

Sygn. akt I ACa 1/04



W Y R O K

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 czerwca 2004r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie Wydział I Cywilny w składzie:

Przewodniczący - Sędzia SA	– Krzysztof Strzelczyk
Sędzia SA	– Anna Owczarek
Sędzia SO (del.)	– Hanna Wawrzyniak
Protokolant:	– Janusz Bielski

**po rozpoznaniu w dniu 29 czerwca 2004 r. w Warszawie
na rozprawie sprawy z powództwa Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ż.
przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Mazowiecki Oddział
Wojewódzki) z siedzibą w Warszawie
o zapłatę
na skutek apelacji pozwanego
od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie
z dnia 11 września 2003 r.
sygn. akt I C 1126/02**

- I. Zmienia zaskarżony wyrok w pkt 1 w ten sposób, że oddala powództwo oraz w pkt 3 w ten sposób, że zasądza od Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ż. na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia Mazowiecki Oddział Wojewódzki kwotę 6000 zł, tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.**
- II. Zasądza od Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ż. na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia kwotę 5400 zł, tytułem kosztów zastępstwa procesowego na drugą instancję.**
- III. Odstępuje od obciążenia powoda wpisem od apelacji.**

Sygn.akt I Ca 1/04**U Z A S A D N I E N I E**

Sąd Okręgowy w Warszawie, wyrokiem z dnia 11 września 2003r. w sprawie z powództwa Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ż. przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia Mazowiecki Oddział Wojewódzki o zapłatę kwoty 1 247 330,93 zł., z ustawowymi odsetkami od dnia 1 kwietnia 2000 r. do dnia zapłaty, zasądził na rzecz powoda całą kwotę objętą żądaniem pozwu - z ustawowymi odsetkami o(dnia 6 września 2002r., w pozostałej części powództwo oddalił i orzekł o należnych kosztach procesu na rzecz powoda.

Sąd Okręgowy ustalił, iż dnia [...] grudnia 1998r. pomiędzy Zakładem Opieki Zdrowotnej w Ż. a Mazowiecką Regionalną Kasą Chorych została zawarta umowa na świadczenie usług medycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. W tej samej dacie zostały zawarte również umowy : na udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych - w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Dodatkowa umowa ponadto łączył; strony w zakresie świadczeń stomatologicznych. W dniu [...] lutego 1999r. strony te zawarły również umowę w sprawie zasad i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przysługujących ubezpieczonym w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie pomocy doraźnej w 1999r. Zawarcie każdej z umów w Kasą Chorych poprzedzone było rozpisaniem konkursu, do którego przystępowali świadczeniodawcy. Kasa Chorych narzuciła wysokość stawek za jedną poradę , na co powód musiał przystać z obawy, że w przypadku nie przyjęcia stawek Kasa odstąpi od podpisania umowy. Rok 1999 był pierwszym rokiem funkcjonowania Kas Chorych i obie strony

zawieranych umów miały problemy z ustaleniem ilości świadczeń, które zostaną udzielone przez świadczeniodawców. Umowy z powodem zostały zawarte na okres jednego roku. W umowach tych strony zastrzegły sobie prawo do renegotjacji warunków finansowych świadczeń zdrowotnych i innych warunków umów po zakończeniu I kwartału 1999r. Do renegotjacji umów z ZOZ - em w Ż. nie doszło. Jest poza sporem pomiędzy stronami, że powód wykonał więcej świadczeń, aniżeli wynikało to z warunków umów. Dnia[...] grudnia 2001r. powód wystawił faktury za nadwykonania świadczeń w zakresie leczenia stacjonarnego za 1999r. na kwotę 930 880,76 zł.; w zakresie leczenia specjalistycznego (szpitalnego) na kwotę 258 860,62 zł.; w zakresie usług stomatologicznych na kwotę 8 612,95 zł.; w zakresie pomocy doraźnej na kwotę 48 976,60 zł. Faktura dotycząca nadwykonań w zakresie pomocy doraźnej została odesłana przez Kasę Chorych - z uzasadnieniem, że jest niezgodna z zawartą umową. Pomiedzy stronami w 2001r i w 2002r. przekazywana była korespondencja, której przedmiotem była zapłata za nadwykonania świadczeń ponad umowy zawarte z ZOZ - em za 1999r. Kwoty te nie zostały przez Kasę Chorych pokryte.

Sąd Okręgowy ustalił, iż co najmniej w I półroczu 1999r. nie było możliwości przesuwania środków finansowych przeznaczonych na wykonanie poszczególnych umów. Świadczeniodawcy otrzymywali środki finansowe w miesięcznych ratach - 80% w danym miesiącu a 20 % - do 25 dnia następnego miesiąca. Rozliczanie wykonania umów następowało kwartalnie, Jeżeli zatem ZOZ nie wykonał ilości świadczeń zakontraktowanych, otrzymywał środki finansowe za faktycznie wykonane świadczenia, zaś przy nadwykonaniach otrzymywał środki finansowe według takiej ilości, jaka wynikała z umowy. Sąd Okręgowy przyjął ponadto, iż w II półroczu 1999r. umowy były renegotjowane - pomimo

braku odpowiednich dokumentów w aktach sprawy, potwierdzających ten fakt. Zdaniem Sądu I instancji okoliczności sprawy pozwalają jednak uznać tę kwestię za udowodnioną. Z uwagi na to, że w I kwartale 1999r. nadwykonania dotyczyły niemal wszystkich ZOZ - ów, Mazowiecka Regionalna Kasa Chorych wypłaciła wszystkim tym Jednostkom świadczącym usługi zdrowotne, z którymi podpisała umowy, środki finansowe w wysokości 40% nadwykonań. W pozostały zakresie żadnej jednostce takie świadczenia nie zostały wypłacone, z powodu braku środków finansowych po stronie Kasy Chorych, Sąd Okręgowy, w oparciu o poczynione ustalenia, uznał żądanie powoda za uzasadnione - w oparciu o treść przepisów dotyczących prowadzeniu cudzych spraw bez zlecenia tj. art. 752 - 757 kc, W ocenie Sądu Okręgowego ustawa z dnia 6 lutego 1997r, wprowadziła powszechne obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne i na kasach chorych - zgodnie z art. 3 i 4 Ustawy ciążył obowiązek realizacji obowiązków wynikających z ubezpieczenia społecznego. Kasa, realizując te obowiązki, winna zawierać umowy ze świadczeniodawcami. W ocenie Sądu Okręgowego nie była to jednak jedyna forma przekazywania środków finansowych na cele zdrowotne. Umowy zawierane przez Kasy Chorych ze świadczeniodawcami, na 1999r. znacznie odbiegały od faktycznych potrzeb tak in plus jak i in minus. W ocenie Sądu Okręgowego strony przewidywały brak możliwości ustalenia ilości świadczeń wykonanych przez powoda, skoro w § 5 umowa z 31 grudnia 1998r. na świadczenie usług medycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej nie wprowadziła limitów co do ilości świadczeń. Limit taki wynikał jedynie z ustalonej wysokości świadczeń finansowych i wynegocjowanej stawki na 1 poradę. Sąd Okręgowy podkreślił, że pozwany nie kwestionował swoich obowiązków jako podmiotu, który realizował powszechne ubezpieczenie zdrowotne, skoro w I kwartale 1999r. wszystkim podmiotom świadczącym usługi

zdrowotne wypłacił środki finansowe ponad limity wskazane w umowach - w wysokości 40 % . Z tych przyczyn, w ocenie Sądu Okręgowego, powód wykonując świadczenia ponad ilości wskazane w umowach prowadził „cudze” sprawy tj. udzielał porad i świadczeń zdrowotnych, czyli wykonywał obowiązki należące ustawowo do pozwanego. W związku z powyższym może żądać zwrotu uzasadnionych wydatków i nakładów z ustawowymi odsetkami. Żądanie zatem przez powoda zwrotu wydatków poniesionych na leczenie jest - zdaniem Sądu I instancji - uzasadnione. Dla rozstrzygnięcia sprawy , w ocenie Sądu Okręgowego, nie ma znaczenia, że powód nie przedstawił Kasie Chorych merytorycznego uzasadnienia wykonania większej niż zakontraktowana liczby świadczeń, co było warunkiem zwiększenia wysokości transzy, ponieważ bez względu na to, czy takie sprawozdanie zostałoby przekazane czy też nie, transza taka nie zostałaby przekazana z powodu braku środków finansowych po stronie kasy. Poza tym kwestie te należy rozstrzygać w powiązaniu z interesem pacjenta ponieważ Konstytucja RP zapewnia każdemu obywatelowi prawo do ochrony zdrowia. Przy stanowisku zaś prezentowanym przez pozwanego, szpital lub inna placówka służby zdrowia mogłaby odmówić pomocy lekarskiej , nawet w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia tylko z tego powodu, że byłoby to świadczenie nie zakontraktowane.

Sąd Okręgowy podniósł, iż wysokość poniesionych przez powoda wydatków została wskazana w złożonych fakturach , pozwany nigdy w toku procesu tej wysokości nie kwestionował. Podnosił jedynie brak podstaw prawnych do wypłacania transz za nadwykonane świadczenia. Nie kwestionował, że świadczenia takie były wykonane w ilościach wskazanych przez powoda. Sąd Okręgowy uznał zatem, że wysokość żądania została przyznana przez pozwanego i nie wymaga odrębnego dowodu - poza złożonymi rachunkami. Wymagalność roszczenia, w ocenie Sądu

Okręgowego, nastąpiła w dacie doręczenia odpisu pozwu i od tej daty bieżąca odsetki. Od powyższego wyroku apelację złożył pozwany, zarzucając wyrokowi:

I. Naruszenie prawa materialnego przez:

1. błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie art. 752 i nast. kc poprzez przyjęcie, że na podstawie przepisów o prowadzeniu cudzych spraw bez zlecenia powodowi przysługuje prawo domagania się od pozwanego zapłaty za świadczenia zdrowotne wykonane bez podstawy umownej;
2. brak ustosunkowania się i tym samym błędną wykładnię przepisów ustawy z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym a w szczególności jej art. 4 ust. 2 i ust. 3, Art. 53 ust. 3 i art. 54 ust. 4.
3. brak ustosunkowania się i tym samym błędną wykładnię art. 19 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej.
4. brak ustosunkowania się do zapisów umów łączących strony a zawartych na podstawie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.
5. naruszenie art. 6 kc poprzez nie wykazanie przez powoda okoliczności dyskryminowania go przy zawieraniu jak i w trakcie trwania umów,

II. Naruszenie prawa procesowego przez:

1. naruszenie art. 233 § I kpc poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów polegające na uznaniu, że umowy w okresie ich obowiązywania nie były renegotjowane,
2. naruszenie art. 233§1 kpc poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów polegające na uznaniu, że odmowa finansowania przez pozwanego świadczeń nie objętych umowami zawartymi z powodem wywołana była jedynie trudnościami finansowymi.

III. Zarzut fatyczny polegający na niezgodności ustaleń faktycznych sądu z materiałem dowodowym zebrany w sprawie, poprzez uznanie, że Kasa narzuciła wysokość stawek w umowach zawartych 2 powodem.

W oparciu o powyższe zarzuty pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w całości i oddalenie powództwa oraz o zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu - ewentualnie - o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpatrzenia.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Wobec wejścia w życie ustawy z dnia 23 stycznia 2003r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. nr 45, poz. 391 ze zmianami), na podstawie art. 196 pkt 1, art. 198 i art. 202 tejże ustawy oraz przepisów rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z 28 marca 2003r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz. U. nr 55, poz. 481) stroną pozwaną w niniejszym procesie stał się Narodowy Fundusz Zdrowia.

Apelacja pozwanego, w ocenie Sądu Apelacyjnego, zasługuje na uwzględnienie. Rozważając zarzuty podniesione przez skarżącego na wstępie należy podnieść, że instytucja ubezpieczeń: zdrowotnych, w kształcie nadanym przez ustawę z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, wykazuje bardzo złożony charakter. Mamy tu do czynienia z trzema typami stosunków prawnych które są wzajemnie współzależne tj. stosunek pomiędzy ubezpieczonym i kasą chorych (obecnie NFZ); stosunek pomiędzy kasą chorych i świadczeniodawcą tj. zakładem opieki zdrowotnej oraz stosunek pomiędzy świadczeniodawcą a ubezpieczonym tj. pacjentem. Każdy z tych stosunków posiada własne, specyficzne cechy. Współzależność i współistnienie tych stosunków jest niezbędne dla realizacji prawa do świadczeń zdrowotnych. Stosunek

pomiędzy kasą chorych a zakładem opieki zdrowotnej jest stosunkiem umownym a zatem jego powstanie i wykonanie należy oceniać z punktu widzenia prawa cywilnego.

Należy się, w ocenie Sądu Apelacyjnego, zgodzić z pozwanym, iż przyjęcie przez Sąd Okręgowy jako podstawy jego odpowiedzialności za nadwykonania ponad umowy łączące strony przepisów regulujących instytucję prowadzenia cudzych spraw bez zlecenia nie było prawidłowe, albowiem nie zostały zachowane przesłanki dla zastosowania tych przepisów. Zgodnie z art. 4 ust. 3 ustawy o p u z świadczeni zdrowotne udzielane są ubezpieczonym w ramach środków finansowych posiadanych przez kasę chorych. Zgodnie zaś z art. 4 ust. 2 tejże ustawy podstawą domagania się od kasy zapłaty za świadczenia zdrowotne, udzielone w ramach ubezpieczenia zdrowotnego przez jednostkę służby zdrowia (poza wypadkami przewidzianymi w ustawie) może być jedynie umowa z kasą. Nie można w tym miejscu zatem podzielić poglądu prezentowanego przez Sąd I instancji, że istnieją jeszcze inne - pozaumowne podstawy żądania zapłaty przez kasę. W sytuacji, gdyby powoda nie łączyła umowa z kasą chorych i gdyby udzielił on świadczenia zdrowotnego w warunkach określonych w art. 7 ustawy o z o z, wówczas mógłby domagać się zwrotu kosztów takiego świadczenia w oparciu o przepisy o prowadzeniu cudzych spraw bez zlecenia. W sytuacji natomiast, gdy została zawarta umowa o świadczenie usług medycznych jak w sprawie niniejszej - powodowi należy się wynagrodzenie wynikające z umowy. Określone w umowach ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą oczywście przypadków udzielania świadczeń w warunkach art, 7 ustawy o z o z, albowiem w tym przypadku zachodzi ustawowy obowiązek natychmiastowego udzielania świadczeń i nie może być to limitowane umową. Nie jest zatem trafny pogląd Sądu Okręgowego, że przy przyjęciu poglądu prezentowanego przez

pozwanego placówka służb; zdrowia mogłaby odmówić pomocy lekarskiej w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia z uwagi na przekroczenie limitów , bo ta kwestia uregulowana jest w sposób odrębny. Powód w toku procesu nie wykazał, by ponad limitowe świadczenia zdrowotne , za które zostały wystawione faktury, dołączone do pozwu , były udzielone przy spełnieniu przesłanek określonych w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej - a nim w tym zakresie ciążył ciężar dowodu.

Nie można również, w ocenie Sądu Apelacyjnego, przyjąć wprost, iż powód wykonując świadczenia zdrowotne ponad limity umowne, prowadził „cudze” sprawy, albowiem - co już wyżej zaznaczono nie można tutaj mówić o prostej zależności, z uwagi na fakt istnienia trzech typów wskazanych na wstępie stosunków prawnych. Analizując ponadto przepisy regulujące instytucję prowadzenia cudzych spraw bez zlecenia należy zauważyć, że w sprawie niniejszej nie zostały spełnione przesłanki umożliwiające zastosowanie tychże przepisów. W szczególności - zobowiązująca do działania zgodnie z prawdopodobną wolą osoby, której sprawę się prowadzi i powiadomienia jej o prowadzeniu sprawy oraz działania z korzyścią dla takiej osoby. Trudno bowiem uznać, by wykonywanie świadczeń ponad ilości określone zawartymi umowami i obciążanie ich kosztami w sytuacji, gdy - zgodnie z art. 4 ustawy o p u z kasa miała obowiązek równoważenia wydatków z dochodami - było działaniem zgodnym z wolą kasy i działaniem z korzyścią dla niej. W sprawie niniejszej nie doszło również do wymaganego powiadomieni kasy o zaistniałej sytuacji. Faktem jest, że powód sporządzał sprawozdania miesięczne i kwartalne z wykonania umów i z ich treści wynikało, że występują wykonania ponad ustalone limity, ale sam fakt ich sporządzania nie jest wystarczający dla przyjęcia, że ZOZ powiadomił o wykonaniach ponad limity Za zbyt daleko idący, w ocenie Sądu Apelacyjnego , należy

również uznać pogląd Sądu I instancji, że Kasa akceptowała sytuację wykonań ponad limity ustalone w umowie, ponieważ zapłaciła w pierwszym kwartale 1999r. za nadwykonania. W aktach sprawy brak jest dowodów na to, by istotnie Kasa zapłaciła powodowi za nadwykonania w 1999r. Świadek M. twierdzi, że nie pamięta, by taka zapłata była dokonana, zaś świadek F. nie wie, czy konkretnie powód taką zapłatę otrzymał. Gdyby Kasa akceptowała nadwykonania, to prawdopodobnie płaciłaby za nie na bieżąco. Za zbyt daleko idący również należy uznać pogląd Sądu I instancji, że brak zapłaty wynikał jedynie z braku środków finansowych po stronie Kasy, bo nawet tylko z dołączonych sprawozdań wynika, że nie płaciła za nadwykonania, bo ich nie akceptowała, skoro płaciła w przypadku przekroczenia limitów tylko do wysokości określonej zgodnie z umową. Zgodnie z art. 53 ust. 4 ustawy o p u z (w brzmieniu obowiązującym na dzień 1 stycznia 1999r.) umowy zawierane między kasą chorych i świadczeniodawcami winny określać rodzaj, zakres, warunki i zasady udzielania świadczeń, zasady rozliczeń ze świadczeniodawcami oraz maksymalną kwotę zobowiązania kasy chorych wobec świadczeniodawcy. I właśnie umowy zawarte pomiędzy powodem a MRKCH, co do poszczególnych rodzajów świadczeń zdrowotnych, zawierały takie maksymalne kwoty, których wysokość limitowała ilość świadczeń zaś załączniki do umów określały rodzaj, zakres i ceny udzielanych świadczeń. Na marginesie należy w tym miejscu wskazać, iż powód - pomimo ciążącego na nim obowiązku wynikającego z art. 6 kc - nie dołączył do akt sprawy umowy w zakresie udzielania usług stomatologicznych, choć z zeznań świadka M., wynika że w tym zakresie strony wiązała odrębna umowa. Nie został również dołączony wykaz faktycznie udzielonych świadczeń w zakresie pomocy doraźnej. Prawdą jest, że na początku funkcjonowania nowego systemu w zakresie opieki zdrowotnej stronom

trudno było przewidzieć, ile faktycznie świadczeń zostanie wykonanych i czy ustalona w poszczególnych umowach kwota limitów będzie wystarczająca, ale właśnie dlatego umowy przewidywały możliwość renegotjacji warunków finansowania świadczeń - miało to nastąpić niezwłocznie po zakończeniu pierwszego kwartału 1999r. W przypadku umowy na udzielanie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych i świadczeń stacjonarnych umowy przewidywały ponadto możliwość zwiększenia wysokości transzy Jeżeli liczba wykonanych w danym okresie rozliczeniowym świadczeń przekroczyłaby o ponad 2 % liczbę świadczeń zakontraktowanych. Warunkiem jednak zwiększenia takiej transzy było sporządzenie przez świadczeniodawcę w formie pisemnej merytorycznego uzasadnienia wykonania zwiększonej liczby świadczeń i przyjęcie tego przez Kasę. Poszczególne umowy zawierały również w swej treści zapis, że każda zmiana ich warunków wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności. Powód nie wykazał, by wypełnił te obowiązki ciążące na nim z mocy zawartych umów, albowiem nie przedstawił Kasie Chorych pisemnego uzasadnienia do przekroczenia ustalonych limitów. Nie zostało również, w ocenie Sądu Apelacyjnego, wykazane by istotnie doszło do renegotjacji warunków zawartych umów, choć Sąd Okręgowy przyjął, iż umowy były renegotjowane w drugim półroczu 1999r. Wprawdzie z zeznań świadka F. wynika, że Kasa renegotjowała warunki umów ze wszystkimi ZOZ - ami, ale świadek M. twierdzi, że raczej w 1999r, nic były sporządzane aneksy do umów. W aktach sprawy brak zaś jest aneksów do zawartych umów , Skoro zaś wszelkie zmiany w umowach miały mieć i to pod rygorem nieważności formę pisemną nic można przyjąć, by istotnie warunki finansowe umów były zmieniane. Strony zatem obowiązywały ustalone w umowach limity co do wielkości maksymalnych kwot finansowania świadczeń przez Kasę w zakresie poszczególnych umów, przy

czym środki przeznaczone na realizację zadań wynikających z poszczególnych umów nie mogły być przeznaczane na inne cele, jeśli zatem nawet w zakresie jednej umowy nie zostały przez ZOZ wykorzystano wszystkie środki finansowe, nie można było ich przeznaczyć na realizację innej umowy - choćby tam środków finansowych zabrakło. Tak to precyzowały umowy.

Nie zostało również, w ocenie Sądu Apelacyjnego, wykazane przez powoda, by przy zawieraniu umów nie zostało zachowane równouprawnienie stron stosunku umownego. Wprawdzie w zeznaniach świadka M. kwestia ta została zasygnalizowana, ale nie zostało wykazane - zgodnie z regułami art. 6 kc - by istotnie Kasa Chorych „wymusiła” na powodzie przyjęcie określonych stawek. Poza tym w sprawie niniejszej nie była w ogóle w zasadzie podnoszona kwestia wysokości stawek przypadających od jednej porady, chodziło jedynie o przekroczenie przez ZOZ ustalonych limitów ilościowych. Art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej nakłada na ZOZ obowiązek udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Przepis ten jednak nie reguluje skutków finansowych wynikających z udzielenia takiego świadczenia. Zgodnie zaś z art. 38 ust. w/w ustawy publiczny zakład opieki zdrowotnej nie może obciążać osoby uprawnionej do świadczeń opłatami za ich udzielenie. W konsekwencji należy zatem przyjąć, iż w przypadku udzielenia przez publiczny ZOZ świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, obowiązek poniesienia kosztów tego świadczenia na rzecz pacjenta uprawnionego z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego obciążał kasę chorych, do której pacjent należał. Powód nie wykazał, by wystawione przez niego faktury za poszczególne rodzaje udzielonych świadczeń zdrowotnych -

ponad ustalone w umowach limity- dotyczyły takich właśnie sytuacji. Na marginesie w tym miejscu należy zauważyć, że w zasadzie to nie wiadomo w jaki sposób powód obliczył wysokość należności za poszczególne rodzaje świadczeń, objętych wystawionymi fakturami. Gdyby bowiem przyjąć, że faktury te dotyczą nadwykonań ponad limity ustalone w poszczególnych umowach, to sumując wartości nie zapłaconych kwot za te nadwykonania z poszczególnych kwartalnych sprawozdań z realizacji umów , dołączonych do akt spraw' w żadnym wypadku nie wychodzą kwoty objęte fakturami dołączonymi do pozwu. Należy również zgodzić się z zarzutem skarżącego , iż Sąd I instancji nie ustosunkował się do zapisów w art. 19 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej, zgodnie z którym pacjent ma wprawdzie prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, ale w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń ma prawo do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń. Ustawodawca zatem wprost przewidział dopuszczalność istnienia tzw. „kolejki medycznej” - również z powodu ograniczoneści środków finansowych w przypadkach, gdy jest to możliwe ze względów zdrowotnych. Zatem odpowiedzialność finansowa kasy chorych za udzielone uprawnionym świadczenia zdrowotne nie może być nieograniczona, bo czyniłoby to bezprzedmiotowymi zawarte umowy - z ich ograniczeniami ilościowymi i kwotowymi. Z zestawienia zatem art. 19 ust. 1 pkt 1 ustawy o z o z i art. 4 ust. 4 ustawy o p u z wynika, iż uprawnienia ubezpieczonych nie mogą być traktowane jako bezwzględne i niczym nie ograniczone.

Mając powyższe na względzie Sąd Apelacyjny na zasadzie art. 386 § 1 kpc uwzględnił apelację pozwanego - zmienił zaskarżony wyrok i powództwo oddalił, orzekając o kosztach na zasadzie art. 98 kpc.

