

Wyrok z dnia 15 grudnia 2005 r., II CSK 21/05

Kasy chorych były zobowiązane do zapłaty swym kontrahentom za świadczenia zdrowotne przekraczające limity ustalone w umowie, udzielone osobom ubezpieczonym w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia.

Sędzia SN Kazimierz Zawada (przewodniczący, sprawozdawca)

Sędzia SN Elżbieta Skowrońska-Bocian

Sędzia SN Hubert Wrzeszcz

Sąd Najwyższy w sprawie z powództwa Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ginekologiczno – Położniczego Szpitala Klinicznego Akademii Medycznej w P. przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia W. Oddziałowi Wojewódzkiemu w P. o zapłatę, po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej w dniu 15 grudnia 2005 r. skargi kasacyjnej strony powodowej od wyroku Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 16 lutego 2005 r.

uchylił zaskarżony wyrok i przekazał sprawę Sądowi Apelacyjnemu w Poznaniu do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach postępowania kasacyjnego.

Uzasadnienie

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Akademii Medycznej w P. domagał się zasądzenia od Narodowego Funduszu Zdrowia jako następcy prawnego W. Regionalnej Kasy Chorych kwoty 2 142 550 zł z ustawowymi odsetkami oraz sumy 5759,08 zł tytułem skapitalizowanych odsetek. Wyjaśnił, że dochodzona kwota 2 142 550 zł stanowi wykraczające poza limity ustalone w umowach stron z dnia 15 grudnia 1999 r. i z dnia 28 stycznia 2002 r. oraz aneksach do tych umów wynagrodzenie za świadczenia stacjonarne wykonane w trzecim i czwartym kwartale 2002 r. oraz za zabiegi brachyterapii wykonane w listopadzie i grudniu 2002 r.

Sąd Okręgowy wyrokiem z dnia 17 kwietnia 2004 r. oddalił powództwo, powołując się na uregulowanie zawarte 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: „ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym” lub „u.p.u.z.”). Apelacja strony powodowej od tego wyroku, zarzucająca w szczególności naruszenie art. 4 ust.3 u.p.u.z. oraz art. 68 ust. 3 i art. 81 Konstytucji, została oddalona zaskarżonym wyrokiem Sądu Apelacyjnego z dnia 16 lutego 2005 r.

W sprawie jest bezsporne, że świadczenia, za które strona powodowa dochodzi wynagrodzenia, zostały wykonane i że spełniono je w przypadkach bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia, jak i to, że świadczenia te wykraczały poza limity wyznaczone w umowach. Z dokonanych w sprawie ustaleń wynika ponadto, że wcześniej strona pozwana, odpowiednio do swoich możliwości, zależnych od wysokości składek przelewanych na jej konto przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, finansowała, choć z opóźnieniem, świadczenia ponadlimitowe. W ostatnich miesiącach 2002 r. strona pozwana otrzymała około 70 000 000 zł mniej niż to wynikało z przewidywanej na 2002 r. wysokości składek osób należących do W. Regionalnej Kasy Chorych. Od 2003 r. wpływy do Kasy zmalały jeszcze bardziej ze względu na wzrost liczby osób bezrobotnych, za które Skarb Państwa zaprzestał płacenia składek już w 2002 r.

Strona powodowa jest wysoce wyspecjalizowaną placówką, tzw. szpitalem trzeciego poziomu; wykonuje zabiegi związane z patologią ciąży, korygowaniem wad rozwoju ciąży oraz przeprowadza operacje noworodków.

W toku procesu strona pozwana uiściła stronie powodowej kwotę 1 432 180 zł za część wykonanych przez nią świadczeń ponadlimitowych, wyjaśniając, że zapłata ta była wynikiem powstania rezerwy środków po zatwierdzeniu wykonania planu finansowego na 2002 r.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, Sąd Okręgowy trafnie oddalił powództwo. Według mającej zastosowanie w sprawie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, obowiązek władzy publicznej zapewnienia ochrony zdrowia obywatelom był realizowany w drodze umów o świadczenia zdrowotne zawierane przez kasy chorych ze świadczeniodawcami. Kontrakt łączący strony określał maksymalną kwotę zobowiązań kasy chorych wobec świadczeniodawcy. Kasa chorych nie była zobowiązana do finansowania wykonanych świadczeń zdrowotnych ponad sumę uzgodnioną przez strony w umowie.

W skardze kasacyjnej strona powodowa powołała się na naruszenie art. 68 ust. 3 Konstytucji przez jego niezastosowanie, naruszenie art. 4 ust. 3 u.p.u.z. przez przyjęcie, że instytucje ubezpieczenia zdrowotnego utworzone w celu zapewnienia świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego nie są zobowiązane do uiszczania szpitalom należności za zrealizowane świadczenia zdrowotne ponad limit określony w umowie łączącej obie strony, oraz naruszenie art. 81 Konstytucji przez przyjęcie, że roszczenia będące przedmiotem postępowania w sprawie mogą być dochodzone jedynie na podstawie przepisów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, które ma na względzie art. 68 ust. 2 Konstytucji. (...)

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

W opracowaniach z dziedziny prawa konstytucyjnego podkreśla się, że przy formułowaniu tej części przepisów rozdziału II Konstytucji, zatytułowanego „Wolności, prawa i obowiązki człowieka i obywatela”, która została zamieszczona pod nagłówkiem „Wolności i prawa ekonomiczne, socjalne i kulturalne”, ścierały się dwie tendencje: jedna do formułowania przysługujących jednostkom konkretnie ujętych praw o charakterze ekonomicznym, socjalnym i kulturalnym – niosąca za sobą ryzyko nadmiernego skrępowania władzy ustawodawczej, druga opowiadająca się, w obawie przed wspomnianym ryzykiem, za określaniem we wskazanej materii jedynie zasad polityki państwa. Przyjęte ostatecznie rozwiązania są wyrazem kompromisu. Znalazł on wyraz także w art. 68 Konstytucji.

Artykuł 68 ust. 1 Konstytucji statuuje, powiązane z zasadą godności człowieka (art. 30) i prawem do życia (art. 38), prawo do ochrony zdrowia, którego podmiotem jest każdy człowiek, a adresatem władze publiczne. Z kolei art. 68 ust. 2, konkretyzując niejako częściowo wspomniane prawo do ochrony zdrowia, stanowi, że obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. Innymi słowy, art. 68 ust. 1 Konstytucji przyznaje każdemu człowiekowi konstytucyjne prawo podmiotowe do ochrony zdrowia, a art. 68 ust. 2 przyznaje każdemu obywatelowi konstytucyjne prawo podmiotowe do równego dostępu w granicach określonych ustawami do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (por. wyroki Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 marca 1999 r., K 2/98, OTK Zb.Urz. 1999, nr 3, poz. 38, i z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK-A Zb.Urz. 2004, nr 1, poz. 1).

Trzy dalsze ustępy art. 68 Konstytucji, uwzględniając sposób ich ujęcia, wyrażają natomiast niewątpliwie jedynie zasady polityki państwa, w szczególności powołany w skardze kasacyjnej art. 68 ust. 3 określa jako taką zasadę zapewnienia przez władze publiczne szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. W związku z takim charakterem art. 68 ust. 3 zbyteczne było objęcie go art. 81 Konstytucji, zastrzegającym możliwość dochodzenia praw w nim wymienionych wyłącznie w granicach określonych w ustawie, ponieważ zasady polityki państwa z istoty swej nie mogą być źródłem bezpośrednich roszczeń jednostek (por. uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 19 maja 2000 r., III CZP 4/00, OSNC 2000, nr 11, poz. 195).

Należy zatem uznać za chybione twierdzenia strony skarżącej, zmierzające do wykazania, że art. 68 ust. 3 Konstytucji sam, z wyłączeniem zasad określonych w art. 68 ust. 2, czyli z pominięciem jakichkolwiek warunków ustawowych, w tym zawartych w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, przyznawał ubezpieczonym kobietom ciężarnym oraz dzieciom, na rzecz których spełnione zostały wskazane w pozwie świadczenia, uprawnienie do tych świadczeń w ramach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, i już z tego tylko powodu wynagrodzenie za te świadczenia, choć przekraczające limit ustalony w umowie zawartej zgodnie z ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, powinno być zapłacone przez poprzednika prawnego strony pozwanej. Także zatem w odniesieniu do kobiet ciężarnych i dzieci mających obywatelstwo polskie ma zastosowanie art. 68 ust. 2 Konstytucji o równym dostępie na warunkach i w zakresie określonym ustawą do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W okresie objętym sporem właściwe przepisy w rozumieniu art. 68 ust. 2 Konstytucji zawierała przede wszystkim ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Według art. 4 ust. 3 u.p.u.z. w brzmieniu obowiązującym w tym czasie, świadczenia zdrowotne powinny być udzielane ubezpieczonym w ramach środków finansowych znajdujących się w dyspozycji kasy chorych oraz odpowiadać aktualnej wiedzy i praktyce medycznej; Do dnia 27 września 2001 r. przepis ten przewidywał ponadto, aby wymienione świadczenia nie przekraczały granic koniecznej potrzeby. Z kolei art. 53 u.p.u.z. w brzmieniu obowiązującym w tym okresie stanowił, m.in., że kasy chorych zawierają umowy o udzielanie świadczeń

ze świadczeniodawcami mającymi odpowiednie uprawnienia, umowy te zaś określają w szczególności rodzaj i zakres udzielanych świadczeń oraz maksymalną kwotę zobowiązania kasy wobec świadczeniodawcy.

Od początku stosowania omawianej ustawy wyłaniał się problem zgodności świadczeń wykonywanych przez kontrahenta kasy chorych z warunkami zawartej z nią umowy. Warunki te oparte na prognozach formułowanych bez dostatecznego doświadczenia dotyczącego funkcjonowania nowo wprowadzonych rozwiązań ustawowych (zob. np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 29 czerwca 2004 r., I ACa 1/04, "Apelacja. Sąd Apelacyjny w Warszawie" 2005, nr 2, poz. 14), często nie odpowiadały realiom, w których umowa była wykonywana, w rezultacie liczba spełnionych świadczeń i wysokość żądanego wynagrodzenia za nie wykaczała poza limity ustalone w umowie. Istotnym czynnikiem sprzyjającym rozbieżnościom w tym zakresie były również przepisy art. 7 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. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. z 1997r. Nr 28, poz. 152 ze zm. oraz pierwszy jednolity tekst: Dz.U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204 ze zm. – dalej: „u.z.l.”), nakładające na zakłady opieki zdrowotnej i lekarzy obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej w każdym przypadku, w którym zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować zagrożenie dla życia lub zdrowia. Problem niezgodności liczby świadczeń spełnionych i wysokości wynagrodzenia za nie z limitami ustalonymi w umowie rozwiązywały częściowo klauzule umowne przewidujące finansowanie na określonych warunkach świadczeń ponadlimitowych (por. np. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK 365/03, "Izba Cywilna" 2005, nr 3, s. 52, i z dnia 10 marca 2005 r., I CK 578/04, nie publ.) oraz zmiany umowy przez strony (por. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 2003 r., IV CK 189/02, nie publ.). Dochodziło też, jak wynika z akt rozpoznawanej sprawy, do dobrowolnego finansowania przez kasę chorych z środków rezerwowych tzw. nadwykonań przez świadczeniodawców.

W przypadkach, w których problem omawianej niezgodności nie został rozwiązany we wskazany sposób, spory między stronami o zapłatę wynagrodzenia za świadczenia spełnione niezgodnie z warunkami umowy stały się przedmiotem rozbieżnych rozstrzygnięć Sądu Najwyższego.

W kilku orzeczeniach został wyrażony pogląd, że świadczeniodawcy w żadnej sytuacji nie przysługiwało wobec kasy chorych roszczenie o wynagrodzenie za

świadczenia niemieszczące się w limicie ustalonym w umowie (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 14 września 2005 r., III CK 83/05, nie publ., z dnia 10 marca 2005 r., I CK 578/04, z dnia 20 października 2004 r., I CK 218/04, nie publ., z dnia 15 października 2004 r., II CK 54/04, nie publ., z dnia 17 września 2004 r., V CK 58/04, nie publ., z dnia 25 marca 2004 r., II CK 207/03, nie publ., z dnia 28 stycznia 2004 r., IV CK 434/02, nie publ. oraz z dnia 7 sierpnia 2003 r., IV CKN 393/01, nie publ.). W uzasadnieniach powołanych orzeczeń podkreślono w szczególności, że w świetle ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, umowy o udzielanie świadczeń zawierane przez świadczeniodawców z kasą chorych stanowiły zasadniczy instrument realizacji konstytucyjnego obowiązku władzy publicznej zapewnienia obywatelom dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pozostawiający w zasadzie woli stron określenie rodzaju i zakresu świadczeń udzielanych przez świadczeniodawców, warunków udzielania tych świadczeń i zasad rozliczania się z ich wykonania. Przyznanie świadczeniodawcom wobec kasy chorych roszczenia o zapłatę wynagrodzenie za świadczenia wykraczające poza limit ustalony w umowie, w tym także za świadczenia ponadlimitowe spełnione w sytuacjach objętych obowiązkiem przewidzianym w art. 7 u.z.o.z. i art. 30 ustawy u.z.l., oznaczałoby w istocie odmowę uznania doniosłości prawnej wskazanych umów.

Według natomiast innych orzeczeń Sądu Najwyższego, świadczeniodawcy przysługiwało wobec kasy chorych roszczenie o wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe spełnione na rzecz osób ubezpieczonych w okolicznościach, w których zagrożone było zdrowie lub życie tych osób (art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l.; por. wyrok z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK 365/03, i z dnia 5 listopada 2003 r., IV CK 189/02).

Odnosząc się do wskazanej rozbieżności, trzeba się zgodzić co do zasady z poglądem negującym przysługiwanie świadczeniodawcy wobec kasy chorych roszczenia o wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe. Odmienne zapatrywanie oznaczałoby odmowę uznania mocy wiążącej umowy o udzielanie świadczeń zawartej przez świadczeniodawcę z kasą chorych i tym samym naruszałoby art. 353¹ k.c. Od tej zasady należało jednak dopuścić wyjątek dotyczący świadczeń ponadlimitowych spełnionych w przypadkach, w których art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l. nakładają na zakłady opieki zdrowotnej i lekarzy obowiązek niezwłocznego udzielenia pomocy medycznej ze względu na zagrożenie życia lub

zdrowia. Za przysługiwaniem świadczeniodawcy względem kasy chorych roszczenia o wynagrodzenie za świadczenia udzielone we wspomnianych przypadkach, mimo że nie mieściły się one w ustalonych w umowie limitach, przemawiały następujące argumenty.

Artykuł 4 ust. 3 u.p.u.z., stanowiąc, że świadczenia zdrowotne są udzielane ubezpieczonym w ramach środków finansowych posiadanych przez kasę chorych, nie pozwalał uchylić się od obowiązku przewidzianego w art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l. z powołaniem się na sam brak wystarczających środków finansowych w kasie chorych, gdyż podważałoby to w sposób oczywisty sens ustanowienia tych przepisów. Uwolnienie kas chorych od finansowania świadczeń spełnionych w przypadkach wynikającego z art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l. obowiązku udzielenia niezwłocznej pomocy lekarskiej oznaczałoby, wobec jednoczesnego braku podstaw do obciążenia opłatami przez publiczny zakład opieki zdrowotnej osoby uprawnionej do świadczeń (art. 38 ust. 5 u.z.o.z.), obarczenie kosztami wskazanych świadczeń samego świadczeniodawcy, a to byłoby trudne do pogodzenia z art. 68 ust. 2 Konstytucji nawet w odniesieniu do publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W wyroku z dnia 18 grudnia 2002 r., K 43/01 (OTK-A Zb.Urz. 2002, nr 2, poz. 96), Trybunał Konstytucyjny uznał w pewnych sytuacjach za możliwe do pogodzenia z art. 68 ust. 2 Konstytucji jedynie częściowe obciążenie publicznego zakładu opieki zdrowotnej kosztami takiej opieki finansowanej ze środków publicznych. Zasadą jednak w okresie, którego dotyczy spór, było ponoszenie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej przez kasy chorych jako ogniwo systemu finansów publicznych odpowiedzialne za wykonanie przewidzianych w art. 68 ust. 2 Konstytucji zadań władzy publicznej.

Roszczenie świadczeniodawcy, wynikające z art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l., interpretowanych w zgodzie z art. 68 ust. 2 Konstytucji, wobec kasy chorych o wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe spełnione na rzecz ubezpieczonych w przypadkach określonych w art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l. nie podważało przyjętego w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym rozwiązania opierającego stosunek zobowiązaniowy pomiędzy świadczeniodawcą a kasą chorych na umowie o udzielanie świadczeń. Zgodnie z art. 56 k.c., czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy. W zakresie dotyczącym wynagrodzenia za świadczenia spełnione w przypadkach objętych przepisami art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l. treść stosunku zobowiązaniowego

powstałego w następstwie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń określały więc te przepisy, a nie postanowienia wspomnianej umowy.

Artykuł 4 ust. 3 u.p.u.z., nie mogący sam ograniczać zastosowania przepisów art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l., nie mógł też uzasadniać odmowy zapłaty przez kasę chorych z powołaniem się na brak wystarczających środków finansowych wynagrodzenia za ponadlimitowe świadczenia spełnione w przypadkach wskazanych w tych przepisach. Możliwość odmowy zapłaty przez kasę chorych wynagrodzenia za wspomniane świadczenia z powołaniem się na brak wystarczających środków finansowych prowadziłyby do niedającego się pogodzić, jak wyżej wyjaśniono, z art. 68 ust. 2 Konstytucji obarczenia kosztami tych świadczeń samych świadczeniodawców. Poza tym należało mieć na względzie przewidziany w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym mechanizm wyrównywania finansowego pomiędzy kasami chorych (por. np. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 7 czerwca 2002 r., II SA 3978/01, „Prawo Gospodarcze” 2002, nr 7-8, s. 82).

Wreszcie nie wykluczały roszczenia świadczeniodawcy wobec kasy chorych o wynagrodzenie za ponadlimitowe świadczenia spełnione w przypadkach wskazanych w art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l. przepisy ustawy z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (Dz.U. Nr 155, poz. 1014 ze zm.), obowiązujące w czasie, którego dotyczy spór. Według tej ustawy, kasy chorych, podobnie jak i ich następca prawny – Narodowy Fundusz Zdrowia, należały do sektora finansów publicznych (art. 5), a ich zadłużenie wchodziło w zakres państwowego długu publicznego (art. 9). W myśl art. 28 ust. 2 tej ustawy, jednostki sektora finansów publicznych dokonują wydatków zgodnie z przepisami dotyczącymi poszczególnych rodzajów wydatków. Stąd w odniesieniu do kas chorych i ich następcy prawnego wynikał nakaz uwzględnienia wydatków mających oparcie nie tylko w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, ale i w innych ustawach (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK 365/03).

Podsumowując, podniesiony przez stronę powodową zarzut naruszenia art. 4 ust. 3 u.p.u.z. w związku z art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l. uzasadniał uwzględnienie skargi kasacyjnej.

Z przedstawionych przyczyn Sąd Najwyższy na podstawie art. 398¹⁵ § 1 k.p.c. orzekł, jak w sentencji.

