



Sygn. akt II CK 343/05

**WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 25 maja 2006 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Józef Frąckowiak (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Henryk Pietrkowski

SSN Dariusz Zawistowski

Protokolant Anna Banasiuk

w sprawie z powództwa Fundacji Szpitalnictwa [...]

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w Warszawie [...]

o zapłatę,

po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej w dniu 25 maja 2006 r.,

kasacji strony powodowej od wyroku Sądu Apelacyjnego w [...]

z dnia 25 sierpnia 2004 r.,

**oddala kasację i zasądza od strony powodowej na rzecz
pozwanego kwotę 5 400 (pięć tysięcy czterysta) zł tytułem
zwrotu kosztów postępowania kasacyjnego**

Uzasadnienie

Zaskarżonym przez powoda [...] wyrokiem z dnia 25 sierpnia 2004 r. Sąd Apelacyjny oddalił apelację powoda od wyroku Sądu Okręgowego w S. z dnia 6 czerwca 2003 r., w którym to Sąd Okręgowy oddalił powództwo przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w Warszawie –[...] o zapłatę. W sprawie tej poczyniono następujące ustalenia.

Powód – [...], wystąpił przeciwko pozwanemu Narodowemu Funduszowi Zdrowia w Warszawie z powództwem o zapłatę kwoty 1 242 230,58 zł z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu wraz z kosztami procesu.

Powód wywodził swoje roszczenia z wierzytelności nabytej od Instytutu - Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie, która obejmowała kwoty niezapłacone przez pozwanego za udzielone w roku 1999 przez Instytut świadczenia zdrowotne na rzecz osób ubezpieczonych w [...] Regionalnej Kasie Chorych, wykonane ponad limity ustalone w umowie zawartej między cedentem wierzytelności a RKCH (poprzednikiem prawnym pozwanego).

Wspomniany Instytut łączyła z poprzednikiem prawnym powoda umowa z dnia 1 kwietnia 1999 r. w której określono warunki i ilość świadczeń medycznych, które powinien wykonać Instytut (świadczeniodawca) i cenę jakąż tego tytułu powinien zapłacić RKCH. W myśl § 2 tej umowy świadczeniodawca zobowiązał się do wykonywania świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych w Regionalnej Kasie Chorych na podstawie wniosku potwierdzonego przez konsultanta tej Kasy, pod rygorem odmowy pokrycia kosztów świadczeń udzielonych osobom, które tego wymogu nie spełniły. Instytut wykonał znaczną część świadczeń dla ubezpieczonych w Regionalnej Kasie Chorych, wbrew postanowieniu § 2 umowy, na podstawie skierowań nie potwierdzonych przez konsultanta Kasy. Za świadczenia, które Instytut wykonał w roku 1999 oraz 2000 i zostały one potwierdzone przez konsultanta Kasy, pozwany zapłacił.

W trakcie trwania procesu powód ograniczył żądanie pozwu do kwoty 792 010,91 zł, w pozostałym natomiast zakresie cofnął pozew i zrzekł się roszczenia. Wyrokiem z dnia 6 czerwca 2003 r. Sąd Okręgowy oddalił powództwo

o zapłatę kwoty 792 010,91 zł, w pozostałej części postępowanie umorzył i orzekł o kosztach procesu. Od wyroku tego powód wniósł apelację.

Sąd II instancji, oddalając apelację wskazał, że zaistniały między stronami spór w głównej mierze należało rozstrzygnąć w oparciu o uregulowania ustawy z dnia 30 sierpnia 1999 r. o zakładach opieki zdrowotnej (zwaną dalej ustawą o zoz) i uchylonej ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (zwaną dalej ustawą o puz). Jednocześnie Sąd Apelacyjny podkreślił, że przepis art. 68 Konstytucji, określający prawo do ochrony zdrowia, ze względu na stopień ogólności nie nadaje się do bezpośredniego zastosowania w niniejszej sprawie. Ponadto, Sąd Apelacyjny zwrócił uwagę, że w art. 68 ust 2 Konstytucji wyraźnie wskazano, że warunki i zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej określa ustawa.

Powołane powyżej postanowienia Konstytucji były realizowane przede wszystkim przez ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Ustawa ta tworzyła spójny system ubezpieczeń społecznych, oparty na kontraktowaniu świadczeń medycznych w ramach określonej puli środków pozostających do dyspozycji kasy chorych. Przyjęte rozwiązanie zakładało, że obowiązek władzy publicznej zapewnienia ochrony zdrowia będzie realizowany przy pomocy instrumentarium cywilistycznego, mianowicie w drodze umów o świadczenia zdrowotne, zawieranych przez kasy chorych z konkretnymi świadczeniodawcami. Obowiązek ustawowy realizowania świadczeń medycznych ciążył na kasie chorych, natomiast świadczeniodawca był obowiązany w zasadzie do wykonywania świadczeń medycznych w zakresie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, w ramach stosunku umownego łączącego go z kasą chorych.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, należy z całą mocą podkreślić, że w świetle obowiązujących przepisów uprawnienia ubezpieczonych podlegały pewnym ograniczeniom. W myśl bowiem art. 4 ust. 3 ustawy o puz świadczenia zdrowotne były udzielane ubezpieczonym w ramach środków finansowych posiadanych przez kasę chorych i powinny odpowiadać aktualnej wiedzy i praktyce medycznej, a przy tym nie mogły przekraczać granic koniecznej potrzeby. Ponadto ustawodawca w art. 53 ust. 4 pkt 4 ustawy o puz nałożył na kasę chorych obowiązek określenia

w umowie maksymalnej kwoty zobowiązania kasy chorych wobec świadczeniodawcy. Takie postanowienie zawarte w umowie pełniło kilka istotnych funkcji. Przede wszystkim określało górną granicę finansowania świadczeń wykonywanych przez świadczeniodawcę - art. 53 ust. 4 pkt 4 ustawy o puz (świadczeniodawca wiedział na otrzymanie jakich środków może ostatecznie liczyć).

Obowiązek ten realizował również zasadę, aby suma kwot zobowiązań kasy chorych wobec świadczeniodawców ze wszystkich zawartych umów mieściła się w planie finansowym kasy chorych (art. 53 ust. 3 w zw. z art. 4 ust. 3 ustawy o puz), co niewątpliwie służyło przejrzystości procesu kontraktowania świadczeń (art. 53 ust. 1 ustawy o puz).

Mając na względzie przedstawiony stan prawny oraz bezsporne okoliczności faktyczne, zdaniem Sądu Apelacyjnego, nie można podzielić stanowiska skarżącego, że postanowienia § 2 umowy z dnia 1 kwietnia 1999 r., przewidujące potwierdzenie wniosku ubiegających się o świadczenie w Instytucie, przez konsultanta Kasy, są nieważne. Skoro zatem strony wykonały umowę zgodnie z jej treścią tzn. świadczeniodawca udzielił określonej (umówionej) liczby świadczeń medycznych, a ZRKCH zapłaciła w całości umówione wynagrodzenie (cenę), należy stwierdzić, że zobowiązania wynikające z przywoływanej umowy wygasły.

Na rozstrzygnięcie sprawy nie ma żadnego wpływu fakt, że wspomniana umowa nie zawierała określenia zasad postępowania Instytutu w przypadku wyczerpania limitu zakontraktowanych świadczeń, a w szczególności nie zawierała zakazu ich wykonywania przez Instytut. Z braku bowiem wyraźnego uregulowania tej kwestii, w umowie łączącej strony, nie można wywodzić, że Instytut miał obowiązek wykonać ponadlimitowe świadczenia, a pozwany miał obowiązek za nie zapłacić. Świadczenia ponadlimitowe, jak sama nazwa wskazuje, nie były przedmiotem umowy.

W ocenie Sądu Apelacyjnego odrzucić należy również możliwość upatrywania źródła stosunku obligacyjnego łączącego kasę chorych ze świadczeniodawcą w art. 68 Konstytucji, czy też w art. 7 ustawy o zoz. Jak zaznaczono wcześniej obowiązek ustawy realizowania świadczeń medycznych

cięży na kasie chorych, natomiast świadczeniodawca jest obowiązany przede wszystkim do wykonywania świadczeń medycznych w zakresie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, w ramach stosunku umownego łączącego go z kasą chorych.

Zdaniem Sądu II instancji nie można przyjąć również, że podstawą zobowiązań powoda był stosunek prawny zawiązany w wyniku prowadzenia przez Instytut cudzych spraw bez zlecenia. To, iż na pozwanym ciąży ustawowy obowiązek realizowania świadczeń medycznych nie oznacza, że każdy kto wykona określone świadczenia medyczne przysługujące uprawnionym nawiązuje stosunek prawny prowadzenia cudzych spraw bez zlecenia z kasą chorych. Jak wykazano wyżej uprawnienia ubezpieczonych do świadczeń podlegają pewnym ograniczeniom.

Należy wskazać, iż w niniejszej sprawie przede wszystkim nie ma miejsca sytuacja, w której pozwany nie zajmowałby się sam swoimi sprawami i zachodziłaby potrzeba ingerencji w te sprawy ze strony osoby trzeciej. Przeciwnie pozwany wykonywał swój obowiązek ustawowy zabezpieczenia świadczeń medycznych dla ubezpieczonych w takim zakresie, w jakim pozwalały mu na to obowiązujące go przepisy prawne i posiadane środki. W niniejszym przypadku Instytut z całą pewnością nie działał z prawdopodobną wolą pozwanego ani z jego korzyścią, co wyklucza możliwość przypisania pozwanemu odpowiedzialności na podstawie art. 752 k.c. Pozwany swawolę co do zakresu związania się umową z Instytutem wyraził w umowie. Instytut był zorientowany jakie okoliczności zdecydowały o zawarciu umowy z dnia 1 kwietnia 1999 r. na takich, a nie innych warunkach, dlatego określono górny pułap wartości świadczeń. Co więcej, w myśl § 2 umowy Instytut miał udzielać świadczeń medycznych tylko tym ubezpieczonym w Regionalnej Kasie Chorych, których wnioski byłyby potwierdzone przez konsultanta Kasy. Tego wymogu nie przestrzegał.

Oczywiście chybione jest twierdzenie, że wola osoby, której sprawę prowadził Instytut, czyli wola pozwanego, sprzeciwiała się ustawie lub zasadom współżycia społecznego, co uzasadniałoby prowadzenie cudzej sprawy z mocy art. 754 k.c. Skoro, co przedstawiono powyżej, pozwany musiał działał w ramach

reżimu finansowego określonego ustawą, to właśnie opłacenia świadczeń niezakontraktowanych prowadziłyby do naruszenia przepisów prawnych regulujących działalność pozwanego.

W kasacji powód zarzucił, że doszło do naruszenia przepisów prawa materialnego to jest:

art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP; art. 60, 65, 752 i nast. k.c. oraz przepisów ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, w szczególności: art. 4 ust. 3, art. 53 ust. 4 pkt 4, art. 31, art. 31c, art. 60, art. 131b, art. 3, art. 31 w zw. z art. 31c ust 1, art. 58 ust. 1, art. 128, art. 31c ust. 1 i 2, art. 168a ust. 4; Zdaniem skarżącego zaskarżony wyrok narusza również art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje.

Istota sporu pomiędzy stronami w rozpoznawanej sprawie sprowadza się do ustalenia, czy publiczny zakład opieki zdrowotnej, który udzielił świadczeń zdrowotnych pacjentom nie objętych umową jaką zawarł z kasą chorych, co jest okolicznością bezsporną, może żądać od kasy (obecnie Narodowego Funduszu Zdrowia) zwrotu poniesionych w związku z tym kosztów. Powód nabył bowiem od swojego poprzednika prawnego, którym był Instytut -Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie, wierzytelność obejmującą koszty wykonanych przez Instytut świadczeń zdrowotnych, za które Kasa odmówiła zapłaty. Pozwany Fundusz, jako następca prawny Regionalnej Kasy Chorych, stoi na stanowisku, że jest zobowiązany do zwrotu kosztów udzielonych świadczeń zdrowotnych tylko w zakresie i wysokości wynikającej z umowy jaka łączy go ze świadczeniodawcą. Natomiast powód uważa, że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, który wykonał dla ubezpieczonych w kasie chorych świadczenia zdrowotne powinien dostać zwrot kosztów tych świadczeń nawet wtedy, gdy wykonał je w taki sposób, że brak podstaw w umowie zawartej z kasą chorych do ich sfinansowania przez kasę. Uzasadnienia swego stanowiska upatruje w przepisach, których naruszenie zarzuca w kasacji Sądowi Apelacyjnemu. Zarzuty te nie zasługują jednak na uwzględnienie.

Przede wszystkim podkreślić należy, że trafnie Sąd Apelacyjny zwrócił uwagę, że podstawy dla żądania zapłaty za świadczenia zdrowotne wykonane wbrew postanowieniom umowy zawartej przez kasę chorych i samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, nie można upatrywać w art. 68 Konstytucji. Wspomniany przepis wyraźnie odróżnia prawo do opieki zdrowotnej, które zapewnia wszystkim obywatelom od prawa do świadczeń zdrowotnych. O tym jak wygląda realizacja prawa do świadczeń zdrowotnych decyduje przede wszystkim ustawa zwykła. Oparcie więc roszczenia o zwrot kosztów wykonanych przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej bezpośrednio na wspomnianym przepisie Konstytucji nie znajduje żadnego uzasadnienia. O tym kto i na jakich zasadach może otrzymać świadczenia zdrowotne, kto ma je wykonać, a także kto za nie zapłacić decydują właściwe ustawy zwykłe, których podstawą jest art. 68 ust. 2 Konstytucji. Co najwyżej można tylko podnieść zarzut niezgodności ustawy zwykłej z Konstytucją.

Stosunki kas chorych z samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, w szczególności problematykę zawierania i wykonywania przez nich umów, w czasie którego dotyczy roszczenie powoda, regulowały przepisy ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.). Wbrew twierdzeniom powoda przepisy powołanej ustawy, w szczególności kluczowy art. 53 owej ustawy nie mogą być uznane za sprzeczne z Konstytucją, gdyż sprawę tę przesądził jednoznacznie Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 28 lutego 2005 r. P/03 (OTK- A 2005/2/18). O tym czy publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej należy się zwrot kosztów udzielonych świadczeń zdrowotnych decydują więc przepisy powołanej ustawy, a także mających znaczenie dla rozstrzygnięcia rozpoznawanej sprawy, przepisy ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.) oraz ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 ze zm.)

Wbrew pogładowi wyrażonemu w kasacji, z przepisów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym nie wynika obowiązek kasy chorych do pokrycia wszystkich wykonanych przez zakład opieki zdrowotnej świadczeń zdrowotnych, ale tylko tych które objęte są umową jaką zakład ten zawarł z kasą

chorych. To, że umowa pomiędzy samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej (świadczeniodawcą) a kasą chorych jest co do zasady jedyną podstawą finansowania przez kasę świadczeń zdrowotnych udzielonych przez zakład, wynika z przepisów powołanej wyżej ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Przepis art. 4 ust. 3 tej ustawy stwierdza wyraźnie, że świadczenia zdrowotne są udzielane w ramach środków finansowych posiadanych przez kasę chorych, zaś z art. 53 ust. 3 pkt. 2 nakłada na kasę chorych obowiązek, aby suma kwot jej zobowiązań wobec świadczeniodawców ze wszystkich zawartych umów mieściła się w planie finansowym kasy. Konsekwentnie też ustawodawca przewiduje, że umowa pomiędzy kasą chorych a świadczeniodawcami powinna określać rodzaj i zakres udzielanych świadczeń oraz maksymalną kwotę zobowiązań kasy chorych wobec świadczeniodawcy. Z ugruntowanego orzecznictwa Sądu Najwyższego wynika, że przepisy te wskazują wyraźnie na to, że świadczeniodawca ma roszczenie do kasy chorych o zapłatę za wykonane przez siebie usługi jeżeli objęte są one umową jaką zawarł z kasą chorych (wyrok SN z dnia 10 grudnia 2004 r., III CK 134/04; wyrok SN z dnia 15 grudnia 2004 r., IV CK 361/04; wyrok SN z dnia 4 marca 2005 r., III CK 397/04; wyrok z dnia 10 marca 2005 r., I CK 578/04; wyrok SN z dnia 14 września 2005 r., III CK 83/05).

Tej podstawowej zasady finansowania wykonanych przez zakład opieki zdrowotnej świadczeń zdrowotnych nie zmienia to, że ubezpieczony ma prawo do leczenia na podstawie skierowania lekarza (art. 31 c i art. 58 ustawy o p.u.z.), ma prawo do wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, wyboru kasy chorych, czy wyboru lekarza specjalisty (art. 60 ustawy p.u.z.), gdyż uprawnienia te mogą być sfinansowane z uwzględnieniem powołanych wyżej przepisów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, które przyjmują finansowanie w granicach umowy zawartej z kasą chorych.

Nie ma też przeszkód, aby w przypadku specjalistycznych świadczeń zdrowotnych, umowa pomiędzy świadczeniodawcą a kasą chorych oprócz skierowania na leczenie przez lekarza specjalistę, przewidywała również obowiązek potwierdzania takich skierowań. Podpisujący taka umowę samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej przyjął bowiem na siebie obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem dodatkowego wymogu i zobowiązany był, jeżeli chce

otrzymać z kasy chorych zwrot kosztów udzielonych świadczeń zdrowotnych, do przestrzegania tego postanowienia umowy. Brak zaś w przepisach ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym lub przepisach innych ustaw zakazu wprowadzania do umowy pomiędzy świadczeniodawcą usług zdrowotnych a kasą chorych takiego dodatkowego zastrzeżenia.

Niezasadny jest zarzut naruszenia art. 168 a ust. 4 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. W trakcie procesu powódka nie wykazała, aby dochodzone roszczenia wynikały z kontynuacji leczenia. Podniesienie tego zarzutu w kasacji jest więc spóźnione zważywszy, że w postępowaniu kasacyjnym Sąd Najwyższy orzeka na podstawie materiału dowodowego zebranego w postępowaniu przed sądem I i II instancji.

Nie jest również trafny zarzut naruszenia art. 752 i nast. k.c. Zakład opieki zdrowotnej, który udziela świadczeń zdrowotnych wbrew postanowieniom umowy łączącej go z kasą chorych, jak słusznie podkreślił to Sąd Apelacyjny, nie prowadzi spraw kasy chorych, gdyż z przepisów prawa wynika, że kasa chorych finansuje tylko świadczenia zdrowotne objęte stosunkiem prawnym wynikającym z umowy zawartej pomiędzy nią a świadczeniodawcą.

W kasacji strona powodowa zarzuciła również naruszenia art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Z powołanych przepisów wynika wyraźny obowiązek udzielania przez zakład opieki zdrowotnej, w szczególnych zdefiniowanych w tych przepisach okolicznościach, świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym w kasie chorych. Można więc przyjąć, że stosunek prawny jaki powstaje z umowy zawartej pomiędzy kasą a świadczeniodawcą jest z mocy prawa uzupełniony o obowiązek sfinansowania przez kasę chorych świadczeń tego rodzaju. Zgodnie bowiem z art. 56 k.c. umowa wywiera nie tylko skutki wyraźnie w niej określone ale również te które wynikają z ustawy. Nie jest więc wykluczona odpowiedzialność kasy chorych jeżeli świadczeniodawcą wykaże, że udzielił tego rodzaju świadczeń zdrowotnych. Powód, w trakcie procesu nie przeprowadził jednak żadnego dowodu, na okoliczność że świadczenia za które żąda zapłaty są świadczeniami których niewykonanie spowodować mogłoby utratę życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub

ciężkiego rozstroju zdrowia. W tej sytuacji samo podniesienie w kasacji tego, że należy mu się zapłata bowiem jego poprzednik prawny wykonał tego rodzaju świadczenia, o których mowa w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, nie może być uznane za zasadne.

Mając na uwadze, że zarzuty podniesione w kasacji okazały się nieuzasadnione Sąd Najwyższy, na podstawie art. 393¹² k.p.c., w związku z art. 3 ustawy z dnia 22 grudnia 2004 r o zmianie ustawy - Kodeks postępowania cywilnego oraz ustawy - Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz. U. z 2005 r. Nr 13, poz. 98), orzekł jak w sentencji.