

Postanowienie z dnia 7 września 2005 r.

II UZP 8/05

Nieprawidłowe jest przedstawienie Sądowi Najwyższemu zagadnienia prawnego zawierającego pytanie o sposób rozstrzygnięcia sprawy w konkretnym stanie faktycznym (art. 390 § 1 k.p.c.).

Przewodniczący SSN Krystyna Bednarczyk (sprawozdawca), Sędziowie SN: Zbigniew Myszka, Kazimierz Jaśkowski.

Sąd Najwyższy, z udziałem prokuratora Prokuratury Krajowej Iwony Kaszczy-szyn, po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 7 września 2005 r. sprawy z wniosku Franciszka P. przeciwko D. Oddziałowi Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W. o refundację kosztów wszczęcia endoprotezy, na skutek zagadnienia prawnego przedstawionego postanowieniem Sądu Okręgowego w Jeleniej Górze z dnia 16 marca 2005 r. [...]

„Czy ubezpieczonemu, który celem udzielenia mu świadczenia zdrowotnego poza kolejnością dostępu do tego świadczenia, wprowadzoną przez świadczeniodawcę posiadającego umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielenie świadczeń zdrowotnych, zakupił z własnych środków wyrób medyczny służący wykonaniu tego świadczenia, przysługuje w myśl art. 37 ust. 2 w zw. z art. 56 ustawy z dnia 23.01.2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45, poz. 391 ze zm.) roszczenie o zrekompensowanie tego zakupu przez Narodowy Fundusz Zdrowia ?”

o d m ó w i ł udzielenia odpowiedzi.

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

Postanowieniem z dnia 16 marca 2005 r. Sąd Okręgowy-Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Jeleniej Górze przedstawił Sądowi Najwyższemu do rozstrzygnięcia następujące zagadnienie prawne: czy ubezpieczonemu, który celem

udzielenia mu świadczenia poza kolejnością dostępu do tego świadczenia, wprowadzoną przez świadczeniodawcę posiadającego umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielenie świadczeń zdrowotnych, zakupił z własnych środków wyrób medyczny służący wykonaniu tego świadczenia, przysługuje w myśl art. 37 ust. 2 w związku z art. 56 ustawy z dnia 23 października 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45, poz. 391 ze zm.) roszczenie o zrekompensowanie tego zakupu przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Zagadnienie to powstało na tle następującego stanu faktycznego. Wnioskodawca cierpiący na dolegliwości stawu biodrowego uzyskał w 2003 r. od lekarza ortopedy skierowanie na zabieg wszczepienia endoprotezy bezcementowej. Liczba osób oczekujących w 2003 r. w województwie d. na wykonanie zabiegu wszczepienia endoprotezy była większa niż liczba zakupionych endoprotez. Okres oczekiwania na wykonanie zabiegu wynosił 2 - 3 lata. W D. Centrum Rehabilitacji w K.G. okres ten był dłuższy i wynosił 4 - 5 lat. W przypadku opłacenia przez pacjenta zakupu endoprotezy ze środków własnych, termin zabiegu wyznaczany był niezwłocznie, o czym wnioskodawca był poinformowany przez lekarzy. Ze względu na długi okres oczekiwania na zabieg oraz celem odzyskania sprawności i zdolności do pracy wnioskodawca zakupił endoprotezę we własnym zakresie. W dniu 16 grudnia 2003 r. poddał się zabiegowi operacyjnemu endoprotezoplastyki bezcementowej stawu biodrowego w D. Centrum Rehabilitacji w K.G. Po zabiegu wnioskodawca zwrócił się do D. Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia o refundację kosztów endoprotezy w kwocie 6.000 zł. Decyzją z dnia 20 kwietnia 2004 r. Narodowy Fundusz Zdrowia odmówił tej refundacji. Po rozpoznaniu odwołania wnioskodawcy od tej decyzji Sąd Rejonowy - Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Jeleniej Górze wyrokiem z dnia 2 listopada 2004 r. zmienił zaskarżoną decyzję i ustalił obowiązek refundacji kosztów wykonania zabiegu wszczepienia endoprotezy w kwocie 6.000 zł. Sąd Rejonowy powołał się na przepisy ustawy z dnia 23 października 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia zapewniające ubezpieczonym bezpłatne świadczenia zdrowotne (art. 39 ust.1 i art. 47), w tym bezpłatne leki i wyroby medyczne konieczne do wykonania świadczenia ubezpieczonemu przyjętemu do szpitala (art. 56). Zakupiona przez wnioskodawcę endoproteza stawu biodrowego była materiałem medycznym, który na podstawie tych przepisów przysługiwał mu bezpłatnie i był konieczny do wykonania zabiegu jej wszczepienia, tak zresztą, jak i sam zabieg. Zdaniem Sądu zachowała aktualność uchwała Sądu Naj-

wyższego z dnia 28 maja 2002 r., III UZP 3/02 (OSNP 2002 nr 23, poz.575), stwierdzająca, że osoba ubezpieczona, która na żądanie szpitala posiadającego umowę z Regionalną Kasą Chorych zakupiła indywidualnie materiał medyczny, przysługujący jej bezpłatnie w myśl art. 36 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 ze zm.) może dochodzić od Regionalnej Kasy Chorych zrekompensowania kosztów tego materiału. W świetle zacytowanej uchwały jedną z podstawowych zasad prawa ubezpieczeniowego jest to, że ubezpieczony, spełniający podstawowe warunki do uzyskania świadczenia przewidzianego w systemie, któremu podlega z mocy ustawy lub dobrowolnie, może domagać się od organu ubezpieczającego realizacji swego prawa. Z istoty stosunku ubezpieczeniowego wynika, że obowiązki podlegania ubezpieczeniu i opłacania składki przez ubezpieczonego odpowiada jego prawo do żądania od ubezpieczyciela świadczeń na warunkach i w zakresie określonym w ustawie lub umowie, a pobieranie składek przez ubezpieczyciela rodzi jego obowiązek udzielania tych świadczeń, po spełnieniu ryzyka ubezpieczeniowego. W sytuacji, gdy Fundusz nie spełnia obowiązku zapewnienia ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych w pełnym zakresie wynikającym z ustawy, w konsekwencji wymuszając na nich ponoszenie kosztów z własnych środków, wykraczających poza przewidziane ramy odpłatności, to prawo ubezpieczonego do bezpłatnego świadczenia zdrowotnego przekształca się w roszczenie o zwrot poniesionego wydatku. Tym samym wnioskodawca, w ocenie Sądu Rejonowego, zasadnie żądał zwrotu kosztów zakupionej z własnych środków endoprotezy stawu biodrowego, ponieważ Fundusz - wbrew ciążącemu na nim obowiązkowi - nie zapewnił wnioskodawcy tego materiału medycznego.

Rozpoznając apelację D. Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia Sąd Okręgowy powziął wątpliwość co do tego, czy stanowisko prawne wyrażone w powołanej przez Sąd pierwszej instancji uchwale Sądu Najwyższego o obowiązku refundacji kosztów materiału medycznego zakupionego przez ubezpieczonego na żądanie leczącego go szpitala odnosi się także do sytuacji, w której ubezpieczony zdecydował się na wydatkowanie kosztów jeszcze przed przyjęciem do szpitala. Przyjęcie to, skutkujące rozpoczęciem procesu leczniczego i udzielenia świadczenia zdrowotnego w warunkach określonych przepisem art. 56 ustawy, nie ma przy tym charakteru doraźnego ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia, o której to okoliczności stanowi przepis art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408 ze zm.). Zakup wyrobu medyczne-

go, czy też pokrycie kosztów innego elementu świadczenia zdrowotnego, w warunkach określonych przepisem art. 56 ustawy, nie jest przy tym również - zważywszy na zachowanie się świadczeniobiorcy - warunkiem *sine qua non* przyjęcia ubezpieczonego do zakładu opieki zdrowotnej i udzielenia mu świadczenia zdrowotnego, lecz jedynie warunkuje wykonanie tego świadczenia poza kolejnością ustaloną w swojej praktyce przez tegoż świadczeniodawcę, wynikającą z jego materialnych możliwości, wyznaczonych warunkami umowy o świadczenie usług zdrowotnych zawartej z Funduszem. Można przyjąć założenie, iż porozumienie się ubezpieczonego ze świadczeniodawcą uprawniające tego pierwszego do świadczenia zdrowotnego poza kolejnością wprowadzoną przez świadczeniodawcę w wykonaniu umowy, o której mowa w art. 72 ust. 1 ustawy, pozostaje w ogóle poza stosunkiem pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem wynikającym z tej umowy. Skoro ubezpieczony nie poddał się przy skorzystaniu ze świadczenia zdrowotnego ograniczeniom, jakie wynikają dla niego z umowy pomiędzy Funduszem a świadczeniobiorcą, będącej w myśl art. 72 ust. 1 podstawą udzielenia takiego świadczenia na warunkach określonych ustawą, a zarazem na co wskazano wyżej, wyznaczających treść stosunku ubezpieczeniowego pomiędzy nim a Funduszem, to w swej istocie zrezygnował on ze świadczenia na warunkach wynikających z tej umowy. Konsekwencją powyższego założenia musiało być przyjęcie, iż wykonanie świadczenia zdrowotnego, jako świadczenia nieprzewidzianego w umowie mogłoby mieć miejsce jedynie w przypadku udzielenia świadczenia doraźnego w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia ubezpieczonego, a zatem w sytuacji przewidzianej w art. 72 ust.2 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, pozostającym w związku z art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Nie można jednak pominąć, że nawet taki stan nie prowadzi do zerwania pomiędzy ubezpieczonym a Funduszem więzi wynikającej ze stosunku ubezpieczeniowego. Stosunek ten jest bowiem kontynuowany przez system ubezpieczeń zdrowotnych, w którym Fundusz jako ubezpieczyciel zarządza środkami przekazanymi przez ubezpieczonych, w ich imieniu i na ich rzecz, w celu realizacji ich potrzeb określonych ustawą. To ostatnie stwierdzenie pozwala z kolei przyjąć drugie założenie, iż porozumienie pomiędzy ubezpieczonym a świadczeniodawcą zmierzające do przyspieszenia udzielenia świadczenia poza kolejnością ustaloną przez świadczeniodawcę, wynikającą z limitów przewidzianych umową zawartą z Funduszem, jest obojętne dla stosunków pomiędzy ubezpieczonym a Funduszem. W tym stanie rzeczy udzielenie ubezpieczonemu poza limitami ustalonymi w umowie

świadczenia zdrowotnego, połączone z poniesieniem przez ubezpieczonego własnych wydatków celem realizacji tego świadczenia, uprawniałoby go z racji istnienia stosunku ubezpieczeniowego i ziszczenia się po jego stronie ryzyka ubezpieczeniowego do refundacji tych wydatków przez Fundusz w oparciu o podstawy wynikające z unormowania art. 37 ust. 2 ustawy.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Odpowiedź na przedstawione zagadnienie prawne nie może być udzielona z kilku względów. Przede wszystkim pytanie sformułowane w zagadnieniu, jeżeli traktować je abstrakcyjnie, nie koresponduje z treścią przepisów, na tle których miały się wyłonić istotne wątpliwości. Powołany został ogólny przepis art. 37 ust. 2 ustawy z dnia 23 października 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, który stanowi, że Fundusz finansuje świadczenia zdrowotne oraz zapewnia refundację leków w ramach posiadanych środków finansowych i przepis art. 56 tej ustawy stanowiący, że ubezpieczonemu przyjętemu do szpitala lub innego zakładu opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, przeznaczonych dla osób potrzebujących całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych, oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy doraźnej, zapewnia się bezpłatnie leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia. Z treści pytania można natomiast wywnioskować, że chodzi o refundację wyrobu medycznego ubezpieczonemu, który nie został przyjęty do szpitala, nie wymaga pomocy doraźnej, lecz zakupił wyrób z własnych środków, aby uniknąć oczekiwania na bezpłatne przeprowadzenie zabiegu. Kwestię częściowej refundacji leków ubezpieczonym, korzystającym z innych świadczeń zdrowotnych niż wymienione w art. 56, reguluje przepis art. 57 w odniesieniu do leków podstawowych, uzupełniających i recepturowych (wyroby medyczne nie są w nim wymienione). Natomiast uprawnienie do bezpłatnego korzystania z leków i wyrobów medycznych określone jest w art. 58 i dotyczy tylko osób chorujących na choroby zakaźne, psychiczne oraz niektóre choroby przewlekłe wyszczególnione w przepisach wykonawczych. W stosunku do ubezpieczonych niewy-

mienionych w tym ostatnim przepisie podstawą prawną bezpłatnego przyznania materiałów medycznych może być jedynie przepis art. 56 ustawy.

W przedstawionym zagadnieniu prawnym nie chodzi o wątpliwości interpretacyjne przepisu. Sąd Najwyższy dokonał wykładni mającego identyczne brzmienie przepisu art. 36 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U Nr 28, poz. 153 ze zm.) w powołanej w uzasadnieniu zagadnienia prawnego uchwale z dnia 28 maja 2002 r., III UZP 3/02, stwierdzając, że prawo do refundacji materiału medycznego przysługuje osobie, która na żądanie szpitala zakupiła go z własnych środków. Uchwała odnosi się do osoby leczącej się w szpitalu, to jest takiej, o której mowa w art. 56 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Wątpliwości Sądu Okręgowego dotyczą kwestii, czy regulacja zawarta w art. 56 może być stosowana do osób nieobjętych wprost dyspozycją tego przepisu (nienależących do grona osób przyjętych do szpitala lub innej placówki leczniczej), lecz dokonujących zakupu wyrobu medycznego w innych okolicznościach. W stanie faktycznym sprawa zakład leczniczy przedstawił ubezpieczonemu warunki na jakich świadczy usługi w ramach ubezpieczenia zdrowotnego wraz z nieodpłatnym wyrobem medycznym, a ubezpieczony wynegocjował inne niż wynikające z ubezpieczenia warunki, polegające na pominięciu okresu oczekiwania przewidzianego dla wszystkich ubezpieczonych w zamian za zakup wyrobu medycznego z własnych środków. W przedstawionym zagadnieniu chodzi o zakwalifikowanie tego stanu faktycznego i rozstrzygnięcie czy koszt zakupu materiału medycznego mieści się w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 56 ustawy, czy też umowa między ubezpieczonym a świadczeniodawcą została zawarta niezależnie od ubezpieczenia zdrowotnego.

Tego rodzaju sformułowanie zagadnienia prawnego jest wadliwe, gdyż wymaga zakwalifikowania konkretnego stanu faktycznego do określonego przepisu. Wątpliwości związane z rozstrzygnięciem powinny mieć charakter wyłącznie prawny i nie mogą jednocześnie obejmować elementu faktycznego sprawy. Tak stwierdził Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 17 grudnia 1991 r., III CZP 129/91 (Lex nr 9071). W postanowieniu z dnia 22 października 2002 r., III CZP 64/02 (Lex nr 77033), Sąd Najwyższy wypowiedział następujący pogląd prawny: zagadnienie prawne stanowiące przedmiot pytania powinno być sformułowane ogólnie, w oderwaniu od okoliczności faktycznych danej sprawy w tym sensie, że nie może chodzić o sposób rozstrzygnięcia tej sprawy ani w sposób bezpośredni, ani pośredni. Zagadnienie to nie może

sprowadzać się zatem do postawienia pytania, które wymagałoby dokonania przez Sąd Najwyższy subsumcji. Innymi słowy, rozstrzygnięcie zagadnienia prawnego przedstawionego w trybie art. 390 § 1 k.p.c. nie może polegać na podciągnięciu ustalonego stanu faktycznego pod wskazany w pytaniu przepis prawa, gdyż prowadziłyby to do rozstrzygnięcia sprawy. W innym postanowieniu (z dnia 15 października 2002 r., III CZP 66/02, Lex nr 57240) Sąd Najwyższy stwierdził, że zagadnienie prawne przedstawione do rozstrzygnięcia Sądowi Najwyższemu powinno być postawione ogólnie i abstrakcyjnie tak, by mogło być rozpatrywane w oderwaniu od konkretnego stanu faktycznego, a ponadto budzić poważne wątpliwości. Wymaganie ogólnego sformułowania pytania prawnego ma na celu umożliwienie Sądowi Najwyższemu udzielenia odpowiedzi uniwersalnej, która nie może zastępować rozstrzygnięcia konkretnej sprawy. Nie jest więc prawidłowe przedstawienie Sądowi Najwyższemu zagadnienia prawnego zawierającego pytanie o sposób rozstrzygnięcia sprawy w konkretnym stanie faktycznym.

Uniwersalny charakter odpowiedzi polega na tym, że podjęta uchwała może być w przyszłości pomocna w rozstrzyganiu spraw, w których występują podobne wątpliwości co do wykładni i stosowania prawa. W niepublikowanym postanowieniu z dnia 27 kwietnia 2004 r., II PZP 5/04, Sąd Najwyższy stwierdził, że istotną wartością uchwał podejmowanych przez Sąd Najwyższy w trybie art. 390 § 1 k.p.c. jest to, że są one odpowiedzią na autentyczne potrzeby praktyki stosowania prawa. Nie osiągnęłoby tego celu rozstrzygnięcie wątpliwości prawnych na tle przepisów ustawy z dnia 23 października 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, nawet gdyby zagadnienie zostało sformułowane prawidłowo. Ustawa ta obowiązywała bowiem tylko półtora roku od 1 kwietnia 2003 r. do 1 października 2004 r. Wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03 (Dz.U. Nr 5, poz. 37), przepisy ustawy w przeważającej części, w tym części regulującej świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego (rozdział 5), zostały uznane za niezgodne z art. 68 i z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej 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. Na podstawie tego wyroku przepisy ustawy miały utracić moc 31 grudnia 2004 r. W rzeczywistości cała ustawa utraciła moc 30 września 2004 r. w związku z wejściem w życie od 1 października 2004 r. ustawy z dnia 27 sierpnia

2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135). Skoro stosowanie przepisów ustawy było tymczasowe, nie ma potrzeby dokonywania ich wykładni dla przyszłej praktyki sądowej.

Z tych przyczyn Sąd Najwyższy odmówił udzielenia odpowiedzi na przedstawione zagadnienie prawne.

=====