

Sygn. akt I ACa 872/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 marca 2014 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący-Sędzia	SA Ewelina Jokiel (spr.)
Sędzia	SA Michał Kopeć
Sędzia	SA Andrzej Lewandowski
Protokolant	stażysta Agnieszka Kisicka

po rozpoznaniu w dniu 19 marca 2014 r. w Gdańsku na rozprawie

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

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w G.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Gdańsku

z dnia 9 września 2013 r. sygn. akt XV C 458/12

I. prostuje omyłkę pisarską w nazwie powoda w zaskarżonym wyroku w ten sposób, że w miejsce Szpital po słowie Wojewódzkiego wpisuje Szpitala;

II. oddala apelację;

III. nie obciąża powoda kosztami postępowania odwoławczego należnymi pozwanemu.

Na oryginale właściwe podpisy.

Sygn. akt: I ACa 872/13

UZASADNIENIE

Powód Wojewódzki Szpital (...) w S. domagał się zasądzenia od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia w W. (...) Oddziału Wojewódzkiego w G. kwoty 3.962.306,98 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 3.07.2010 r. do dnia zapłaty oraz zwrotu kosztów procesu.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu.

Wyrokiem z dnia 9 września 2013 r. Sąd Okręgowy w Gdańsku oddalił powództwo i odstąpił od obciążania powoda kosztami procesu.

Powyższy wyrok Sąd Okręgowy oparł na następujących ustaleniach faktycznych:

Na podstawie umowy z dnia 28 stycznia 2009 r. nr (...) o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a Wojewódzkim Szpitalem (...) w S. powód w 2009 r. wykonywał zakontraktowane przez pozwanego świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia szpitalnego. Ostateczna wartość umowy wyniosła 108.866.269,69 zł. Cena za punkt procedury medycznej została ustalona na kwotę 51 zł.

Powód w 2009 r. udzielił świadczeń zdrowotnych w ramach tak zwanego przymusu ustawowego osobom, których życie lub zdrowie było zagrożone.

Aneksem nr (...) z dnia 30 listopada 2009 r. do umowy nr (...) o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej strony rozliczyły wykonanie umowy w okresie 1.01.2009 r. - 30.06.2009 r. ustalając, że kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda z tytułu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej wynosi 49.485.985 zł. Strony oświadczyły, iż środki zawarte w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik do aneksu stanowią ostateczne rozliczenie umowy w okresie 1.01.2009 - 30.06.2009 r.

W dniu 3 marca 2010 r. strony podpisały aneks nr (...) do umowy nr (...), zmieniając aneks nr (...) i ustalając, że ostateczna kwota zobowiązania pozwanego wobec powoda wynosi 54.737.590,69 zł za I półrocze 2009 r. Strony rozliczyły również świadczenia nieobjęte planem rzeczowo-finansowym, a wykonane w warunkach tak zwanego przymusu ustawowego, tj. w szczególności w trybie art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej lub art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry po cenie 32,61 zł za punkt rozliczeniowy.

Aneksem nr (...) z dnia 15 lutego 2010 r. do umowy nr (...) strony rozliczyły wszystkie wykonane świadczenia opieki zdrowotnej za okres 1.07.2009 r. -31.12.2009 r., w tym nieobjęte planem rzeczowo-finansowym, a wykonane w warunkach tak zwanego przymusu ustawowego. Strony ustaliły, iż w kwocie, którą pozwany zobowiązał się zapłacić na rzecz powoda zawarta jest kwota 3.912.308,40 zł, przy czym cena świadczeń została określona w załączniku do aneksu.

Strony oświadczyły, że kwoty zawarte w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik do aneksu obejmują wszystkie świadczenia zrealizowane i ostatecznie sprawozdane za okres 1.07.2009 r. - 31.12.2009 r. i stanowią ostateczne rozliczenie wszystkich świadczeń wykonanych przez powoda w tym okresie. Zapłata kwoty wskazanej w aneksie wyczerpuje wszelkie roszczenia powoda wobec pozwanego związane z realizacją świadczeń udzielonych w każdych okolicznościach we wskazanym okresie. Powód oświadczył, że nie będzie dochodził w przyszłości jakichkolwiek dalszych roszczeń związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej w okresie 1.07.2009 r. - 31.12.2009 r., w tym wykonanych w ramach tak zwanego przymusu ustawowego. Świadczenia wykonane w ramach przymusu ustawowego zostały rozliczone za okres 1.07.2009 -31.12.2009 po cenie 26,85 zł za punkt rozliczeniowy.

Treść aneksów została przygotowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie dokumentacji sporządzonej przez powoda. Aneksy do umowy zostały podpisane przez powodowy szpital. Kwota 32,61 zł za punkt rozliczeniowy procedury medycznej za pierwsze półrocze i 26,85 zł za drugie półrocze 2009 r. nie podlegała negocjacji. Po podpisaniu aneksów kwoty w nich określone zostały przekazane powodowi.

Powód wystawił faktury VAT nr (...) na kwotę 3.907.946,18 zł tytułem różnic cenowych do umowy nr (...) za I i II półrocze 2009 oraz nr (...) tytułem świadczeń wykonanych ponad limit w I i II półroczu 2009 r.

Pismem z dnia 17.06.2010 r. powód wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 3.962,98 zł tytułem wynagrodzenia za udzielenie świadczeń zdrowotnych w 2009 r.

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o zgromadzony w sprawie materiał dowodowy w postaci dokumentów oraz zeznań świadków i osób uprawnionych do działania w imieniu powoda i pozwanego.

Sąd dał wiarę zeznaniom świadków M. G., I. J., M. S. oraz zeznaniom R. S. reprezentującego powoda i B. K. reprezentującej pozwanego, które są logiczne, konsekwentne, wzajemnie się uzupełniają i wraz z dowodami z dokumentów tworzą spójny obraz zdarzeń.

Sąd uznał za wiarygodne zgromadzone w sprawie dokumenty, nie znajdując podstaw do kwestionowania ich wiarygodności, a ich autentyczność nie była także kwestionowana przez strony.

Sąd oddalił wniosek powoda o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego na okoliczność ustalenia, czy zwłoka w udzieleniu świadczenia zdrowotnego pacjentom wskazanym w wykazach świadczeń zdrowotnych mogła zagrozić zdrowiu bądź życiu oraz czy w stanie faktycznym każdego przypadku medycznego wskazanego w wykazie świadczeń zdrowotnych powód mógł odstąpić od udzielenia świadczeń zdrowotnych bez narażenia pacjenta na zagrożenie zdrowia bądź życia. Przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego byłoby zbędne, nie miałyby znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy i przyczyniłyby się jedynie do przedłużenia postępowania. Sąd uznał bowiem, że strony wiąże stanowisko zawarte w aneksach do umowy nr (...), zgodnie z którymi świadczenia udzielone w ramach tak zwanego przymusu ustawowego zostały w całości rozliczone. Nadto okoliczność, że świadczenia zdrowotne zostały udzielone przez powoda w ramach przymusu ustawowego nie była sporna.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Okręgowy uznał, że powództwo nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd Okręgowy wskazał, że strony zawierając umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego (art. 353¹ k.c.). Sąd Okręgowy powołał się na art. 917 k.c., podając, że przez ugodę strony czynią sobie wzajemne ustępstwa w zakresie istniejącego między nimi stosunku prawnego w tym celu, aby uchylić niepewność co do roszczeń wynikających z tego stosunku lub zapewnić ich wykonanie albo by uchylić spór istniejący lub mogący powstać.

W ocenie Sądu strony zawierając aneksy do umowy nr (...) z dnia 28 stycznia 2009 r. ostatecznie rozliczyły koszty udzielonych przez powoda świadczeń medycznych w zakresie leczenia szpitalnego za 2009 r., w tym udzielonych w ramach tak zwanego przymusu ustawowego. Treść aneksów nr (...) jest jasna, precyzyjna i nie pozostawia żadnych wątpliwości interpretacyjnych, że zamiarem stron było ostateczne rozliczenie wszystkich udzielonych przez powoda świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w ramach tak zwanego przymusu ustawowego. Okres 1.01.2009 - 30.06.2009 r. został rozliczony aneksami nr (...). W §1 ust. 2 aneksu nr (...) wyraźnie wskazano, że środki zawarte w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik do aneksu stanowią ostateczne rozliczenie umowy w okresie rozliczeniowym od 1.01.2009 r. do 30.06.2009 r. Należy podkreślić, że w aneksie nr (...) z dnia 3.03.2010 strony ustaliły kwotę zobowiązania pozwanego wobec powoda, która obejmowała również świadczenia wykonane w warunkach tak zwanego przymusu ustawowego (§1 ust. 3 aneksu).

Z kolei okres 1.07.2009 - 31.12.2009 r. został rozliczony aneksem nr (...) (k.52). Strony oświadczyły w nim, że kwoty zawarte w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik do aneksu obejmują wszystkie świadczenia zrealizowane i ostatecznie sprawozdane za okres 1.07.2009 r. - 31.12.2009 r. i stanowią ostateczne rozliczenie wszystkich świadczeń wykonanych przez powoda w tym okresie. Zapłata kwoty wskazanej w aneksie wyczerpała wszelkie roszczenia powoda wobec pozwanego związane z realizacją świadczeń udzielonych w każdych okolicznościach we wskazanym okresie, w tym wykonanych w warunkach tak zwanego przymusu ustawowego (§1 ust. 4 aneksu).

Powód podnosił, że podpisał aneksy do umowy nr (...), nie mając wpływu na ich treść i godząc się na zapłatę za świadczenia udzielone w ramach przymusu ustawowego według stawki niższej niż 51 zł za punkt rozliczeniowy, ponieważ była to jedyna możliwość uzyskania środków finansowych od pozwanego. W niniejszej sprawie, w ocenie Sądu Okręgowego, nie zachodzi jednak statuowany przez art. 388 §1 k.c. wyzysk. Sąd zaznaczył, że ugody zostały

zawarte przez podmioty posiadające profesjonalny aparat administracyjno-prawny w zakresie spraw, jakimi zajmują się w ramach swojej działalności. Powód zdecydował się na zawarcie ugody, akceptując niższą stawkę za punkt rozliczeniowy niż kwota 51 zł wynikająca z umowy z dnia 28.01.2009 r. w zamian za niezwłoczną zapłatę pozostałej części zobowiązania pozwanego. Powyższe mieściło się w ramach ustępstw, których czynienie jest istotą zawarcia ugody. Sąd wskazał nadto, że kwoty objęte ugodami za świadczenia wykonane w ramach przymusu ustawowego stanowiły co najmniej 50% kwoty ustalonej za punkt rozliczeniowy. W ocenie Sądu zawarcie ugody było dopuszczalne na zasadzie swobody umów wyrażonej w art. 353¹ k.c. i nie było sprzeczne z jakimkolwiek przepisem prawa, ani zasadami współżycia społecznego.

Odnośnie rozliczenia okresu 1.07.2009 r. - 31.12.2009 r. powództwo podlegało oddaleniu także z tego względu, że powód w § 2 ust. 2 aneksu nr (...) oświadczył, że nie będzie dochodził w przyszłości jakichkolwiek dalszych roszczeń związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej w okresie 1.07.2009 r. - 31.12.2009 r., w tym wykonanych w ramach tak zwanego przymusu ustawowego. Zatem powód zrzekł się wszelkich roszczeń za świadczenia medyczne w II półroczu 2009 r. ponad kwotę ustaloną w aneksie. Powód nie dowodził, aby uchylił się od skutków prawnych swojego oświadczenia woli. Na skutek zrzeczenia się roszczeń roszczenia powoda wygasły i nie mogą być skutecznie dochodzone na drodze procesu. Powód nie wykazał, aby jego oświadczenie woli o zawarciu aneksów, w tym o zrzeczeniu się roszczeń było dotknięte wadą oświadczenia woli.

Aneksami do umowy z dnia 28.01.2009 r. strony rozliczyły także świadczenia udzielone w ramach przymusu ustawowego, które w ogóle nie były objęte umową nr (...), wobec czego art. 158 ust.1 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach

opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (D.U. z 2008 Nr 164 poz. 1027 j.t.), zgodnie z którym nieważna jest zmiana zawartej umowy, jeżeli dotyczy ona warunków, które podlegały ocenie przy wyborze oferty, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, nie znajdzie w niniejszej sprawie zastosowania.

O kosztach procesu Sąd Okręgowy orzekł na mocy art. 102 k.p.c. zgodnie z zasadą słuszności.

Powyższy wyrok zaskarżył powód, w części oddalającej powództwo co do kwoty 3 907 946, 18 zł, wnosząc o zmianę zaskarżonego wyroku i zasądzenie od pozwanego na jego rzecz kwoty 3 907 946, 18 zł z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 3 lipca 2010 r. do dnia zapłaty, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania oraz o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu.

Wyrokowi temu skarżący zarzucił:

1. naruszenie prawa materialnego, tj. przepisu § 27 ust. 2 i § 43 Ogólnych warunków umów o udzielenie 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 poprzez ich błędną wykładnię i przyjęcie, że rozliczenie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosownie do w/w § 27 ust. 2 i § 43 wyłącza możliwość dochodzenia przez świadczeniodawcę należnej mu zapłaty za wykonane świadczenia opieki zdrowotnej objęte rozliczeniem;

2. naruszenie prawa materialnego, tj. przepisu art. 158 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z przepisem art. 56 k.c. poprzez ich niezastosowanie w sytuacji, gdzie obowiązki wynikające z przepisów art. 7 ustawy z dnia 31 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie i lekarza dentystry mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne, co powoduje, że koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego zgodnie z art. 56 k.c. należy włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniobiorcą i obciążyć nimi

Narodowy Fundusz Zdrowia zarządzający środkami publicznymi, z których powinny one być pokryte według cen określonych w umowie stosownie do dyspozycji przepisu art. 158 ustawy z dnia 27 sierpnia

2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z § 15 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W odpowiedzi na apelację pozwany wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego za instancję odwoławczą według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja nie jest zasadna.

Sąd Apelacyjny - po samodzielnym zapoznaniu się i rozważeniu całości zebranego w sprawie materiału dowodowego stosownie do treści art. 382 k.p.c doszedł do wniosku, że ustalenia faktyczne dokonane przez Sąd I instancji akceptuje i przyjmuje je za własne przy dokonywaniu oceny zasadności apelacji.

W niniejszej sprawie oś sporu koncentrowała się wokół interpretacji przepisów prawa materialnego, które w ocenie skarżącego, zostały naruszone przez Sąd Okręgowy.

Przechodząc do repliki zarzutów podniesionych w apelacji na wstępie wskazać należy, że bezspornym jest, iż strony łączyła umowa z dnia 28 stycznia 2009 r. nr (...) o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, która jest umową cywilnoprawną, typową, uregulowaną przepisami ustawy z dnia 27 czerwca 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 -zwanej dalej "ustawą o świadczeniach zdrowotnych"), której essentialia negotii określa art. 136 wskazanej ustawy. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest kompleksowa opieka zdrowotna świadczeniodawcy nad świadczeniobiorcą. W świetle obowiązujących przepisów stosunek prawny między Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcą ma charakter cywilnoprawny, a jego podstawę stanowi właśnie umowa zawarta między tymi podmiotami. Źródłem powstania po stronie NFZ-u obowiązku na rzecz świadczeniodawcy za wykonane świadczenia jest więc zawarcie odpowiedniej umowy dotyczącej tych świadczeń, jaką w niniejszym postępowaniu podpisały strony, następnie ją „aneksując”, celem rozliczenia kosztów udzielonych przez powoda świadczeń medycznych w zakresie leczenia szpitalnego za 2009 r., w tym udzielonych w ramach tzw. przymusu ustawowego, co wynika z klarownej i niebudzącej wątpliwości interpretacyjnych treści aneksów nr (...). Wykładnia podpisanych przez strony aneksów rozliczeniowych wskazuje bowiem, że doprowadziły one do zmiany istniejącego stosunku zobowiązaniowego i jego modyfikacji zarówno w zakresie objęcia umową świadczeń wcześniej nią nieobjętych, jak i zasad wynagrodzenia, ostatecznie prowadząc do rozliczenia świadczeń wykonanych przez powoda w 2009 r. Rację ma przy tym pozwany, że jak

wskazuje zebrany w sprawie materiał dowodowy, każda ze stron miała świadomość zysków i strat wynikających z zawarcia takiej umowy. Po stronie powoda niewątpliwie zyskiem było uzyskanie dodatkowej należności, zaś po stronie pozwanej uchylenie niepewności co do zapłaty za świadczenia wykonane według powoda w trybie przymusu ustawowego i ponad limit ustalony w umowie oraz w granicach wyznaczonych planem finansowym. Literalna wykładnia treści powołanych przez powoda dowodów w postaci wskazanych wyżej aneksów wespół z powyższym prowadzi do wniosku, że nie były one aneksami do umowy, lecz stanowiły ugody, bowiem zawierały końcowe rozliczenie świadczeń wykonanych na podstawie w/w umowy w 2009 r., przy czym rozliczenie to obejmowało również świadczenia wykonane w warunkach tzw. przymusu ustawowego. Powyższe potwierdzają użyte przez strony zwroty "ostateczne rozliczenie umowy", czy też "ostateczna kwota zobowiązania", "całkowite wynagrodzenie". A mianowicie okres od 1 stycznia 2009 r. do 30 czerwca 2009 r. został rozliczony aneksami nr (...), przy czym w § 1 ust. 2 aneksu nr (...) wskazano, że środki zawarte w planie rzeczowo - finansowym stanowią załącznik do aneksu stanowią ostateczne rozliczenie umowy w w/w okresie rozliczeniowym. Poza tym w aneksie nr (...) strony ustaliły kwotę zobowiązania pozwanej wobec powoda, która obejmowała również świadczenia wykonane w ramach tzw. przymusu ustawowego. Natomiast okres od 1 lipca 2009 r. do 31 grudnia 2009 r. został rozliczony aneksem nr (...), w którym wskazano, że wszystkie kwoty zawarte w planie rzeczowo - finansowym obejmują wszystkie świadczenia zrealizowane

i ostatecznie sprawozdane za w/w okres i stanowią ostateczne rozliczenie wszystkich świadczeń wykonanych przez powoda w tym okresie, w tym nieobjętych dotychczas planem rzeczowo - finansowym, a wykonanych w warunkach tzw. przymusu ustawowego. Dodatkowo powód w aneksie tym oświadczył, że nie będzie dochodził w przyszłości jakichkolwiek dalszych roszczeń związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej w okresie od 1 lipca 2009 r. do 31 grudnia 2009 r., w tym wykonanych w ramach tzw. przymusu ustawowego. Niezależnie od tego strony jako podstawę zawartego porozumienia wymieniły po pierwsze art. 917 k.c, co bezpośrednio wskazuje na ich intencję nadania temu porozumieniu charakteru ugody, po wtóre jako podstawę prawną zawarcia tego porozumienia wskazane zostały w nim przepisy § 27 ust. 2 i § 43 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), a nie przepis § 21 tego rozporządzenia, który jako dotyczący zawierania aneksów jednakże jedynie na skutek wniosków świadczeniodawcy odnoszących się do tzw. przesunięć międzyokresowych mógłby podawać w wątpliwość kwalifikację tego porozumienia jako ugody. W rezultacie to treść stosunku zobowiązaniowego, ukształtowanego przez strony w drodze aneksów zmieniła tak wzajemne prawa i obowiązki stron, że uczyniły one rozliczenie umowy rozliczeniem kompleksowym i ostatecznym wszystkich świadczeń wykonanych przez

powoda w 2009 r. zarówno na podstawie umowy stron, jak i w ramach tzw. przymusu ustawowego. Dodatkowo wskazać trzeba, że postanowienia § 27 ust. 2 i § 43 w/w rozporządzenia stanowią jedynie o konieczności rozliczenia umowy po upływie okresu rozliczeniowego oraz możliwości dokonania zmian umowy na wniosek którejkolwiek ze stron. Żaden z tych zapisów nie precyzuje jednak ani zasad, ani warunków takiego rozliczenia czy też zmian umowy, pozostawiając to swobodnym ustaleniom stron. Z pola widzenia Sądu nie może zniknąć to, że powód negocjował zapisy aneksów, rozważał zyski i straty wynikające z ich brzmienia, by w końcu wyrazić wolę ich podpisania. W konsekwencji trudno uznać zarzut naruszenia § 27 ust. 2 i § 43 rozporządzenia za uzasadniony.

Reasumując, mimo posłużenia się przez strony nazwą "aneks", a nie "ugoda", porozumienia dotyczące wzajemnych rozliczeń stron de facto stanowiły ugodę w rozumieniu art. 917 k.c, nie tworząc między stronami nowego stosunku prawnego, lecz prowadząc do częściowego zmodyfikowania istniejącego stosunku cywilnoprawnego i kształtując go na nowo, jednakże jako pochodną wzajemnych ustępstw poczynionych sobie nawzajem przez strony. W realiach niniejszej sprawy ustępstwa te jakkolwiek niewyeksplikowane w ugodzie, sprowadzały się do tego, że powód zyskiwał niezwłoczną zapłatę pozostałej części zobowiązania pozwanego, akceptując jednak niższą stawkę za punkt rozliczeniowy niż 51 zł.

Dla oceny wyżej wymienionych aneksów dokonanej pod kątem sprzeczności ich treści z art. 158 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, istotne są wymienione w tym przepisie ekscpecje od sformułowanego także w nim zakazu dokonywania zmian teje umowy. A mianowicie zgodnie z ust. 1 w/w przepisu nieważna jest zmiana zawartej umowy, jeżeli dotyczy ona warunków, które podlegały ocenie przy wyborze oferty, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy. Taki też charakter miały dokonane przez strony zmiany umowy w zakresie świadczeń, które nie były wcześniej jej przedmiotem i których powstania w konkretnych ilościach żadna ze stron nie mogła przewidzieć. Konieczność udzielenia świadczenia w trybie przymusu ustawowego w warunkach, o których mowa w art. 19 ustawy o świadczeniach zdrowotnych jest zdarzeniem nagłym i niezależnym od woli stron. Zgodzić należy się z pozwanym, że to właśnie z uwagi na pewnego rodzaju nieprzewidywalność udzielenia określonego rodzaju świadczeń zdrowotnych ustawodawca w art. 158 wskazał na wyjątki od zasady zmiany warunków umowy. Przenosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy należy wskazać, że wskazanie przez powoda na dużą liczbę świadczeń ponadlimitowych oszacowanych na kwotę około 8 000 000 zł było okolicznością, której nie można było przewidzieć, bowiem jak wskazał pozwany, ich dynamika, rodzaj i miejsce nie są przewidywalne. Na dynamikę zmian ma bowiem wpływ nie tylko wybór pacjenta co do

miejsca, w którym chce być leczony, ale również poprawa jakości usług u danego świadczeniodawcy. O ile skala ponadlimitów jest możliwa do przewidzenia, to już gdzie one wystąpią i w jakiej konfiguracji - nie. Poza tym w realiach sprawy dopiero w 2009 r. pojawiła się konieczność dokonania wyboru pomiędzy świadczeniami ponadlimitowymi, za które pozwany musiał zapłacić w pierwszej kolejności.

W tym stanie rzeczy nie sposób stwierdzić, by Sąd naruszył treść przepisu art. 158 ustawy o świadczeniach zdrowotnych oraz art. 56 k.c. W rezultacie nie może zatem znaleźć zastosowania orzecznictwo Sądu Najwyższego dotyczące obowiązku zapłaty przez NFZ za świadczenia ponadlimitowe udzielone w ramach bezpośredniego zagrożenia życia w oparciu o art. 56 k.c, dlatego, że pozwany zapłacił za wszelkie sprawozdane przez powoda świadczenia, ale na nowych warunkach finansowych, na które powód świadomie wyraził zgodę, czemu dał wyraz podpisując aneksy rozliczeniowe i nigdy nie uchylił się od skutków prawnych swoich oświadczeń woli.

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

Sąd Apelacyjny na podstawie art. 102 k.p.c. nie obciążał powoda kosztami postępowania odwoławczego, biorąc pod uwagę jego trudną sytuację finansową oraz charakter zgłoszonego roszczenia, które dotyczy zapłaty za świadczenia faktycznie wykonane przez powoda, którego działalność w istocie jest finansowana ze środków publicznych przekazywanych na ten cel przez pozwanego, wobec czego środki przeznaczone na zwrot kosztów procesu pochodziłyby de facto właśnie od pozwanego.

Sąd Apelacyjny na podstawie art. 350 § 1 i 3 k.p.c. dokonał sprostowania oczywistej omyłki pisarskiej w zaskarżonym wyroku w sposób wskazany w sentencji.