

Wyrok z dnia 9 czerwca 2005 r., III CK 626/04

Przekroczenie przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej liczby świadczeń jednego rodzaju, a wykonanie innych świadczeń w mniejszym rozmiarze niż umówiony, nie uzasadnia odmowy zapłaty przez organizatora opieki zdrowotnej, jeżeli łączna wartość wykonanych świadczeń nie przekracza kwoty maksymalnej.

Sędzia SN Zbigniew Strus (przewodniczący, sprawozdawca)

Sędzia SN Kazimierz Zawada

Sędzia SA Andrzej Struzik

Sąd Najwyższy w sprawie z powództwa Fundacji Szpitalnictwa i Przekształceń w Ochronie Zdrowia "H.-M." w W. przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia, Ś. Oddziałowi Wojewódzkiemu w K. o zapłatę, po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej w dniu 9 czerwca 2005 r. kasacji strony pozwanej od wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 18 maja 2004 r.

uchylił zaskarżony wyrok w części zasądzającej świadczenie główne i odsetki oraz w części orzekającej kosztach procesu i w tym zakresie sprawę przekazał Sądowi Apelacyjnemu w Krakowie do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach procesu w postępowaniu kasacyjnym.

Uzasadnienie

Sąd Apelacyjny zmienił wyrok oddalający powództwo i zasądził kwotę 30 001 zł z odsetkami ustawowymi na rzecz powoda – cesjonariusza wierzytelności Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w O.Ś., wynikających z wykonania w latach 2000-2001 świadczeń zdrowotnych wartości przekraczającej o 2 008 054,34 zł kwoty wynikające z umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Ustalono, że w tym okresie strony związane były dziesięcioma umowami o udzielania świadczeń w zakresie opieki ambulatoryjnej, leczenia stacjonarnej, świadczeń stomatologicznych, specjalistycznych badań diagnostycznych, rehabilitacji,

ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjno-specjalistycznej i zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, lecznicze środki techniczne i pomocnicze.

W umowach tych, według ustaleń Sądu Apelacyjnego, zawarte były postanowienia co do minimalnej liczby porad, przedmiotowy i podmiotowy zakres świadczeń oraz wskazywano maksymalny poziom finansowania świadczeń zdrowotnych, określający wysokość zobowiązania kasy chorych. Sąd Apelacyjny stwierdził, że świadczenia zostały udzielone na zasadach, w warunkach i przy zastosowaniu procedur przewidzianych umowami, a zarzut strony pozwanej sprowadzał się do twierdzenia, że nie jest obowiązana do zapłaty za świadczenia udzielone poza ustalone w umowach limity. Ponadto wskazał, że zarzut niewłaściwego wykonywania umowy dotyczył świadczeń objętych kontrolą kasy chorych, która obejmowała inne umowy niż te, z których wynikają roszczenia.

Rozważając znaczenie postanowień umowy określających maksymalny poziom świadczeń kasy chorych, Sąd podkreślił, że umowy nie stanowiły jedynej podstawy ustalania treści stosunku zobowiązaniowego polegającego na realizacji ustawowego obowiązku zapewnienia ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych, dlatego ich wykładni należy dokonywać w świetle założeń systemowych tego ubezpieczenia, choćby doprowadziła ona do konkluzji odbiegającej od dosłownego brzmienia tekstu. W rozpoznawanej sprawie zakres obowiązków stron był determinowany ustawowymi uprawnieniami pacjentów wynikającymi ze stosunku ubezpieczenia zdrowotnego. Sąd Apelacyjny wywiódł z niego roszczenia pacjentów w zakresie tzw. świadczeń standardowych, w stosunku do świadczeniodawcy. Sąd drugiej instancji nie pomijał w rozważaniach ograniczeń finansowych. Rozwiązanie kolizji dóbr uwzględniło nakaz udzielania świadczeń zdrowotnych „wszystkim potrzebującym” oraz prognozę ich liczby określoną w sposób ścisły. Prognostyczny charakter tych liczb nie wytrzymuje konfrontacji z rzeczywistą sumą indywidualnych roszczeń pacjentów, dlatego odnośne postanowienia umowne dotyczące liczby świadczeń i całkowitej sumy należności świadczeniodawcy, służące racjonalizacji wydatków, Sąd uznał za niewiążące zakład opieki zdrowotnej. Przeciwnie stanowisko reprezentowane przez pozwaną Fundusz prowadzi do przerzucenia całego ryzyka na świadczeniodawcę, a byłoby to sprzeczne z celem unormowania zawartego w art. 53 ust. 4 pkt 4 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 ze zm. – dalej: "u.p.u.z."). Sąd

Apelacyjny zastrzegł, że brak tego związania dotyczył kosztów usług racjonalnych oraz wynikających z ustawowego nakazu wykluczającego odmowę świadczeń.

Kasację od tego wyroku Narodowy Fundusz Zdrowia oparł na podstawie naruszenia prawa materialnego – art. 4 ust. 3 oraz art. 53 ust. 3 i 4 pkt 4 u.p.u.z. oraz art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408 ze zm. – dalej: "u.z.o.z.") i art. 6 k.c. Wnosił o zmianę zaskarżonego wyroku i „oddalenie powództwa” lub o uchylenie tego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Apelacyjnemu .

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Nie można odmówić trafności zarzutom opartym na art. 4 ust. 3. u.p.u.z., który określał zakres świadczeń zdrowotnych przysługujących ubezpieczonym („w ramach środków finansowych posiadanych przez kasy chorych”), a więc treść prawa ubezpieczonych. Niedobór środków na opiekę zdrowotną w skali ogólnej, wynikający z kilku przyczyn (demograficznych, ekonomicznych, organizacyjnych i moralnych) wymaga ograniczania zakresu świadczeń zdrowotnych znanych nauce i praktyce medycznej lub wyboru świadczeń najbardziej efektywnych. Świadomość braku środków na zapewnienie potrzebującym wszelkich znanych metod leczenia stanowiła motyw unormowania konstytucyjnego (art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji), że władze publiczne zobowiązane zostały do utrzymywania systemu opieki zdrowotnej finansowanego ze środków publicznych opartego na zasadach równości dostępu i solidarności przejawiającej się w stosowaniu jednakowych, medycznie uzasadnionych procedur wobec potrzebujących bez względu na udział w kształtowaniu przychodów tego systemu. Na marginesie należy dodać, że zastrzeżenie „niezależnie od ich sytuacji materialnej” wyklucza stosowanie praktyk „dokupowania” przez ubezpieczonych lepszych lub przynajmniej kosztowniejszych procedur w placówkach finansowanych przez organizatora publicznej opieki zdrowotnej; drugie zdanie wskazanego przepisu dodaje zastrzeżenie, że warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

Zasadniczymi aktami normatywnymi w okresie, którego dotyczy spór były ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. W zakresie odpłatności art. 6 u.z.o.z. odsyła do zasad określonych w przepisach odrębnych, jeśli chodzi o świadczenia spełniane na rzecz grupy podstawowej, tj. uprawnionych z tytułu ubezpieczenia. Dla rozpoznawanej sprawy istotne były postanowienia zawarte w art. 19 ust. 1 pkt 1 u.z.o.z., stanowiącym, że w

sytuacji ograniczonych możliwości spełnienia świadczeń pacjent ma prawo do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń, oraz art. 7 nakazującego, w formie niedopuszczającej wyjątku, udzielania pomocy osobie zgłaszającej się do zakładu opieki zdrowotnej ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym zawierała wprawdzie sformułowania o prawie ubezpieczonych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 31 i nast.), jednak nieusprawiedliwione jest zapatrywanie, że prawo to obejmuje wszystkie możliwe i medycznie uzasadnione procedury, w tej samej ustawie znajdowały się bowiem przepisy określające zasady działania kasy chorych, zwłaszcza zasady finansowania świadczeń. Przepis art. 53 ust. 3 pkt 2 u.p.u.z. stanowił, że suma kwot zobowiązań kasy chorych wobec świadczeniodawców ze wszystkich zawartych umów musi się mieścić w planie finansowym kasy chorych, natomiast w art. 4 ust. 3 potwierdzano związenie kas chorych wielkością posiadanych środków finansowych i zakazano obniżania poziomu świadczeń ze względu na niedobór środków.

W świetle tych zasad i powszechnie znanego niedoboru środków w skali globalnej nie można podzielić zapatrywania Sądu Apelacyjnego jakoby medyczne uzasadnienie dla wykonanych świadczeń rodziło wprost obowiązek kasy chorych zapłaty świadczeniodawcy ponad maksymalną kwotę jej zobowiązania określonego w umowie (art. 53 ust. 4 pkt 4 u.p.u.z.), w takim bowiem wypadku wszystkie w zasadzie świadczenia zdrowotne podlegałyby zapłacie, a kasy chorych pełniłyby funkcję gwaranta, do czego jednak brak środków oraz podstawy prawnej.

Spór w rozpoznawanej sprawie nie ogniskuje się wokół jeszcze jednego postanowienia zawieranych umów, dotyczącego liczby i rodzaju świadczeń, dlatego na marginesie należy zaznaczyć, że ta część umowy jest usprawiedliwiona organizatorskimi zadaniami kasy chorych (obecnie Narodowego Funduszu Zdrowia) i stanowi instrument kontroli pokrycia przez świadczeniodawcę prognozowanych wszystkich potrzeb populacji objętej opieką zdrowotną oddziału Funduszu. Nieprzestrzeganie przez świadczeniodawcę umówionych proporcji w rażących wypadkach wskazujących na nieusprawiedliwione pomijanie pewnego sektora opieki zdrowotnej może być podstawą rozwiązania umowy, jednakże bieżącym wykonywaniem świadczeń kieruje świadczeniodawca, a nie pozwany organizator opieki zdrowotnej, którego zakres odpowiedzialności określa umówiona kwota

maksymalna (uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 13 maja 2005 r., III CK 626/04, nie publ.). Niedobór środków nie dopuszcza wykładni umowy, według której świadczeniodawca nie otrzymałby zapłaty za wykonane świadczenia zdrowotne ponad umówione liczby, mimo że spełniając je nie przekroczył kwoty maksymalnej, natomiast obowiązek zapłaty ponad tę kwotę wymaga wykazania przesłanek określonych w art. 7 u.z.o.z. i w tym zakresie ciężar dowodu spoczywa na świadczeniodawcy, wywodzącego skutek prawny (roszczenie) ze zdarzenia znajdującego się poza umową. Przeciwny pogląd Sądu Apelacyjnego nie zasługuje na aprobatę, został oparty na wadliwie przyjętej przesłance „świadczeń uzasadnionych” i nieprawidłowej wykładni art. 6 k.c.

Uznając kasację za usprawiedliwioną, Sąd Najwyższy orzekł, jak w sentencji (art. 393¹³ § 1 k.p.c.).

