

Uchwała z dnia 28 maja 2002 r.

III UZP 3/02

Przewodniczący SSN Krystyna Bednarczyk, Sędziowie SN: Beata Gudowska, Maria Tyszel (sprawozdawca).

Sąd Najwyższy, przy udziale prokuratora Prokuratury Krajowej Piotra Wiśniewskiego, w sprawie z wniosku Barbary B. przeciwko Ł. Regionalnej Kasie Chorych o refundację kosztów leczenia, po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 28 maja 2002 r. zagadnienia prawnego przedstawionego postanowieniem Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 6 marca 2002 r. [...]:

Czy ubezpieczona, która na żądanie szpitala posiadającego umowę z Regionalną Kasą Chorych, indywidualnie zakupiła endoprotezę stawu biodrowego, będącą materiałem medycznym przysługującym bezpłatnie w myśl art. 36 ustawy z 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 53 ze zm.) może dochodzić zrekompensowania kosztów tego zakupu od Regionalnej Kasy Chorych ?

p o d j ą ł uchwale:

Osoba ubezpieczona, która na żądanie szpitala posiadającego umowę z Regionalną Kasą Chorych, zakupiła indywidualnie materiał medyczny przysługujący bezpłatnie w myśl art. 36 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 ze zm.) może dochodzić od Regionalnej Kasy Chorych zrekompensowania kosztów tego materiału.

U z a s a d n i e

Postanowieniem z dnia 6 marca 2002 r. [...] Sąd Apelacyjny-Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Łodzi przedstawił do rozstrzygnięcia Sądowi Najwyższemu budzące poważne wątpliwości zagadnienie prawne o treści przytoczonej w

sentencji uchwały. Przedstawione zagadnienie powstało na tle następującego stanu faktycznego:

Ubezpieczona Barbara B., na podstawie skierowania lekarza pierwszego kontaktu, była hospitalizowana od 28 lutego do 17 marca 2000 r. w Klinice Chirurgii Urazowej i Ortopedii Szpitala Klinicznego WAM w Ł. dla wykonania zabiegu wstawienia endoprotezy stawu biodrowego. Przeprowadzenie zabiegu Szpital uzależnił od indywidualnego kupienia przez nią (w firmie wskazanej przez Szpital), endoprotezy o właściwych dla niej parametrach. Zarząd Ł. Regionalnej Kasy Chorych decyzją z dnia 29 sierpnia 2000 r., podtrzymaną decyzją z 26 września 2000 r., po ponownym rozważeniu sprawy w myśl art. 148 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 6 lutego 1999 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 ze zm., zwanej dalej ustawą), odmówił ubezpieczonej refundacji poniesionych przez nią kosztów endoprotezy. W decyzjach stwierdzono, że Kasa nie dysponuje środkami na refundację, a koszt endoprotezy jest wliczony w cenę zakontraktowanej hospitalizacji sugerując, by ubezpieczona roszczenie skierowała wobec Szpitala, który w swej ofercie do Kasy przedstawił najniższą w Ł. cenę leczenia pacjenta na oddziale ortopedycznym.

Sąd Okręgowy-Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Łodzi wyrokiem z dnia 28 maja 2001 r. [...], uwzględniając odwołanie ubezpieczonej od decyzji Kasy zmienił tę decyzję i „zobowiązał Ł. Regionalną Kasę Chorych do przyznania pomocy finansowej na refundację kosztów zakupu endoprotezy”. Na podstawie wyjaśnienia Komendanta Szpitala Klinicznego WAM z 19 czerwca 2000 r. Sąd ustalił, że koszt leczenia wnioskodawczynie, z wyłączeniem kosztu endoprotezy, oceniono na 4.178 zł, natomiast limit refundacyjny przyznany przez Ł. Regionalną Kasę Chorych dla tej grupy pacjentów wyniósł tylko 3.200 zł. Z pisma Biura Skarg i Wniosków tejże Kasy z 14 lipca 2000 r. wynika, że limit ten w innych szpitalach ortopedycznych określono na 5000 zł. Sąd, kwalifikując endoprotezę stawu biodrowego jako przedmiot ortopedyczny, uznał, że: „Zgodnie z art. 47 ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (...) zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne przysługuje bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie. Jednocześnie Kasa Chorych może wprowadzić limit cen dla między innymi przedmiotów ortopedycznych o takim samym zastosowaniu ale różnych cenach”.

Strona pozwana nie przedstawiła żadnych dowodów potwierdzających, istnienie takiego limitu dla protezy zakupionej przez powódkę. „Wobec tego bezzasadne

są twierdzenia Kasy Chorych, że koszt leczenia ustalony w umowie ze Szpitalem WAM nie obejmuje ceny zakupu protezy. Pogląd, iż organem właściwym do refundacji jest sam Szpital, nie znajduje oparcia w obowiązujących przepisach, w myśl których to Kasa Chorych jest instytucją samorządową reprezentującą ubezpieczonych (art. 66 ustawy), a do jej zadań należy przeprowadzenie bieżącej realizacji umów o udzielanie świadczeń zawartych z zakładami opieki zdrowotnej, a w szczególności sposobu korzystania ze świadczeń przez ubezpieczonych, dostępności i jakości świadczeń oraz zasad organizacji ich udzielania (art. 61).

Tymczasem z uzasadnienia zaskarżonej decyzji wynika, że ŁRKCh zawarła w imieniu ubezpieczonych umowę o udzielenie dla tychże ubezpieczonych świadczeń na warunkach wyłączających ze swej istoty odpowiedzialną jakość tych świadczeń. Niezrozumiały jest dla Sądu limit w wysokości 3.200,00 zł skoro faktyczny koszt leczenia wynosi ponad 6.000,00 zł, a inne szpitale ustaliły limit 5.000,00 zł. Nie ma żadnego znaczenia fakt, iż w tym przypadku uzgodnione warunki są wynikiem "dampingowej" oferty Szpitala WAM, bez względu na to, co kryje się pod tym pojęciem. Skoro ustalony limit jest oczywiście niemożliwy do realizacji ŁRKCh nie powinna zawierać w ogóle umowy na takich warunkach bądź też niezwłocznie po stwierdzeniu praktyk stosowanych w tym Szpitalu skorzystać z uprawnień wynikających z ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym, tak aby ubezpieczeni nie byli narażeni na opłacanie świadczeń, które zgodnie z ustawą przysługują im bezpłatnie. Nie jest bowiem rzeczą ubezpieczonych - jak trafnie podniesiono w odwołaniu - ustalanie treści umów pomiędzy Kasą Chorych a zakładem opieki zdrowotnej, gdyż to Kasa Chorych reprezentuje interesy ubezpieczonych i zawiera dla nich umowy".

Sąd Apelacyjny w uzasadnieniu swego postanowienia podkreślił też, że „w przedstawionym stanie faktycznym dostrzega sytuację, w której dwie instytucje, w których jedna jest instytucją ubezpieczeniową, ustawowo zobowiązaną do realizacji zadań z zakresu ubezpieczeń zdrowotnych i reprezentacji interesu ubezpieczonych, a druga zakładem opieki zdrowotnej zobowiązanym do realizacji należnych usług medycznych - nawzajem zrzucają na siebie odpowiedzialność za konsekwencje finansowe zawartej między nimi umowy o treści nie gwarantującej należnych świadczeń medycznych, a ubezpieczony sam pokrył koszty materiału, który przysługuje mu bezpłatnie". Sąd zwrócił także uwagę, że w ustawie z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym „trudno dopatrzeć się przepisu, który by bez-

pośrednio regulował sytuację, jaka zaistniała w sprawie i przewidywał tryb postępowania w takim przypadku”.

Rozpoznając przedstawione zagadnienie Sąd Najwyższy wziął pod uwagę co następuje:

W pełni zasadne jest stwierdzenie Sądu Apelacyjnego, że jedyną okolicznością bezsporną w sprawie jest fakt, że „endoproteza stawu biodrowego, jako materiał medyczny zastosowany w szpitalu przysługuje ubezpieczonemu bezpłatnie, w myśl art. 36 ustawy” oraz, że przyznanie przez Sąd pierwszej instancji „pomocy finansowej nie jest tożsame z refundacją indywidualnie nabytego materiału medycznego bowiem art. 46 ustawy taką pomoc przewiduje tylko na zasadach określonych w przepisach o pomocy społecznej a więc dla osób najbiedniejszych w wysokości minimalnej.”

Występujący w sprawie prokurator Prokuratury Krajowej wniósł o podjęcie uchwały „odzwierciedlającej stanowisko, że w razie zawarcia przewidzianej w art. 4 ust. 2 w związku z art. 57 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym umowy, której postanowienia uniemożliwiają ubezpieczonemu uzyskanie należnych mu bezpłatnie materiałów medycznych, o których mowa w art. 36 tej ustawy, może on dochodzić zwrotu kwoty wydatkowanej przez niego na nabycie tych materiałów zarówno od właściwej kasy chorych jak i zakładu opieki zdrowotnej”. Zdaniem prokuratora, ich odpowiedzialność jest odpowiedzialnością in solidum.

Truizmem jest stwierdzenie, że z systemu ubezpieczeń społecznych obowiązującego przed dniem 1 stycznia 1999 r., powołaną wyżej ustawą wyodrębniono ubezpieczenie zdrowotne, którego istotą jest to, że osoba podlegająca temu ubezpieczeniu obowiązkowo z mocy ustawy (a także dobrowolnie) ma - na podstawie art. 4 ust. 4 ustawy w związku z jego ust. 1 - obowiązek wnoszenia do instytucji powołanej do realizowania tego ubezpieczenia, czyli do Kasy Chorych składki w wysokości ustalonej ustawą i w zasadzie od każdego źródła przychodu, jeśli ma ich więcej niż jedno (art. 8 w związku z art. 19 i 22 ustawy). Stosownie do art. 31 ust. 1 tej ustawy osobom ubezpieczonym przysługują, na zasadach w niej określonych, świadczenia zdrowotne mające na celu: 1) zachowanie zdrowia oraz zapobieganie chorobom, 2) wczesne wykrycie chorób, 3) leczenie oraz 4) zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. W ust. 2 art. 31 wymienia się świadczenia, które w celu realizacji tych zadań zapewnia ubezpieczonemu Kasa Chorych. Podkreślić należy, że przepis ten

nie zawiera zamkniętego katalogu świadczeń, na co wskazuje użyty w nim zwrot „w szczególności” oraz jego wyraźna korelacja z art. 31a, wymieniającym te świadczenia, które ubezpieczonemu w Kasie Chorych nie przysługują. Nie ulega więc wątpliwości w świetle art. 31 ustawy, że to Kasa Chorych ma zapewnić ubezpieczonym uzyskanie świadczeń zmierzających do celów wymienionych w tym przepisie, a przez „zapewnienie” należy rozumieć nie tylko werbalne stworzenie „teoretycznych” możliwości uzyskania świadczenia, lecz także ich sfinansowanie. To bowiem Kasa Chorych, stosownie do art. 4 ust. 2 ustawy „w celu zapewnienia ubezpieczonym świadczeń (...) gromadzi środki finansowe, zarządza nimi oraz zawiera umowy ze świadczeniodawcami”.

Przepis art. 31 ust. 2 określający świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego, które Kasa Chorych zapewnia ubezpieczonym, wymienia wśród nich - zaopatrzenie w leki i materiały medyczne (pkt 8). Skoro więc materiał medyczny jest środkiem do realizacji jednego z wyżej przytoczonych celów, to na Kasie spoczywa obowiązek jego udostępnienia osobie uprawnionej czyli ubezpieczonemu. Prezentowany w piśmie procesowy pogląd Ł. Regionalnej Kasy Chorych sprowadza się do tego, że jej jedynymi obowiązkami wynikającymi z omawianego przepisu jest gromadzenie środków finansowych i „zabezpieczenie dostępności świadczeń zdrowotnych poprzez zawarcie, poprzedzonych konkursem ofert, cywilnoprawnych umów ze świadczeniobiorcami a ustalone w nich ceny usług są wynikiem negocjacji i obopólnej zgody stron uczestniczących w negocjacjach” oraz, że skoro ustawa nie przewiduje refundowania przez kasy indywidualnych kosztów leczenia, to „Kasa nie może odpowiadać za działalność szpitala prowadzoną niezgodnie z przepisami prawa”. Pogląd ten jest nie do zaakceptowania. Przede wszystkim pominięto w nim treść art. 66 ustawy, zgodnie z którym Kasa jest instytucją reprezentującą ubezpieczonych co oznacza, że skoro - stosownie do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 listopada 1998 r. w sprawie konkursu ofert na zawieranie przez Kasy Chorych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz.U. Nr 148, poz. 978 ze zm.) - przy rozstrzygnięciu konkursu ofert Kasy są wyłącznymi reprezentantami ubezpieczonych, to na nich właśnie spoczywa obowiązek oceny ofert we wszystkich aspektach. Taki też obowiązek nakłada na Kasy przepis art. 53 ust. 4 pkt 5 ustawy, według którego umowy między Kasą Chorych a świadczeniodawcami powinny określać również „zasady kontroli jakości, zasadności i dostępności świadczeń oraz realizacji umów”. Słusznie podkreślił Sąd pierwszej instancji, że niezrozumiałą jest „limit w wy-

sokości 3.200 zł skoro faktyczny koszt leczenia wynosi ponad 6.000 zł a inne szpitale ustaliły limit na 5.000 zł”. Wobec tak znacznych rozbieżności ofert, obowiązkiem Ł. Regionalnej Kasy Chorych, jako wyłącznego reprezentanta osób w niej ubezpieczonych, było spowodowanie przeprowadzenia przez komisję konkursową „kontroli w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie” stosownie do § 12 powołanego wyżej rozporządzenia z 27 listopada 1998 r. W świetle tych przepisów pozbawione znaczenia prawnego jest powoływanie się Kasy na to, że endoproteza stawu nie jest przedmiotem ortopedycznym lecz materiałem medycznym. Różnice w tym zakresie nie mają znaczenia dla rozstrzygnięcia przedstawionego zagadnienia. Sprawdzenie prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie powinno być elementem istotnym przy dokonywaniu jej oceny przez komisję konkursową oraz przez Kasę, która zawarła umowę z oferentem ceny „dampingowej”, nie zapewniającej ubezpieczonym świadczeń odpowiadających - w myśl art. 4 ust. 3 ustawy - aktualnej wiedzy i praktyce medycznej. Nie do zaakceptowania jest też stanowisko Kasy, że zapewniła ubezpieczonym dostępność świadczeń, „o które wnosi wnioskodawczynie, ponieważ „szczegółowymi warunkami konkursu ofert, jak i zawartymi umowami (...) zobowiązała szpitale do zapewnienia ubezpieczonym (...) m.in. endoprotezy”. Nie są bowiem - jak już wyżej wspomniano - zapewnieniem stosownym do art. 4 ust. 2 ustawy określonych w nim świadczeń, takie warunki konkursu i zawarte na ich podstawie umowy, które wymuszają na ubezpieczonych partycypowanie w ponoszonych przez szpitale kosztach „niezbędnych do wykonania procesu terapeutyczno-diagnostycznego, jakim jest hospitalizacja” - jak to określono w pismach Kasy. Błędny jest zatem pogląd, że Kasa nie ponosi odpowiedzialności za działalność szpitala „niezgodną z prawem”, skoro przyjmując wadliwą ofertę - wbrew prawom ubezpieczonych, których reprezentuje - taką właśnie działalność zaakceptowała.

Ma rację Sąd Apelacyjny, że w ustawie brak jest przepisu, „który by bezpośrednio regulował sytuację, jaka zaistniała w sprawie”, jednakże odpowiedzialność Kasy wobec ubezpieczonych wynika wprost z tej ustawy. Stosunek prawny pomiędzy Kasą Chorych a ubezpieczonymi nie jest stosunkiem cywilnoprawnym, dlatego odpowiedzialność Kasy wobec nich nie jest rozpatrywana ani w płaszczyźnie odpowiedzialności: „ex contractu szpitala wobec Kasy”, ani też jej odpowiedzialności za inny podmiot - „za niezgodną z prawem działalność szpitala.” Odpowiedzialność Kasy Chorych, w razie niezapewnienia osobie podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu

realizacji jej prawa do określonego świadczenia zdrowotnego, w sposób odpowiadający aktualnej wiedzy i praktyce medycznej w granicach wskazanych w ustawie, jest odpowiedzialnością ubezpieczyciela. Jedną z podstawowych zasad prawa ubezpieczeniowego jest to, że ubezpieczony, spełniający ustawowe warunki do uzyskania świadczenia przewidzianego w systemie, któremu podlega z mocy ustawy lub też dobrowolnie, może domagać się od organu ubezpieczającego (instytucji) realizacji swego prawa. Istotą stosunku ubezpieczeniowego, także powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest bowiem to, że obowiązkowi podlegania ubezpieczeniu i opłacania składki przez ubezpieczonego odpowiada jego prawo żądania od ubezpieczyciela świadczeń na warunkach i w zakresie określonym w stosownej ustawie lub umowie, a pobieranie składek przez organ do tego powołany rodzi po jego stronie obowiązek udzielenia tych świadczeń, po spełnieniu ryzyka ubezpieczeniowego. O tym, że sprawy o świadczenia przysługujące z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego są sprawami z zakresu ubezpieczeń ustawodawca przesądził w rozdziale 9 ustawy, regulującym zasady postępowania w indywidualnych sprawach, nadając przepisem art. 147 Kasom Chorych prawo wydawania decyzji w sprawach dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym oraz ustalenia prawa do świadczeń wraz z możliwością zmiany (uchylenia) własnej decyzji (art. 148 ust. 2) oraz określając tryb odwoławczy - w art. 147 ustawy w związku z art. 477 § 1 pkt 5 KPC. Oznacza to, że dla dochodzenia prawa do świadczeń zdrowotnych przysługujących ubezpieczonym, spełniającym ustawowe przesłanki do ich uzyskania, nie jest potrzebne ustanowienie dodatkowego przepisu „bezpośrednio regulującego” stosunek pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczonym, podobnie jak nie wymaga takiego przepisu dochodzenie prawa do świadczenia ubezpieczeniowego, jakim jest emerytura lub renta w razie odmowy jego przyznania lub też przyznania w niewłaściwej wysokości. Tak więc, całkowicie pozbawiony podstaw prawnych jest pogląd Kasy, że „wydanie (...) pozytywnej decyzji o indywidualnej refundacji kosztów (...) stanowiłoby naruszenie prawa”. Odpowiedzialność Kasy za prawidłową realizację powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest porównywalna z odpowiedzialnością organu rentowego za prawidłowe działanie systemu świadczeń emerytalno-rentowych. Jeśli dochodzi do zmiany decyzji organu rentowego czy to z jego własnej inicjatywy, czy też wskutek orzeczenia sądowego, to zobowiązanie wypłacenia świadczenia powtarzającego się, jakim jest emerytura i renta, przekształca się w obowiązek wypłacenia jednorazowej kwoty, za okres od powstania prawa do świadczenia (z ustawowym jedynie ograni-

zeniem) do podjęcia bieżącej jego wypłaty. Podobnie, skoro Kasa nie spełnia obowiązku zapewnienia ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych w pełnym zakresie wynikającym z ustawy, wymuszając na nich ponoszenie kosztów wykraczających poza przewidziane w niej ramy odpłatności, to prawo ubezpieczonego do uzyskania bezpłatnego świadczenia zdrowotnego przekształca się w roszczenie o zwrot poniesionego wydatku.

Zasadny jest pogląd, że art. 46 ustawy, przewidujący możliwość udzielania ubezpieczonym pomocy finansowej, nie odnosi się do przedstawionego zagadnienia, natomiast pozbawione znaczenia prawnego jest powoływanie się Kasy na to, że „nie jest możliwe dokonanie przez Kasę Chorych refundacji bezpośrednio na rzecz pacjenta, po wykonanym zabiegu, na podstawie imiennie wystawionej faktury”, bowiem nie ma żadnych ani prawnych, ani aksjologicznych przesłanek do przyjęcia, że to ubezpieczony, wymagający ze względu na swój stan zdrowia określonego świadczenia zdrowotnego, uprawniony do bezpłatnego zabiegu (usługi), powinien przed nim sprawdzić treść umowy pomiędzy Kasą a szpitalem, aby dowiedzieć się, na którym z tych podmiotów spoczywa obowiązek zapewnienia leczenia w sposób zgodny z aktualną wiedzą i praktyką medyczną, a w razie stwierdzenia, że umowa nie obejmuje pełnego zakresu świadczenia, żeby jeszcze przed podjęciem leczenia ubiegał się w Kasie o „refundację” jakichkolwiek środków koniecznych do jego prawidłowego przebiegu.

Sąd Najwyższy zwraca uwagę, że stosownie do art. 128 ust. 1 ustawy, kosztami kas chorych są zarówno koszty świadczeń dla ubezpieczonych (pkt 1), jak i koszty odszkodowań (pkt 5). Zwrot poniesionych przez ubezpieczoną - niezgodnie z ustawą - części kosztów jej hospitalizacji nie może być utożsamiany z odszkodowaniem. Sąd Najwyższy pozostawił też poza swymi rozważaniami, zasady odpowiedzialności szpitala zarówno wobec Kasy, jak i ubezpieczonych (co sugerował Prokurator), bowiem problem ten wykracza poza zakres przedstawionego zagadnienia.

Mając powyższe na uwadze, na podstawie omówionych przepisów Sąd Najwyższy orzekł, jak w sentencji uchwały.

=====