

Wyrok z dnia 2 lipca 2004 r., II CK 271/04

Postanowienia umów w sprawie zasad i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przysługujących ubezpieczonym w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, zakazujące pobierania od pacjentów dodatkowych opłat z tytułu korzystania przez nich z tzw. ponadstandardowych warunków pobytu i wyżywienia w okresie leczenia szpitalnego, nie są sprzeczne z prawem ani zasadami współżycia społecznego i stanowią gwarancję równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Sędzia SN Tadeusz Żyznowski (przewodniczący)

Sędzia SN Irena Gromska-Szuster

Sędzia SN Henryk Pietrkowski (sprawozdawca)

Sąd Najwyższy w sprawie z powództwa syndyka masy upadłości Szpitali Prywatnych "K.", S.A. w K. przeciwko W. Oddziałowi Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w P. – poprzednio W. Regionalna Kasa Chorych w P. – o ustalenie, po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej w dniu 2 lipca 2004 r. kasacji strony powodowej od wyroku Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 29 stycznia 2003 r.

oddalił kasację i zasądził od strony powodowej na rzecz strony pozwanej kwotę 5400 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania kasacyjnego.

Uzasadnienie

Sąd Apelacyjny w Poznaniu wyrokiem z dnia 29 stycznia 2003 r. oddalił apelację powodowej spółki od wyroku Sądu Okręgowego w Poznaniu z dnia 1 lipca 2002 r., oddalającego powództwo o ustalenie, że umowa w sprawie zasad i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przysługujących ubezpieczonym w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie lecznictwa stacjonarnego, zawarta w dniu 15 grudnia 1999 r., nadal wiąże strony, ewentualnie

o uznanie za bezskuteczne rozwiązania tej umowy, dokonanego przez stronę pozwaną bez wypowiedzenia na podstawie uchwały nr 102 zarządu Wielkopolskiej Regionalnej Kasy Chorych z dnia 27 lutego 2001 r.

Na podstawie umowy z dnia 15 grudnia 1999 r. pozwana Kasa Chorych zakupiła u strony powodowej usługi w zakresie hospitalizacji, obejmujące koszty leczenia, hotelowania i wyżywienia. W § 15 umowy strony uzgodniły, że „świadczoniodawca nie ma prawa pobierać od ubezpieczonego z tytułu udzielania świadczeń na oddziałach określonych w załączniku nr 6 do umowy żadnych dodatkowych opłat”.

Przez cały 2000 r. powodowa spółka zawierała z pacjentami leczonymi w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego umowy o tzw. świadczenie usług medycznych w warunkach ponadstandardowych, pobierając opłatę w granicach 280-350 zł za jedną dobę pobytu w szpitalu. Na rachunkach i fakturach wystawianych pacjentom opłaty te określone były jako „dopłaty do pobytu leczniczego”. W takiej samej wysokości strona powodowa ustalała koszty leczenia pacjentów przyjmowanych do szpitala bez skierowań wydawanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (tzw. leczenie prywatne). W ramach usług ponadstandardowych zapewniała pobyt w szpitalu w mniej licznych i lepiej wyposażonych pokojach, zwiększoną obsługę pielęgniarską, odwiedziwy bez ograniczeń oraz posiłki zamawiane w restauracji. W związku ze skargami pacjentów, w październiku 2000 r. przeprowadzona została przez Najwyższą Izbę Kontroli kontrola działalności strony powodowej, która ujawniła nieprawidłowości polegające na pobieraniu dodatkowych opłat od pacjentów. W dniu 27 lutego 2001 r. zarząd strony pozwanej podjął na podstawie art. 82 ust. 2 i 6 pkt 8 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 ze zm.) oraz § 14 ust. 5 i § 15 ust. 7 statutu Kasy uchwałę w sprawie rozwiązania bez wypowiedzenia umowy z dnia 15 grudnia 1999 r. z powodu pobierania nienależnych opłat od ubezpieczonych za świadczenia objęte tą umową.

Sąd Apelacyjny podniósł, że wbrew zarzutom apelacyjnym ubezpieczeniem powszechnym objęte są nie tylko świadczenia zdrowotne w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408 ze zm. – dalej: "u.z.o.z."), lecz także pobyt i wyżywienie w czasie leczenia szpitalnego. Skoro w przepisach ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym zagwarantowane zostało pacjentom prawo do bezpłatnego leczenia

(art. 31 ust. 1 i art. 3 w związku z art. 4 ust. 5), a tylko przypadki ściśle określone objęte są odpłatnością (art. 31a), to nie może budzić zastrzeżeń stwierdzenie, że świadczenia w zakresie zakwaterowania i wyżywienia są bezpłatne. Taka interpretacja przepisów ustawy była podstawą przyjętego w umowie postanowienia, że świadczenia objęte umową są bezpłatne, a ponadto wprowadzony został zakaz pobierania opłat od pacjentów.

Sąd Apelacyjny oddalając apelację podkreślił, że wprawdzie umowy zawierane przez stronę powodową z pacjentami przyjmowanymi do szpitala określane były jako umowy „o świadczenie usług medycznych w warunkach ponadstandardowych”, to jednak nie dotyczyły rozmiaru i rodzaju świadczeń zdrowotnych, lecz warunków pobytu a konkretnie warunków zakwaterowania i wyżywienia. W systemie wprowadzonym przez stronę powodową pacjent kupował usługi należne mu w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Tymczasem zgodnie z przepisami ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej odpłatnie powinny być realizowane tylko dodatkowe usługi świadczone na życzenie pacjenta, nie zaś sam pobyt w szpitalu. Wprowadzenie pojęcia usług ponadstandardowych nastąpiło w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 listopada 1998 r. w sprawie wykonywania świadczeń ponadstandardowych; usługi te dotyczą świadczeń medycznych, a nie zakwaterowania. Postępowanie strony powodowej stanowiło naruszenie postanowień zawartych w § 15 i 16 umowy, zaistniała więc podstawa do rozwiązania umowy (§ 35 umowy).

Kasacja strony powodowej oparta została na podstawie naruszenia art. 410 § 2 k.c. w związku z art. 20 ust. 1 pkt 3 u.z.o.z., art. 354 § 1 k.c. oraz art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji przez niewłaściwe zastosowanie. W uzasadnieniu kasacji powołane zostały także art. 65 § 2, art. 58 i 353¹ k.c. We wniosku kasacyjnym zawarte jest żądanie uchylenia wyroku Sądu Apelacyjnego i przekazanie sprawy temu Sądowi do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Institucja ubezpieczeń zdrowotnych ma złożony charakter; ubezpieczenia zdrowotne to w istocie trzy typy stosunków prawnych, które są współzależne i niezbędne dla realizacji prawa do świadczenia zdrowotnego. Obok podstawowego stosunku ubezpieczenia łączącego ubezpieczonego z kasą chorych, wyróżnia się również stosunek pomiędzy kasą chorych i świadczeniodawcą, powstający na

podstawie zawieranej przez nich umowy, oraz stosunek łączący świadczeniodawcę z ubezpieczonym (pacjentem). Każdy z tych stosunków ma pod względem treści i charakteru swoje cechy specyficzne, niemniej nie może budzić wątpliwości, że stosunek między kasą chorych a świadczeniodawcą, którym z reguły jest zakład opieki zdrowotnej, ma charakter umownego zobowiązania, którego powstanie i wykonanie podlega ocenie z punktu widzenia prawa cywilnego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 sierpnia 2003 r., IV CKN 393/01, nie publ.).

Taka kwalifikacja stosunku prawnego, który powstał wskutek zawarcia przez strony umowy z dnia 15 grudnia 1999 r. wymagała oceny jej postanowień według przesłanek przewidzianych w art. 58 k.c., a zważywszy na istotę oraz zakres powstałego sporu, także z punktu widzenia dyrektyw tłumaczenia oświadczeń woli wskazanych w art. 65 k.c. Sąd Apelacyjny oceny takiej dokonał i nie budzi ona zastrzeżeń. Rozszerzając argumentację przedstawioną w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku podnieść należy, że przy dokonywaniu wykładni oświadczeń woli należy oprzeć się nie tylko na analizie językowej umowy, lecz trzeba także zbadać zamiar i cel, którymi kierowały się strony, a ponadto uwzględnić okoliczności faktyczne, w których umowa została zawarta.

Zgodnie z art. 65 k.c., oświadczenie woli należy tak tłumaczyć, jak tego wymagają ze względu na okoliczności, w których złożone zostało, zasady współżycia społecznego oraz ustalone zwyczaje, a w umowach należy raczej badać, jaki był zgodny zamiar stron i cel umowy, aniżeli opierać się na jej dosłownym brzmieniu. W judykaturze wielokrotnie podkreślano, że na tle art. 65 k.c. należy przyjąć kombinowaną metodę wykładni, opartą na kryterium subiektywnym i obiektywnym. Realizując tę zasadę, należy brać pod uwagę nie tylko kontrowersyjny fragment tekstu, lecz także inne postanowienia umowy, a zarazem uwzględnić takie okoliczności, jak np. rokowania, cele umowy, rozumienie tekstu, zachowanie stron itd.

Jest oczywiste, że prawidłowa, pełna i wszechstronna wykładnia umowy nie może pomijać treści zwerbalizowanej na piśmie, użyte bowiem (napisane) sformułowania i pojęcia, a także sama systematyka i struktura aktu umowy są jednym z istotnych wykładników woli stron, pozwalają ją poznać i ocenić. Jest więc jasne, że wykładnia umowy nie może prowadzić do stwierdzeń w sposób oczywisty sprzecznych z jej treścią. Przez zgodny zamiar stron w świetle art. 65 § 2 k.c. trzeba rozumieć uzgodnienie istotnych okoliczności bądź w samej umowie, bądź –

jak wskazano – poza nią (np. w negocjacjach). Jeżeli strony już uprzednio pozostawały w takich samych stosunkach prawnych, należy mieć na względzie ponadto takie znaczenie sformułowań umowy, jakie było przy ich stosowaniu w poprzednich stosunkach prawnych między stronami.

Kierując się tymi zasadami, nie można było przy tłumaczeniu oświadczeń woli stron pominąć faktu, że w okresie poprzedzającym zawarcie umowy z dnia 15 grudnia 1999 r. strony łączyła umowa zawarta w lutym 1999 r., w której ustalono, że „świadczeniodawca może pobierać opłatę za warunki hotelowe i żywieniowe o podwyższonym standardzie, gdy ubezpieczony wyrazi na to zgodę na podstawie odrębnej umowy”. Przed zawarciem umowy, na tle której powstał spór, kwestia pobierania przez stronę powodową dodatkowych opłat od pacjentów była przedmiotem negocjacji, z których w sposób nie budzący żadnych wątpliwości wynika, że strona pozwana nie godziła się na dotychczasowe uzgodnienia w omawianym zakresie. W protokole negocjacji z dnia 12 listopada 1999 r. strona pozwana oświadczyła, że „zakupione usługi medyczne obejmują leczenie, hotelowanie oraz wyżywienie; ubezpieczony korzystając z usług zakupionych przez Kasę Chorych nie może ponosić żadnych opłat”. W protokole negocjacji w części zawierającej uwagi strony powodowej zawarte jest stwierdzenie, że strona pozwana postawiła warunek, iż „nie podpisze umowy na 2000 r., jeśli szpital będzie pobierał opłaty dodatkowe za pobyt ponadstandardowy za zgodą pacjenta”. W uwagach zgłoszonych przez stronę pozwaną znalazło się także stwierdzenie, że strona pozwana „kupiła usługi w zakresie hospitalizacji jako usługę pełną w skład której wchodzi koszty leczenia, hotelowania i wyżywienia, co uniemożliwia pobieranie dopłat”. W samej natomiast umowie z dnia 15 grudnia 1999 r., w jej § 5 strony uzgodniły, że „świadczeniodawca nie ma prawa pobierać od ubezpieczonego z tytułu świadczeń na oddziałach określonych w załączniku nr 6 do umowy żadnych dodatkowych opłat”, w § 35 zaś wprowadzony został rygor naruszenia tego uzgodnienia w postaci możliwości rozwiązania umowy bez zachowania terminu wypowiedzenia. Uzgodnienia przyjęte w umowie – w odniesieniu do spornej kwestii – pozwalają przyjąć, że strona powodowa nie mogła, bez narażenia się na rozwiązanie umowy bez wypowiedzenia, pobierać od pacjentów jakichkolwiek dodatkowych opłat.

Powołane w kasacji fragmenty komentarza do kodeksu cywilnego, w których zawarte jest stwierdzenie, że negocjacje nie mają wiążącego charakteru, zostały

przez stronę skarżącą niewłaściwie odczytane. To, że negocjacje nie mają charakteru wiążącego jest stwierdzeniem oczywistym, skoro nie są zgodnym oświadczeniem woli, które w postaci umowy wiążą strony. Nie oznacza to, że negocjacje nie mogą stanowić jednego z elementów uwzględnianych przy tłumaczeniu oświadczeń woli tworzących umowę. Przyjąć zatem należało, że wprowadzony do umowy zakaz pobierania przez stronę powodową dodatkowych opłat od pacjentów obejmował wszelkiego rodzaju opłaty, zarówno dotyczące usług medycznych, jak i związane z pobytem i wyżywieniem w szpitalu.

Strona skarżąca nie wykazała, aby analizowane postanowienia umowy były sprzeczne z prawem, zasadami współżycia społecznego lub miały na celu obejście ustawy. Powołany w kasacji art. 68 Konstytucji, stanowiący, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia oraz że obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych, ani żaden inny przepis powołanych w kasacji ustaw, określających warunki i zakres świadczeń opieki zdrowotnej, nie może stanowić podstawy do kwestionowania postanowień umowy z dnia 15 grudnia 1999 r. Wręcz przeciwnie, na obronę zasługuje stanowisko, że strony w imię poszanowania idei solidaryzmu społecznego, wyrażonego właśnie w art. 64 Konstytucji, wykluczyły możliwość różnicowania dostępu obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Wobec tego, że w obowiązującym systemie ochrony zdrowia dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej limitowany jest wielkością środków publicznych, którą określa ustawa, wprowadzanie do tego systemu przez świadczeniodawców (zakłady opieki zdrowotne) pozaustawowych rozwiązań dotyczących finansowania pobytu pacjentów na leczeniu szpitalnym grozi pomieszczeniem środków publicznych przeznaczonych na ochronę zdrowia z dodatkowymi środkami pobieranymi na podstawie indywidualnych umów z pacjentami, co w konsekwencji może nie zapewniać obywatelom równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. W przypadku tworzenia tzw. ponadstandardowych warunków pobytu w szpitalach nie ma pewności, czy w niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej (np. w prywatnym szpitalu), którego podstawą funkcjonowania jednak są kontrakty finansowane ze środków publicznych, koszty tzw. ponadstandardowego pobytu pacjenta pokryte zostaną wyłącznie z dodatkowych opłat, czy częściowo także z publicznych środków finansowych. W jaki bowiem sposób w jednym oddziale szpitalnym,

w którym grupa pacjentów leczona jest w warunkach tzw. ponadstandardowych, wyliczyć i oddzielić na przykład koszty zwykłej i zwiększonej obsługi pielęgniarskiej, w jaki sposób oddzielić koszty utrzymania czystości związane z odwiedzinami chorych bez ograniczeń od kosztów związanych z odwiedzinami limitowanymi liczbą wizyt i osób odwiedzających.

Zauważyć należy, że podział na standardowe i ponadstandardowe warunki pobytu nie znajduje uzasadnienia ani w ustawie z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym ani w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Jedynie w zakresie świadczeń zdrowotnych taki podział występuje w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 listopada 1998 r. w sprawie wykazu świadczeń ponadstandardowych (Dz.U. Nr 140, poz. 909, ze zm.). Dopóki zatem nie zostaną ustawowo ustalone standardowe warunki pobytu pacjenta w szpitalu (jeśli w ogóle możliwe jest ich określenie), dopóty wszelkie próby określania warunków ponadstandardowych są nie tylko bezprawne, ale także pozbawione sensu. Aby określić warunki ponadstandardowe najpierw należy określić granice standardu w zakresie wyżywienia, pomieszczeń szpitalnych, warunków sanitarnych, obsługi pielęgniarskiej oraz obsługi świadczonej przez personel techniczny itp. Brak w tym zakresie powszechnego, opartego na ustawie, precyzyjnego podziału powoduje, że praktyki, jakie stosowała strona powodowa, mogły prowadzić do zachwiania konstytucyjnego prawa obywatela do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Przedstawione argumenty uzasadniają stwierdzenie, że postanowienia umów w sprawie zasad i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przysługujących ubezpieczonym w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, zakazujące pobierania od pacjentów dodatkowych opłat z tytułu korzystania przez nich z tzw. ponadstandardowych warunków pobytu i wyżywienia w okresie leczenia szpitalnego, nie są sprzeczne z prawem ani zasadami współżycia społecznego, wręcz przeciwnie stanowią gwarancję równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Z przytoczonych względów kasację, jako pozbawioną usprawiedliwionych podstaw, należało oddalić (art. 393¹² k.p.c.).

