

Sygnatura akt XVIII C 1335/16

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Poznań, dnia 28 lipca 2017 r.

Sąd Okręgowy w Poznaniu XVIII Wydział Cywilny w następującym składzie:

Przewodniczący: SSO Magdalena Ławrynowicz

**Protokolant: st. sekr. sąd. Maria Kaczmarek**

po rozpoznaniu w dniu 25 lipca 2017 r. w Poznaniu na rozprawie

sprawy z powództwa

**Wojewódzkiego Szpitala (...) w K.**

przeciwko

**Narodowemu Funduszowi Zdrowia, (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w P.**

o zapłatę

1. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 1.799.522,40 zł (jeden milion siedemset dziewięćdziesiąt dziewięć tysięcy pięćset dwadzieścia dwa złote i czterdzieści groszy) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia 10 kwietnia 2013 r. do dnia zapłaty;
2. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 24.417 zł tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym kwotę 14.400 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego;
3. nakazuje ściągnąć od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Poznaniu kwotę 79.977 zł tytułem części opłaty sądowej od pozwu, od której uiszczenia powód był zwolniony.

/-/ SSO Magdalena Ławrynowicz

Sygnatura akt XVIII C 1335/16

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 2 września 2016 r. Wojewódzki Szpital (...) w K. wniósł o zasądzenie od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia, (...) Oddziału Wojewódzkiego w P. kwoty 1.799.522,40 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 10 kwietnia 2013 r. do dnia zapłaty oraz o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego w kwocie 86.400 zł, tj. 6-krotności stawki minimalnej. Ponadto powód wniósł o zwolnienie od kosztów sądowych.

W uzasadnieniu pozwu wskazano, że powód udziela kompleksowych świadczeń zdrowotnych pacjentom z różnymi schorzeniami, zgodnie z przyjętym planem na dany rok. W roku 2012 powód świadczył usługi na podstawie zawartej z pozwanym umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne z dnia 23 stycznia 2012 r. kilkakrotnie aneksowanej, również w zakresie zmiany kwoty przeznaczonej na finansowanie świadczeń. Umowa zawierała plan rzeczowo-finansowy stanowiący załącznik Nr 1 do umowy, w którym ustalono kwotę zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu udzielanych świadczeń zdrowotnych w danym zakresie leczenia szpitalnego, z rozbiciem na comiesięczne okresy sprawozdawcze. Podstawą comiesięcznych rozliczeń i płatności za

udzielane świadczenia zdrowotne była faktura wraz z raportem statystycznym. Powód wskazał, że łączna wartość świadczeń wykonanych i nieopłaconych stanowi 1.799.522,40 zł, na którą to kwotę składają się: 10.140,00 zł – świadczenia z zakresu gastroenterologii – hospitalizacja; 398.957,52 zł – świadczenia z zakresu choroby wewnętrzne – hospitalizacja; 173.849, 52 zł- świadczenia z zakresu ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja; 28.496,00 zł- świadczenia z zakresu ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja - Ho1, Ho2, Ho4, Ho5, Ho6, Ho7, Ho8, Ho9,H10,H11; 97.292,00 zł – świadczenia z zakresu choroby płuc – hospitalizacja; 832,00 zł – świadczenia z zakresu onkologia kliniczna- hospitalizacja; 6.604,00 zł – świadczenia z zakresu okulistyka – hospitalizacja; 78.208.00 zł – świadczenia z zakresu neurologia – hospitalizacja; 91.208,00 zł – świadczenia z zakresu nefrologia – hospitalizacja; 97.136,00 zł – świadczenia z zakresu neurochirurgia – hospitalizacja; 18.616,00 zł – świadczenia z zakresu otolaryngologii – hospitalizacja; 30.160,00 zł – świadczenia z zakresu kardiologii – hospitalizacja; 42.120,00 zł – świadczenia z zakresu położnictwo i ginekologia - hospitalizacja II poziom referencyjny; 59.748,00 zł – świadczenia z zakresu pediatria – hospitalizacja; 495.855,36 zł – świadczenia z zakresu chirurgia ogólna – hospitalizacja; 170.300,00 zł – świadczenia z zakresu chirurgia dziecięca. Wszystkie wyżej wymienione kwoty wynikały z realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ale w wyniku dokonywanych przez pozwanego korekt comiesięcznych raportów rozliczeniowych część tych świadczeń została zakwalifikowana jako świadczenia wykonane ponad limit i w konsekwencji wykluczona z rozliczenia. W świadczeniach, które nie zostały zakwalifikowane do zapłaty i odrzucone przez system rozliczeń NFZ były świadczenia planowe udzielone na podstawie w/w umowy.

Powód wskazał, iż w dniu 26 marca 2013 r. wystawił fakturę VAT nr (...) za wszystkie świadczenia (w tym świadczenia planowe skorygowane objęte roszczeniem pozwu) z zakresu leczenie szpitalne wykonane w 2012 r. a nieuregulowane przez NFZ i wystąpił do Funduszu o ich zapłatę. Pozwany odmówił zapłaty należności z tytułu zrealizowanych w 2012 r. planowych świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych pacjentom z uwagi na tzw. „świadczenia o wyższym priorytecie”.

Powód zaznaczył, że system rozliczeń NFZ skorygował raporty i wprowadził w ich miejsce świadczenia wykonane przez powoda w okresie późniejszym, które miały charakter świadczeń ratujących życie. Świadczenia planowe pozwany skorygował, pomimo, iż pacjenci wpisani byli prawidłowo na listę oczekujących oraz mimo prawidłowo wypełnianego przez powoda obowiązku sprawozdawczości. Powód podniósł, że działania pozwanego, które spowodowały korekty świadczeń planowych udzielonych w 2012 r. wynikają z uruchomienia pod koniec 2009 r. weryfikacji systemowej na poziomie importu komunikatów sprawozdawczych II fazy w zakresie sprawdzenia kolejności rozliczenia świadczeń do limitu określonego w planie rzeczowo-finansowym. Zasady rozliczenia świadczeń udzielonych przez powoda w 2012 r. wynikały z Zarządzeń Prezesa NFZ: nr (...) z dnia 10 stycznia 2012 r.; nr (...) z dnia 18 lipca 2012 r.; nr (...) z dnia 1 grudnia 2011 r., które ustaliły kolejność uznawania i korygowania świadczeń w następujący sposób: w pierwszej kolejności świadczenia ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem uprawnienia innym niż ubezpieczony, następnie świadczenia inne niż ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem uprawnienia innym niż ubezpieczony, następnie świadczenia ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem uprawnienia ubezpieczony, następnie świadczenia inne niż ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem uprawnienia ubezpieczony. Taki system rozliczeń powoduje, że po zakończeniu okresu rozliczeniowego niezapłacone pozostają świadczenia planowe, mimo, że udzielone zostały czasowo wcześniej tj. przed świadczeniami ratującymi życie i niewątpliwie mieściły się w limicie określonym pozwanego w załączniku do umowy – planie rzeczowo – finansowym na rok 2012.

Postanowieniem z dnia 14 października 2016 r. powód został zwolniony od kosztów sądowych w części, tj. od opłaty od pozwu ponad kwotę 10.000 zł.

W odpowiedzi na pozew z dnia 9 grudnia 2016 r. pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie na swoją rzecz zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W uzasadnieniu pozwany wyjaśnił podstawy i warunki rozliczeń za udzielane przez powoda świadczenia. Pozwany wskazał, że plan rzeczowo-finansowy nie dotyczył tylko świadczeń planowych, ale określał ogólny limit kwotowy na wykonane świadczenia, albowiem obejmował zarówno świadczenia zdrowotne, które szpital zaplanował na dany miesiąc, w tym świadczenia ratujące życie i inne niż ratujące życie, jak również świadczenia udzielane w tym miesiącu pacjentom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia życia. Pozwany podniósł, iż z uwagi na obowiązujące reguły w zakresie finansowania świadczeń istotne dla niego było opłacenie w pierwszej kolejności świadczeń ratujących życie,

zarówno ze względu na ich doniosłą pozycję w systemie świadczeń opieki zdrowotnej, jak również potrzebę ustalenia kolejności opłacania świadczeń. Zdaniem pozwanego powód winien był prowadzić listę oczekujących na świadczenia planowe z uwzględnieniem przewidywanej ilości świadczeń „nagłych”.

Pozwany podniósł zarzut spełnienia świadczenia dochodzonego pozwem argumentując, że przyjęcie przez powoda zapłaty na podstawie wystawianych co miesiąc rachunków skutkowało wygaśnięciem roszczenia o zapłatę tych świadczeń, albowiem dokonane na podstawie zarządzeń dotyczących komunikatów XML uwzględnienie świadczeń o wyższym priorytecie (udzielonych w stanach ratujących życie i zdrowie) miało charakter czynności materialno – technicznej, która nie powinna być brana pod uwagę przy ocenie czy powodowi przysługuje roszczenie o zapłatę za świadczenia inne niż ratujące życie i zdrowie, czy też wobec wygaśnięcia tego roszczenia przysługuje mu prawo dochodzenia roszczenia o zapłatę za świadczenia ratujące życie, które system umieścił w limicie zamiast świadczeń opłaconych w toku realizacji umowy. Pozwany stanął na stanowisku, że to świadczenia ratujące życie, które zastępowały świadczenia wykonane wcześniej, były wykonywane ponad limit określony w umowie.

Ponadto pozwany podniósł zarzut niewłaściwego planowania przez powoda świadczeń objętych umową, polegającego na wykonywaniu w ramach planu rzeczowo-finansowego świadczeń planowanych (pilnych i stabilnych), bez pozostawienia rezerwy na świadczenia nagłe.

Z ostrożności procesowej pozwany zakwestionował prawidłowość wykonania świadczeń objętych niniejszym pozwem.

Na rozprawie w dniu 25 lipca 2017 r. powód wskazał, że odrębnie zgłosił do rozliczenia świadczenia w ramach limitu i świadczenia udzielone w trybie nagłym, a strona pozwana, wobec nieskuteczności zarządzeń prezesa NFZ, swoją jednostronną decyzją dokonała zapłaty za świadczenia ratujące życie i zdrowie. Pełnomocnik powoda podniósł zarzut sprzeczności z zasadami współżycia społecznego zarzutu pozwanego zaspokożenia roszczeń powoda ze względu na przewagę gospodarczą strony pozwanej i jednostronne kształtowanie rozliczeń.

W toku procesu strony podtrzymały dotychczasowe stanowiska.

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

Wojewódzki Szpital (...) w K. jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej udzielającym kompleksowych świadczeń zdrowotnych, w zakresie zapobiegania powstawaniu chorób i urazów, a także szerzenia oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia.

Okoliczność bezsporna, nadto dowód: zeznania za stronę powodową dyrektora L. S. – nagranie rozprawy z dnia 21 marca 2017 r. 01:03:44 – 01:16:27 (płyta CD k. 386).

W dniu 19 kwietnia 2012 r. Narodowy Fundusz Zdrowia – (...) Oddział Wojewódzki w P. zawarł z Wojewódzkim Szpitalem (...) w K. ugodę R dotyczącą zapłaty za nieopłacone świadczenia ratujące życie za rok 2010 w rodzaju leczenie szpitalne do umowy nr (...). Na podstawie tej ugody Fundusz zobowiązał się zapłacić powodowi za świadczenia ratujące życie w rodzaju leczenie szpitalne zrealizowane w okresie obowiązywania umowy tj. od dnia 1 stycznia 2010 r. do 3 grudnia 2010 r., które zostały prawidłowo sprawozdane, zweryfikowane i zdane do zapłaty w wysokości 2.917.101,06 zł.

W dniu 18 lipca 2013 r. Narodowy Fundusz Zdrowia – (...) Oddział Wojewódzki w P. zawarł z Wojewódzkim Szpitalem (...) w K. ugodę R1 dotyczącą zapłaty za nieopłacone świadczenia udzielone w stanie bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia w roku 2011 w rodzaju leczenie szpitalne do umowy nr (...). Na podstawie tej ugody Fundusz zobowiązał się zapłacić powodowi za świadczenia ratujące życie w rodzaju leczenie szpitalne zrealizowane w okresie obowiązywania umowy tj. od dnia 1 stycznia 2011 r. do 3 grudnia 2011 r., które zostały prawidłowo sprawozdane, zweryfikowane i zdane do zapłaty w wysokości 3.858.826,05 zł.

Dowód: ugoda R z dnia 19 kwietnia 2012 r. dotycząca zapłaty za nieopłacone świadczenia ratujące życie za rok 2010 w rodzaju leczenie szpitalne do umowy nr (...) wraz z planem rzeczowo-finansowym (k. 373-375), ugoda R1 z dnia 18

lipca 2013 r. dotycząca zapłaty za nieopłacone świadczenia udzielone w stanie bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia w roku 2011 w rodzaju leczenie szpitalne do umowy nr (...) wraz z planem rzeczowo-finansowym (k. 376-377).

W dniu 23 stycznia 2012 r. Narodowy Fundusz Zdrowia – (...) Oddział Wojewódzki w P. zawarł z Wojewódzkim Szpitalem (...) w K. umowę nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne. Przedmiotem umowy było udzielanie przez powoda świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju leczenie, w zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym, stanowiącym załącznik nr 1 do umowy (§ 1 ust. 1 umowy).

Zgodnie z § 1 ust. 2 umowy, powód zobowiązany był wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności w zarządzeniu nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, zmienionym zarządzeniami nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 listopada 2011 r. oraz (...) z dnia 13 grudnia 2011 r. wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) zwanych dalej „warunkami zawierania umów”, Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”, oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143).

Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec powoda z tytułu realizacji umowy w okresie od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2012 r. została określona na maksymalnie 100.142.068 zł (§ 4 ust. 1 umowy). Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową, w okresie rozliczeniowym określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący załącznik nr 1 do umowy (§ 4 ust. 2 umowy).

Zgodnie z § 4 ust. 5 w/w umowy, kwoty zobowiązania, określone w planie rzeczowo-finansowym, obejmują także kwoty zobowiązania wyodrębnione na realizację grup z Katalogu grup, określonych w załączniku nr 1a do zarządzenia o których mowa w § 16 ust. 1 zarządzenia, we właściwych ze względu na realizację świadczeń zakresach.

Dla każdej z grup świadczeń, o których mowa w ust. 5, w ramach odpowiednich zakresów świadczeń w planie rzeczowo-finansowym, określa się odrębną liczbę punktów oraz kwotę zobowiązania, przeznaczoną wyłącznie na realizację tych grup świadczeń (§ 4 ust. 6 umowy). W przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń z grup o których mowa w § 16 ust. 2 zarządzenia, przekroczy kwotę, o której mowa w ust. 6, na wniosek świadczeniodawcy (powoda) składany jeden raz na kwartał - zwiększeniu ulegają 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 ust. 7 umowy).

Umowa została zawarta na okres od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2016 r. (§ 6 umowy).

W planie rzeczowo – finansowym - załączniku nr 1 do umowy na okres rozliczeniowy od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2012 r. ustalono wartość świadczeń na styczeń na 8.356.790 zł, luty – 8.329.178 zł, marzec - 8.349.718 zł, kwiecień – 8.339.448 zł, maj – 8.349.718 zł, czerwiec - 8.339.448 zł, lipiec - 8.349.718 zł, sierpień - 8.349.718 zł, wrzesień – 8.339.448 zł, październik - 8.349.718 zł, listopad - – 8.339.448 zł, grudzień - 8.349.718 zł. Łącznie na rok 2012 limit finansowy został określony na 100.142.068 zł.

Bezsporne, nadto dowód: umowa nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne z dnia 2 stycznia 2012 r. (k. 39-40), plan rzeczowo-finansowy zał. nr 1 do umowy nr (...) (k. 41-43).

Aneksami Nr (...) do umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne z dnia 15 maja 2012 r., Nr M1 z dnia 12 września 2012 r., Nr (...) z dnia 8 lutego 2013 r. oraz Nr KR z dnia 14 lutego 2013 r. zmianie uległy liczby punktów rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązań w poszczególnych zakresach świadczeń, objętych umową zgodnie z treścią załącznika nr 1 do umowy „Plan rzeczowo-finansowy”, który otrzymał brzmienie ustalone w załączniku do

w/w aneksów. Zmiany powyższe nie powodowały zmian ceny jednostek rozliczeniowych, określonych w załączniku nr 1 do umowy (§ 1 ust. 1 i 2 aneksów). Po wskazanych powyżej zmianach, kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec powoda z tytułu realizacji umowy, w okresie od dnia 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2012 r. ostatecznie została ustalona na 104.300.872 zł.

Bezsporne, nadto dowód: aneks nr (...) do umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne z dnia 15 maja 2012 r. wraz z planem rzeczowo-finansowym (k. 44-47), aneks nr (...) do umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne z dnia 12 września 2012 r. wraz z planem rzeczowo-finansowym (k. 48-51), aneks nr (...) do umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne z dnia 8 lutego 2013 r. wraz z planem rzeczowo-finansowym (k. 52-55), aneks nr KR do umowy nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne z dnia 14 lutego 2013 r. wraz z planem rzeczowo-finansowym (k. 56-59).

Zarządzeniem Nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 grudnia 2011 r. przyjęto szczegółowy komunikat sprawozdawczy tworzony przy użyciu języka XML stosowany do wymiany informacji pomiędzy świadczeniodawcami a Narodowym Funduszem Zdrowia, dotyczący przekazywania w postaci elektronicznej danych zawartych w rachunku, stanowiący załącznik nr 1 do zarządzenia (§ 1 zarządzenia). Ponadto przyjęto szczegółowy komunikat sprawozdawczy tworzony przy użyciu języka XML stosowany do wymiany informacji pomiędzy świadczeniodawcami a Narodowym Funduszem Zdrowia, dotyczący rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych, zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz deklaracji POZ/KAOS, stanowiący załącznik nr 2 do zarządzenia (§ 2 zarządzenia).

Zarządzeniem Nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 stycznia 2012 r. przyjęto szczegółowy komunikat sprawozdawczy tworzony przy użyciu języka XML, stosowany do wymiany informacji pomiędzy świadczeniodawcami a Narodowym Funduszem Zdrowia, dotyczący świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy), stanowiący załącznik nr 1 do zarządzenia. Natomiast komunikat rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (II fazy) używany do rozliczeń umów do roku 2010, stanowił załącznik nr 2 do zarządzenia.

Zarządzeniem Nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 lipca 2012 r. przyjęto szczegółowy komunikat sprawozdawczy tworzony przy użyciu języka XML, stosowany do wymiany informacji pomiędzy świadczeniodawcami a Narodowym Funduszem Zdrowia, dotyczący świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy), stanowiący załącznik nr 1 do zarządzenia. Komunikat ten dotyczył świadczeń udzielonych, których dzień zakończenia przypada w lipcu 2012 r. oraz okresach następnym (§ 1 ust. 1 i 2 zarządzenia). Wprowadzono komunikat rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (II fazy) używany do rozliczeń umów do roku 2010, stanowiący załącznik nr 2 do zarządzenia (§ 2). Zarządzenie z dnia 10 stycznia 2012 r. straciło moc z dniem 30 czerwca 2012 r.

Dowód: zarządzenie Nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 stycznia 2012 r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy) wraz z komunikatami szczegółowymi do I i II fazy, stanowiącymi załącznik nr 1 i nr 2 do zarządzenia (k. 205-234), zarządzenie Nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 lipca 2012 r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy) wraz z komunikatami szczegółowymi do I i II fazy, stanowiącymi załącznik nr 1 i nr 2 do zarządzenia (k. 235-266), zarządzenie Nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 grudnia 2011 r. w sprawie określenia szczegółowego komunikatu XML dotyczącego przekazywania w postaci elektronicznej, danych zawartych w rachunku i komunikatu XML dotyczącego rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych, zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz deklaracji POZ/KAOS wraz z szczegółowymi stanowiącymi załącznik nr 1 i nr 2 do zarządzenia (k. 267-279).

Na stronie internetowej pozwanego w 2009 r. umieszczono komunikat w sprawie kolejności rozliczania świadczeń w systemie informatycznym. Pozwany poinformował, że uruchomiona została elektroniczna walidacja świadczeń medycznych pod kątem pilności ich udzielania (zgodnie ze statusem oznaczonym przez świadczeniodawcę). Procedura weryfikacji dokonuje oznaczenia pozycji do rozliczenia w następującej kolejności:

- świadczenia ratujące życie dla tytułów ubezpieczenia innych niż ubezpieczeni,
- świadczenia nieratujące życie dla tytułów ubezpieczenia innych niż ubezpieczeni,
- świadczenia ratujące życie dla ubezpieczonych,
- świadczenia nieratujące życie dla ubezpieczonych.

Dowód: wydruk komunikatu ze strony pozwanego (k. 204).

Wojewódzki Szpital (...) w K. jest ośrodkiem, w ramach którego działają szpitale w ościennych miejscowościach np. T. czy K.. Ze szpitali tych przywożeni są pacjenci w stanach ciężkich i w trybie nagłym celem udzielenia im specjalistycznej opieki medycznej. Ponadto w ramach swojej działalności powód wykonuje świadczenia w tzw. trybie planowym.

Organizacja planowania świadczeń polega na prowadzeniu list oczekujących, które prowadzą ordynatorzy oddziałów bądź kierownicy oddziału. Listy oczekujących dzielą się na kategorie pilne, stabilne oraz nagłe. Poza kolejką z listy oczekujących są przyjmowani pacjenci w stanach wymagających ratowania życia i zdrowia. Ewentualne skorygowanie listy oczekujących ze względu na udzielone świadczenia w stanach wymagających ratowania życia i zdrowia powodowałoby wydłużenie kolejki oczekujących.

Dowód: zeznania świadka A. R. – nagranie rozprawy z dnia 21 marca 2017 r. 00:13:41 – 00:31:13 (płyta CD k. 386), zeznania świadka M. W. – nagranie rozprawy z dnia 21 marca 2017 r. 00:32:27 – 00:52:47 (płyta CD k. 386), zeznania za stronę powodową dyrektora L. S. – nagranie rozprawy z dnia 21 marca 2017 r. 01:03:44 – 01:16:27 (płyta CD k. 386).

W dniach 23 i 24 sierpnia 2012 r. do Wojewódzkiego Szpitala (...) w K. przyjęto grupę pacjentów w trybie nagłym z uwagi na wystąpienie masowego zatrucia. Z uwagi na powyższe powód wystąpił do Urzędu Marszałkowskiego Województwa (...) w P. o zwiększenie kwoty zobowiązania w umowie o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Departament Ochrony (...) Urzędu Marszałkowskiego Województwa (...) w P. wystąpił do Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o zwiększenie kwoty zobowiązania.

W piśmie z dnia 12 września 2012 r. D. (...) OW NFZ odpowiedział, że z uwagi na brak w chwili obecnej wolnych środków w planie finansowym oddziału wojewódzkiego, ewentualne sfinansowanie świadczeń ponad umownych może nastąpić dopiero po rozliczeniu zawartych umów, potwierdzeniu sald rozliczeń i zbilansowaniu środków, których nie wykorzystali świadczeniodawcy, realizujący kontrakty w danym okresie rozliczeniowym poniżej planu.

W piśmie z dnia 29 października 2012 r. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia stwierdził, że powyższe stanowisko D. (...) OW NFZ jest zgodne z obowiązującym stanem prawnym.

W piśmie z dnia 31 października 2012 r., skierowanym do Wicemarszałka Województwa Wielopolskiego, Minister Zdrowia wskazał, iż ewentualne wierzytelności z wykonanych w stanach nagłych świadczeń opieki zdrowotnej ponad limit wynikający z umowy zawartej z Funduszem należy uznać za wierzytelności umowne.

Dowód: pismo Urzędu Marszałkowskiego Województwa (...) w P. z dnia 19 listopada 2012 r. (k. 368), pismo Prezesa NFZ z dnia 29 października 2012 r. (k. 371-372), pismo Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2012 r. (k. 369-370).

W Wojewódzkim Szpitalu (...) w K. funkcjonuje program Eskulap, za pośrednictwem którego wysyłane są raporty statystyczno-medyczne do SZOI (Systemu Zintegrowanego Obiegu Informacji), prowadzonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Wszystkie świadczenia wykonane w 2012 r. przez powoda, objęte pozwem w niniejszej sprawie, zostały uwzględnione w raportach i wysłane do programu SZOI.

Świadczenia są rozliczane w cyklach miesięcznych – do dziesiątego dnia każdego miesiąca za poprzedni miesiąc. Powód terminowo wysyłał pozwanemu elektroniczne raporty statystyczne z wykonanych świadczeń medycznych. Następnie raporty podlegały weryfikacji technicznej i merytorycznej. Świadczenie, które przeszło weryfikację,

podlegało rozliczeniu. Fundusz następnie udostępniał szablon rachunku, który miał wypełnić powód na konkretne świadczenia. W ramach systemu rozliczeniowego powód nie miał możliwości wskazania, które z raportowanych świadczeń mają zostać rozliczone. O powyższym decydował wyłącznie pozwany.

W raportach należało „oflagowywać” świadczenia ratujące życie i zdrowie, co miało znaczenie przy kwalifikacji do płatności.

Podstawą rozliczenia są tzw. jednorodne grupy pacjentów i każda grupa jest wyznaczona albo na podstawie rozpoznania albo na podstawie ICD9. Świadczenia były weryfikowane przez przyzmat warunków do oceny ratowania życia, za pośrednictwem systemu komputerowego. Weryfikacja czy dane świadczenie było ratującym życie lub zdrowie może nastąpić wyłącznie poprzez analizę dokumentacji medycznej indywidualnych pacjentów.

Pozwany rozliczał świadczenia według priorytetów w pierwszej kolejności wypłacając należności za świadczenia ratujące życie i zdrowie, następnie za świadczenia wykonane na rzecz osób nieubezpieczonych, a potem na rzecz ubezpieczonych w ramach limitów zawartych w umowie. Same świadczenia planowane pozwany rozliczał według kolejności udzielania świadczeń.

Dowód: szablony rachunku nr (...) (k. 329-344), zestawienia obejmujące realizację świadczeń w 2012 t. (k. 391-422), zeznania świadka A. R. – nagranie rozprawy z dnia 21 marca 2017 r. 00:13:41 – 00:31:13 (płyta CD k. 386), zeznania świadka M. W. – nagranie rozprawy z dnia 21 marca 2017 r. 00:32:27 – 00:52:47 (płyta CD k. 386), zeznania świadka K. S. – nagranie rozprawy z dnia 21 marca 2017 r. 00:53:12 – 01:01:36 (płyta CD k. 386), zeznania świadka M. M. na rozprawie w dniu 6 czerwca 2017 r. 00:07:14 – 00:44:29 (k. 424-426 i płyta CD k. 427), zeznania za stronę powodową dyrektora L. S. – nagranie rozprawy z dnia 21 marca 2017 r. 01:03:44 – 01:16:27 (płyta CD k. 386).

Pozwany Fundusz w pierwszej kolejności wypłacał należności za świadczenia ratujące życie i zdrowie do wysokości limitu. Świadczenia planowe wykonane ponad ten limit były „wypierane” z systemu rozliczeń przez świadczenia ratujące życie i zdrowie. Korekty „wypartych” świadczeń planowych powód wykonywał w systemie rozliczeń miesięcznych w udostępnionych przez pozwanego szablona korekty rachunku.

Dowód: zeznania świadka A. R. – nagranie rozprawy z dnia 21 marca 2017 r. 00:13:41 – 00:31:13 (płyta CD k. 386), zeznania świadka M. W. – nagranie rozprawy z dnia 21 marca 2017 r. 00:32:27 – 00:52:47 (płyta CD k. 386), zeznania świadka K. S. – nagranie rozprawy z dnia 21 marca 2017 r. 00:53:12 – 01:01:36 (płyta CD k. 386), zeznania świadka M. M. na rozprawie w dniu 6 czerwca 2017 r. 00:07:14 – 00:44:29 (k. 424-426 i płyta CD k. 427), zeznania za stronę powodową dyrektora L. S. – nagranie rozprawy z dnia 21 marca 2017 r. 01:03:44 – 01:16:27 (płyta CD k. 386).

W dniu 26 marca 2013 r. powód wystawił fakturę VAT nr (...) z terminem płatności na 9 kwietnia 2013 r. za wszystkie świadczenia (w tym świadczenia planowe skorygowane) z zakresu leczenia szpitalnego wykonane w 2012 r., a nieuregulowane przez NFZ i wystąpił do Funduszu o ich zapłatę. Faktura została przesłana pozwanemu w dniu 28 marca 2013 r. Faktura została wystawiona po zraportowaniu świadczeń, ich zweryfikowaniu przez pozwanego i udostępnieniu szablonu rachunku na konkretne świadczenia.

Pismem z dnia 2 kwietnia 2013 r. pozwany odesłał powodowi fakturę VAT bez księgowania, powołując się na niezgodność z obowiązującym sposobem rozliczenia - brak aktywnych szablonów.

Dowód: kopia faktury VAT nr (...) z dnia 26 marca 2013 r. (k. 60), pismo pozwanego z dnia 2 kwietnia 2013 r. znak (...) (k. 61).

W ramach dodatkowo pozyskanych środków do planu finansowego na rok 2014 opłacone zostały na kwotę 1.090.427,52 zł ugodą nr 150000032/03/1/0015/0/12/16/UGODAR świadczenia wykonane ponad limit zawartych umów na rok 2012 w przypadkach, gdy spełniały one kryteria świadczeń ratujących życie, wykonanych w stanach nagłych.

Dowód: pismo pozwanego z dnia 9 kwietnia 2015 r., znak: (...)/(...)/(...) (...) (k. 63).

Świadczenia wykreślone przez pozwanego ze względu na świadczenia o wyższym priorytecie dotyczyły należności za świadczenia udzielone: na oddziale chorób wewnętrznych z pododdziałem gastroenterologicznym (gastroenterologia – hospitalizacja 1 pacjenta) na kwotę 10.140 zł; na oddziale chorób wewnętrznych z pododdziałem gastroenterologicznym (świadczenia z zakresu choroby wewnętrzne – hospitalizacja 154 pacjentów) na kwotę 398.957,52 zł; na oddziale ortopedii i traumatologii narządu ruchu (świadczenia z zakresu ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja 69 pacjentów) na kwotę 173.849,52 zł; na oddziale ortopedii i traumatologii narządu ruchu (świadczenia z zakresu ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja H01, H02, H04, H05, H06, H07, H08, H09, H10, H11 – 2 pacjentów) na kwotę 28.496 zł; na oddziale chorób płuc (świadczenia z zakresu choroby płuc – hospitalizacja 38 pacjentów) na kwotę 97.292 zł; na oddziale onkologicznym (świadczenia z zakresu onkologia kliniczna - hospitalizacja - 2 pacjentów) na kwotę 832 zł; na oddziale okulistycznym (świadczenia z zakresu okulistyka – hospitalizacja 7 pacjentów) na kwotę 6.604 zł; na oddziale neurologii (świadczenia z zakresu neurologia – hospitalizacja 39 pacjentów) na kwotę 78.208 zł; na oddziale chorób nerek (świadczenia z zakresu nefrologia – hospitalizacja 29 pacjentów) na kwotę 91.208 zł; na oddziale neurochirurgicznym (świadczenia z zakresu neurochirurgia – hospitalizacja 8 pacjentów) na kwotę 97.136 zł; na oddziale laryngologicznym (świadczenia z zakresu otorynolaryngologia – hospitalizacja 11 pacjentów) na kwotę 18.616 zł; na oddziale kardiologicznym (świadczenia z zakresu kardiologia – hospitalizacja 12 pacjentów) na kwotę 30.160 zł; na oddziale ginekologiczno-położniczym (świadczenia z zakresu położnictwo i ginekologia - hospitalizacja II poziom referencyjny 21 pacjentów) w wysokości 42.120 zł; na oddziale dziecięcym (świadczenia z zakresu pediatria – hospitalizacja 31 pacjentów) na kwotę 59.748 zł; na oddziale chirurgii ogólnej i chirurgii onkologicznej (świadczenia z zakresu chirurgia ogólna – hospitalizacja 164 pacjentów) na kwotę 495.855,36 zł; na oddziale chirurgii i traumatologii dziecięcej (świadczenia z zakresu chirurgia dziecięca – hospitalizacja 114 pacjentów) na kwotę 170.300 zł.

Łącznie świadczenia w 2012 r. wykonane w trybie planowym, pozytywnie zweryfikowane przez pozwanego, a nie zapłacone dotyczyły 702 pacjentów, a ich wartość wyniosła 1.799.522,40 zł. Pozwany za rok 2012 rozliczył wszystkie świadczenia wykonane w trybie ratującym życie i zdrowie dokonując stopniowo zapłaty do wysokości przyjętego w umowie limitu, a następnie w ramach dodatkowej puli objętej w/w ugodą nr 150000032/03/1/0015/0/12/16/UGODAR.

Dowód: zestawienie świadczeń wykreślonych ze względu na świadczenia o wyższym priorytecie (k. 64), wykaz udzielonych świadczeń ponad limit (k. 65-137), zestawienia obejmujące realizację świadczeń w 2012 r. (k. 391-422), zeznania świadka A. R. – nagranie rozprawy z dnia 21 marca 2017 r. 00:13:41 – 00:31:13 (płyta CD k. 386), zeznania świadka M. W. – nagranie rozprawy z dnia 21 marca 2017 r. 00:32:27 – 00:52:47 (płyta CD k. 386), zeznania za stronę powodową dyrektora L. S. – nagranie rozprawy z dnia 21 marca 2017 r. 01:03:44 – 01:16:27 (płyta CD k. 386).

Powód w piśmie z dnia 20 lutego 2015 r. zwrócił się do D. (...) Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w P. o zapłatę za świadczenia wykonane ponad limit w roku 2012. Powód wskazał, że plany rzeczowo-finansowe zostały przekroczone wobec umowy nr (...) w rodzaju rehabilitacji leczniczej na kwotę 74.820,00 zł oraz wobec umowy nr (...) w rodzaju leczenia szpitalnego na kwotę 2.561.575,68 zł. Powód wskazał, że w nadwykonaniach zostały niezapłacone świadczenia planowe ze względu na rozliczenia w pierwszej kolejności świadczeń udzielonych na podstawie: 1) koordynacji ubezpieczonych, 2) na podstawie art. 54 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2014 r. ze zm. i 3) świadczeń ratujących życie oznaczonych przez Wojewódzki Szpital (...) w K..

W odpowiedzi na powyższe, pozwany w piśmie z dnia 9 kwietnia 2015 r. podtrzymał stanowisko wyrażone w pismach z dnia 8 kwietnia 2014 r., 14 maja 2014 r. oraz z dnia 5 września 2014 r. wskazując, że w odniesieniu do niezapłaconych świadczeń stanowiących nadwykonania, decyzja dotycząca tych płatności bezpośrednio zdeterminowana była możliwościami finansowanymi pozwanego ograniczonymi do aktualnej wysokości planu finansowego określonego



umową. Pozwany stwierdził, że świadczenia wykazane w piśmie z dnia 20 lutego 2015 r. nie zostały oznaczone w raportach statystycznych jako świadczenia ratujące życie, przez co nie podlegały uznaniu do zapłaty.

Dowód: pismo powoda z dnia 20 lutego 2015 r. (k. 62), pismo pozwanego z dnia 9 kwietnia 2015 r., znak: (...)/(...)(...)(...) (k. 63), wykaz udzielonych świadczeń ponad limit (k. 64-137), wykaz pozycji do rozliczenia za okres od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2012 r. (k. 138-190).

Sąd ustalił powyższy stan faktyczny w oparciu o przedstawione przez strony dokumenty, zeznania świadków A. R., M. W., K. S., M. M. oraz za stronę powodową L. D. (...) w K..

Zgromadzone w sprawie dokumenty nie były kwestionowane przez strony, również Sąd nie znalazł podstaw, aby ich wiarygodność czy autentyczność kwestionować z urzędu i w związku z tym dał im wiarę w całości.

Sąd zeznaniom świadków A. R., M. W., K. S. i M. M. nadał przymiot pełnej wiarygodności, albowiem były one logiczne, konsekwentne oraz rzeczowe. Zeznania świadków nieznacznie różniły się od siebie, co wynikało z odmiennych zasad funkcjonujących w instytucjach, w których świadkowie są zatrudnieni. Świadczeniowcy przedstawiali punkt widzenia strony powodowej bądź pozwanej co do stosowanych przez strony sposobów rozliczania świadczeń bądź interpretacji umowy łączącej strony, co nie pozbawiało ich zeznań wiarygodności.

Zeznaniom za stronę powodową L. D. (...) w K. Sąd dał wiarę w całości, albowiem były spójne, logiczne i korespondowały ze zgromadzonym w niniejszej sprawie materiałem dowodowym.

Na rozprawie w dniu 25 lipca 2017 r. Sąd oddalił wniosek dowodowy strony pozwanej zawarty w piśmie z dnia 6 czerwca 2017 r. o zobowiązanie powoda do złożenia zestawień obejmujących chronologicznie wykonane świadczenia w 2012 r. W ocenie Sądu poza sporem było, że powód świadczenia objęte pozwem wykonał, na bieżąco wysyłał raporty odnośnie wykonanych świadczeń i to zarówno w trybie ratującym życie i zdrowie jak i w trybie planowym i pozwany wszystkimi tymi dokumentami dysponuje. Sporządzanie dodatkowych zestawień w sytuacji, gdy strona pozwana co do zasady nie kwestionuje faktu wykonania świadczeń prowadziłoby do przedłużenia postępowania i zaciemnienia obrazu sprawy.

### **Sąd Okręgowy zważył, co następuje:**

Roszczenie było usprawiedliwione tak co do zasady jak i co do wysokości.

Pozwany początkowo kwestionował sam fakt udzielenia świadczeń objętych żądaniem pozwu i wysokość dochodzonej z tego tytułu należności. Strona pozwana ostatecznie tych zarzutów nie rozwijała i nie powołała na tę okoliczność żadnych wniosków dowodowych.

Do takiego postępowania pełnomocników odniósł się Sąd Apelacyjny w Krakowie w wyroku z dnia 10 listopada 2015 r. (I ACa 504/15, LEX nr 1950468) wyjaśniając, że „Przepis art. 3 k.p.c. zobowiązuje strony do dokonywania czynności procesowych zgodnie z dobrymi obyczajami, dawanania wyjaśnień co do okoliczności sprawy zgodnie z prawdą i bez zatajania czegokolwiek oraz do przedstawiania dowodów. Stosowane niekiedy przez profesjonalnych pełnomocników ogólne zaprzeczenie wszystkim faktom powołanym przez stronę przeciwną stanowi oczywiste naruszenie powołanego przepisu i jest pozbawione jakiegokolwiek znaczenia procesowego. Strona ma obowiązek odnieść się do poszczególnych faktów, a jeżeli według jej wiedzy fakty te przedstawiają się odmiennie, niż to wynika z oświadczeń przeciwnika procesowego, ma obowiązek przedstawić swoją wersję dotyczącą tych faktów. Za szczególnie jaskrawo naruszające powyższy obowiązek uznaje się powoływanie się na takie ogólne zaprzeczenie w sytuacji, gdy dotyczy to ustalenia wysokości szkody przez tę właśnie stronę, która takie ogólne zaprzeczenie złożyła i przedłożenia przez nią sądowi dokumentów na taką wysokość szkody wskazujących.”

Podzielając powyższe stanowisko, Sąd orzekający w niniejszej sprawie uznał, że samo zakwestionowanie faktu udzielenia świadczeń objętych żądaniem pozwu i wysokości roszczenia powoda bez przedstawienia dowodów na tę okoliczność nie spełnia warunku skutecznego zakwestionowania roszczenia w tym zakresie. Tym samym okoliczność,

że świadczenia będące przedmiotem pozwu zostały przez powodowy szpital udzielone, a ich wartość odpowiadała wartościom wskazanym w pozwie i wynikającym z faktury VAT nr (...), ani fakt ich udzielenia ani ich wartość nie stanowiły ostatecznie przedmiotu sporu.

Spór sprowadzał się do przesądzenia o samej zasadzie odpowiedzialności pozwanego.

Osią sporu był zakres przedmiotowy umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne zawartej pomiędzy stronami oraz sposób dokonywania przez pozwanego rozliczenia zgłoszonych mu do zapłaty świadczeń opieki zdrowotnej i w zależności od tego ustalenie czy świadczenia objęte pozwem były świadczeniami ponadlimitowymi oraz czy doszło do wygaśnięcia roszczenia.

Powód wykonuje swoją działalność w oparciu o przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2016.1793 j.t. dalej jako u.ś.o.z.).

Zgodnie z art. 132 ust. 1 powołanej ustawy, podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4. W myśl art. 19 ust. 4 u.ś.o.z. świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym.

Świadczenia opieki zdrowotnej nieokreślone w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowane przez Fundusz udzielane są na rzecz osób ubezpieczonych wyłącznie w przypadkach i na zasadach określonych w ustawie (art. 132 ust. 4 u.ś.o.z.). 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 u.ś.o.z.).

Świadczenie zdrowotne są zatem co do zasady finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie planu finansowego Funduszu, który powinien korelować z wysokością limitów określonych umowami ze świadczeniodawcami.

Jak zostało ustalone, strony co najmniej od roku 2010 r. są związane umowami zawartymi w oparciu o przepisy powołanej ustawy.

Zgodnie z art. 136 § 1 pkt 4 i 5 u.ś.o.z. umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami oraz kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy. W myśl art. 155 ust. 4 u.ś.o.z. umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności. Stosownie do art. 155 ust. 1 u.ś.o.z. w zw. z art. 77 § 1 k.c. do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej; uzupełnienie lub zmiana umowy wymaga zachowania takiej formy, jaką ustawa lub strony przewidziały w celu jej zawarcia.

W niniejszej sprawie należało w pierwszej kolejności rozstrzygnąć jaki jest zakres przedmiotowy umowy z dnia 23 stycznia 2012 r.

Pozwany twierdził, że plan rzeczowo-finansowy stanowiący załącznik do umowy z dnia 23 stycznia 2012 r. określał ogólny limit kwotowy i tym planem rzeczowo-finansowym objęte miały być zarówno świadczenia planowe jak i udzielane pacjentom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia życia i zdrowia. Powód twierdził, że plan rzeczowo – finansowy dotyczył wyłącznie świadczeń planowych.

Jak wynika z § 1 ust. 1 umowy z dnia 23 stycznia 2012 r. przedmiotem umowy było udzielanie przez powoda świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju leczenie, w zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym, stanowiącym załącznik nr 1 do umowy). Z kolei w planie rzeczowo – finansowym - załączniku nr 1 do umowy na okres rozliczeniowy od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2012 r. ustalono wartość świadczeń łącznie na kwotę 100.142.068 zł. W planie wskazano zakres świadczeń typu np. choroby wewnętrzne – hospitalizacja, pediatria – hospitalizacja, świadczenia

udzielane w szpitalnym oddziale ratunkowym z rozbiciem na liczbę jednostek rozliczeniowych, wartość jednostek i na poszczególne miesiące bez wskazania czy dotyczą one świadczeń planowych czy również świadczeń udzielanych w stanach nagłych.

Ani z treści umowy ani z treści planu finansowo – rzeczowego nie wynika czy umowa dotyczyła również świadczeń udzielanych w stanach nagłych, ratujących życie lub zdrowie. Wobec sporu stron w tym zakresie, należało dokonać wykładni tego oświadczenia woli.

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; w umowach należy raczej badać, jaki był zgodny zamiar stron i cel umowy, aniżeli opierać się na jej dosłownym brzmieniu.

Ugruntowane obecnie w judykaturze i doktrynie jest stanowisko, że na gruncie artykułu 65 § 1 i 2 k.c. przyjmuje się tzw. kombinowaną metodę wykładni, która zakłada interpretację oświadczeń woli uwzględniającą jednoczesną realizację dwóch wartości: konieczność respektowania woli podmiotu składającego oświadczenie i potrzebę ochrony zaufania osób trzecich do treści złożonego oświadczenia. W uchwale składu 7 sędziów z dnia 29 czerwca 1995 r. (III CZP 66/95, OSN 1995, nr 12, poz. 168) Sąd Najwyższy wyróżnił dwie fazy stosowania tej metody. W pierwszej z nich decydujące znaczenie należy przyznać rzeczywistej woli stron. Jeżeli natomiast okaże się, że strony nie przypisywały złożonemu oświadczeniu takiego samego znaczenia, należy przejść do drugiej fazy, w której w sposób obiektywny ustala się właściwe znaczenie oświadczenia, biorąc pod uwagę, jak adresat oświadczenia rozumiał jego sens i jak powinien ten sens rozumieć.

W wyroku z dnia 3 września 1998 r. (I CKN 815/97, OSNC 1999, nr 2, poz. 38) Sąd Najwyższy wyjaśnił, że „Interpretacja postanowienia umowy - znaczeniowo niejasnego - nie może być oparta tylko na analizie językowej odnośnego fragmentu umowy, lecz konieczne jest również zbadanie zamiaru i celu stron, a także kontekstu faktycznego, w jakim umowę uzgadniano i zawierano. Nie można tego uczynić bez przesłuchania osób bezpośrednio zainteresowanych, ewentualnie przy uwzględnieniu okoliczności przedmiotowych, takich jak - istotne w stosunkach gospodarczych - zasady i zwyczaje współpracy, i to zarówno między stronami, jak i w układach stron z innymi osobami.”.

Kierując się powyższym, po przeprowadzeniu postępowania dowodowego, Sąd ustalił, że umowa z dnia 23 stycznia 2012 r. dotyczyła świadczeń planowych jak i świadczeń udzielanych w stanach nagłych, przy czym zasadnicze znaczenie dla ustalenia warunków umowy miały świadczenia planowe.

Poza tym, że w taki sposób rozumiała i wykonywała treść umowy strona powodowa, świadczą o tym następujące ustalone w sprawie okoliczności faktyczne.

Po pierwsze, sama umowa nie zawiera żadnych wyłączeń eliminujących z jej treści świadczenia udzielane w stanie nagłym bądź ustaleń wskazujących jakie zasady ich rozliczania będą obowiązywać. W planie rzeczowo – finansowym jest mowa przede wszystkim o świadczeniach udzielanych na poszczególnych oddziałach w ramach hospitalizacji, ale również o świadczeniach udzielanych w szpitalnym oddziale ratunkowym, które co do zasady są świadczeniami udzielanymi w stanach nagłych.

Po drugie, sposób rozliczeń za świadczenia udzielone przez powoda – rozliczanie na bieżąco wszystkich udzielanych świadczeń z priorytetem dla świadczeń udzielonych w stanie nagłym w ramach limitu kwotowego określonego umową – wskazuje, że świadczenia udzielone w stanie nagłym były traktowane przez pozwanego jako świadczenia objęte umową.

Po trzecie, umowa, która jak twierdzi powód miała obejmować świadczenia planowe, z góry zakładała w § 7 ust. 4 zwiększenie liczby jednostek rozliczeniowych i kwoty zobowiązań we właściwych ze względu na realizację świadczeń zakresach oraz odpowiednio zobowiązania z tytułu realizacji umowy Oddziału NFZ wobec świadczeniodawcy. Do takich zmian zakresu umowy dochodziło poprzez kolejno zawierane na wniosek powoda aneksy, aż do zwiększenia

zobowiązania do kwoty 104.300.872 zł. W sytuacji, gdyby umowa miała obejmować wyłącznie świadczenia planowe, zastrzeżenie takie pozbawione byłoby sensu.

Po czwarte, wcześniej obowiązujące między stronami umowy obejmowały przede wszystkim świadczenia planowe, a świadczenia udzielone w stanach nagłych, potraktowane przez pozwanego jako świadczenia wykonane ponad limit, były ostatecznie traktowane jako świadczenia umowne. Wszystkie świadczenia udzielone w latach 2010 i 2011, prawidłowo sprawozdane przez powoda, również te, które zostały wykonane ponad limity określone na rok 2010 i 2011 zostały rozliczone jako świadczenia umowne.

Ponadto, zgodnie z art. 155 ust. 1 u.ś.o.z., do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. Zgodnie zaś z art. 56 k.c. czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy, z zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów.

Jak podkreśla się w piśmiennictwie, odesłanie do przepisów rangi ustawowej przy ocenie skutków zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tworzy obowiązek systemowego ujęcia tego zagadnienia, zwłaszcza traktowania kwestii zapłaty za świadczenia udzielone ponad pierwotny limit (limit ustalony w umowie) w kontekście przepisów ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Zgodnie z art. 15 ustawy o działalności leczniczej podmiot leczniczy nie może odmówić świadczenia zdrowotnego osobie potrzebującej natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Zgodnie z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty 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. Obowiązek ten wynika z moralnej powinności niesienia pomocy człowiekowi znajdującemu się w stanie zagrożenia życia lub zdrowia i obowiązek ten nie jest w żaden sposób związany ze statusem pacjenta (osoba ubezpieczona czy też bez prawa do świadczeń zdrowotnych), jak również z faktem pozostawania przez podmiot leczniczy stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej czy też z ewentualnym wyczerpaniem środków finansowych określonych w umowie.

Ustawodawca zatem nałożył na jednostki zobowiązane do świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów określone obowiązki bez jednoczesnego uregulowania kwestii ponoszenia kosztów udzielonych świadczeń w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów. W orzecznictwie, które uzupełnia tę lukę, za dominujący należy uznać pogląd, że wyczerpanie umownych limitów finansowania świadczeń nie stanowi okoliczności uzasadniającej odmowę udzielenia świadczenia osobie, która potrzebuje natychmiastowego jego udzielenia ze względu na zagrożenie jej życia lub zdrowia. Innymi słowy określone w umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych limity ilościowe świadczeń zdrowotnych nie dotyczą tych przypadków, gdy w grę wchodzi konieczność natychmiastowego udzielenia pomocy medycznej ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia (vide: wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 15 października 2015 r., VI ACa 1540/14, Legalis nr 1392960).

Co więcej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), do którego odwołuje się umowa stron, ustawodawca w § 3 zastrzegł, że to świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za udzielanie lub za zaniechanie udzielania świadczeń przez osoby przez siebie zatrudnione lub udzielające świadczeń w jego imieniu na innej podstawie niż umowa o pracę, a także osoby, którym udzielanie świadczeń powierzył, oraz odpowiada za szkody powstałe, także u osób trzecich, w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń.

Kwestia ta została również rozstrzygnięta w orzecznictwie, gdzie na gruncie art. 132 u.ś.o.z. przyjmuje się, że „Świadczeniodawcy, który udzielił świadczeń medycznych ponad limit określony w umowie i uczynił to w warunkach przymusu ustawowego przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielone świadczenia, przy czym ciąży na nim dowód wykazania, tego że z uwagi na okoliczności poszczególnych przypadków zachodziła potrzeba udzielenia tych świadczeń.” - wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 27 października 2016 r., V ACa 111/16 LEX nr 2250185.

W wyroku z dnia z dnia 27 sierpnia 2015 r. (III CSK 455/14, LEX nr 1800063) Sąd Najwyższy z kolei stwierdził, że „Podmiotowi leczniczemu, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługuje roszczenie o wynagrodzenie za wykonanie ponadlimitowych świadczeń w stanie nagłym w wysokości uzasadnionych kosztów ich udzielenia.”.

Powyższe prowadzi do wniosku, że przedmiotem umowy stron w pierwszej były świadczenia planowe i świadczenia ustalone w stanach nagłych, przy czym limit odnosił się do świadczeń planowych i w tym zakresie powód winien tak organizować swoją działalność by limitów przewidzianych na ten cel nie przekroczyć, a pozwany w ramach tego limitu winien pokryć koszt udzielonych świadczeń. Zresztą sam pozwany w odpowiedzi na pozew stanął na stanowisku, że to świadczenia ratujące życie, które zastępowały świadczenia wykonane wcześniej, były wykonywane ponad limit określony w umowie.

Mając powyższe na względzie Sąd ustalił, że powód w niniejszej sprawie dochodzi zapłaty za udzielone planowe świadczenia umowne.

W drugiej kolejności rozstrzygnąć należało jaki mechanizm rozliczania świadczeń obowiązywał pomiędzy stronami, w tym ustalić czy częścią umowy były zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zdaniem Sądu orzekającego w niniejszej sprawie zarządzenia Prezesa NFZ, które wprowadzają uprawnienia NFZ do jednostronnego kształtowania stosunku prawnego, w szczególności określania kolejności zapłaty za świadczenia udzielane przez powoda, nie są dla powoda wiążące.

Przede wszystkim nie stanowią one źródeł powszechnie obowiązującego prawa. Zgodnie bowiem z art. 87 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej źródłami powszechnie obowiązującego prawa Rzeczypospolitej Polskiej są: Konstytucja, ustawy, ratyfikowane umowy międzynarodowe oraz rozporządzenia; źródłami powszechnie obowiązującego prawa Rzeczypospolitej Polskiej są na obszarze działania organów, które je ustanowiły, akty prawa miejscowego.

Nie stanowiąc źródeł powszechnie obowiązującego prawa, zarządzenia Prezesa NFZ nie są co do zasady elementem umowy zawieranej ze świadczeniodawcą.

O ile zgodnie z art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 u.ś.o.z. do zakresu działania Prezesa Funduszu należy m.in. nadzór nad realizacją zadań oddziałów wojewódzkich Funduszu i ustalanie jednolitych sposobów realizacji ustawowych zadań realizowanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu, to art. 146 ust. 1 u.ś.o.z. szczegółowo określa uprawnienia Prezesa NFZ w tym zakresie stanowiąc, że Prezes Funduszu określa 1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; 2) szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujące w szczególności obszar terytorialny, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, z uwzględnieniem taryfy świadczeń w przypadku jej ustalenia w danym zakresie.

W uzasadnieniu wyroku z dnia 15 listopada 2016 r. (III CSK 414/15, Legalis nr 1565040) Sąd Najwyższy wyjaśnił, iż „kompetencja Prezesa Funduszu przewidziana w art. 146 ŚOZŚrPubU, obejmuje określenie przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteriów oceny ofert oraz warunków wymaganych od świadczeniodawców; ogranicza się ona zatem do etapu przygotowania konkursu. Akt realizujący tę kompetencję, bez względu na jego nazwę, nie może być uznany za akt normatywny w rozumieniu art. 87 Konstytucji (zob. m.in. wyroki: Sądu Najwyższego z dnia 30 marca 2012 r., III CSK 217/11, oraz Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 24 lutego 2011 r., II GSK 262/10). Taki charakter ma niewątpliwie rozporządzenie Ministra Zdrowia określające ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiące wzorzec normatywny wydany na podstawie delegacji ustawowej (art. 137 ŚOZŚrPubU). Szczegółowe oznaczenie wzajemnych świadczeń stron i rozliczeń między nimi, w tym wyceny świadczeń rzeczowych świadczeniodawcy oraz warunków ich udzielania, jest dokonywane w umowie. Strony mogą - rzecz jasna - włączyć do umowy treść postanowień zarządzenia Prezesa Funduszu dotyczącego postępowania konkursowego; mogą to uczynić wprost, przenosząc je do umowy, albo - jak miało to miejsce w konkretnym stanie faktycznym - pośrednio, odwołując się do nich. W orzecznictwie

Sądu Najwyższego wyrażono pogląd, aprobowany przez skład orzekający, że w przypadku skorzystania przez strony z drugiego rozwiązania, postanowienia zarządzenia Prezesa Funduszu uzyskują status wzorca kwalifikowanego, oddziałującego na treść stosunku prawnego i podlegającego kontroli według zasad stosowanych wobec wzorców umownych. Nie ma przy tym znaczenia, czy w takim akcie powołano podstawę prawną jego wydania; istotne jest tylko to, czy treść umowy ukształtowana przez jego przyjęcie nie narusza przepisów prawa bezwzględnie obowiązujących lub innych - określonych w art. 353<sup>1</sup> KC - granic swobody kontraktowej (zob. wyroki: z dnia 30 marca 2012 r., III CSK 217/11; z dnia 29 stycznia 2016 r., II CSK 91/15 oraz z dnia 19 maja 2016 r., IV CSK 550/15). Jakkolwiek zatem strony określonego kontraktu mogą samodzielnie ustalić zasady wzajemnych rozliczeń przez uznanie kilku udzielonych świadczeń za jedno świadczenie, wprowadzenie minimalnego okresu hospitalizacji lub sumowanie świadczeń w trakcie kilku hospitalizacji w określonym terminie, to ocena zgodności tych postanowień z prawem i zasadami współżycia społecznego nie może być oderwana od treści całej umowy; musi ona przy tym uwzględniać treść bezwzględnie obowiązujących przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, kodeksu cywilnego oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.”

Jak zostało ustalone w sprawie, zgodnie z § 1 ust. 2 umowy z dnia 23 stycznia 2012 r. nr (...) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne, powód zobowiązany był wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności w zarządzeniu nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, zmienionym zarządzeniami nr (...) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 listopada 2011 r. oraz (...) z dnia 13 grudnia 2011 r. wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) zwanych dalej „warunkami zawierania umów”, Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”, oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143).

Jeżeli zatem można mówić o zarządzeniach Prezesa NFZ, które stanowiły część umowy zawartej przez strony, to dotyczą one zarządzenia nr (...) z dnia 20 października 2011 r. zmienionego zarządzeniami nr (...) z dnia 22 listopada 2011 r. oraz (...) z dnia 13 grudnia 2011 r.

Zarządzenie Prezesa NFZ nr (...) z dnia 20 października 2011 r. określa, jak stanowi jego § 1, postępowanie w sprawie zawarcia i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, a także warunki wymagane od świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem umowy w tym rodzaju oraz warunki dodatkowo oceniane w trakcie postępowania prowadzonego w sprawie jej zawarcia.

Zgodnie z § 25 i 26 zarządzenia przepisy zarządzenia stosuje się do postępowań w sprawie zawarcia lub zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, począwszy od umów zawieranych na 2012 r.; zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

W § 13 zarządzenie stanowi, że:

1. Warunki rozliczania świadczeń określone zostały w Ogólnych warunkach umów stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz w umowie stanowiącej załączniki nr 2a i 2b do zarządzenia.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:
  - 1) rozpoznania zasadniczego i nie więcej niż trzech rozpoznań współistniejących, według ICD-10;

2) istotnych procedur medycznych łącznie z datą ich wykonania według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9.

3. Dane, o których mowa w ust. 2, muszą być zgodne z danymi:

1) zawartymi w indywidualnej dokumentacji medycznej, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697, z późn. zm.);

2) przekazywanymi w Karcie statystycznej szpitalnej ogólnej - MZ/Szp-11, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2012, poz. 591);

3) określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 27 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).

4. Spełnienie wymagań określonych w ust. 3 pkt 1 i 3 jest konieczne dla rozliczenia świadczeń.

5. Świadczeniodawca zobowiązany jest do wskazania w raporcie statystycznym zakresu świadczeń, grupy z katalogu grup, stanowiącego załącznik nr 1a do zarządzenia zgodnej z charakterystyką JGP lub świadczenia z katalogów stanowiących załączniki nr 1b, 1c i 1d do zarządzenia.

6. Podstawą rozliczenia świadczeń za dany okres sprawozdawczy są jednostki rozliczeniowe odpowiadające grupom lub świadczeniom z odpowiednich katalogów, zatwierdzonym w wyniku weryfikacji danych raportu statystycznego w systemie informatycznym Funduszu.

7. Informacje dotyczące obowiązującej w danym okresie sprawozdawczym wersji ICD-9, publikowane są przez Prezesa Funduszu w postaci odrębnego komunikatu.

Powyższe zarządzenie (...) (uchylone z dniem 19 grudnia 2013 r.) samo w sobie nie dawało NFZ podstaw do ustalenia kryteriów kwalifikowania świadczeń do zapłaty.

Jakkolwiek strony zastrzegły w umowie, że będzie ona wykonywana również zgodnie z Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), to zastrzeżenie to było zbędne, zważywszy, że jest to akt powszechnie obowiązującego prawa.

Nie budzi jednak wątpliwości, że był to akt prawny również wpływający na treść umowy zawartej przez strony w dniu 23 stycznia 2012 r.

I tak, w załączniku numer 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484) w § 1 wskazano, że ilekroć w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanych dalej "ogólnymi warunkami", jest mowa o: planie rzeczowo-finansowym - rozumie się przez to wykaz objętych umową zakresów świadczeń i odpowiadających im jednostek rozliczeniowych w poszczególnych okresach sprawozdawczych i w okresie rozliczeniowym oraz cen i kwot zobowiązania dla poszczególnych zakresów świadczeń (pkt 8), raporcie statystycznym - rozumie się przez to informację o poszczególnych świadczeniach, ze wskazaniem świadczeń objętych rachunkiem, które zostały udzielone w okresie sprawozdawczym (pkt 11); ryczałcie - rozumie się przez to określoną kwotę przeznaczoną na sfinansowanie świadczeń w danym zakresie albo rodzaju lub zapewnienie gotowości ich udzielania, w określonym czasie (pkt 12); świadczeniach - rozumie się przez to świadczenia opieki zdrowotnej stanowiące przedmiot umowy (pkt 13); umowie - rozumie się przez to umowę o udzielanie świadczeń zawartą przez Fundusz ze świadczeniodawcą, w danym rodzaju, na określony zakres świadczeń (pkt 14).

Zgodnie z § 2 rozporządzenia przedmiotem umów jest udzielanie świadczeń w następujących rodzajach:

- 1) podstawowa opieka zdrowotna;
- 2) ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
- 3) leczenie szpitalne;
- 4) opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;
- 5) rehabilitacja lecznicza;
- 6) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej;
- 7) leczenie stomatologiczne;
- 8) lecznictwo uzdrowiskowe;
- 9) pomoc doraźna i transport sanitarny;
- 10) profilaktyczne programy zdrowotne;
- 11) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie;
- 12) zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi;
- 13) programy zdrowotne;
- 14) ratownictwo medyczne;
- 15) opieka paliatywna i hospicyjna.

Powód zawarł z pozwanym umowę o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne (§2 pkt 3 załącznika numer 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r.)

W załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. (Dz.U. Nr 81, poz. 484) w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w § 5 ust. 1 wskazano, iż świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie, ogólnych warunkach, odrębnych przepisach oraz zgodnie z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców określonymi przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 i art. 159 ust. 2 ustawy.

Jak stanowił § 14 ust. 1 załącznika do w/w rozporządzenia Fundusz jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie.

W myśl § 23 ust. 1 załącznika do w/w rozporządzenia, podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym, zwane dalej „dokumentami rozliczeniowymi”. Świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportu będącego podstawą wystawienia rachunku najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego. Zaś § 23 ust. 3 OWU stanowił, iż dokumenty rozliczeniowe świadczeniodawca składa oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu w terminie do 10. dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

Zgodnie z § 39 załącznika do w/w rozporządzenia Fundusz zmiana postanowień umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

Analiza zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. (Dz.U. Nr 81, poz. 484) w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej również prowadzi do wniosku, że NFZ nie miał podstaw



do jednostronnego ustalenia kryteriów kwalifikowania świadczeń do zapłaty, a zmiana postanowień umowy wymagała zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

Tymczasem, jak zostało ustalone w sprawie, na stronie internetowej pozwanego w 2009 r. umieszczono komunikat w sprawie kolejności rozliczania świadczeń w systemie informatycznym. Pozwany poinformował, że uruchomiona została elektroniczna walidacja świadczeń medycznych pod kątem pilności ich udzielania (zgodnie ze statusem oznaczonym przez świadczeniodawcę) wobec czego procedura weryfikacji dokonuje oznaczenia pozycji do rozliczenia w następującej kolejności:

- świadczenia ratujące życie dla tytułów ubezpieczenia innych niż ubezpieczeni,
- świadczenia nieratujące życie dla tytułów ubezpieczenia innych niż ubezpieczeni,
- świadczenia ratujące życie dla ubezpieczonych,
- świadczenia nieratujące życie dla ubezpieczonych.

Sąd uznał, że komunikat na stronie internetowej NFZ dotyczący walidacji świadczeń medycznych pod kątem pilności ich udzielania (zgodnie ze statusem oznaczonym przez świadczeniodawcę), prowadzącej do oznaczenia pozycji do rozliczenia w oznaczonej kolejności, nie jest wiążącym elementem umowy łączącej strony.

Późniejsze zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (Nr (...) z dnia 1 grudnia 2011 r.; Nr (...) z dnia 10 stycznia 2012 r.; Nr (...) z dnia 18 lipca 2012 r.) wprowadzające szczegółowy komunikat sprawozdawczy tworzony przy użyciu języka XML stosowany do wymiany informacji pomiędzy świadczeniodawcami a Narodowym Funduszem Zdrowia, dotyczący przekazywania w postaci elektronicznej danych zawartych w rachunku, rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych, zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz deklaracji POZ/KAOS, wymiany informacji pomiędzy świadczeniodawcami a Narodowym Funduszem Zdrowia, dotyczący świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych I i II fazy, w tym również świadczeń udzielonych, których dzień zakończenia przypada w lipcu 2012 r. oraz okresach następnym, nie stanowiły elementu umowy stron z dnia 23 stycznia 2012 r. Po pierwsze dlatego, że nie zostały wskazane jako element tej umowy w § 1 ust. 2 (choćby w formie aneksu), po drugie dlatego, że nie stanowią źródeł powszechnie obowiązującego prawa.

Powyższe prowadziło do wniosku, że pozwany NFZ jednostronnie zmienił warunki umowy z dnia 23 stycznia 2012 r. ustalając kolejność opłacania świadczeń i w konsekwencji w pierwszej kolejności uznając do zapłaty należności za świadczenia udzielone w stanach nagłych, ratujących życie i zdrowie, podczas gdy umowa zakładała, że w pierwszej kolejności rozliczane są chronologicznie udzielone, pozytywnie zweryfikowane przez pozwanego świadczenia planowe.

Przyjęty przez pozwanego system rozliczeń doprowadził do sytuacji, w której powód ustalający w ramach przyznanego w umowie na rok 2012 limitu kolejki oczekujących na świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego, zobowiązany ustawowo do udzielania świadczeń w stanach nagłych, musiałby po wyczerpaniu limitów miesięcznych odmawiać udzielania zaplanowanych świadczeń szpitalnych z uwagi na niezależne od siebie wyczerpanie środków na świadczenia udzielone w stanach nagłych. Prowadziłoby to do społecznie niepożądanych efektów w postaci wydłużenia kolejek oczekujących, a w konsekwencji możliwych niekorzystnych skutków zdrowotnych oraz niewykorzystania posiadanych zasobów świadczeniodawcy.

W orzecznictwie wskazuje się zaś, „iż wykonywanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej powinno zmierzać do sprawiedliwej dystrybucji środków publicznych, zarządzanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, i do maksymalnego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych osób uprawnionych do korzystania z tych środków. Wymaga to starannego współdziałania ze strony Funduszu, który powinien badać wnioski świadczeniodawców składane na podstawie § 20 i 21 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych także pod kątem ich zgodności z zasadami współżycia społecznego określonymi przez słuszny interes pacjentów. Odmowa uwzględnienia

wniosków, odpowiadających wymaganiom określonym w § 20 i 21 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, może nastąpić tylko z ważnych powodów, które powinny być świadczeniodawcom wyjaśnione. Odmowa uwzględnienia przez Narodowy Fundusz Zdrowia wniosku odpowiadającego wymaganiom określonym w § 20 lub 21 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 81, poz. 484), może nastąpić tylko z ważnych powodów, które powinny być świadczeniodawcy wyjaśnione. Zasadność odmowy uwzględnienia takiego wniosku, będąca przesłanką odmowy sfinansowania wykonanych świadczeń opieki zdrowotnej, podlega badaniu w sprawie o zapłatę należności za te świadczenia.” (vide: wyrok Sądu Najwyższego - Izba Cywilna z dnia 22 maja 2014 r., IV CSK 536/13, teza I oraz II, Legalis nr 1067183).

Zarzut pozwanego, że powód winien tak planować swoją działalność by uwzględnić w niej również świadczenia udzielone w stanach nagłych jest w ocenie Sądu w ustalonych okolicznościach sprawy nieskuteczny. Zdaniem Sądu nie można przewidzieć i zakładać w planie rzeczowo-finansowym świadczeń ratujących życie i zdrowie, gdyż nie da się tego w sposób miarodajny określić i ustalić. Po pierwsze sam pozwany nie jest tego w stanie ustalić na etapie ustalania warunków umowy dysponując danymi statystycznymi w tym zakresie za poprzednie lata. Z tych samych powodów nie można takiego zarzutu stawiać powodowi, któremu dodatkowo NFZ nie udziela danych statystycznych. Po drugie, stany nagłe ze swej istoty są stanami trudnymi do przewidzenia. Może się zdarzyć tak, jak miało to miejsce w niniejszej sprawie, że doszło do masowego zatrucia pokarmowego i do powodowego szpitala trafili pacjenci w trybie nagłego zagrożenia życia. Po trzecie, przeszacowanie kontraktu ze względu świadczenia udzielane w stanach nagłych, mogłoby rodzić po stronie świadczeniodawcy konsekwencje w postaci niedoszacowania kontraktu na okres następny.

Ponadto, zgodnie z § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej z dnia 26 września 2005 r. (Dz.U. Nr 200, poz. 1661), świadczeniodawca umieszcza świadczeniobiorcę, z wyjątkiem świadczeniobiorcy znajdującego się w stanie nagłym, na liście oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, zwanej dalej "listą oczekujących", na podstawie następujących kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej:

- 1) stanu zdrowia świadczeniobiorcy;
- 2) rokowania co do dalszego przebiegu choroby;
- 3) chorób współistniejących mających wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie;
- 4) zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.

W myśl § 2 ust. 1 w/w rozporządzenia świadczeniodawca, stosując kryteria medyczne, o których mowa w § 1:

- 1) kwalifikuje świadczeniobiorcę do kategorii medycznej:
  - a) "przypadek pilny" - jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia,
  - b) "przypadek stabilny" - w przypadku innym niż stan nagły i przypadek, o którym mowa w lit. a;
- 2) umieszcza świadczeniobiorcę na liście oczekujących po stwierdzeniu, że świadczeniobiorca posiada wymagane skierowanie na świadczenie danego rodzaju albo jest uprawniony do uzyskania świadczenia bez skierowania.

Zgodnie z § 2 ust. 2, w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w szpitalach, lekarz w szpitalu potwierdza kategorię medyczną, o której mowa w ust. 1 pkt 1, wskazaną na skierowaniu wystawionym przez lekarza kierującego albo kwalifikuje świadczeniobiorcę do odpowiedniej kategorii medycznej. W ust. 3 wskazano, iż w przypadku

świadczeń specjalistycznych udzielanych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, na które wymagane jest skierowanie, świadczeniodawca bierze pod uwagę kategorię medyczną, o której mowa w ust. 1 pkt 1, wskazaną na skierowaniu wystawionym przez lekarza kierującego, jeżeli została określona.

Zgodnie z art. 20 ust. 1 u.ś.o.z. 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.

Zgodnie natomiast z art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2017.125 j.t.), 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.

Zgodnie z art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 j.t.), podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

Ze zgromadzonego materiału dowodowego jednoznacznie wynika, że powód stosował się do obowiązujących przepisów prawnych oraz wytycznych pozwanego Funduszu. Nie można czynić zarzutu powodowi, że nie planował przyjąć pacjentów w trybie nagłym – ratującym życie i zdrowie. Trudno bowiem byłoby hipotetycznie przyjąć miesięczny limit kwotowy przypadków w trybie nagłym. Określone w umowach limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą sytuacji, w których istnieje konieczność natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia (tak: wyrok SN z dnia 12 marca 2009r., V CSK 272/08, LEX nr 530613, Wyrok SN z dnia 8 października 2008r. w sprawie V CSK 139/08 LEX nr 602330, wyrok SN z dnia 5 lipca 2007r., II CSK 141/07, Lex nr 306763).

Biorąc pod uwagę, że w umowach między Narodowym Funduszem Zdrowia a zakładami opieki zdrowotnej występuje wprawdzie formalnie równorzędność prawna stron, ale w rzeczywistości z przyczyn ekonomicznych pozostają one w stosunku zależności i swoistego podporządkowania wobec Funduszu (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 października 2014 r., IV CSK 10/14; uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 19 maja 2016 r., IV CSK 550/15, Legalis nr 1508608), Sąd uznał, że stosowany przez pozwanego NFZ system rozliczeń w powodowym szpitalu stanowił właśnie wykorzystanie stosunku zależności poprzez niedopuszczalne jednostronne narzucenie zasad rozliczania świadczeń, co w konsekwencji prowadziło do „wyparcia” świadczeń planowych przez świadczenia udzielone w stanach nagłych.

Takie działanie NFZ tym bardziej nie zasługuje na aprobatę, że w toku realizacji świadczeń w roku 2012 świadczenia, których dotyczy pozew w niniejszej sprawie zostały prawidłowo zraportowane przez powoda i pozytywnie zweryfikowane przez pozwanego, a niezapłacone jedynie ze względu na ich „wyparcie” z systemu przez świadczenia o wyższym priorytecie. Z ustalonych okoliczności faktycznych wynika zresztą, że pozwany odmawiał zapłaty za te świadczenia przede wszystkim z uwagi na brak „możliwości finansowanych pozwanego ograniczonych do aktualnej wysokości planu finansowego określonego umową”.

Przywołać w tym miejscu trzeba pogląd Sądu Apelacyjnego w Poznaniu wyrażony w wyroku z dnia 28 maja 2015 r. (I ACa 59/15, portal orzeczeń Sądu Apelacyjnego w Poznaniu), że „W szczególności z przepisów § 16-18 o.w.u. wynika, iż płatności winny być dokonywane na podstawie sprawozdań obejmujących świadczenia udzielone w danym (miesięcznym lub dłuższym) okresie rozliczeniowym w granicach ustalonego w umowie limitu finansowego. Sprzeczne z takim ustawowo określonym sposobem finansowania świadczeń byłoby przyjęcie zasady, zgodnie z którą NFZ mógłby odmówić zapłaty za wykonane świadczenia, mimo, iż mieściły się one w przyznanym limicie, w zamian za to wykorzystując objęte tym limitem środki na opłacenie świadczeń udzielonych w okresach późniejszych, uznając je jednostronnie za mające wyższy priorytet (np. z uwagi na „nagłość” potrzeby udzielenia świadczenia).”

Mając powyższe na względzie Sąd uznał, że świadczenia objęte pozwem, będące świadczeniami umownymi wykonanymi w ramach limitu przewidzianego umową z dnia 23 stycznia 2012 r. nie zostały zapłacone, a zapłacone zostały świadczenia udzielone w stanach nagłych, wykonane ponad limit określony w umowie.

W tym kontekście pozwany podniósł zarzut wygaśnięcia roszczenia twierdząc, że przyjęcie przez powoda zapłaty na podstawie wystawianych co miesiąc rachunków skutkowało wygaśnięciem roszczenia o zapłatę tych świadczeń, albowiem dokonane na podstawie zarządzeń dotyczących komunikatów XML uwzględnienie świadczeń o wyższym priorytecie (udzielonych w stanach ratujących życie i zdrowie) miało charakter czynności materialno – technicznej, która nie powinna być brana pod uwagę przy ocenie czy powodowi przysługuje roszczenie o zapłatę za świadczenia inne niż ratujące życie i zdrowie, czy też wobec wygaśnięcia tego roszczenia przysługuje mu prawo dochodzenia roszczenia o zapłatę za świadczenia ratujące życie, które system umieścił w limicie zamiast świadczeń opłaconych w toku realizacji umowy.

Z powyższego wynika, że pozwany z dokonanej w sposób jednostronnie narzucony przez siebie czynności wywodzi niekorzystne dla powoda skutki prawne.

Jak zostało ustalone, przedmiotem umowy było udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne przede wszystkim co do świadczeń planowych, a w dalszej kolejności świadczeń, których obowiązek udzielania wynika z art. 15 ustawy o działalności leczniczej i art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Świadczenia udzielone w stanach nagłych były świadczeniami umownymi, wykonanymi ponad limit przewidziany w umowie.

Okoliczność, że powód wystawiał faktury za świadczenia planowe i świadczenia ratujące życie i zdrowie i następnie przyjął zapłatę nie oznacza, że doszło do wygaśnięcia zobowiązania. W ramach przyjętego przez pozwanego systemu rozliczeń i korekt, powód był zobowiązany do wystawiania faktur według szablonu zaproponowanego przez pozwanego, aby móc naliczać kolejne świadczenia. Brak korekty faktury uniemożliwiał naliczanie dalszych świadczeń. Nie było wolą powoda, aby poprzez wystawianie faktur na podstawie skorygowanych przez pozwanego raportów statystycznych, doprowadzić do wygaśnięcia zobowiązania. Swoje działania opierał na przekonaniu, iż świadczenia planowane są objęte kontraktem i z tego tytułu, ze względu na łączącą strony umowę, koszty za te świadczenia zostaną uregulowane.

Przywoływany przez pozwanego na poparcie swojego stanowiska wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 12 sierpnia 2015 r. (I ACa 974/15) dotyczy zupełnie innego stanu faktycznego. Zgodzić się natomiast należy z przywołanym przez pozwanego poglądem Sądu Apelacyjnego w Poznaniu wyrażonym w wyroku z dnia 28 maja 2015 r. (I ACa 59/15, portal orzeczeń Sądu Apelacyjnego w Poznaniu), że skoro zarządzenia Prezesa NFZ nie modyfikują treści łączącego strony stosunku prawnego, to nie mogą wpływać na ocenę, które ze świadczeń zostały pokryte w dacie dokonywania zapłaty przez NFZ.

Zarzuty pozwanego, że niezapłacone de facto pozostały świadczenia udzielone w stanach nagłych i o zapłatę takich świadczeń powód winien wystąpić, są w ocenie Sądu podnoszone wyłącznie na potrzeby niniejszego procesu celem odłożenia w czasie należnej powodowi zapłaty. Zadaniem Sądu zaś jest rozstrzygnąć spór w określonym stanie faktycznym, a nie poprzez formalne określanie roszczeń odsyłać strony na drogę kolejnego procesu.

Reasumując, stwierdzić należy, że stosowanie sposobu rozliczania świadczeń wykonanych w ramach łączącej strony umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwalniałoby pozwanego z obowiązków nałożonych na niego przepisami prawa. W ocenie Sądu mechanizm rozliczeń świadczeń zaproponowany przez pozwanego został jednostronnie narzucony przez pozwanego i jest sprzeczny z treścią zawartej przez strony, a co za tym idzie w dalszym ciągu pozostają do zapłaty świadczenia planowe udzielone przez powoda objęte fakturą numer (...).

Należy wskazać również na art. 5 Kodeksu cywilnego, zgodnie z którym nie można czynić ze swego prawa użytku, który by był sprzeczny ze społeczno-gospodarczym przeznaczeniem tego prawa lub zasadami współżycia społecznego. Przyjęty przez pozwanego system rozliczeń w rzeczywistości na niekorzyść powoda stoi w sprzeczności z umową

zawartą w dniu 23 stycznia 2012 r. i prowadził do ograniczenia lub całkowitego wyłączenia możliwości udzielania świadczeń planowych. Nie budzi zatem wątpliwości, iż takie uregulowanie sprzeciwia się umowie stron, ale także stanowi naruszenie zasad współzycia społecznego i stoi w sprzeczności z dobrem pacjentów.

Mając na uwadze powyższe, Sąd orzekł zgodnie z żądaniem pozwu i na podstawie art. 132 ust. 1 u.o.ś.z. w związku z art. 353 § 1 k.c. w pkt 1 wyroku zasądził od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia (...) Oddziału Wojewódzkiego w P. na rzecz powoda Wojewódzkiego Szpitala (...) w K. kwotę 1.799.522,40 zł.

Podstawę zasądzenia odsetek stanowił przepis art. 481 § 1 k.c., zgodnie z którym jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, wierzyciel może żądać odsetek za czas opóźnienia, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi oraz § 27 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z którym rozliczenie wykonania umowy następuje najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego. Powód w fakturze z dnia 26 marca 2013 r. termin zapłaty wyznaczył na dzień 9 kwietnia 2013 r. Pozwany w tym terminie nie spełnił świadczenia. Zatem od dnia 10 kwietnia 2013 r. pozostaje w opóźnieniu ze spełnieniem świadczenia. Mając na względzie powyższe Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda odsetki ustawowe za opóźnienie od dnia 10 kwietnia 2013 r. do dnia zapłaty.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. w zw. z § 2 pkt 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (tekst jednolity Dz.U. z 2015 r. poz. 1804). Na koszty te składają się: opłata od pozwu w wysokości 10.000 zł (w części w jakiej powód nie został zwolniony od ponoszenia opłaty od pozwu), wynagrodzenie pełnomocnika powoda w wysokości 14.400 zł oraz opłata skarbową od pełnomocnictwa – 17 zł, łącznie 24.417 zł. Taką też kwotę Sąd w punkcie 2 wyroku zasądził od pozwanego na rzecz powoda.

W ocenie Sądu brak było podstaw do uwzględnienia wniosku pierwotnego pełnomocnika powoda o zasądzenie na rzecz powoda kosztów zastępstwa procesowego w kwocie 86.400 zł z uwagi na szczególnie skomplikowany stan prawny i faktyczny sprawy. Udział pełnomocnika w sprawie sprowadzał się do sporządzenia dwóch pisma procesowych i udziału w czterech rozprawach i wynagrodzenie ustalone na poziomie stawki minimalnej przy takiej wartości przedmiotu sporu taki nakład pracy uwzględnia.

W punkcie 3 wyroku Sąd na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, nakazał ściągnąć od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Poznaniu kwotę 79.977 zł tytułem części opłaty sądowej od pozwu, od której uiszczenia powód był zwolniony. Powód bowiem został zwolniony od kosztów sądowych w tym postępowaniu w części, tj. od opłaty sądowej od pozwu ponad kwotę 10.000 zł.

/-/ SSO Magdalena Ławrynowicz