

Wyrok z dnia 6 września 2005 r.

I UK 17/05

Narodowy Fundusz Zdrowia nie może ograniczyć w czasie przyznanej refundacji leczenia, zgodnego z zaleceniami lekarza.

Przewodniczący SSN Teresa Flemming-Kulesza (sprawozdawca), Sędziowie SN: Katarzyna Gonera, Zbigniew Hajn.

Sąd Najwyższy, po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 6 września 2005 r. sprawy z wniosku Marii L. przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia Ś.-Oddziałowi w K. o ustalenie prawa do świadczeń zdrowotnych, na skutek kasacji Narodowego Funduszu Zdrowia od wyroku Sądu Okręgowego Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Katowicach z dnia 20 września 2004 r [...]

o d d a l i ł kasację.

U z a s a d n i e n i e

Sąd Rejonowy-Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Katowicach wyrokiem z dnia 3 czerwca 2004 r. wydanym na skutek odwołania Marii L. od decyzji Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 stycznia 2004 r. przyznającej jej refundację „kontynuacji leczenia interferonem na okres do 31.03 2004 roku” zmienił zaskarżoną decyzję i przyznał ubezpieczonej prawo do kontynuacji leczenia interferonem według odpowiedniego dla niej schematu leczenia.

Sąd ten ustalił, że ubezpieczona od 1996 r. choruje na przewlekłą białaczkę szpikową, leczoną za pomocą leku o nazwie roferon. Lek ten spowodował szybką remisję choroby, ubezpieczona mogła pracować, nie wymagała pomocy osób trzecich ani żadnego innego leczenia. Leczenie było kontynuowane do lutego 2004 r., kiedy to zmieniono rodzaj leku na intron. Według ubezpieczonej nie jest to lek tak skuteczny jak roferon, powoduje różne skutki uboczne, w związku z czym ubezpieczona odczuwa liczne dolegliwości. Ponadto dawka leku jest zaniżona do minimalnej, tj. do 3 mln jednostek (zamiast wymaganych dla tej choroby 9 mln jednostek). Po

31 marca 2004 r. poradnia, w której ubezpieczona przyjmuje lek nadal wydaje jej lek w dotychczasowych dawkach. Zażywanie leku blokującego podwyższanie poziomu białych ciałek krwi jest prawdopodobnie konieczne do końca życia ubezpieczonej.

Sąd pierwszej instancji uznał, iż żądanie ubezpieczonej znajduje potwierdzenie w obowiązującym stanie prawnym. Wskazał na art. 49 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45, poz. 391), stosownie do którego ubezpieczony w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, opartej na dowodach naukowych i praktyki medycznej, w ramach posiadanych przez Fundusz środków finansowych. Natomiast z treści rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29 października 2003 r. w sprawie wykazu niektórych chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za ryczałtową lub częściową odpłatnością (Dz.U. Nr 195, poz. 1908) wynika, że brak jest któregokolwiek z leków, które podała ubezpieczona jako leki odpowiednie dla leczenia jej schorzenia.

Sąd Rejonowy powołał wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. stwierdzający niezgodność art. 36 ust. 1 w związku z przepisami rozdziałów 1, 4, 5, 6, 7, 8, i 13 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z Konstytucją (art. 6 w związku z art. 2), przez to, że tworząc instytucję publiczną w kształcie uniemożliwiającym jej rzetelne i sprawne działanie, naruszają zasady państwa prawnego w zakresie konstytucyjnego prawa obywateli do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Przepisy ustawy wymienione w tym wyroku tracą moc z dniem 31 grudnia 2004 r., jednakże zdaniem Sądu Rejonowego akt normatywny uznany przez Trybunał Konstytucyjny za niezgodny z Konstytucją nie powinien być stosowany przez Sąd w odniesieniu do stanów faktycznych sprzed ogłoszenia orzeczenia Trybunału gdyż był sprzeczny od „samego początku”. W związku z powyższym Sąd Rejonowy pominął przepisy tej ustawy, w tym także jej art. 58 upoważniający Ministra Zdrowia do określenia w rozporządzeniu wykazu leków refundowanych przez NFZ; w wydanym wykazie nie znalazł się żaden z leków, którymi była leczona ubezpieczona. Sąd Rejonowy powołał się na wyrok Sądu Najwyższego II UK 243/03, stosownie do którego zrefundowanie kosztów leku ratującego życie (a niebędącego w wykazie) należy się pacjentowi nie tyle na podstawie Konstytucji, ile ogólnych zasad ubezpieczenia zdrowotnego. Sąd Rejonowy uznał, że skoro leki na bazie interferonu, którymi do-

tychczas była leczona ubezpieczona zostały przepisane przez lekarza prowadzącego, a dotychczas, przy takim samym stanie pacjentki i stanie prawnym, NFZ (jako następca kasy chorych) refundował lek bez ograniczeń terminowych, brak jest jakichkolwiek podstaw do wstrzymania kontynuacji leczenia ubezpieczonej.

Sąd Okręgowy w Katowicach wyrokiem z dnia 20 września 2004 r. oddalił apelację Narodowego Funduszu Zdrowia Ś.-Oddziału NFZ w K. Sąd ten uznał, że spór w tej sprawie nie może dotyczyć przyjętej metody leczenia gdyż Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w K. prowadzący leczenie ubezpieczonej wystąpił do Ś. Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w K. o wyrażenie zgody na indywidualną terapię interferonem. Ubezpieczający wyraził zgodę na kontynuowanie leczenia przy użyciu tego leku do 30 marca 2004 r. z refundacją obejmującą koszty leku w kwocie nieprzekraczającej 3.050 zł na miesiąc oraz koszty związane z podaniem leku i monitorowaniem skuteczności terapii w wysokości 596 zł na miesiąc. Sąd Okręgowy uwzględniając treść wniosku Przychodni Specjalistycznych w K. z dnia 18 grudnia 2003 r., uznał, że leczenie ubezpieczonej winno być kontynuowane według proponowanej przez lekarzy specjalistów metody, tj. przy użyciu specyfiku interferon. Sąd Okręgowy wskazał, że przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r., w którym nie został umieszczony interferon, nie mogą być podstawą prawną uzasadniającą żądanie wnioskodawczyni. Podnosząc zobowiązaniowy charakter stosunku prawnego między świadczeniodawcą i pacjentem w ramach powszechnego ubezpieczenia podkreślił, iż wykonanie tego zobowiązania z uwagi na rozpoczęty już proces leczenia decyduje nie tylko o zdrowiu, lecz o życiu pacjenta. Zdaniem Sądu Okręgowego, z przepisów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym nie wynika żaden zakaz rozszerzenia listy leków przyznawanych bezpłatnie ubezpieczonemu w ramach podjętego procesu leczenia. Rozpoczęcie procesu leczenia przy użyciu specyfiku w ramach stosunku zobowiązaniowego powstałego w wyniku wydania zaskarżonej decyzji z uwagi na charakter świadczenia, a także konstytucyjną zasadę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych(art. 68 ust. 2), powoduje ten skutek, że zobowiązanie nie może wygasnąć z dniem 31 marca 2004 r. Sąd ten podkreślił, iż trudna sytuacja finansowa Narodowego Funduszu Zdrowia nie wynika ze zrefundowania ubezpieczonej kosztów rozpoczętego leczenia, tym bardziej, że rozstrzygnięcie wydane w sprawie ma charakter jednostkowy.

Narodowy Fundusz Zdrowia wniósł kasację od tego wyroku. Skarżonemu orzeczeniu zarzucał naruszenie art. 233 k.p.c., które miało istotny wpływ na wynik sprawy oraz naruszenie przepisów prawa materialnego „przez błędną jego wykładnię lub niewłaściwe zastosowanie” - art. 37 ust. 2, art. 49 oraz art. 58 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej

W uzasadnieniu kasacji wskazano, że Fundusz udowodnił, iż lek, o który wystąpiła powódka, nie jest umieszczony w wykazie określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu niektórych chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością (Dz.U. Nr 195, poz. 1908), a w związku z tym nie ma obowiązku refundowania kosztów leczenia ubezpieczonej takim specyfikum oraz że leczenie tym specyfikum, mimo że nie gwarantuje ubezpieczonej powrotu do zdrowia znacznie przekracza możliwości finansowe Funduszu. Skarżący podniósł także, iż Sąd naruszył art. 233 § 1 k.p.c., przez przyjęcie, że przepisy ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, mimo że obowiązujące co najmniej do dnia 31 grudnia 2004 r., przy orzekaniu w niniejszej sprawie powinny być pominięte jako niezgodne z Konstytucją.

Na uzasadnienie drugiej podstawy kasacji skarżący podnosił, że leczenie preparatem, który nie jest objęty obowiązującym wykazem, jest niezwykle kosztowne, a NFZ nie posiada środków finansowych pozwalających na finansowanie indywidualnego leczenia w nieograniczonym zakresie, tym bardziej w sytuacji, gdy jego skuteczność jest kwestionowana przez specjalistów w konkretnych przypadkach. Udzielanie świadczeń zdrowotnych może odbywać się tylko i wyłącznie w ramach posiadanych przez NFZ środków finansowych, a Fundusz prowadzi gospodarkę finansową na zasadzie zrównoważenia kosztów i przychodów i jest zobowiązany do zachowania dyscypliny budżetowej. W planie finansowym Ś. Oddziału Wojewódzkiego NFZ nie przewidziano wydatków związanych ze zwrotem kosztów leczenia specyfikum, o który wnioskuje ubezpieczona. Ubezpieczający wyraził zgodę na refundację kosztów leczenia interferonem, ograniczając ją kwotowo i czasowo, „przeciwna praktyka doprowadziłaby do paraliżu systemu ubezpieczenia zdrowotnego w Rzeczypospolitej Polskiej”. Podniósł także, iż w świetle art. 68 Konstytucji RP obywatelom nie przysłu-

guje prawo w ramach ubezpieczenia zdrowotnego do nieograniczonej nieodpłatnej ochrony zdrowia.

Kasacja zawiera wniosek o uchylenie zaskarżonego wyroku w części oddalającej apelację, ze zniesieniem postępowania i przekazanie sprawy w tym zakresie Sądowi Okręgowemu do ponownego rozpoznania oraz rozstrzygnięcia o kosztach postępowania kasacyjnego ewentualnie o zmianę zaskarżonego wyroku w części oddalającej apelację, przez uwzględnienie apelacji w całości, to jest oddalenie powództwa oraz zasądzenie kosztów.

Sąd Najwyższy rozważył, co następuje:

Kasacja jest pozbawiona usprawiedliwionych podstaw. Zauważyć przy tym trzeba, że skarżący powtórzył w kasacji zarzuty i argumentację zawarte w apelacji w oderwaniu od uzasadnienia wyroku Sądu drugiej instancji. Sąd ten nie zajął się problemem zgodności z Konstytucją przepisów ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45, poz. 391 ze zm. , uchylonej z dniem 1 października 2004 r. przez ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. Nr 210, poz. 2135 ze zm.) i nie oparł swego rozstrzygnięcia na argumentacji odwołującej się do wyroku Trybunał Konstytucyjnego w sprawie K 14/03.

Zarzut naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c. polega na nieporozumieniu. Skarżący odnosi ten zarzut do - niewłaściwego jego zdaniem - stosowania prawa a nie do poczynionych ustaleń faktycznych. Narodowy Fundusz Zdrowia nie miał potrzeby „udowodniania”, że lek, o który chodzi w tej sprawie, nie jest umieszczony w wykazie stanowiącym załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29 października 2003 r. w sprawie wykazu niektórych chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością. Nie jest to okoliczność faktyczna wymagająca udowodnienia. Oba Sądy orzekające w tej sprawie wzięły pod rozwagę nieumieszczenie w tym wykazie leku, którym leczona była ubezpieczona. Nie uznały jedynie, że decyduje to o niezasadności odwołania. Pominięcie stosowania przepisów ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, bez względu na słuszność tego zarzutu, nie mieści się w ramach przytoczonej podstawy kasacyjnej. Z całą pewnością problem stosowania lub niesto-

sowania przepisów tej ustawy (ani żadnej innej) nie stanowi kwestii z zakresu ustaleń faktycznych, a w związku z tym nie wiąże się z granicami swobody sądów w ocenie przeprowadzonych dowodów, o której jest mowa w art. 233 § 1 k.p.c.

Nie są też uzasadnione zarzuty naruszenia prawa materialnego. W art. 37 ust. 2 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (w brzmieniu obowiązującym do 31 grudnia 2004 r.) uregulowana została zasada finansowania przez Fundusz świadczeń zdrowotnych oraz zapewnienia refundacji leków w ramach posiadanych środków finansowych. Jest to ogólna wskazówka dotycząca sposobu prowadzenia gospodarki finansowej przez Fundusz. Przepis ten mógłby być rozważany jako ewentualna podstawa odmowy kontynuowania częściowej refundacji leczenia konkretnego ubezpieczonego tylko w razie wykazania braku środków na ten zindywidualizowany cel i to w sytuacji nieprzewidzianej wcześniej, to jest w okresie planowania przychodów i wydatków. Nie dotyczy on wprost ubezpieczonych, a zatem nie może stanowić podstawy decyzji arbitralnie ustalających zakres refundacji. Natomiast art. 49 stanowił, że ubezpieczony, w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, opartej na dowodach naukowych i praktyki medycznej, w ramach posiadanych przez Fundusz środków finansowych. Problem zgodności tego przepisu z Konstytucją nie ma istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia odwołania Marii L. Zastrzeżenia Trybunału Konstytucyjnego, którym dał on wyraz w wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r., miały źródło w braku ustawowego określenia świadczeń, do których ma prawo ubezpieczony uiszczający składkę na ubezpieczenie zdrowotne. Przepis ten regulował dostępność do określonego rodzaju świadczeń medycznych i środków leczniczych. Na jego podstawie ubezpieczona domagała się finansowania przez Fundusz leczenia interferonem, co Fundusz jej przyznał, ograniczając jednakże czas trwania refundowanego leczenia. Problem sporny wiąże się zatem z rozumieniem i stosowaniem tego przepisu w tym sensie, że Fundusz przyznał sobie prawo do wprowadzania swymi decyzjami tego rodzaju ograniczeń. Uprawnienie takie nie ma jednakże źródła w przepisach ustawy, nawet tych uznanych przez Trybunał Konstytucyjny za niezgodne z Konstytucją. Przepis art. 49, jak też przepis art. 58 zawierający w ustępie drugim upoważnienie dla ministra właściwego do spraw zdrowia określenia - między innymi - wykazu leków przepisywanych chorym na choroby przewlekłe bezpłatnie, za częściową lub zryczałtowaną odpłatnością, nie dają podstawy do limitowania czasu refundowanego leczenia.

Skarżący nie wskazał w kasacji przepisu dającego Funduszowi takie uprawnienia. Odwołująca się domagała się kontynuacji leczenia po okresie oznaczonym w zaskarżonej przez nią decyzji. Spór między stronami nie sprowadzał się wcale do tego, czy ma ona prawo do refundacji leczenia interferonem, mimo że nie jest on umieszczony w wykazie sporządzonym przez ministra, ani do zakresu refundacji. Chodziło jedynie o zapewnienie kontynuacji leczenia. Sąd Najwyższy wyraża pogląd, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie miał uprawnienia do ograniczania w czasie przyznanego już częściowego refundowania leczenia. Pozbawianie przewlekle chorych przyznanej już im refundacji w trakcie przepisanego przez lekarzy leczenia nie ma podstaw prawnych i kłóci się z konstytucyjnym prawem do ochrony zdrowia.

Kasacja podlegała zatem oddaleniu na podstawie art. 393¹² k.p.c.

=====