



Sygn. akt I CK 691/04

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 13 maja 2005 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Zbigniew Strus (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Bronisław Czech

SSN Henryk Pietrkowski

w sprawie z powództwa Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w W.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu o zapłatę,

po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej w dniu 13 maja 2005 r., kasacji strony pozwanej od wyroku Sądu Apelacyjnego z dnia 21 maja 2004 r., sygn. akt I ACa (...),

oddala kasację i odstępuje od obciążenia pozwanego kosztami procesu w postępowaniu kasacyjnym.

Uzasadnienie

Powód domagał się zasądzenia od (...) Regionalnej Kasy Chorych w W. kwoty 2 034 368, 88 zł z ustawowymi odsetkami od 5 stycznia 2002 r. i kosztami procesu, twierdząc, że w 1999 roku udzielił ubezpieczonym pacjentom świadczeń stacjonarnych, tj. związanych z pobytem pacjentów w jego zakładzie na kwotę wyższą o 1 708 440,00 zł od określonej w umowie na rok 1999 oraz wyższą o 325 928,88 zł od określonej w umowie o wykonywanie świadczeń ambulatoryjnych w tym samym roku. Strona

powodowa uznawała swój obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych wszystkim ubezpieczonym, opierając to przekonanie na ich prawie do wyboru lekarza lub szpitala (art. 60 i 31c ust. 2 ustawy p.u.z.) oraz obowiązku Kasy chorych finansowania świadczeń wymienionych w art. 31 i 31c tej ustawy, niezależnie od liczb ustalonych umownie. Sąd Okręgowy zasądził kwotę 187 061,78 zł z odsetkami a oddalił powództwo w pozostałej części.

Sąd Apelacyjny po rozpoznaniu sprawy na skutek apelacji obydwu stron uwzględnił apelację strony pozwanej odnośnie do rozstrzygnięcia o wpisie (pkt IV wyroku Sądu pierwszej instancji nakazujący pobrać od pozwanej strony kwotę 10.953 zł z tego tytułu), a punkcie 2. swego wyroku oddalił apelację pozwanego w części pozostałej. Poza tym oddalił apelację powoda w całości i zniósł między stronami koszty procesu za drugą instancję.

Zaskarżone rozstrzygnięcie zostało wydane na podstawie następującego stanu faktycznego ustalonego przez Sąd Okręgowy, przytoczonego w niezbędnym zakresie.

Regionalna (...) Kasa Chorych - poprzednik prawny pozwanego obecnie Narodowego Funduszu Zdrowia zawarła w dniu 31 grudnia 1998 r. umowę w sprawie zasad oraz warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przysługujących ubezpieczonym w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz badań laboratoryjnych, diagnostyki obrazowej i innych badań na rok 1999. Strony określiły w umowie kwotę finansowania w okresie obowiązywania umowy w wysokości 2 242 805 zł, a zamawiający zobowiązał się je finansować „na podstawie liczby udzielonych porad specjalistycznych i ich cen jednostkowych określonych w załączniku do umowy”.

W końcu lipca 1999 r. strony zawarły aneks do tej umowy, w którym ustalono całkowite finansowanie na drugie półrocze 1999 r. na kwotę 1 099 560 zł.

W tym samym dniu 31 grudnia 1998 r. strony zawarły również umowę na udzielenie świadczeń stacjonarnych w 1999 r. określając kwotę finansowania na 12 968 000 zł. W załączniku do umowy określono rodzaj, liczbę i cenę jednostkową świadczeń i ten podział miał stanowić podstawę sprawozdań miesięcznych uzasadniających wypłatę rat miesięcznych. W aneksie do umowy obejmującym drugą połowę roku 1999 określono kwotę finansowania na 6 581 100 zł. Wykonanie w zakresie ilościowym (a wskutek tego i w wartościowym) było większe od umówionego o żądaną kwotę.

Sąd Apelacyjny przyjął za podstawę rozstrzygnięcia cywilnoprawny charakter umowy i jej treść, przy czym jako kryterium ustalenia wysokości świadczeń przyjął „limit

finansowy”, tj. kwoty określone w §§ 16 umowy o świadczenia ambulatoryjne i aneksu oraz w § 9 umowy o świadczenia stacjonarne i w § 3 aneksu do niej. Sąd ustalił, że wartość zamówionych świadczeń ambulatoryjnych na rok 1999 wynosiła 2 220 962,50 zł i ta kwota stanowiła granicę, ponad którą finansowanie było pozostawione uznaniu zamawiającego. Ponieważ Kasa chorych wypłaciła z tego tytułu 2 033 900, 72 zł roszczenie powoda było uzasadnione do wysokości 187 061,78 zł zasądzonej wyrokiem. W zakresie przekraczającym kwotę maksymalną powód nie przedstawił merytorycznego uzasadnienia ich konieczności. Jeśli chodzi o leczenie stacjonarne, wyliczona tą samą metodą umówiona wartość świadczeń wynosiła 13 065 100 zł, a wartość wykonanych -kwotę 14 956 530 zł. Strona pozwana wypłaciła na poczet tej umowy 13 248 090 zł wobec czego roszczenie również nieusprawiedliwione okolicznościami przewidzianym w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej nie podlegało uwzględnieniu.

Sąd uznał, że kwoty określone w §§ 16 umów o lecznictwo specjalistyczne ambulatoryjne i w § 9 oraz § 3 umów miały charakter sztywny, ustalały granicę odpowiedzialności pozwanego zgodną z możliwościami zamawiającego i powinny być pokryte niezależnie od limitu ilościowego mającego charakter przybliżony.

Wyrok ten został zaskarżony przez stronę pozwaną w części oddalającej apelację pozwanego.

Skarżący przytoczył jako podstawę kasacji błędną wykładnię art. 53 ust. 4 pkt 1, 2 i 4 ustawy p.u.z. polegającą na uznaniu, że ustalone w umowie liczba i rodzaj świadczeń nie wiążą świadczeniodawcy, jeżeli mieszczą się w maksymalnej kwocie określonej w umowie.

Skarżący wnosił o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarżący domagał się oddalenia powództwa dokonując wykładni umów: 1) z 31 grudnia 1998 r. w sprawie zasad oraz warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przysługujących ubezpieczonym w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie lekarza specjalisty zmienionej „aneksem nr 2” z lipca 1998 r., oraz umowy 2) z 31 grudnia 1998 r. na udzielenie stacjonarnych świadczeń, zmienionej aneksem nr 2 z 31 grudnia 1998 r.

Przedstawiając w toku procesu treść umowy, skarżący następca (...) Regionalnej Kasy Chorych opierał się na jej dosłownym brzmieniu, z którego wynikało m.in., że jej

istotne postanowienia obejmowały liczbę i rodzaj świadczeń oraz maksymalną kwotę odpowiedzialności Kasy chorych. Każdy z tych limitów miał w/g twierdzeń pozwanego jednakową moc wiążącą, wobec czego zobowiązanie nie obejmowało kwot należnych zarówno w razie przekroczenia liczby zabiegów danego rodzaju jak i sumy maksymalnej.

Dlatego zdaniem skarżącego wyrok Sądu Apelacyjnego akceptujący odmowę zapłaty za świadczenia spełnione ponad kwotę maksymalną jest błędny i narusza przepisy art. 53 ust. 4 pkt 1, 2 i 4 ustawy p.u.z.

W uzasadnieniu kasacji zawarto stwierdzenie wskazujące na ocenę umów zawartych między stronami, jako czynności, do których stosują się przepisy prawa cywilnego.

Zapłaty to jest trafne i znajduje potwierdzenie w art. 132 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004, Nr 210, poz. 2135). Przyjmując je należy jednak dodać, że ustalenie treści umowy łączącej strony dokonuje się na podstawie art. 65 § 2 k.c., tymczasem w kasacji przytoczono jedynie przepisy określające podstawowe postanowienia umów o wykonywanie świadczeń zdrowotnych. Odwołanie się do tych postanowień (o kwocie maksymalnej i rodzaju oraz zakresie świadczeń) jest wyrazem tłumaczenia umowy na podstawie jej dosłownego brzmienia pomijającego dyrektywę zawartą w powołanym przepisie wskazującą na znaczenie celu.

Umowa o wykonywanie świadczeń zdrowotnych jest elementem szerszego stosunku prawnego ubezpieczenia zdrowotnego, który nie ma charakteru cywilnoprawnego, ze względu na odrębności w zakresie powstania, treści, skutków prawnych i sposobu ochrony podmiotów. Właściwości te uzasadniają wniosek, iż ubezpieczenie zdrowotne prowadzi do powstania powszechnego stosunku obligacyjnego (o charakterze publicznym) w zasadzie pozaumownego, nieekwiwalentnego, rodzącego podmiotowe prawa publiczne na rzecz ubezpieczonych oraz pewnych grup osób zrównanych z nimi. Treścią tego prawa (podmiotowego) jest gwarancja opieki zdrowotnej określanej w sposób potencjalny – jako równy dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Narodowy Fundusz Zdrowia jest jednym z podmiotów wwiązanych w stosunek ubezpieczenia zdrowotnego. Działając w prawnej formie państwowej osoby prawnej, pełni rolę organizatora opieki zdrowotnej na obszarze całego kraju tworząc warunki dostępu do świadczeń. Ważną lecz nie wyłączną funkcję stanowi ich finansowanie, gdyż

NFZ w polskim modelu ubezpieczenia zdrowotnego nie jest świadczeniodawcą (nawet w znaczeniu potencjału świadczeń zdrowotnych). W tym zakresie posługuje się instrumentem cywilnoprawnym, tj. umowami o wykonywaniu świadczeń zdrowotnych zawieranych ze świadczeniodawcami. O ile nie budzi wątpliwości stosowanie przepisów kodeksu cywilnego do tych umów, o tyle uproszczeniem jest odrywanie ich od zasadniczego stosunku ubezpieczenia zdrowotnego, którego fragment stanowią, w takim bowiem wypadku cel umowy może być zniekształcony. Kasy chorych (obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia) nie były podmiotami gospodarczymi działającymi według reguł stawiających na pierwszym miejscu osiągnięcie zysku. Zarządzanie finansami pochodzącymi z daniny publicznej miało na celu zapewnienie jak najszerszej opieki zdrowotnej oraz refundacji leków i zaopatrywanie w inne materiały (środki) medyczne. W tym celu wymienione instytucje (zwane dalej organizatorami opieki zdrowotnej) rozpoznawały stan zdrowotny populacji, prognozowały potrzeby w zakresie świadczeń w dość odległym okresie czasu i sporządzały plan finansowy, który miał równoważyć przychody i wydatki. Dodać trzeba, że zasadniczym źródłem przychodów były składki ubezpieczenia zdrowotnego, którego płatnikami były przeważnie inne podmioty niż ubezpieczeni a skuteczność zbierania składek zależała od jeszcze innej osoby prawnej, tj. Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Biorąc pod uwagę wszystkie zmienne wpływające na ostateczny wynik przychodów, ich wynik obciążony był ryzykiem istotnego błędu. To samo odnosi się do potrzeb zdrowotnych. Wprawdzie rzetelne analizy statystyczne mogły uściślać przewidywany wynik, ale warunkiem było posiadanie danych wyjściowych, których wg twierdzeń strony powodowej nie opracowywano w okresie poprzedzającym wprowadzenie systemu opieki zdrowotnej opartej na ubezpieczeniu zdrowotnym (przed 1 stycznia 1999 r.). Dlatego należy zgodzić się z oceną Sądu Apelacyjnego, że liczba świadczeń określona w umowie miała charakter prognozy. Poza tym liczby te dotyczyły tego samego zakładu opieki zdrowotnej i personel medyczny stosujący daną procedurę medyczną decydował o konieczności włączenia świadczeń dodatkowych – w zależności od stanu pacjenta. Ponieważ personel ten działał w ramach zakładu świadczeniodawcy i był odpowiedzialny cywilnie, karnie i dyscyplinarnie za błędy, przeto wykluczyć należy interpretację umowy uprawniającą organizatora opieki zdrowotnej do decydowania o celowości stosowania procedur medycznych lub odnośnie udzielania świadczeń, tylko dlatego, że limit danych świadczeń się skończył. Dylematy ściśle medyczne (komu i w jakich granicach należy udzielić w danej chwili świadczenia)

musi rozstrzygać świadczeniodawca odpowiedzialny za merytoryczną stronę opieki zdrowotnej.

Nie oznacza to negacji potrzeby przewidywania liczby i rodzajów świadczeń. Gdyby pozbawić organizatora możliwości wpływania na ich strukturę mogłoby się okazać, że świadczeniodawcy obsługiwaliby tylko pewne dziedziny opieki zdrowotnej pozostawiając na uboczu inne.

Dane zawarte w umowie porównane ze sprawozdaniami stanowiły dla organizatora sygnał, że doszło do błędu w prognozowaniu lub do zaniżenia szacunku (ceny) danej usługi albo do niewłaściwej praktyki nierównomiernego zaspokajania potrzeb ubezpieczonych przez świadczeniodawcę. W tym ostatnim wypadku organizator mógł w ostateczności rozwiązać umowę przed terminem. Natomiast kwota maksymalna odpowiedzialności (znana w ubezpieczeniach majątkowych jako suma ubezpieczenia) pełni inną funkcję. Przekroczenie jej przez świadczeniodawcę jest dopuszczalne tylko w wypadku, gdy ustawa nakłada na zakład opieki zdrowotnej lub personel medyczny obowiązek udzielenia świadczenia (art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza). Na pokrycie tych kosztów organizator opieki zdrowotnej tworzy rezerwę. W innych wypadkach ustawa p.u.z. (art. 4 ust. 3) oraz ustawa z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 132 ust. 5) zezwala Funduszowi zobowiązywać się do pokrycia kosztów świadczeń w ramach posiadanych środków. Postanowienie dotyczące maksymalnej kwoty świadczeń określa więc (przy uwzględnieniu wyjątków wyżej omówionych) granice umownej odpowiedzialności organizatora opieki zdrowotnej.

Należy również dodać, że w sytuacji globalnego braku środków tj. niepokrytego zapotrzebowania na świadczenie wykładnia umowy dopuszczająca przeniesienia zaoszczędzonych środków na rok następny byłaby niedopuszczalna, z powodu sprzeczności z przepisami ustawy deklarującymi prawo ubezpieczonych do świadczeń oraz odroczenie terminu spełnienia tylko w razie obiektywnego braku możliwości ich udzielenia niezwłocznie.

Przytoczona argumentacja prowadzi do wniosku, że wyrok zaskarżony kasacją odpowiadał prawu, dlatego na podstawie art. 393¹² k.p.c. kasacja podlegała oddaleniu.

Zły stan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia i przeznaczenie zarządzanych środków oraz niejasne regulacje prawne wymagające wykładni usprawiedliwiają odstąpienie od obciążania kosztami procesu stroną przegrywającą.