



Sygn. akt IV CSK 1/06

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 kwietnia 2006 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Mirosława Wysocka (przewodniczący)

SSN Gerard Bieniek (sprawozdawca)

SSN Elżbieta Skowrońska-Bocian

Protokolant Hanna Kamińska

w sprawie z powództwa Szpitala Uniwersyteckiego
- poprzednio Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny
przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia
o zapłatę,
po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej
w dniu 20 kwietnia 2006 r.,
skargi kasacyjnej strony powodowej
od wyroku Sądu Apelacyjnego
z dnia 19 lipca 2005 r., sygn. akt [...],

**uchyla zaskarżony wyrok i sprawę przekazuje Sądowi
Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania, pozostawiając temu
Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania kasacyjnego.**

Uzasadnienie

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny domagał się od pozwanego NFZ zapłaty kwoty 109.695 zł z tytułu udzielonych w latach 2001–2002 świadczeń zdrowotnych pacjentom spoza terenu działalności ówczesnej Kasy Chorych K. Strona pozwana uzasadniała odmowę zapłaty tym, że nie uzyskano wcześniejszej promesy we właściwej dla leczonych w kasie chorych, iż koszty te zostaną zapłacone.

Sąd Okręgowy powództwo oddalił, a Sąd Apelacyjny wyrokiem z dnia 19.07.2005 r. oddalił apelację strony powodowej. W sprawie tej ustalono, że powodowy Szpital bezspornie udzielił w latach 2001–2002 określonych świadczeń zdrowotnych dla osób zamieszkałych poza terenem działalności ówczesnej Kasy Chorych K. i za świadczenia te wystawił w dniu 31.12.2002 r. faktury na łączną kwotę 109.695 zł. Powodowy Szpital miał zawarte umowy o świadczenia zdrowotne z Kasą Chorych K. Ustalono, że zgodnie z tymi umowami uprawnionymi do bezpłatnego korzystania ze świadczeń zdrowotnych są osoby ubezpieczone w Kasie Chorych K., zaś koszty świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym w innych kasach podlegają refundacji przez Kasę Chorych K. na podstawie przedstawionego przez świadczeniodawcę rachunku wraz z rozliczeniem udzielonych świadczeń po otrzymaniu środków z właściwych kas chorych. Fakturę i rozliczenie należało przekazywać do 15 dnia następnego miesiąca, zaś zwrot kosztów miał nastąpić w terminie 30 dni od złożenia dokumentacji.

Ustalono, iż Regionalne Kasy Chorych zawarły w dniach 14.12.2000 r. i 7.02.2002 r. porozumienia w sprawie rozliczeń świadczeń zdrowotnych udzielonych osobom ubezpieczonym. W porozumieniu z 2000 r. przyjęto w odniesieniu do rozliczeń świadczeń zdrowotnych udzielanych ubezpieczonym w innej kasie, że w każdym przypadku kasa ubezpieczonego uzgadnia ze świadczeniodawcą formę i wysokość płatności z uwzględnieniem kosztów. Natomiast w porozumieniu z 2002 r. odnośnie do takich świadczeń przyjęto, że świadczeniodawca wystawia dokument finansowy wraz z zestawieniem,

a w przypadku dokonania przez ubezpieczonego wyboru szpitala spoza obszaru działalności jego kasy, wymagane będzie pisemne potwierdzenie zapłaty za świadczenie zdrowotne. Powodowy Szpital zakwestionował taką praktykę Kasy Chorych K. podnosząc, że brak podstaw prawnych do wprowadzenia obowiązku występowania o uzyskanie promesy pokrycia kosztów leczenia osób z obszaru właściwości innej kasy chorych i zapowiedział dalsze przedkładanie faktur z rozliczeniami. Pismem z 26.04.2004 r. powodowy Szpital wezwał następcę prawnego Kasy Chorych K., tj. obecnie stronę pozwaną do zapłaty kwoty 109.695 zł z tytułu świadczeń zdrowotnych udzielonych w 2002 r. zgodnie z przedłożonymi fakturami i rozliczeniami. Odmowę zapłaty uzasadniono tym, że powodowy Szpital – wbrew treści porozumienia z 2002 r. – nie przedstawił zapewnienia właściwej dla ubezpieczonego kasy chorych pokrycia kosztów takich świadczeń zdrowotnych.

Sąd I instancji uznał powództwo za niezasadne. Wskazał, że zgodnie z art. 60 ust. 3 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym koszty świadczeń zdrowotnych udzielane ubezpieczonym przez świadczeniodawców spoza terenu działania właściwej kasy chorych rozliczane są bezpośrednio pomiędzy kasami w wysokości wynikającej z umowy zawartej między tymi kasami. Kasy chorych mogły więc regulować zasady refundacji takich kosztów w porozumieniach, zaś umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarte przez powodowy Szpital w 2002 r. odsyłały wprost w kwestiach nieuregulowanych do porozumień zawartych między kasami. Powodowy Szpital nie zachował procedur wymaganych dla refundacji kosztów leczenia osób ubezpieczonych spoza obszaru ówczesnej Kasy Chorych K. Argumentację tę podzielił Sąd Apelacyjny podnosząc dodatkowo, że określenie zasad rozliczeń między kasami chorych co do świadczeń udzielonych ubezpieczonym zamieszkałym poza właściwością Kasy Chorych K. było nie tylko uprawnione, lecz konieczne z uwagi na potrzebę zrównoważenia kosztów z przychodami.

Powodowy Szpital zaskarżył wyrok Sądu Apelacyjnego skargą kasacyjną. Zarzucił naruszenie art. 68 ust. 1 i 2, 30 i 38 Konstytucji, art. 60 ust. 1 i 3 w związku z art. 31c oraz 58 ust. 3 ustawy z dnia 6.02.1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu

zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.) oraz art. 58 k.c. Wniósł uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania względnie o uchylenie wyroku i orzeczenie co do istoty sprawy.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Spór w niniejszej sprawie dotyczy zapłaty za świadczenia zdrowotne udzielone przez powodowy Szpital, mający osobowość prawną, pacjentom – ubezpieczonym, zameldowanym poza terenem działania pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia, jako następcy prawnego Regionalnej Kasy Chorych K. Udzielenie tych świadczeń jest poza sporem, nie jest też kwestionowana ich wartość. Jest także poza sporem, że świadczenia te były udzielone w okresie obowiązywania przepisów ustawy z dnia 6.02.1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 152 ze zm.). W samej ustawie, w wyniku jej nowelizacji ustawą z dnia 20.07.2001r., wprowadzono przepis art. 60 ust. 3 określający sposób rozliczenia kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych ubezpieczonemu spoza terenu działania właściwej kasy chorych. Zgodnie z tym przepisem „koszty świadczeń zdrowotnych udzielonych ubezpieczonemu przez świadczeniodawców sporu terenu działania właściwej kasy chorych rozliczane są bezpośrednio pomiędzy kasami w wysokości wynikającej z umowy zawartej między tymi kasami chorych”. Wszystkie kasy chorych funkcjonujące w Polsce zawarły w dniu 7.02.2002 r. porozumienie w sprawie rozliczeń świadczeń zdrowotnych udzielonych osobom ubezpieczonym. W tym porozumieniu zawarto także postanowienie odnośnie sposobu postępowania w przypadku rozliczeń świadczeń udzielonych zgodnie z art. 60 ust. 3 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Ustalono, m.in., że świadczeniodawca wykonujący świadczenia zdrowotne na obszarze działania właściwej kasy chorych wystawia dokument finansowy wraz z zestawieniem, chyba że zawarł z kasą chorych ubezpieczonego umowę, iż do rozliczeń świadczeń zdrowotnych udzielonych ubezpieczonym przez świadczeniodawców spoza terenu działania kasy chorych ubezpieczonych będą stosowne ceny ustalone w umowie zawartej przez świadczeniodawcę z regionalną kasą chorych właściwą dla miejsca udzielenia świadczenia zdrowotnego oraz zawarto postanowienie (§ 6 pkt 4), iż „kasy chorych ustalają, że w celu zrównoważenia przychodów z kosztami zgodnie z ustawą o powszechnym

ubezpieczeniu zdrowotnym oraz zgodnie z ustawą o finansach publicznych w przypadku dokonania przez ubezpieczonego wyboru szpitala spoza obszaru działania kasy chorych ubezpieczonego, wymagane będzie pisemne potwierdzenie zapłaty za świadczenia zdrowotne, o ile Zarząd kasy właściwej dla ubezpieczonego nie postanowi inaczej”. Postanowienie to trudno uznać za precyzyjne, a w szczególności określenie „wymagane będzie pisemne potwierdzenie zapłaty za świadczenie zdrowotne” nasuwa istotne wątpliwości interpretacyjne. Strony porozumienia stosowały ten zapis w ten sposób, że sam ubezpieczony, który dokonał wyboru szpitala spoza obszaru działania jego właściwej kasy chorych winien był uzyskać z tej kasy tzw. promesę, czyli przyrzeczenie zapłaty przez kasę wartości świadczeń zdrowotnych udzielonych przez szpital. Takie postanowienie wyjaśniono treścią art. 53 ust. 3 ustawy, który stanowi, że kasa chorych przy zawieraniu umów obowiązana jest do przestrzegania zasady zrównoważenia kosztów z przychodami oraz zasady, że suma kwot zobowiązań kasy chorych wobec świadczeniodawców ze wszystkich zawartych umów musi się umieścić w planie finansowym kasy chorych. Podnoszono, że wyeliminowanie tzw. promes uniemożliwiłoby sprawowanie jakiegokolwiek kontroli przez kasy chorych nad stanem swoich środków finansowych, a wydawanie promes w istocie leży w interesie ubezpieczonych, gdyż unikają w ten sposób problemów związanych z przyjęciem do szpitala spoza rejonu działania kasy chorych właściwej dla ubezpieczonego.

Treść tego porozumienia została rozpowszechniona wśród świadczeniodawców, a powodowy Szpital przyznaje, iż znał treść tego porozumienia tyle, że kontestował zapis § 6 pkt 4 uznając, że przepis art. 60 ust. 3 ustawy nie stanowi podstawy prawnej do nałożenia na ubezpieczonego takiego obowiązku, a co ważniejsze, zapis ten ogranicza ustawowe prawo (art. 31c ustawy) ubezpieczonych do wyboru szpitala spośród tych szpitali, które zawarły umowę z kasą chorych. Nadto powodowy Szpital powołuje się na treść umów o świadczenie zdrowotne zawarte z Regionalną Kasą Chorych K., w których określono sposób rozliczeń kosztów świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym w innej kasie chorych (przedłożenie faktury wraz z rozliczeniem w terminach do 15 następnego miesiąca). U podstaw odmowy zrealizowania

dochodzonej w niniejszej sprawie zapłaty było właśnie nieprzedstawienie przez powodowy Szpital wspomnianych promes.

Doniosłość prawna tych zarzutów jest zróżnicowana. Jeśli bowiem chodzi o powoływanie się na treść umów zawartych przez powodowy Szpital ze wskazaną Kasą Chorych K., w których uregulowano sposób rozliczenia za świadczenia zdrowotne udzielone ubezpieczonym w innych kasach to wskazać należy, że w każdej z tych umów zawarte postanowienie, iż w sprawach nieuregulowanych znajdują zastosowanie m.in. porozumienia zawarte między kasami chorych. Można wprawdzie twierdzić, że jest to sprawa uregulowana, wszakże nie jest to regulacja pełna. Istotną doniosłość prawną mają jednak dalsze zarzuty. Przede wszystkim należy zgodzić się z tym, iż treść art. 60 ust. 3 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym nie uprawniała do przyjęcia postanowienia z § 6 pkt 4 porozumienia, w którym - jak to rozumieli sygnatariusze porozumienia - nałożono na ubezpieczonych obowiązek uzyskania z właściwej kasy chorych promesy, czyli przyrzeczenia zapłaty za świadczenie zdrowotne, które miały być udzielone w szpitalu spoza terenu działania tej kasy. Zakres przedmiotowy tego porozumienia między kasami był wyraźnie sprecyzowany. Chodziło jedynie o określenie, w jakiej wysokości będą rozliczane bezpośrednio między kasami chorych koszty świadczeń zdrowotnych udzielonych ubezpieczonemu przez świadczeniodawców spoza terenu działania właściwej kasy. Takie postanowienia zresztą znalazły się w porozumieniu (por. § 6 pkt 2 i 3). W każdym bądź razie zapis art. 60 ust. 3 ustawy nie upoważniał do nałożenia na ubezpieczonych obowiązku ubiegania się o promesy, jeżeli ubezpieczony dokonał wyboru szpitala spoza terenu właściwości swojej kasy. Jest to ewidentne przekroczenie zakresu upoważnienia, a co ważniejsze nakłada się na ubezpieczonych obowiązki, których nie przewiduje ustawa. Obowiązki te nakłada się zresztą na osoby nie uczestniczące w porozumieniu. Nie jest to dopuszczalne. Z tą kwestią wiąże się także zarzut, że nałożenie na ubezpieczonych obowiązku uzyskania promesy, tj. przyrzeczenia zapłaty za świadczenie zdrowotne, które miał udzielić szpital spoza obszaru działania właściwej kasy chorych, ogranicza w istotny sposób zasadnicze prawa pacjenta do wyboru szpitala. Prawo tego wyboru gwarantuje art. 68 ust. 2 Konstytucji, zaś wyraźnie takie prawo przyznawał art. 31c ustawy o powszechnym

ubezpieczeniu zdrowotnym. Jeżeli ubezpieczony, który dokonał wyboru szpitala musi uzyskać z właściwej kasy chorych przyrzeczenie zapłaty za świadczenia zdrowotne, które ma mu udzielić szpital, to nie sposób zaprzeczyć, iż to ustawowe prawo wyboru szpitala, stanowiące wprost realizację konstytucyjnej zasady równości dostępu do świadczeń zdrowotnych, doznaje niedopuszczalnego ograniczenia. Przecież oznacza to, że kasy chorych mogły arbitralnie decydować o korzystaniu przez ubezpieczonego z prawa wyboru szpitala. Takie ograniczenie w drodze porozumienia kas chorych pozostaje w jawnej sprzeczności z ustawowym, i konstytucyjnym uprawnieniem ubezpieczonych. Tego ograniczenia w żadnym przypadku nie może usprawiedliwiać poszukiwanie przez kasy chorych mechanizmu zabezpieczającego równowagę przychodów z wydatkami. Realizacja tej ustawowej zasady funkcjonowania kas chorych nie może odbywać się kosztem ograniczenia ustawowych praw ubezpieczonych. Z tych powodów nie sposób aprobować oceny prawnej dokonanej przez sądy obu instancji. Skoro zaś u podstaw oddalenia powództwa legła odmienna ocena prawna, to zaskarżony wyrok podlegał uchyleniu z przekazaniem sprawy do ponownego rozpoznania przez Sąd Apelacyjny (art. 398¹⁵ k.p.c.).