świadczeniodawcami obejmują świadczenia opieki zdrowotnej zarówno planowe, jak i udzielane w trybie nagłym w rozumieniu art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dawnego art. 7 ustawy z 30 sierpnia 1990 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 30 ustawy z 05 grudnia 2005 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Słusznie zatem wskazywał pozwany, iż maksymalna wartość kontraktu wyznacza granice odpowiedzialności kontraktowej (...).



Jak już wspomniano na wstępie, dochodząc od (...) (...) Oddziału Wojewódzkiego we W. zapłaty kwoty 644.195,39 zł, strona powodowa powoływała się na okoliczność, że udzielone przez nią świadczenia wskazane w pozwie miały charakter świadczeń nagłych, ratujących życie lub zdrowie.

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

Przepis art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty stanowi natomiast, 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. Cytowane przepisy bardzo wyraźnie formułują podstawy w jakich zakład opieki zdrowotnej musi udzielić świadczenia zdrowotnego – to jest w sytuacji gdy osoba zgłaszająca się do zakładu opieki zdrowotnej potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia i w „przypadkach niecierpiących zwłoki”.

Pojęciem stanu nagłego posługuje się także ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wskazując w art. 5 ust. 33, że stan nagły to stan, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z 08 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2006 r., nr 191, poz. 1410 z późn. zm.). Tam zaś stan zagrożenia zdrowotnego definiowany jest jako stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia; stan nagły zatem to stan wymagający „natychmiastowego” udzielenia świadczenia zdrowotnego, „bez zbędnej zwłoki”.

W orzecznictwie zwraca się uwagę na to, iż zakresem przepisów art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza nie są objęte wszystkie świadczenia zdrowotnej udzielone przez świadczeniodawcę, ale wyłącznie takie, w których odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia.

Co do takich świadczeń siłą rzeczy nie wchodzi w grę możliwość planowania przyjęć, a świadczeniodawca wykonujący je ponad limit określony w umowie może oczekiwać od pozwanego zapłaty należności wyliczonej stosownie do zasad przewidzianych w umowie (wyrok Sądu Apelacyjnego w Rzeszowie z dnia 04 kwietnia 2013 r., sygn. akt I ACa 20/13, LEX nr 1345566, wyrok Sądu Najwyższego z 08 października 2008 r., V CSK 139/08, LEX nr 602330).

Mając na względzie całokształt poczynionych dotychczas rozważań Sąd stanął na stanowisku, że w realiach przedmiotowej sprawy strona powodowa nie wykazała, by świadczenia zdrowotne, za które żąda zapłaty, były udzielone przy spełnieniu przesłanek określonych w omówionych powyżej przepisach. Zaznaczyć przy tym należy, że to na powodzie ciążył obowiązek wykazania, że poniósł on koszty udzielenia świadczeń znamionujących się koniecznością ich natychmiastowego udzielenia w sytuacji nagłości zdarzenia oraz nieprzewidywalności skutków, a także spoczywał na nim ciężar udowodnienia wysokości tych kosztów.

Ustalając charakter udzielonych przez stronę pozwaną świadczeń, będących przedmiotem niniejszego sporu, Sąd w całości oparł się na treści opinii biegłych psychologa D. W. i psychiatry A. G., wydanej w oparciu o materiał dowodowy zgromadzony w aktach sprawy, w tym w szczególności dokumentację medyczną zakwestionowanych przez pozwanego pacjentów.

Z treści powyższej opinii jednoznacznie wynikało, iż spośród 82 pacjentów, tylko w jednym przypadku - A. F. zachodziły warunki bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia z powodu podejrzenia choroby psychicznej. W pozostałych przypadkach, zdaniem biegłych, brak było natomiast przesłanek do uznania bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia. Jak wyjaśniali biegli w uzasadnieniu opinii pisemnej, objęci pozwem świadczeniobiorcy, byli pacjentami (pensjonariuszami) działającego w ramach powodowego szpitala Zakładu (...) (...). Zakłady takie, z założenia nie są miejscem, w którym wykonuje się świadczenia ratujące życie i zdrowie. Celem pobytu w (...) jest konieczność udzielenia opieki i pomocy w zaspokajaniu potrzeb życiowych, ponieważ jeśli te potrzeby nie zostaną zaspokojone, to w następstwie tego może dojść do stanów zagrożenia życia lub zdrowia, jako następstwa braku zaspokojenia wspomnianych potrzeb. Dalej biegli zwracali uwagę na to, że w przypadkach pogorszenia stanu zdrowia, czy zagrożenia życia pensjonariusze przenoszeni są każdorazowo do szpitala, na oddziały specjalistyczne, gdzie udziela im się świadczeń ratujących życie i zdrowie. Po zabiegach wykonanych w procedurach leczniczych i ustalonym leczeniu, pensjonariusze ci wracają ponownie do (...), gdzie pod odpowiednią kontrolą kontynuowane jest zalecane leczenie. Biegli podkreślali, że z medycznego punktu widzenia, ponieważ pensjonariusze w (...) często przebywają latami, w podobnym stanie psychicznym, przy niezmiennym leczeniu, trudno w takiej sytuacji mówić o nagłym zdarzeniu, polegającym na ratowaniu życia i zdrowia. Z tych względów biegli przyjęli, że objęte pozwem świadczenia nie zostały udzielone w warunkach nagłości zdarzenia i jego nieprzewidywalności.

W ocenie Sądu przytoczona powyżej opinia biegłych psychiatry i psychologa została sporządzona w sposób rzetelny, po przeprowadzeniu wnikliwej analizy dokumentacji medycznej znajdującej się w aktach sprawy. Jednocześnie Sąd uznał, iż biegli wyczerpująco wypowiedzieli się w ramach określonej tezy dowodowej, zaś zawarte w opinii wnioski końcowe zostały przez biegłych w sposób logiczny i rzeczowy uzasadnione.

Sąd nie znalazł przy tym podstaw do zakwestionowania powyższej opinii, w oparciu o zarzuty sformułowane przez stronę powodową. Zarzuty te w dużej mierze stanowiły polemikę z ustaleniami biegłych co do stanu zdrowia pacjentów objętych przedmiotową opinią oraz zmierzały do wykazania, że konsekwencje zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom przewlekle chorym, przebywającym w (...) byłyby takie same, jak w przypadku pacjentów oddziałów psychiatrycznych, w sytuacji nagłego zaprzestania udzielania im świadczeń opieki zdrowotnej. W ocenie strony powodowej w stosunku do pacjentów (...), wypisanie ich „z dnia na dzień” byłoby zagrożeniem ich życia i zdrowia, dlatego zatrzymanie tych pacjentów i kontynuowanie ich leczenia stanowiło działania ratujące życie i zdrowie.

Ustosunkowując się do powyższych zarzutów strony powodowej, biegli złożyli na rozprawie w dniu 20 maja 2014 r. ustną opinię uzupełniającą, w której szczegółowo odnieśli się do wszystkich pytań zawartych w piśmie powoda z 05.03.2014 r. (k. 1281-1285). W opinii uzupełniającej biegli sądowi raz jeszcze wyjaśniali, że zakłady opiekuńczo-lecznicze zapewniają głównie opiekę, pielęgnację, a w zakresie leczenia – podawanie leków osobom, które nie są w stanie same tego zrobić i zadbać o zaspokojenie swoich potrzeb. Innymi słowy, jeśliby przyjąć, że wobec pensjonariuszy (...) istniałoby zagrożenie życia lub zdrowia, byłoby ono związane z niemożnością zapewnienia im opieki i pomocy, a nie z powodów i przesłanek czysto medycznych.

Biegli wskazywali, że poza jedną osobą wskazaną w opinii, pacjenci objęci pozwem były to osoby z przewlekłą psychozą, która na skutek wieloletniego przebiegu doprowadziła do degradacji osobowości oraz do tego, że osoby te stały się nieporadne życiowo – w wymiarze osobistym i społecznym. W analizowanych przypadkach (z wyłączeniem 1 pacjenta), nie było ostrych objawów psychotycznych, a takie właśnie mogłyby decydować o zagrożeniu życia i zdrowia. Biegli wyjaśniali, że różnica pomiędzy osobą chorą psychicznie będącą w stanie zagrożenia życia lub zdrowia a osobą przewlekle chorą tkwi w szczególności w dynamice przebiegu schorzenia. W przypadku pacjentów przewlekle chorych

dynamika ta jest znikoma, pacjenci tacy nie wykazują objawów ostrych, stąd zaprzestanie ich leczenia może – ale nie musi – skutkować pogorszeniem stanu zdrowia.

Mając na względzie treść omówionych powyżej opinii biegłych, których rzetelność i prawidłowość nie została skutecznie podważona przez stronę powodową, zdaniem Sądu należało uznać, iż świadczenia opieki zdrowotnej objęte pozwem, zasadniczo (poza jednym wyjątkiem) nie były udzielane w warunkach nagłych, w związku z potrzebą ratowania życia lub zdrowia. Konsekwencją powyższego jest stwierdzenie, iż brak jest jakichkolwiek podstaw prawnych do sfinansowania spornych przypadków przez stronę pozwaną. Jedynym przypadkiem, który zdaniem biegłych wypełniał dyspozycję świadczenia nagłego, udzielonego w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia był przypadek pacjenta A. F.. Jakkolwiek w tej sytuacji, co do tego konkretnego pacjenta, po stronie pozwanego Oddziału (...) istniałby obowiązek rozliczenia udzielonych przez powoda świadczeń, na gruncie niniejszej sprawy roszczenie powoda nawet w tym niewielkim zakresie nie mogło zostać uwzględnione, wobec braku wykazania wysokości kosztów, związanych z udzieleniem świadczeń opieki zdrowotnej ww. osobie.

Brak rozpoznania przez biegłych w udzielanych przez powoda świadczeniach (co do 81 pacjentów) cechy działania nagłego, ratującego życia w sytuacji jego bezpośredniego i nieuniknionego zagrożenia przesądził zatem o niemożliwości uznania stanowiących przedmiot niniejszego postępowania świadczeń za te, o których mowa w art. 7 cytowanej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Wspomnieć w tym miejscu należy jeszcze, że sama strona powodowa dla potrzeb rozliczenia z (...) roszczeń będących przedmiotem rozpoznania w niniejszej sprawie, określiła je jako świadczenia nieratujące życie.

W świetle przedstawionych okoliczności, powództwo nie mogło zatem zostać uwzględnione. W tym miejscu zaznaczyć należy, iż opierając się na treści zeznań przesłuchiwanej za stronę powodową dyrektor Szpitala J. H., jak również na wynikach opinii biegłych, Sąd nie neguje szczególnej rangi świadczeń udzielanych przez stronę powodową oraz trudnej sytuacji pacjentów przebywających w zakładach opiekuńczo-leczniczych. Nie kwestionując ciężkiego stanu zdrowia tych pacjentów, którzy, przebywając bez pomocy osób trzecich, najczęściej nie byłiby w stanie samodzielnie funkcjonować, stanowczo jednak stwierdzić należy, iż zastosowana przez powoda kwalifikacja świadczeń udzielonych tym osobom oraz instrumenty, na podstawie których Szpital zmierzał do ich rozliczenia, były nieprawidłowe, stąd nie mogły odnieść oczekiwanego rezultatu. Jak już kilkakrotnie wspomniano, zakład opiekuńczo-leczniczy z założenia nie jest oddziałem ratowniczym, skierowanym na intensywną terapię przypadków nagłych, wymagających natychmiastowej pomocy medycznej z uwagi na stan zagrożenia życia i zdrowia, lecz jest oddziałem przeznaczonym dla osób przewlekle chorych, których stan zdrowia wymaga określonego leczenia i opieki.

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

Powództwo nie mogło zostać uwzględnione również z uwagi na zapisy zawarte w aneksach nr (...) do łączących strony umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr (...) oraz (...). W §2 każdego z aneksów powodowy Szpital oświadczył, że kwota zobowiązania (...) wobec świadczeniodawcy, ustalona aneksem wyczerpuje wszystkie jego roszczenia, wynikające z realizacji umowy, chyba, że (...) dysponował będzie dodatkowymi środkami przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad wartość określoną w umowie.

Zgodnie z art. 65 § 1 i 2 k.c. oświadczenie woli należy tak tłumaczyć, jak tego wymagają ze względu na okoliczności, w których złożone zostało, zasady współżycia społecznego oraz ustalone zwyczaje, zaś w umowach należy raczej badać, jaki był zgodny zamiar stron i cel umowy, aniżeli opierać się na jej dosłownym brzmieniu. Sformułowanie zawarte w § 2 powołanych aneksów, zdaniem Sądu jest na tyle jasne i precyzyjne, że nie ma podstaw, aby przy jego interpretacji odchodzić od literalnego brzmienia oświadczeń stron. Interpretacja postanowień umowy nie może bowiem prowadzić do stwierdzeń sprzecznych z jej treścią (vide wyrok Sądu Najwyższego z 05 kwietnia 2007 r., sygn. akt II CSK 546/06). Z przywołanego oświadczenia w ocenie Sądu, w sposób oczywisty wynika, że powód zrzekł się wszelkich roszczeń poza umówioną kwotę. Zdaniem Sądu, obie strony, w momencie zawierania aneksu miały świadomość skutków zrzeczenia się roszczeń oraz zakresu tego oświadczenia woli. Niezależnie jednak od tego, czy przyjmiemy, iż sporne aneksy (§2) miały charakter zrzeczenia czy też ugody, stwierdzić należy, iż powodowy Szpital nie dowodził także, aby się uchylił od skutków prawnych złożonego w ten sposób oświadczenia woli, czy to na zasadach ogólnych, czy na podstawie art. 918 § 1 k.c. Wobec powyższego należy stwierdzić, iż w wyniku zrzeczenia się roszczeń przewyższających ustaloną w umowie wartość roszczenia te wygasły i nie mogły być skutecznie dochodzone w niniejszym procesie.

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

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

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

Wobec przegranej w niniejszym postępowaniu, Sąd zasądził od Wojewódzkiego Szpitala (...) we W. na rzecz pozwanego (...) (...) Oddziału Wojewódzkiego we W., kwotę 7.217 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego. Wysokość wynagrodzenia pełnomocnika procesowego pozwanego reprezentowanego przez radcę prawnego, ustalona została na podstawie przepisu § 6 pkt 7 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2008 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. z 2013 r., poz. 490, tj.).