

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 sierpnia 2012 r.

Sąd Apelacyjny we Wrocławiu – Wydział I Cywilny w składzie:

Przewodniczący:	SSA Dariusz Kłodnicki (spr.)
Sędziowie:	SSO del. Lidia Mazurkiewicz - Morgut SSA Agnieszka Piotrowska
Protokolant:	Teresa Wróbel - Płatek

po rozpoznaniu w dniu 10 sierpnia 2012 r. we Wrocławiu na rozprawie

sprawy z powództwa **Zespołu (...) w N.**

przeciwko **Narodowemu Funduszowi Zdrowia - (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w O.**

o zapłatę

na skutek apelacji strony pozwanej

od wyroku Sądu Okręgowego w Opolu

z dnia 2 marca 2012 r. sygn. akt I C 225/10

1. **oddala apelację;**

2. **zasądza od strony pozwanej na rzecz strony powodowej 5.400 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.**

UZASADNIENIE

Zespół (...) w N. wystąpił przeciwko (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia o zasądzenie 2.571.535,26 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 23.03.2010 r. do dnia zapłaty oraz kosztami procesu.

W uzasadnieniu powództwa podniósł, że dochodzona należność obejmuje przysługujące mu, a dotychczas niezapłacone przez stronę pozwaną wynagrodzenie, za zrealizowane przez niego w 2009 r. usługi medyczne, ponad limit ustalony w ramach zawartej przez strony na ten rok umowy nr (...). Wskazał przy tym, że jego żądanie w tym zakresie znajduje prawną podstawę w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz w art. 56 k.c. w związku z w/w umową.

W odpowiedzi na pozew strona pozwana wniosła o oddalenie w całości objętych nim żądań oraz zasądzenie od powoda na jej rzecz kosztów procesu.

W uzasadnieniu swojego stanowiska wskazała, że dochodzone roszczenie pozbawione jest podstawy merytorycznej i prawnej, bowiem zapłaciła przysługujące powodowi wynagrodzenie wynikające z umowy łączącej strony w 2009 r., a

skoro wykonał on świadczenia poza nią, to odbyło się to na jego własne ryzyko. Podniosła przy tym, że po dokonaniu rozliczenia finansowego za ten rok zaproponowała powodowi podpisanie aneksu, odnośnie sfinansowania kosztów świadczeń 80% endoprotez, jednakże propozycji tej nie przyjął i tym samym sprawa stała się bezprzedmiotowa. Zarzuciła ponadto, że z pozwu nie wynika, aby dochodzona nim kwota dotyczyła świadczeń zrealizowanych w przypadkach nagłych zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego.

W piśmie procesowym z dnia 16.09.2010 r. powód ograniczył powództwo do kwoty 2.563.630,26 zł wskazując, że jego cofnięcie w pozostałym zakresie wiąże się z wynikami kontroli przeprowadzonej przez NFZ odnośnie prawidłowości rozliczenia świadczeń ponadlimitowych w 2009 r., podczas której zakwestionowane zostały zrealizowane przez niego świadczenia medyczne o wartości 7905 zł.

Na rozprawie w dniu 22.09.2010 r. - w oparciu o art. 207 §3 k.p.c. - Sąd Okręgowy wyznaczył stronom termin 7 dni, do złożenia pism procesowych obejmujących wszystkie zarzuty i wnioski dowodowe.

W wyznaczonym terminie strona pozwana złożyła pisma procesowe, w ramach którego oprócz rozszerzonej argumentacji zarzutów podniesionych w odpowiedzi na pozew wskazała, że zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ z dnia 9.01.2009 r. - nr (...), w sprawozdaniach z tytułu zrealizowanych świadczeń medycznych powód winien oznaczać literą „T” te przypadki, w których wykonywał świadczenia ratujące życie, które mogłyby podlegać rozliczeniu poza limitem i literą „N”, jeżeli nie mieściły się w tej grupie. W świetle wskazania przez powoda, że roszczenia objęte żądaniem pozwu dotyczyły świadczeń oznaczonych literą „N”, uznała, że nie ma podstaw do żądania ich zapłaty, z powołaniem się na podstawę prawną wskazaną w uzasadnieniu pozwu. Podniosła ponadto, że wynagrodzenie za usługi świadczone w danym roku rozdziela się na 12 równych części, a zatem w sytuacji, gdy w danym okresie zrealizowane zostały świadczenia ponad limit, powinno to skutkować zmniejszeniem ilości świadczeń w kolejnych okresach.

W odpowiedzi powód zaprzeczył, jakoby miałyby wiązać strony w/w zarządzenie Prezesa NFZ, a ponadto zarzucił, że nie dokonywał oznaczenia świadczeń zrealizowanych w spornym okresie literą „N”.

Wyrokiem z dnia 2.03.2012 r. sygn. akt I C 225/10 Sąd Okręgowy w Opolu, zasądził od pozwanego na rzecz powoda 2.174.908,26 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 31.03.2010 r. do dnia zapłaty (pkt I), oddalił powództwo w pozostałym zakresie (pkt. II), zasądził od pozwanego na rzecz powoda 17.217 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania, w tym kwotę 7.200 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego (pkt. III), nakazał pozwanemu uiścić na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Opolu kwotę 8.769,60 zł tytułem zwrotu nieuiszczonych wydatków (IV) i odstąpił od obciążania pozwanego częścią opłaty sądowej od uiszczenia której powód został zwolniony (V).

Podstawą jego wydania były następujące ustalenia:

31.12.2008 r. Narodowy Fundusz Zdrowia – (...) Oddział Wojewódzki w O. zawarł z Zespołem (...) w N. – jako Świadczeniodawcą umowę, której przedmiotem było udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne. Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy, w okresie od dnia 01.01.2009 r. do 30.06.2009 r., została określona maksymalnie na kwotę 24.043.438 zł. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową określać miał plan rzeczowo – finansowy, stanowiący załącznik nr 1 do umowy.

W aneksach do umowy nr (...) nr 1 z dnia 09.02.2009 r., nr 3 z dnia 20.02.2009 r., nr 6 z dnia 30.03.2009 r., nr 7 z dnia 21.04.2009 r., nr 8 z dnia 04.05.2009 r., nr 9 z dnia 04.05.2009 r., nr 10 z dnia 04.05.2009 r., strony wprowadziły zamiany w planie rzeczowo – finansowym, skutkiem której kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy, w okresie od dnia 01.01.2009 r. do 30.06.2009 r. wyniosła maksymalnie 23.108.200 zł. W kolejnych aneksach do w/w umowy nr (...) z dnia 26.05.2009 r., nr 13 z dnia 03.06.2009 r., nr 14 z dnia 18.06.2009 r., nr 15 z dnia 25.06.2009 r., nr 17 z dnia 22.07.2009 r., nr 20 z dnia 12.08.2009 r., nr 21 z dnia 20.08.2009 r., nr 23 z dnia 23.09.2009 r., nr 24 z dnia 06.11.2009 r., nr 25 z dnia 09.11.2009 r., nr 27 z dnia 15.12.2009 r., nr 28 z dnia 21.1.2.2009 r. strony przedłużyły okres zawartej umowy do dnia 31.12.2010 r., wprowadziły kolejne zamiany w planie rzeczowo – finansowym, skutkiem których kwota zobowiązania Oddziału

Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy, w okresie od dnia 01.01.2009 r. do 31.12.2009 r. wyniosła maksymalnie 45.333.467 zł.

Kolejne aneksy do w/w umowy zostały zawarte w 2010 roku, aneksy te również dotyczyły zmian w planie rzeczowo finansowym, skutkiem których kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 01.01.2009 r. do dnia 31.12.2009 r. wyniosła maksymalnie 45.506.882,50 zł.

W 2009 r. udzielając świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne, powód przekroczył limit świadczeń określonych w umowie z dnia 31.12.2008 r. na łączną kwotę 2.563.630,26 zł. W 740 przypadkach świadczenia zostały udzielone w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta.

Szpital prowadzony przez powoda jest szpitalem ostrodyżurowym na 12 oddziałach, gdzie trafiają także ciężkie przypadki z okolicznych miejscowości, posiadających własne szpitale. W 2009 roku do szpitala powoda z bezpośrednim zagrożeniem życia lub zdrowia skierowano 97 pacjentów z Gminy G., 108 pacjentów z Gminy P. i 227 pacjentów z Gminy G..

W dniu 27.01.2010 r. powód wystawił fakturę VAT do umowy nr (...) na kwotę 2.818.577,73 zł oraz trzy faktury korygujące, ostatnią z dnia 28.02.2010 r. na kwotę 2.571.535,26 zł. W/w faktury obejmowały wynagrodzenie za świadczenia opieki zdrowotnej wykonane ponad limity umówione z (...) Oddziałem Funduszu.

Pismem z dnia 17.03.2010 r., doręczonym pozwanemu w dniu 23.03.2010 r., strona powodowa wezwała do zapłaty kwoty 2.571.535,26 zł w terminie 7 dni od dnia otrzymania niniejszego pisma z tytułu realizacji umowy nr (...). W odpowiedzi z dnia 25.03.2009 r. pozwany wskazał, iż świadczenia medyczne, które są przedmiotem roszczenia sformułowanego w w/w piśmie, nie są objęte zawartym w 2009 roku kontraktem, wobec czego nie ma podstaw prawnych do sfinansowania ich przez Fundusz. Ponadto poinformował, iż sfinansowanie świadczeń ponadumownych mogło nastąpić dopiero po rozliczeniu zawartych umów i zbilansowaniu środków, których nie wykorzystali inni świadczeniodawcy, realizujący kontrakty w danym okresie rozliczeniowym poniżej planu. W ramach tych środków została sporządzona dla powoda ugoda, jednakże do tej pory świadczeniodawca nie wyraził chęci jej podpisania, tym samym nie ma możliwości dokonania rozliczenia chociażby części świadczeń nie mieszczących się w planie określonym w umowie głównie i aneksie - ugodzie.

Następnie po przeprowadzeniu przez stronę pozwaną kontroli prawidłowości wykonania umowy nr (...) powód wystawił fakturę – korektę VAT na kwotę 2.563.630,26 zł, obejmującą należność jak wyżej za wykonane usługi ponadlimitowe za 2009 r.

Zarządzeniem z dnia 9.01.2009 r. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przyjął 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) oraz rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (II fazy). W uzasadnieniu wprowadzenia tego zarządzenia, wskazano, że związane jest to z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20.06.2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

W oparciu o powyższe ustalenia Sąd Okręgowy uznał, że powództwo w znacznej części zasługiwało na uwzględnienie.

Odwołując się do przepisów normujących stosunki między Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcami, oraz orzecznictwa Sądu Najwyższego, obejmującego ich wykładnię na tle rozpoznania analogicznych spraw jak w niniejszym przypadku, wskazał, że nie podziela stanowiska strony pozwanej, co do braku podstawy prawnej dla roszczeń dochodzonych przez powoda.

Zdaniem Sądu, NFZ zobowiązany jest do sfinansowania świadczeń zdrowotnych wykraczających ponad ustalone w umowie stron limity ilościowe, jeżeli świadczenia zdrowotne zostały udzielone w stanach nagłego zagrożenia

zdrowotnego, w warunkach wyczerpania limitów umownych oraz w sytuacji, gdy świadczenia tego nie mógł udzielić inny świadczeniodawca - na podstawie łączącej strony umowy w zw. z przepisem art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP, art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, art. 30 ustawy o zawodzie lekarza, art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i art. 56 k.c.

Uznając, iż istnieją podstawy prawne do domagania się przez powoda zapłaty za wykonane świadczenia ponadlimitowe, udzielone w warunkach opisanych powyżej, Sąd miał jednocześnie na uwadze, iż zgodnie z treścią art. 6 k.c. na powodzie spoczywał ciężar udowodnienia wszystkich opisanych powyżej przesłanek umożliwiających uwzględnienie roszczenia.

W ocenie Sądu Okręgowego, w oparciu o opinię biegłego powołanego dla oceny charakteru świadczeń zrealizowanych przez powoda, pod kątem spełnienia się w/w przesłanek, powództwo zasługiwało na uwzględnienie w tych sytuacjach, w których były to przypadki nagłe, a ich wykonanie było konieczne dla ratowania zdrowia lub życia pacjentów. Wskazał przy tym, że obejmują one świadczenia zrealizowane w sytuacji wyczerpania limitów ilościowych określonych w/w umowie. Podniósł przy tym, że ustalenie momentu wyczerpania środków finansowych w trakcie trwania umowy jest praktycznie niemożliwe, mając na uwadze zasady rozliczeń pomiędzy stronami, jak również zmiany zakresu rzeczowo – finansowego umowy, jakie miały miejsce w spornym okresie. Zdaniem Sądu Okręgowego obciążenie powoda obowiązkiem wykazania, czy poszczególne świadczenia wykonywane były w momencie wyczerpania umówionego limitu sprowadzałoby się do nałożenia na niego obowiązku codziennego analizowania, czy ze względu na liczbę hospitalizowanych pacjentów, każdy przypadek przyjęcia do szpitala jest hospitalizacją w ramach limitu, czy ponad limit, co nie znajduje usprawiedliwienia w treści umowy łączącej strony.

Wskazał również, że ustalenie w umowie ilościowego limitu świadczeń zdrowotnych bez ustalenia niezbędnych przedsięwzięć organizacyjnych na wypadek wyczerpania limitu, stanowi nadużycie przez NFZ wynikającego z art. 136 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obowiązku określenia w umowie zakresu udzielonych świadczeń i maksymalnej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy.

Sąd nie podzielił zarzutu strony pozwanej, iż brak zasadności roszczeń powoda wynika również z tego, iż powód sporządzając wykaz pacjentów przy wszystkich pozycjach umieścił oznaczenie „N”, które z godnie z zarządzeniem Nr (...) Prezesa NFZ z dnia 09.01.2009 r., oznacza świadczenie ratujące życie. Zwrócił w tym zakresie uwagę, że przedłożone do akt zestawienie z k. 201-218 zostało sporządzone przez stronę pozwaną i różni się zasadniczo z treścią zestawień sporządzonych przez powoda do akt sprawy. Powód w zestawieniach w ostatniej rubryce określił tryb przyjęcia pacjenta, a nie tak jak strona powodowa, czy udzielił świadczenia ratującego życie. Podniósł również, że w/w zarządzeniu oznaczone symbolem „N” miały być świadczenia ratujące życie, tymczasem w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej jest mowa o potrzebie natychmiastowego udzielenia świadczeń ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

Sąd nie uwzględnił świadczeń udzielonych przez powoda, które zgodnie z opinią biegłego nie zostały udzielone w warunkach określonych w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w ilości 190 pacjentów oraz świadczeń, co do których biegły nie potrafił się wypowiedzieć z powodu braków w dokumentacji medycznej w ilości 7 pacjentów.

W pozostałym zakresie uznał, że powód udzielił świadczeń w warunkach określonych w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, o łącznej wartości 2.174.908,26 zł, co uzasadniało uwzględnienie powództwa w tym zakresie.

Co do roszczeń odsetkowych uznał je za zasadne, w zakresie odnoszącym się do w/w należności głównej, za okres liczony od upływu terminu 7 dni, od dnia doręczenia stronie pozwanej wezwania do dobrowolnej jej zapłaty.

O kosztach procesu między stronami rozstrzygnął stosownie do jego wyniku, w oparciu o art. 100 k.p.c..

Sąd Okręgowy wyjaśnił również, że oddalił wnioski dowodowe pełnomocników stron zgłoszone na rozprawie w dniu 22.02.2012 r., wobec zgłoszenia ich po upływie terminu zakreślonego przez Sąd w trybie art. 207 § 3 k.p.c.

Strona pozwana wniosła apelację od niniejszego wyroku, zarzucając Sądowi Okręgowemu, że przy jego wydaniu w tym zakresie dopuścił się naruszenia:

a) art. 233 §1 k.p.c. i art. 328 §2 k.p.c. w zw. z art. 6 k.c. poprzez przyjęcie, że strona powodowa bezspornie udowodniła fakt, że świadczenia objęte pozwem udzielone zostały po przekroczeniu limitów określonych umową,

b) art. 233 §1 k.p.c. i art. 328 §2 k.p.c. poprzez przyjęcie, że naruszenie przez powoda przepisów zawartych w zarządzeniu Nr (...) Prezesa NFZ z 4.01.2009 r. nie miało wpływu na sposób rozliczania udzielonych świadczeń oraz zasadność roszczenia objętego pozwem,

c) art. 233 §1 k.p.c. i art. 328 §2 k.p.c. oraz § 27 rozp. Min. Zdrowia z 6.05.2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w zw. z art. 353¹ k.c., poprzez przyjęcie, że oświadczenia woli zawarte w aneksie nr (...) z 10.02.2010 r. i w aneksie nr (...) z 15.02.2010 r., do umowy nr (...), nie stanowią ostatecznego rozliczenia tego kontraktu, a także nie ustosunkowanie się do tego zarzutu,

d) art. 233 §1 k.p.c. i art. 328 §2 k.p.c. (niewątpliwie na skutek pomyłki wskazany został art. 238 §2 k.p.c.) poprzez nieustosunkowanie się w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku do twierdzenia strony pozwanej dotyczącego uwarunkowań oraz ograniczeń finansowych NFZ,

e) art. 233 §1 k.p.c. i art. 328 §2 k.p.c. w zw. z art. 354 k.c. poprzez nieuwzględnienie zarzutów pozwanej dotyczących nierozliczeni świadczeń nagłych ratujących życie w pierwszej kolejności, celowego kumulowania tych świadczeń oraz nie stworzenia przez powoda kolejki oczekujących dla realizacji procedur planowych, a także nieustosunkowanie się do tych zarzutów w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku.

W oparciu o powyższe zarzuty strona pozwana wniosła o zmianę wyroku w pkt. I, III i IV, poprzez oddalenie powództwa w tym zakresie i zasądzenie od powoda na jej rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Na wypadek nieuwzględnienia niniejszego żądania wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku w/w zakresie i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania w tym przedmiocie.

W odpowiedzi powód wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie od strony pozwanej na jego rzecz zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny uzupełnił ustalenia faktycznego poczynione przez Sąd Okręgowy w następującym zakresie.

Po upływie każdego miesiąca, powód przekazywał stronie pozwanej sprawozdania rzeczowo – finansowe, obejmujące wykaz zrealizowanych przez niego świadczeń oraz wyliczenie wynagrodzenia z tego tytułu, z uwzględnieniem liczby jednostek rozliczeniowych przypadających za dane świadczenie i ich ceny, uzgodnionych w ramach kontraktu podpisanego na 2009 r. W oparciu o te zestawienia wystawiał fakturę za świadczone usługi medyczne. Strona pozwana odmawiała zapłaty za faktury wystawione na kwotę wyższą niż 1/12 kwoty ciężącego na niej zobowiązania umownego, domagając się sporządzenia korekty w tym zakresie. Powód dokonywał tych korekt, przy czym oprócz faktury na kwotę obejmującą 1/12 zobowiązania pozwanej wynikającego z kontraktu, wystawiał również faktury za świadczenia przekraczające limit przypadający na dany miesiąc. Strona pozwana regulowała faktury wystawione w kwotach odpowiadających 1/12 jej zobowiązań.

W trakcie trwania umów zawartych w 2009 r., NFZ informowała świadczeniodawców, o sposobie rozliczenia realizowanych świadczeń w przypadku wystąpienia nadlimitu w danym miesiącu, w związku z wykonaniem świadczeń niezbędnych dla ratowania życia i zdrowia tzw. przypadków nagłych.

[dow. k: 113 – 115, zeznania św. M. S. – e. protokół – z dnia 10.08.2012 r., zeznania N. K. – e. protokół z dnia 10.08.2012 r.]

Podstawą wystawienia przez powoda stronie pozwanej faktury, z tytułu wykonanych, a niezapłaconych świadczeń ponadlimitowych za 2009 r., na łączną kwotę 2.571.535,26 zł, było następujące rozliczenie:

1. na Oddziale Wewnętrznym 1 – Hospitalizacja – w planie przewidziane było wykonanie świadczeń o wartości 3.056.430 zł, a zrealizowano o wartości 3.286.593 zł – świadczenia ponadlimitowe na kwotę 230.163 zł, obejmowały sumę świadczeń ponadlimitowych zrealizowanych w okresie od lipca do grudnia,
2. na Oddziale Neurologicznym – w planie przewidziane było wykonanie świadczeń o wartości 2.852.634 zł, a zrealizowano o wartości 3.090.651 zł – świadczenia ponadlimitowe na kwotę 238.017 zł, obejmowały sumę świadczeń ponadlimitowych zrealizowanych w okresie od października do grudnia,
3. na Oddziale Chorób Zakaźnych – Hospitalizacja – w planie przewidziane było wykonanie świadczeń o wartości 1.202.988 zł, a zrealizowano o wartości 1.347.267 zł – świadczenia ponadlimitowe na kwotę 144.279 zł, obejmowały sumę świadczeń ponadlimitowych zrealizowanych w marcu i kwietniu oraz w okresie od sierpnia do grudnia,
4. na Oddziale Pediatria – Hospitalizacja – w planie przewidziane było wykonanie świadczeń o wartości 2.354.568 zł, a zrealizowano o wartości 2.612.118 zł – świadczenia ponadlimitowe na kwotę 257.550 zł, obejmowały sumę świadczeń ponadlimitowych zrealizowanych w lutym, marcu i czerwcu oraz w okresie od września do grudnia,
5. na Oddziale Chirurgia Ogólna – Hospitalizacja – w planie przewidziane było wykonanie świadczeń o wartości 4.920.888 zł, a zrealizowano o wartości 5.153.958 zł – świadczenia ponadlimitowe na kwotę 233.070 zł, obejmowały sumę świadczeń ponadlimitowych zrealizowanych w listopadzie i grudniu,
6. na Oddziale Ortopedia i Traumatologia – w planie przewidziane było wykonanie świadczeń o wartości 3.740.136 zł, a zrealizowano o wartości 4.187.763 zł – świadczenia ponadlimitowe na kwotę 447.627 zł, obejmowały sumę świadczeń ponadlimitowych zrealizowanych w lipcu oraz w okresie od października do grudnia,
7. na Oddziale Ortopedia i Traumatologia Narządów Ruchu – w planie przewidziane było wykonanie świadczeń o wartości 1.173.000 zł, a zrealizowano o wartości 1.482.417 zł – świadczenia ponadlimitowe na kwotę 310.080 zł, obejmowały sumę świadczeń ponadlimitowych zrealizowanych w styczniu, lutym, w okresie od kwietnia do lipca oraz w październiku i grudniu,
8. na Oddziale Okulistyka – Hospitalizacja - w planie realizacji przewidzianych było świadczeń o wartości 1.639.140 zł, a zrealizowano o wartości 1.663.110 zł – świadczenia ponadlimitowe na kwotę 23.970 zł, obejmowały sumę świadczeń ponadlimitowych zrealizowanych w grudniu,
9. na Oddziale Otolaryngologicznym – Hospitalizacja – w planie przewidziane było wykonanie świadczeń o wartości 1.301.724 zł, a zrealizowano o wartości 1.720.077 zł – świadczenia ponadlimitowe na kwotę 418.353 zł, obejmowały sumę świadczeń ponadlimitowych zrealizowanych w okresie od stycznia do listopada,
10. na Oddziale Urologia - Hospitalizacja – w planie przewidziane było wykonanie świadczeń o wartości 1.397.400 zł, a zrealizowano o wartości 1.665.775,26 zł – świadczenia ponadlimitowe na kwotę 268.426,26 zł, obejmowały sumę świadczeń ponadlimitowych zrealizowanych w okresie od maja do grudnia.

Świadczenia zrealizowane na pozostałych oddziałach powoda, których rozliczenia odbywało się w oparciu o umowę zawartą przez strony w dniu 31.12.2008 r. - nr (...), zostały rozliczone w ramach przyznaných limitów.

[dow. faktura – korekta k: 25, sprawozdanie za grudzień 2009 r. k: 26 – 30] Strona pozwana sprawowała bieżącą kontrolę nad rozliczeniem świadczeń realizowanych przez powoda, w oparciu o przekazywane jej comiesięczne sprawozdania oraz dokumentację stanowiącą podstawę ich opracowania. W przypadku, gdy na danym oddziale

Szpitala pozostawały niewykorzystane limity świadczeń, w drodze aneksów dokonywano przesunięcia powstałych nadwyżek na inny oddział, wykazujący nadwykonania, co nie powodowało zmiany ogólnej kwoty zobowiązania wynikającego z umowy. W sytuacji uzyskania przez NFZ nadwyżki środków, strona pozwana podpisywała ze świadczeniobiorcami aneksu do umowy, zwiększające sumę przyjętych na siebie zobowiązań w ramach kontraktu. Takie aneksy zawierała również ze stroną pozwaną w odniesieniu do w/w umowy za 2009 r.

[dow. e.protokół - zeznania N. K. e- protokół z rozprawy 10.08.2012 r. Aneksem nr (...) z 21.01.2010 r. podniesiono sumę zobowiązań NFZ objętych kontraktem na 2009 r. o kwotę 172.584 zł i przeznaczono je na rozliczenie świadczeń zrealizowanych na oddziałach Neonatologii – Hospitalizacja oraz Położnictwo i Ginekologia – Hospitalizacja. W sprawozdaniu finansowym za grudzień 2009 r., oddziały te zostały wykazane jako rozliczone w ramach limitu określonego umową. W dniu 27.01.2010 r. strona powodowa dokonała korekty faktury wystawionej za świadczenia ponadlimitowe w 2009 r., z kwoty 2.818.577,73 zł do kwoty 2.581.378,26 zł – różnica 237.199,47 zł.

Aneksem nr (...) z 1.02.2010 r. podniesiono sumę zobowiązań NFZ objętych kontraktem na 2009 r. o kwotę 830,50 zł, dokonując przesunięć limitów punktowych i wartości świadczeń z oddziałów, które wykazywały niewykorzystane limity, na rzecz oddziałów, na których były nadwykonania.

Aneksami nr (...), kolejno z dnia 10, 15.02.2010 r. oraz 11.08.2010 r. strony dokonały przesunięć limitów punktowych i wartości świadczeń z oddziałów, które wykazywały niewykorzystane limity, na rzecz oddziałów, na których były nadwykonania, nie zmieniając maksymalnej sumy zobowiązań NFZ ustalonej uprzednio na poziomie 45.506.882,50 zł.

W dniu 24.02.2010 r. strona powodowa dokonała korekty faktury wystawionej za świadczenia ponadlimitowe w 2009 r., z kwoty 2.581.378,26 zł, na kwotę 2.555.623,26 zł – różnica 25.755 zł. W dniu 24.02.2010 r. dokonała jej kolejnej korekty z kwoty 2.555.623,26 zł, na kwotę 2.571.535,26 zł – różnica 15.912 zł.

[dow. w/w aneksy k: 316 – 322, korekty faktur k: 23 – 25, sprawozdanie finansowe k: 26 - 30]

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja nie zasługiwała na uwzględnienie.

Przed przystąpieniem do omówienia podniesionych w jej ramach zarzutów, należy wskazać, że w ocenie Sądu Apelacyjnego, wbrew twierdzeniom strony pozwanej, Sąd Okręgowy poczynił prawidłowe ustalenia, które stanowiły podstawę wydania zaskarżonego orzeczenia, dokonał ich trafnej oceny, nie naruszając przy tym granic wyznaczonych w tym zakresie przez ustawodawcę w ramach art. 233 §1 k.p.c., a swoje stanowisko w tym zakresie wyraził w ramach pisemnego uzasadnienia wyroku, które spełnia wszelkie wymogi jakie wynikają z brzmienia art. 328 §2 k.p.c. Uznając w tych okolicznościach za własne ustalenia poczynione przez Sąd I Instancji, Sąd Apelacyjny dokonał zarazem ich uzupełnienia w zakresie jaki uznał za istotny, dla oceny zasadności roszczeń objętych żądaniem pozwu, na tle zarzutów podnoszonych w toku procesu przez stronę pozwaną, które były przez nią podtrzymywane również w toku postępowania apelacyjnego.

Wymaga w tym miejscu zwrócenia uwagi, że w początkowej fazie procesu, NFZ stał na stanowisku, że roszczenia powoda nie znajdują jakichkolwiek podstaw faktycznych i prawnych, skoro obejmują one świadczenia zrealizowane poza limitem ustalonym przez strony w ramach kontraktu na 2009 r., a tym samym realizowane były na jego koszt i ryzyko. Zarzut ten nie był podtrzymywany przez stronę pozwaną na dalszym etapie postępowania, jednakże w kolejnych pismach procesowych zgłosiła nowe zarzuty dotyczące braku wykazania przez powoda, że świadczenia za które domaga się zapłaty, były świadczeniami ratującymi życie lub zdrowie, w rozumieniu art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, a w dalszej kolejności, braku wykazania prawidłowości ich rozliczenia w świetle łączącej strony umowy oraz obowiązujących w spornym okresie regulacji prawnych. Co do pierwszego z nich, po przeprowadzeniu dowodu z opinii biegłego, ocena charakteru tych świadczeń, pod kątem w/w regulacji, nie budziła większych zastrzeżeń żadnej ze stron, a co istotniejsze nie było w tym zakresie sporu na obecnym etapie postępowania. Pozostała zatem

kwestia oceny stanowisk stron odnośnie prawidłowości rozliczeń świadczeń zrealizowanych przez powoda w ramach umowy obejmującej 2009 r., a w konsekwencji zasadności jego roszczeń o zapłatę wynagrodzenia za te z nich, które zostały zrealizowane poza ustalonymi w niej limitami, które miały charakter świadczeń ratujących życie i zdrowie w przypadkach nagłych, w rozumieniu w/w przepisu.

Sąd Okręgowy dokonał oceny roszczeń powoda min. na tle tego zarzutu, dając wyraz swemu stanowisku w części obejmującej rozważania, dla których podstawę stanowiły poczynione przez ten Sąd ustalenia faktyczne.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, analiza pisemnego uzasadnienia zaskarżonego wyroku, prowadzi do wniosku, że brak jest podstaw do uznania zasadności zarzutów apelującej, iż Sąd I Instancji dopuścił się przy jego sporządzeniu, naruszenia art. 328 §2 k.p.c. Należy mieć na uwadze, że zarzut ten może znaleźć uzasadnienie jedynie w tych wyjątkowych sytuacjach, w których treść uzasadnienia uniemożliwia całkowicie dokonanie oceny, zrozumienia toku rozumowania sądu, który doprowadził do wydania orzeczenia, gdy sfera motywacyjna pozostaje nieujawniona bądź niezrozumiała lub gdy zawarte w nim rozważania pozostają całkowicie bez związku z rozpoznawaną sprawą. Tylko bowiem w takim przypadku uchybienie w/w regulacji może być uznane za mogące mieć wpływ na wynik sprawy. Sąd Okręgowy w ramach niniejszego uzasadnienia wskazał podstawy faktyczną rozstrzygnięcia, a mianowicie ustalił fakty, które uznał za udowodnione, przytoczył dowody, na których się oparł i wskazał przyczyny, dla których oddalił dalej idące wnioski dowodowe stron oraz pominął podnoszone przez nie twierdzenia. Wyjaśnił również podstawę prawną wyroku z przytoczeniem przepisów prawa. Stanowisko zajęte w tym zakresie, poddaje się kontroli zarówno stron niniejszego postępowania, jak również Sądu II Instancji, co czyni ten zarzut bezzasadnym.

Za nieuprawniony, w świetle okoliczności niniejszej sprawy, Sąd Apelacyjny uznał również zarzut naruszenia art. 6 k.c., którego strona pozwana upatrywała w dokonaniu przez Sąd Okręgowy błędnej oceny, co do wykazania przez powoda przesłanek uzasadniających dochodzone przez niego roszczenia, uwzględnione w ramach zaskarżonego wyroku, a w szczególności, co do udowodnienia faktu, że realizacja świadczeń, za które domagał się zapłaty, miała miejsce po przekroczeniu limitów określony umową. W związku z tym, że zarzut ten bezpośrednio wiąże się z kolejnym zarzutem podniesionym w ramach apelacji, dotyczącym oceny dokonywanych przez powoda rozliczeń, w sposób sprzeczny z zarządzeniem Prezesa NFZ nr (...) z dnia 9.01.2009 r. (k: 116), wymagają one łącznego omówienia.

W pierwszym rzędzie należy wskazać, że w toku procesu powód konsekwentnie zaprzeczał, aby w 2009 r. strony poczyniły uzgodnienia, dla których podstawą byłoby w/w zarządzenie. Zaprzeczył również, aby otrzymał od strony pozwanej, wydany w oparciu o nie komunikat, dotyczący zasad rozliczania realizowanych przez niego świadczeń w spornym okresie (został on przez nią złożony wraz z pismem procesowym z dnia 29.09.2010 r. k:113, 114). W związku z tym, że były to okoliczności sporne, z których pozwana wywodziła skutki prawne, zgodnie z ogólną regułą dowodową wynikającą z art. 6 k.c., to na niej ciążył dowód wykazania podnoszonych przez nią w tym zakresie twierdzeń.

Oprócz powołania się na treść tych dwóch dokumentów, strona pozwana zawnioskowała min. na tą okoliczność dowód z zeznań świadka M. S.. Został on przeprowadzony przed tut. Sądem na rozprawie w dniu 10.08.2012 r., a zapis jego zeznań został utrwalony w formie protokołu elektronicznego. Świadek ten w trakcie zeznań (czas; 11.30 min. oraz 14.30 min. zeznania), wskazał na istotną wagę jaką miało spełnić w/w zarządzenie Prezesa NFZ z 9.01.2009 r., w zakresie dotyczącym ustalenia zasad rozliczenia świadczeń medycznych przez podmioty je realizujące. Podał on mianowicie, że było to jedno z tych zarządzeń, które miało gwarantować bezpieczeństwo finansowania świadczeń, obligując świadczeniodawców do rozliczenia w pierwszej kolejności świadczeń w trybie nagłym, ratujących życie i zdrowie. Podał zarazem, że zasady te były wiążące dla stron w oparciu o zawierane aneksy do umowy (czas 12.30). Analiza dokumentów dopuszczonych w poczet dowodów w niniejszej sprawie, nie daje podstawy do uznania, aby strony zawarły aneks do umowy na świadczenia realizowane przez powoda w 2009 r., który modyfikowałby ustalone w jej ramach zasady rozliczeń, stosownie do treści tego zarządzenia. Zarówno istnieniu uzgodnień stron w tym przedmiocie, ale również faktowi otrzymania przez powoda w 2009 r., tego zarządzenia oraz komunikatu, o którym mowa powyżej, zaprzeczył jego reprezentant N. K. (e protokół z 10.08.2012 r. - 39 min.), a brak jest dowodów, które mogłyby podważyć wiarygodność jego zeznań w tym zakresie. Należy przy tym zauważyć, że komunikat, który został złożony przez pozwaną do akt, nosi datę 7/09/2009 (k:114).

W świetle powyższych okoliczności, należało zatem uznać, że strona pozwana nie wykazała, aby w trakcie realizacji kontraktu za 2009 r., nastąpiła zmiana zasad rozliczeń świadczeń medycznych wykonywanych przez powoda w poszczególnych okresach sprawozdawczych, w stosunku do tych, które wynikały z pierwotnej treści umowy. Zasady te zostały ustalone przez strony w jej ramach, zgodnie z obowiązującym wówczas rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6.05.2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Jak wynika z §18 ust. 4 tego rozp. (w brzmieniu obowiązującym w okresie spornym), należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, mogła być większa niż wynikająca z ust. 3, w przypadku gdy łączna kwota należności za bieżący i poprzednie okresy sprawozdawcze nie była wyższa od sumy iloczynów liczb jednostek rozliczeniowych i cen jednostkowych, określonych w planie rzeczowo-finansowym, dla bieżącego i poprzednich okresów sprawozdawczych, dla danego zakresu świadczeń (poprzedzające zapisy § 18. 1). Zgodnie z jego ust. 2, w przypadku świadczeń rozliczanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi sumę należności odpowiadających poszczególnym zakresom świadczeń, uwzględniającą współczynniki korygujące. Należność dla danego zakresu świadczeń, o której mowa w ust. 1, stanowi iloczyn liczby jednostek rozliczeniowych, odpowiadających udzielonym świadczeniom i ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej, uwzględniający współczynniki korygujące. W ust. 3 wskazano z kolei, że zależność, o której mowa w ust. 2, nie może być większa od iloczynu liczby jednostek rozliczeniowych i ceny jednostkowej, określonych w planie rzeczowo-finansowym, dla danego zakresu świadczeń.

Jak wynika z zeznań reprezentanta N. K. (e protokół 31 min), kierując się niniejszymi regułami w pierwszej kolejności rozliczane były w skali miesięcznej świadczenia realizowane w przypadkach nagłych ratujących życie i zdrowie oraz świadczenia planowe. W momencie osiągnięcia limitu, stanowiącego 1/12 wartości zakontraktowanego świadczenia, dla dokonania rozliczenia za dany okres sprawozdawczy, brane były pod uwagę zrealizowane w późniejszym czasie przypadki nagłe w rozumieniu art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Po zakończeniu danego miesiąca powód wystawiał dwie faktury; jedna obejmowała rozliczenie świadczeń zrealizowanych w ramach limitu, a druga świadczenia ponadlimitowe zrealizowane w oparciu o w/w przepis. Druga z tych faktur, nie była przyjmowana przez pozwaną do rozliczeń. Kolejne miesiące były rozliczane analogicznie, czyli bez rozliczenia przypadków nagłych z poprzednich okresów rozliczeniowych, za które nie uzyskał zapłaty, co powodowało narastanie zadłużenia za świadczenia ponadlimitowe, w przeciągu całego 2009 r.

Istotnym dla oceny zasadności powództwa, w świetle obowiązujących strony zasad rozliczeń, było to, czy w grupie świadczeń, w której wykazane zostały nadlimitowe świadczenia, były takie które winny podlegać przesunięciu w ramach list kolejkowych dla wykonania świadczeń planowych. Zebrany w sprawie materiał dowodowy nie daje podstaw do uznania, czy, a jeżeli tak, to jakich zabiegów winno to dotyczyć, a w konsekwencji, które ze świadczeń uznanych przez Sąd Okręgowy za podlegające zapłacie, winny być rozliczone w miejsce wykonanych zabiegów planowych rozliczonych w ramach limitów.

Zwrócić należy uwagę, że z zebranego w sprawie materiału dowodowego wynika, że powód odgrywa szczególną rolę w regionie, będąc placówką do której kierowani są pacjenci wymagający pomocy zarówno w nagłych przypadkach, zagrażających ich życiu lub zdrowiu, ale również w sytuacji, gdy ze względu na brak specjalistycznego sprzętu okoliczne placówki nie mogą zapewnić im koniecznych świadczeń. Na tą szczególną rolę powoda zwrócił również uwagę świadek M. S.. Taka sytuacja, daje podstawy do uznania, za wiarygodne zeznania reprezentanta strony powodowej, że na niektórych oddziałach dominują przypadki nagłe ratujące życie i zdrowie, a zabiegi planowe, z powodu konieczności wydłużania kolejek, wielokrotnie zmieniają swój status na takie, które wymagają niezwłocznej interwencji. Ponadto już z samej specyfiki funkcjonowania oddziałów w powodowej jednostce wynika, że świadczenia planowe mogły mieć tam miejsce jedynie w wyjątkowych sytuacjach np. na oddziale neurologii, chorób zakaźnych, czy pediatrii.

Należy mieć ponadto na uwadze, że o realizowanych świadczeniach, w tym tych które dotyczy żądanie pozwu, NFZ był informowany przez powoda na bieżąco w ramach rozliczeń kolejnych okresów sprawozdawczych. Dysponując pełną dokumentacją w tym zakresie, mając przy tym możliwość dokonania w każdym momencie trwania umowy kontroli, co do prawidłowości rozliczenia wykonywanego kontraktu, strona pozwana nie zakwestionowała prawidłowości

realizacji umowy w spornym okresie. Podniesienie ogólnie sformułowanego zarzutu, że dochodzone roszczenia winny być rozliczone w ramach uzgodnionego limitu świadczeń, nie stanowi zatem dostatecznej przesłanki do uznania za niewiarygodne twierdzeń powoda, co do tego, że nie zachodziły warunki, które pozwalałyby rozliczyć je w jego granicach.

Reasumując, w ocenie Sądu Apelacyjnego należało uznać, że skoro powód nie mógł rozliczyć świadczeń ponadlimitowych ratujących życie i zdrowie w przypadkach nagłych, w kolejnych okresach sprawozdawczych, bowiem osiągnięte zostały zakładane w nich limity, a zapisy w/w rozporządzenia nie nakazywały w pierwszym rzędzie rozliczania świadczeń zrealizowanych, lecz niezapłaconych w poprzednich okresach sprawozdawczych, to wykazywanie przez stronę powodową świadczeń z okresów sięgających kilku miesięcy wstecz, wbrew twierdzeniom pozwanego nie stanowi dowodu praktyk akumulowania świadczeń nagłych, na okres po całkowitym wyczerpaniu limitów, obejmujących w głównej mierze zabiegi planowe.

Za niewiarygodne należy przy tym uznać zeznania M. S., że limity u powoda zostały wyczerpane w połowie grudnia 2009. W pierwszym rzędzie należy zwrócić uwagę, że limity dla każdego z oddziałów ustalane były odrębnie, a jak wynika ze sprawozdania powoda za grudzień 2009 r., który to dokument nie był kwestionowany przez pozwaną, były oddziały na których nie zostały one w ogóle wyczerpane, a w niektórych nadwykonania występowały już na wcześniejszym etapie. Okoliczność tą potwierdzały również aneksy do umowy obejmującej sporny okres, z których wynikało, że dokonywano przesunięć między oddziałami, przenosząc niewykorzystane limity do oddziałów, w których wykazano nadwykonania. Ponadto należy mieć na uwadze, że twierdzenie to opierało się na założeniu, że w zakresie umowy z 2009 r. obowiązywały zasady rozliczeń ustalone zarządzeniem Prezesa NFZ, które to stanowisko należało uznać za niezasadne.

Na marginesie można zwrócić uwagę, że gdyby w 2009 r. stosowano rozliczenie wg zasad, na jakich opierała się w swych obliczeniach strona pozwana, to do wyczerpania limitów rocznych (na oddziałach, w których miały miejsce nadwykonania) doszłoby znacznie wcześniej, bowiem przed wykonanymi świadczeniami planowymi, podlegałyby rozliczeniu świadczenia ratujące życie i zdrowie, z poprzednich okresów sprawozdawczych. Brak dokumentów źródłowych obrazujących rozliczenie poszczególnych miesięcy, na każdym z oddziałów, co do których wykazano świadczenia ponadlimitowe, uniemożliwia jednakże dokonanie ocen w tym zakresie. Należy przy tym mieć na uwadze, że pierwotnie w ramach kontraktu na 2009 r. ustalono sumę zobowiązań NFZ jedynie na pierwsze półrocze, a dopiero w jednym z jej aneksów ustalona została ona na cały rok. Ponadto w trakcie realizacji umowy była ona wielokrotnie aneksowana, min. w zakresie obejmującym ustalenie wielkości limitów na poszczególnych oddziałach, a w konsekwencji globalnej sumy zobowiązań, do której realizacji strona pozwana się zobowiązywała. Prowadzenie w tej sytuacji polityki realizacji zabiegów planowych, musiała nastroczać szeregu problemów. Wskazać przy tym należy, że wbrew twierdzeniom strony pozwanej, powód prowadził listę osób oczekujących na realizację świadczeń, która podlegała modyfikacjom w zależności od ilości przypadków nagłych zagrażających życiu lub zdrowiu, które zostały zrealizowane w danym miesiącu podlegającym rozliczeniu, a zostały rozliczone w ramach limitu. Za wiarygodne należy uznać złożone w tym zakresie zeznania przez N. K., którym strona pozwana nie przeciwstawiła jakiegokolwiek przeciwdowodu. W szczególności należy wskazać, że brak jest jakichkolwiek dokumentów obejmujących sporny okres, z których wynikałoby, że powód nie prowadził takich list, czy też, że były one prowadzone nierzetelnie (np. brak jest pism w tym przedmiocie, czy protokołów pokontrolnych, które wskazywałyby na takie zaniedbania). Nie potwierdził tego zarzutu również świadek M. S..

Za chybiony należy również uznać zarzut strony pozwanej, co do niewypełnienia przez powoda obowiązku oznaczania zrealizowanych w 2009 r. świadczeń literą „T” lub „N”, co jakoby miało uniemożliwiać sprawowania bieżącej i należytej kontroli nad prawidłowością ich rozliczeń. Po pierwsze jak wskazano wyżej, strona pozwana nie wykazała, że strony podpisały aneks do umowy na 2009 r. w ramach, którego przyjęłyby zasady wynikające z zarządzenia Prezesa NFZ nr (...) z 9.01.2009 r.

Po drugie należy wskazać, że w zebranych w sprawie materiale dowodowym brak jest jakichkolwiek dowodów, z których wynikałoby, że powód w spornym okresie nie realizował obowiązków jakie na nim ciążyły, z mocy

rozp. Ministra Zdrowia z dnia 20.06.2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. nr 123 poz. 801, z dnia 11.07.2008 r.). W oparciu o gromadzone przez powoda informacje o każdym zrealizowanym świadczeniu w danym okresie sprawozdawczym, w zakresie wynikającym z tej regulacji (w tym o prowadzonych listach kolejkowych), jak również przekazywane stronie pozwanej dane, stanowiące bardzo obszerny materiał źródłowy, sprawowanie przez nią bieżącej kontroli nad prawidłowością rozliczeń kontraktu, należało uznać za w pełni zapewnione (w tym również kontroli nad prawidłowym kwalifikowaniu danych przypadków jako nagłych, wymagających świadczeń ratujących życie i zdrowie).

Za nieuzasadniony, w ocenie Sądu Apelacyjnego należało również uznać zarzut, odnośnie przyjęcia przez Sąd Okręgowy, że oświadczenia woli stron zawarte w aneksach nr (...) do umowy, nie stanowiły ostatecznego rozliczenia spornego kontraktu.

W pierwszym rzędzie należy wskazać, że zarówno w odpowiedzi na pozew jak i w piśmie procesowym z dnia 29.09.2010 r., złożonym w terminie wyznaczonym przez Sąd I Instancji w oparciu o art. 207 §3 k.p.c., strona pozwana wskazywała, że już po zakończeniu kontraktu proponowała powodowie zawarcie ugody, co do wykonanych przez niego świadczeń ponadlimitowych, jednakże tylko tych, które dotyczyły endoprotez, jednakże propozycja ta nie została przyjęta. Podnoszone przez nią w toku dalszego procesu twierdzenia, odnośnie dojścia między stronami do porozumienia, co do ostatecznego rozliczenia świadczeń zrealizowanych przez powoda w 2009 r., w oparciu o aneksy zawarte już w 2010 r., zostały zatem trafnie pominięte przez Sąd Okręgowy jako spóźnione.

Niezależnie od tego należy mieć na uwadze, że nie znajdowały one uzasadnienia w świetle treści tych aneksów, a w szczególności tych które zostały wskazane przez stronę pozwaną w ramach apelacji.

Jak wynika z poczynionych powyżej ustaleń, zwiększenie kwoty zobowiązań NFZ w ramach kontraktu na 2009 r., już po zakończeniu tego roku wynikało z posiadania przez pozwaną nadwyżki środków, którą mogła przeznaczyć na realizację świadczeń ponadlimitowych. Strony w ramach swobody umów wynikającej z art. 353¹ k.c., doszły do porozumienia (w ramach aneksu nr (...) z dnia 21.01. 2010 r.), co do sfinansowania świadczeń ponadlimitowych zrealizowanych przez powoda na oddziałach Neonatologii – Hospitalizacja oraz Położnictwo i Ginekologia – Hospitalizacja. Z posiadanych przez (...) Oddział (...) środków na ten cel została przeznaczona kwota 172.584 zł. Kolejnym aneksem nr (...) z 1.02.2010 r., strony uzgodniły zwiększenie sumy zobowiązań NFZ objętych kontraktem na 2009 r. o dalszą kwotę 830,50 zł. Następne aneksy nr (...), dotyczyły już tylko przesunięć limitów punktowych i wartości świadczeń z oddziałów, które wykazywały niewykorzystane limity, na rzecz oddziałów, na których były nadwykonania, bez zmiany maksymalnej sumy zobowiązań NFZ ustalonej uprzednio na poziomie 45.506.882,50 zł.

Z treści tych aneksów nie wynika bynajmniej, aby miały one dotyczyć uzgodnień stron, co do rozliczenia pozostałych świadczeń ponadlimitowych, za których zapłaty powód domagał się w ramach niniejszego procesu. Zwrócić przy tym należy uwagę, że po każdym zwiększeniu sumy zobowiązań NFZ ustalonej w ramach kontraktu na 2009 r., powód dokonywał korekty faktury wystawionej za świadczenia ponadlimitowe (w kwotach wyższych, aniżeli wynikała ze zwiększenia puli tych środków), a ostatecznie w sprawozdaniu za grudzień 2009 r. oddziały, których dotyczyły uzgodnienia w ramach tych aneksów, wykazane zostały jako zrealizowane w ramach limitów.

Wskazać przy tym należy, że powód konsekwentnie zaprzeczał, aby strony doszły do porozumienia, co do rozliczenia za 2009 r., a tym samym, aby wyraził wolę rezygnacji z roszczeń, które pozostawały sporne na obecnym etapie postępowania. Również pozwana w toku procesu wskazywała, że powód nie wyrażał zgody na jej propozycje ugodowe. Odrzucona została również jej propozycja złożona na ostatniej rozprawie, jaka odbyła się przed tut. Sądem.

Za chybiony, należało również uznać zarzut, braku odniesienia się przez Sąd Okręgowy do twierdzeń strony pozwanej dotyczących uwarunkowań oraz ograniczeń finansowych NFZ. Istnienie tych ograniczeń nie było kwestią sporną między stronami, ale co istotniejsze okoliczność ta nie stanowiła przesłanki uwzględnienia powództwa. Oczywiście jest, że NFZ, a w konsekwencji każdy z jego oddziałów, na dany rok dysponuje określoną pulą środków pochodzącą ze

składek i w oparciu o kontrakty zawierane ze świadczeniodawcami, zobligowane jest stworzyć warunki zapewniające opiekę medyczną dla pacjentów w obszarze jego właściwości. Brak jest jednakże przesłanek, do przerwania na realizujących świadczenia kosztów wykonania tych świadczeń, co do których realizacji byli oni zobowiązani, w świetle regulacji stanowiących podstawę dochodzenia niniejszego roszczenia, w sytuacji gdy miało to miejsce, po wyczerpaniu limitów uzgodnionych z NFZ w ramach kontraktów. Wymaga przy tym podkreślenia, że w okresie trwania umowy NFZ przekazywał powodowi, comiesięcznie 1/12 wartości kontraktu, natomiast wykonanie świadczeń ponadlimitowych, mieszczących się w ramach definicji art. 7 u.z.o.z., musiało zostać „skredytowane” przez świadczeniodawcę, ze środków jakimi wówczas dysponował. Zarówno niedoszacowanie liczby takich przypadków na etapie zawierania kontraktu, jak również brak ustalenia w jego ramach zasad, w oparciu o które byłyby one rozliczane w pierwszej kolejności, tak aby jak największa ich liczba została rozliczona w ramach limitu, nie stanowi okoliczności, za które powód ponosi odpowiedzialności. Zwrócić przy tym należy uwagę, że w przypadku obu stron, realizacja ciężących na nich obowiązków w roku na który zawarły one kontrakt, wymagała uwzględnienia miesięcznych okresów rozliczeniowych. Powód nie mógł bowiem realizować wszystkich świadczeń, aż do wyczerpania limitów przyznanych na dany rok, bowiem po pierwsze uzyskiwał od strony pozwanej finansowanie części z nich, odpowiadającej comiesięcznie 1/12 wartości kontraktu, a ponadto doprowadziłby do stanu, że przez znaczną część roku wykonywane byłyby jedynie świadczenia, które nie kwalifikowały się jako zabiegi planowe (przy ponoszeniu kosztów stałych związanych z utrzymaniem jednostki w stanie umożliwiającym ich realizację). Jak wynika ze zgromadzonego materiału dowodowego, powód respektując zasady realizacji zabiegów planowych, w ramach prowadzonych list kolejkowych, w przypadku, gdy zabiegi planowe w danym miesiącu nie mogły być przeprowadzone, bowiem miała miejsce większa niż przewidywana liczba świadczeń w przypadkach nagłych, przesuwał ich realizację na późniejsze okresy. Po wyczerpaniu limitu, stanowiącego 1/12 limitu rocznego, wykonywane były świadczenia w przypadkach nagłych, za które domagał się zapłaty w ramach niniejszego powództwa. Wymaga również podkreślenia, że nie były one kumulowane przez powoda, celem zgłoszenia roszczeń z tego tytułu po zakończeniu realizacji kontraktu na 2009 r., lecz jak wynika z zeznań N. K. oraz M. S., były one wykazywane w comiesięcznych sprawozdaniach składanych NFZ, z żądaniem za nie zapłaty.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację jako bezzasadną.

Orzeczenie o kosztach postępowania apelacyjnego wydano stosownie do jego wyniku, zgodnie z żądaniem powoda, na podstawie art. 98 §1 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. w zw. z § 6 ust. 7 w zw. z § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności radców prawnych (...)

MR