



Sygn. akt I CK 320/04

**WYROK  
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 21 grudnia 2004 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Tadeusz Żyznowski (przewodniczący)

SSN Marek Sychowicz

SSA Wojciech Kościółek (sprawozdawca)

Protokolant Anna Matura

w sprawie z powództwa Fundacji H.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia

o zapłatę,

po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej w dniu 21 grudnia 2004 r.,

kasacji strony powodowej od wyroku Sądu Apelacyjnego

z dnia 22 grudnia 2003 r., sygn. akt [...],

**oddala kasację.**

## Uzasadnienie

Powód - Fundacja „H.” domagała się od pozwanej Regionalnej Kasy Chorych zapłaty kwoty 1.135.153,16 zł z ustawowymi odsetkami i kosztami procesu.

W uzasadnieniu wskazała, że w dniu 1 sierpnia 2000 r. zawarła umowę cesji wierzytelności z Instytutem „P.”, wierzycielem pozwanej Kasy, z tytułu nieuregulowanych kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych dzieciom w 1999 r., jako pacjentom, ubezpieczonym u strony pozwanej.

Pozwana wniosła o oddalenie powództwa, zarzucając brak podstaw prawnych dla uwzględnienia roszczenia, gdyż strony nie łączyła umowa regulująca warunki i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Wyrokiem z dnia 20 stycznia 2003 r. Sąd Okręgowy w W. uwzględnił powództwo.

W wyniku apelacji pozwanego - Narodowego Funduszu Zdrowia (który z mocy prawa wstąpił w miejsce pozwanej Kasy), Sąd Apelacyjny wyrokiem z dnia 22 grudnia 2003 r. zmienił zaskarżone orzeczenie i oddalił powództwo oraz obciążył powoda kosztami postępowania.

U podstaw rozstrzygnięcia wskazał Sąd Apelacyjny na charakter węzła prawnego, łączącego kasę chorych z zakładem opieki zdrowotnej oraz z ubezpieczonym (art. 393 k.c.).

Wyjaśnił, że treść stosunku waluty (fundusz – ubezpieczony) ma wpływ na ocenę prawidłowości przysporzenia pozyskanego przez osobę trzecią (ubezpieczonego) od dłużnika (zakładu opieki zdrowotnej), a stosunek pokrycia (fundusz – zakład opieki zdrowotnej) stanowi *causea* dla zobowiązania w stosunku zapłaty.

W takiej sytuacji, dłużnik (zakład opieki zdrowotnej) nie może powoływać się na treść stosunku waluty.

Układ wzajemnych stosunków wyklucza uwzględnienie roszczeń nabywcy „wierzycelności” zakładu opieki.

W sytuacji, w której między kasą chorych a zakładem opieki zdrowotnej nie dochodzi do zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych, fakt wykonania świadczenia medycznego na rzecz ubezpieczonego nie tworzy roszczenia zakładu opieki o zapłatę przez fundusz wynagrodzenia za świadczenie.

W ocenie Sądu Apelacyjnego art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji nie posiada charakteru dyspozytywnego i nie może stanowić podstawy roszczeń świadczeniodawcy, gdyż dotyczy tylko obywateli (pacjentów).

Brak umowy i ustawowego obowiązku zawarcia umowy wykluczają roszczenie na podstawie art. 471 k.c. Z kolei przyjęcie za podstawę roszczenia, instytucji prowadzenia cudzych spraw bez zlecenia, co do zasady, było możliwe. Dochodzenie w nin. sprawie wartości wykonanych usług z zakresu opieki zdrowotnej wyklucza jednak art. 754 k.c., gdyż pozwana wyraziła wobec zakładu opieki zdrowotnej swoją wolę nie udzielania świadczeń członkom Regionalnej Kasy Chorych, bez uzyskania wcześniejszej zgody w odniesieniu do konkretnego pacjenta.

Wola ta nie może być uznana za sprzeczną z ustawą bądź zasadami współżycia społecznego (art. 754 k.c. in fine).

W konsekwencji powód, jako nabywca wierzycelności nie istniejącej, nie może żądać udzielenia ochrony prawnej.

Kasację od wyroku złożyła strona powodowa. Opierając kasację na obu podstawach zarzuciła:

naruszenie przepisów postępowania; przez nie zastosowanie art. 229 k.p.c. i art. 230 k.p.c. oraz przez uchybienie zasadom wynikającym z art. 233 § 1 k.p.c. polegające na pominięciu dowodów w postaci dokumentów świadczących o istnieniu wierzycelności, a nadto art. 328 § 2 k.p.c. przez uchylenie się od wskazania w uzasadnieniu przyczyn nie uwzględnienia dowodów wskazanych przez powoda. Zarzuciła także naruszenie prawa materialnego art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji, art. 53 ust.1, 53 ust. 3, 31c ust. 1 i 58

ust. 1, 31 w zw. z 31c oraz 128 a nadto art.168 a ust.4 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz naruszenie art. 752 i nast. k.c. przez błędną ich wykładnię, a nade wszystko przez pominięcie, że uzyskiwanie indywidualnej zgody na skierowanie było pozbawione podstawy prawnej w sytuacji, w której skierowania udzielane były przez lekarzy reprezentujących pozwanego.

Na tych podstawach wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku i o przekazanie sprawy Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Wskazanie obu podstaw kasacji zasadniczo pierwszoplanowymi czyni zarzuty naruszenia prawa procesowego. W realiach niniejszej sprawy, rozważania te winny być jednak poprzedzone, pozytywną dla powoda, odpowiedzią na zagadnienie materialno prawne przedstawione w kasacji. Zarówno wartość udzielonych świadczeń, jak i ocena zachowania pozwanego w procesie nie posiadały znaczenia dla treści rozstrzygnięcia. Zarzuty procesowe kasacji dotyczą zatem pominięcia okoliczności faktycznych, które pozostały poza sferą zainteresowania sądu drugiej instancji. Z tej przyczyny, w pierwszej kolejności uzasadniona jest ocena zarzutów kasacji, dotyczących prawa materialnego. Dopiero odrzucenie wskazanej wyżej tezy sądu meriti otwierało drogę dla rozważań, co do wartości świadczeń.

1. Treść art. 68 Konstytucji określa granice podmiotowego prawa jednostki (osoby fizycznej) do ochrony zdrowia. Treścią tego prawa jest realna możliwość korzystania z systemu zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności.

Z art. 68 ust. 2 Konstytucji wynikają następujące konsekwencje:

- 1/ system opieki zdrowotnej winien działać w oparciu o środki publiczne,
- 2/ świadczenia finansowane ze środków publicznych mają być dostępne dla obywateli,
- 3/ dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ma być równy, co nie oznacza powszechnej dostępności do wszystkich znanych świadczeń opieki zdrowotnej, stosowanych zgodnie z aktualnym

stanem wiedzy (por. z uzasadnieniem wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. sygn. akt K 14/03 OTK-A 2004/1/1).

W świetle tej regulacji, trafne jest stanowisko Sądu Apelacyjnego, że przepis ten nie stanowi źródła roszczeń świadczeniodawców w stosunku do kas (funduszu) z tytułu pomocy zdrowotnej, udzielonej pacjentom w rozmiarze szerszym niż to wynikało z ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (p.u.z.).

Podstawowym błędem kasacji, prowadzącym do wadliwych wniosków jest utożsamienie pojęcia władzy publicznej (o której mowa w przepisie Konstytucji) z instytucją Kasy Chorych (obecnie Funduszu).

Kasa Chorych była instytucją ubezpieczenia zdrowotnego (art. 66 i 69a p.u.z. - podmiotu prawnie niezależnego od władzy publicznej), która w celu zapewnienia ubezpieczonym świadczeń określonych ustawą, gromadziła środki finansowe wnoszone przez ubezpieczonych, zarządzała nimi i zawierała umowy ze świadczeniodawcami o udzielenie ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych (art. 4. ust. 1-4 p.u.z.). Kasa nie działała dla zysku (art. 1 a pkt. 6 p.u.z.). Kasa nie prowadziła działalności gospodarczej (art. 4 ust. 7 p.u.z.).

W świetle tej regulacji, Kasy Chorych nie posiadały cech samodzielnego podmiotu o cechach aktywności gospodarczej podobnej do innych podmiotów uczestniczących w obrocie (n.p. w zakresie ryzyka gospodarczego).

Ich status był na tyle wyodrębniony (imperium zostało ustawowo ograniczone do zadań organizacyjno finansowych), że nie mogły być także utożsamiane z władzą publiczną, o której mowa w art. 68 Konstytucji.

Wyklucza to trafność zarzutu kasacji, naruszenia art. 68 Konstytucji (adresatem tego przepisu nie jest pozwany).

2. Kasa Chorych, jako podmiot uczestniczący w systemie opieki zdrowotnej, posiadała obowiązki nie tylko o charakterze finansowym, ale także organizacyjnym, realizowane poprzez właściwą alokację środków publicznych. Podejmując decyzje, dysponowała ograniczonymi kwotowo środkami publicznymi, a jako podmiot sektora finansów publicznych, zobowiązana była

do szczególnej staranności w przestrzeganiu finansowej dyscypliny (art. 5, 28 ustawy o finansach publicznych - tekst jednolity Dz.U. 2003 nr 15 poz. 148).

Zadanie to miała wykonywać w drodze umów, zawieranych ze świadczeniodawcami na zasadach określonych ustawą (art. 68 ust. 2 zd. 2 Konstytucji w zw. z art. 72 ustawy o p.u.z.). Kwestionowany w kasacji przepis art. 53 ust. 1 i 3 p.u.z., zamieszczony został w rozdziale regulującym organizację udzielania świadczeń zdrowotnych z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego. Takie usytuowanie przepisu oznaczało, że świadczeniodawca mógł udzielać świadczenia zdrowotnego zasadniczo w wypadku, w którym zawarł umowę z właściwą dla pacjenta kasą chorych.

Rezygnacja z umów (jak to oczekuje kasacja), jako podstawowego środka prawnego, prowadzącego do dystrybucji środków publicznych, wprowadzałaby chaos prawny i w końcowym efekcie odcinałaby od świadczeń słabszą ekonomicznie część społeczeństwa. Stąd należy w pełni zaaprobować pogląd Sądu Apelacyjnego i za chybione uznać zarzuty naruszenia art. 31, 31c, 58 oraz 128 ustawy o p.u.z.

Wbrew twierdzeniom powoda, sam fakt skierowania pacjenta przez właściwego lekarza do określonej placówki zdrowia, nie rodził obowiązku świadczenia ze strony zakładu na rzecz pacjenta z obowiązkiem zapłaty wynagrodzenia przez kasy. Istota regulacji z art. 31c p.u.z. łączyła się z możliwością, po stronie pacjenta, wyboru pomiędzy placówkami o różnych stopniach referencji. Natomiast nie gwarantowała wykonania świadczenia w ramach ubezpieczenia na tych samych zasadach co w zakładach, z którymi właściwa kasa miała podpisaną umowę. Nadto fakt zawarcia umowy z określonymi świadczeniodawcami był jawny i krąg świadczeniodawców był możliwy do ustalenia przez każdego zainteresowanego lekarza. W tym stanie, zbędne było odrębne powiadamianie lekarzy o braku umowy między kasą, a określonym świadczeniodawcą. Przekonuje to, że dla oceny roszczeń świadczeniodawców wobec kasy chorych (pозwanego funduszu), podstawowe znaczenie posiadała umowa obu podmiotów.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego nie budzi wątpliwości, że stosunek między kasą chorych a świadczeniodawcą, którym jest z reguły zakład opieki

zdrowotnej, ma charakter umownego zobowiązania, którego powstanie i wykonanie podlega ocenie z punktu widzenia prawa cywilnego (wyrok z dnia 7 sierpnia 2003 r. sygn. akt IV CKN 393/01).

Czynności prawne nie stanowią jednak wyłącznego źródła zobowiązań i nie wyczerpują obiektywnej ich treści (art. 56 k.c.). Na okoliczność tę zwrócił uwagę Sąd Apelacyjny i dokonał szczegółowej oceny możliwych do zidentyfikowania zdarzeń, stanowiących podstawę faktyczną powództwa.

W tym ostatnim aspekcie, kasacja upatruje zasadności roszczeń powoda w pominięciu przez Sąd drugiej instancji szeregu dowodów ilustrujących zachowanie lekarzy, kierujących pacjentów do Instytutu, nie kwestionowaną wartość świadczeń i potrzebę ich udzielenia, a także treść korespondencji z organami nadzoru.

3. Jak to wyjaśniono wyżej, źródłem roszczeń powoda (przy braku umowy) mogły być inne od umowy zdarzenia. W takiej sytuacji, powinnością powoda było wskazanie treści tych zdarzeń oraz wykazanie wysokości roszczeń z nich wynikających (art. 6 k.c.). Analiza stanowiska powoda, przedstawionego w pozwie oraz w toku całego postępowania wskazuje, że podstawę dochodzonego roszczenia upatrywał w treści art. 31c ust. 1 ustawy o p.u.z. oraz w przepisie art. 754 k.c.

Stanowisko to wykluczało a limine potrzebę rozważań co do zasadności roszczeń przez pryzmat art.168 a ust. 4 ustawy.

Powód nie wykazywał w sprawie wartości świadczeń udzielonych pacjentom w warunkach kontynuacji leczenia rozpoczętego przed 1 stycznia 1999 r.

Wbrew zarzutom kasacji, powód nie wykazał w sprawie, by świadczeniodawca poniósł określone koszty w warunkach leczniczego przymusu ustawowego świadczeniodawcy, a nadto, by w zakresie koniecznym pozwany nie pokrył tych należności.

Takiej treści nie zawiera nie tylko pozew wraz z wnioskowanymi w nim dowodami, ale nade wszystko pismo z dnia 19 marca 2002 r. Na okoliczności te, w odpowiedni sposób, zwrócił uwagę Sąd Apelacyjny (strony 6 do 8

uzasadnienia wyroku), co chybnym czyni zarzuty naruszenia art. 328 § 2 k.p.c.

Akcentowane w kasacji, bierne zachowanie pozwanego mogłoby stanowić punkt wyjścia dla dalszych rozważań, gdyby nie fakt, że nie zaprzeczone przez pozwanego okoliczności nie stanowiły wystarczającej podstawy faktycznej dla uwzględnienia roszczenia. Wyjaśnił to Sąd Apelacyjny, wskazując na brak umowy, jako źródła obligacyjnego obowiązku pozwanego, a nadto na brak podstaw z art. 60 ust.1 pkt. 6 p.u.z. i art. 754 k.c.

Wbrew stanowisku kasacji do zakresu działania Kasy Chorych, w świetle cytowanej ustawy, należały wszelkie czynności z zakresu ubezpieczenia społecznego, a ich przedmiotowe ograniczenie podyktowane było wyłącznie treścią ubezpieczenia .

Potwierdza to ustawowy katalog powinności kasy, wskazany w art. 72 punkty 1 do 7 p.u.z., który posiadał otwarty charakter i nie wykluczał czynności polegającej na reglamentacji świadczeń dla określonej osoby w wypadku, w którym osoba ta zamierzała podjąć leczenie w placówce, z którą kasa nie miała podpisanej umowy. W tym stanie ograniczenie zakresu świadczeń zdrowotnych, wprowadzone przez kasę wobec pacjentów Instytutu ubezpieczonych u pozwanego - nie było bezprawne.

Jak to bezbłędnie ocenił Sąd Apelacyjny, ograniczenie to było rozsądne i w praktyce możliwe do zrealizowania. Wobec powyższego, treść korespondencji Instytutu z innymi podmiotami ,jak również zestawienia rachunkowe świadczeń medycznych pozostają bez znaczenia dla oceny odpowiedzialności cywilnej pozwanego wobec powoda. W tym stanie nie są trafne zarzuty kasacji naruszenia przez Sąd drugiej instancji przepisów art. 229, 230 i 233 § 1 k.p.c.

Podjmując się świadczeń medycznych w zakresie, który nie odpowiadał uzasadnionej ocenie dysponenta środków publicznych, negotiorum gestor (Instytut) wziął na siebie ryzyko, że nikt nie zwróci wydatków poniesionych na leczenie pacjentów (art. 752 i 754 in fine k.c.).

Z tych przyczyn kasacja podlega oddaleniu na podstawie art. 393<sup>12</sup> k.p.c.



