



Sygn. akt II CK 773/04

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 8 lipca 2005 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Marek Sychowicz (przewodniczący)

SSN Józef Frąckowiak (sprawozdawca)

SSN Jan Górowski

w sprawie z powództwa Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w G. przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w P. o zapłatę, po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej w dniu 8 lipca 2005 r., kasacji strony powodowej od wyroku Sądu Apelacyjnego z dnia 14 lipca 2004 r., sygn. akt I ACa (...),

oddala kasację i zasądza od strony powodowej na rzecz pozwanego 2700 (dwa tysiące siedemset) zł tytułem zwrotu kosztów postępowania kasacyjnego.

Uzasadnienie

Zaskarżonym wyrokiem Sąd Apelacyjny oddalił apelację powoda -Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w G. od wyroku Sądu Okręgowego w P. z dnia 16 grudnia 2003 r., oddalającego powództwo. W sprawie tej ustalono, co następuje.

W dniu 15 grudnia 1999 r. powód zawarł umowę o świadczenie usług zdrowotnych z poprzednikiem prawnym pozwanego - (...) Regionalną Kasą Chorych w P. Umowa ta była następnie zmieniana wielokrotnymi aneksami. Zachowana jednak była zawsze zasada, że powód będzie mógł korzystać ze środków z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego do ściśle określonej w każdym okresie wysokości, w ramach przyznawanego limitu ilościowego świadczeń.

Pomimo przekraczania przez powoda wyznaczonych w umowie limitów Kasa Chorych do końca I półrocza 2002 r. regulowała należności z tytułu wynagrodzenia za dodatkowo wykonywane, ponadlimitowe, pozaumowne świadczenia. Natomiast odmówiono powodowi zapłaty za takie świadczenia za okres II półrocza 2002 r. oraz za styczeń i luty 2003 r. Powód wystąpił o zasądzenie należności za wykonane dodatkowe świadczenia, których udzielił w wymienionym wyżej okresie w wysokości dochodzonej w pozwie. Wyrokiem z dnia 16 grudnia 2003 r. Sąd Okręgowy w P. oddalił powództwo. Sąd I instancji oceniając zasadność zgłoszonych roszczeń w świetle przepisów ustawy z dnia 6 lutego 1997 r., o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (u.p.u.z.) stanął na stanowisku, że przepisy te nie dają podstaw do domagania się przez powoda zapłaty za świadczenia, które zostały wykonane ponad limity przewidziane w łączącej strony umowie. Stanowisko Sądu Okręgowego wynikało z przyjętych w przepisach art. 4 ust. 3, art. 53 ust. 3 oraz art. 54 ust. 4 pkt. 4 u.p.u.z. zasady, zgodnie z którą zakontraktowane przez Kasę usługi mogą być wykonane przez świadczeniodawcę tylko w granicach ustalonego w umowie między tymi stronami limitu finansowanego. Ponadto Sąd Okręgowy stwierdził, że roszczenia pozwu nie znajdują oparcia w przepisach o bezpodstawnym wzbogaceniu, zdaniem bowiem składu orzekającego nie sposób przyjąć powstania po stronie (...) Regionalnej Kasy Chorych jakiegokolwiek korzyści majątkowej.

Rozpatrując sprawę na skutek apelacji powoda Sąd Apelacyjny nie uznał za zasadne zarzutów podniesionych w apelacji i apelację oddalił. Sąd Apelacyjny nie podzielił zdania skarżącego, wskazującego na dokonanie błędnej wykładni i niewłaściwego zastosowania art. 4 ust. 3 u.p.u.z. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, Sąd Okręgowy prawidłowo przyjął, że zasada ustanowiona w art. 4 ust. 3 u.p.u.z, zgodnie z którą świadczenia zdrowotne są udzielane ubezpieczonym w ramach środków finansowych posiadanych przez Kasę Chorych, stoi na przeszkodzie uwzględnieniu żądania pozwu.

W opinii Sądu Apelacyjnego nie doszło również do naruszenia w procesie wyrokowania przepisu art. 53 ust. 3 pkt 11 u.p.u.z. oraz naruszenia prawa procesowego, polegającego na błędnej wykładni art. 228 § 1 k.p.c. i niewłaściwym zastosowaniu art. 217 § 2 k.p.c, a także nie ma podstaw do kreowania odpowiedzialności pozwanego na podstawie przepisów o bezpodstawnym wzbogaceniu. Według Sądu Apelacyjnego podstawy zmiany czy uchylecia wyroku Sądu Okręgowego nie może stanowić, podnoszone przez powoda, powołanie przez skład orzekający w uzasadnieniu przepisu

nieistniejącego art. 54 ust. 4 pkt 4 u.p.u.z., gdyż wynikało to z oczywistej omyłki pisarskiej.

W kasacji powód Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotne w G. zarzucił przede wszystkim naruszenie art. 4 ust. 3 oraz art. 53 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.) przez błędną ich wykładnię i zastosowanie, polegającą na przyjęciu zasady, że świadczenia zdrowotne udzielane chorym pacjentom mogą być limitowane ilościowo lub kwotowo, w zależności od „kondycji finansowej” kasy chorych oraz na stosowaniu zasady zrównoważenia kosztów z przychodami w ten sposób, iż pozbawia się pacjenta leczonego przez powoda pieniędzy pokrywających koszty jego leczenia, co jest niezgodne z nadrzędnymi normami zawartymi w art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, zapewniających każdemu obywatelowi prawo do ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Powód zarzucił również naruszenie art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1999 r. zakładach opieki zdrowotnej, art. 405 kodeksu cywilnego. Ponadto powód zarzucił błędną wykładnię art. 68 ust. 1 i 2 w związku z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, gdyż w wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r. Trybunał Konstytucyjny uznał za niezgodne ze wspomnianymi przepisami Konstytucji, przepisy ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391 ze zm.), które były tak samo zredagowane jak przepisy poprzedzającej ją ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Tym samym, zdaniem skarżącego wyrok Sądu Apelacyjnego został oparty na przepisach niezgodnych z Konstytucją.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje.

Najdalej idącym zarzutem jest stwierdzenie, że zaskarżony wyrok opiera się na przepisach niezgodnych z Konstytucją. Rację ma skarżący gdy wskazuje, że Trybunał Konstytucyjny uznał za niezgodne z art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji w związku z jej art. 2, szereg przepisów ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391). Trafnie podkreślono w kasacji również, że wiele przepisów zakwestionowanej przez Trybunał ustawy ma podobne brzmienie jak przepisy ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.). Nie można jednak, tak jak to czyni skarżący uznać, iż w tej sytuacji istnieją podstawy do stwierdzenia, niezgodności z Konstytucją przepisów tej ostatniej ustawy, na których oparto zaskarżony wyrok.

Przede wszystkim wyrok Trybunału Konstytucyjnego dotyczył ustawy z 23 stycznia 2003 r. Nie można w tej sytuacji twierdzić, że na skutek wyroku Trybunału straciły moc prawną nie tylko przepisy tej ustawy ale również przepisy poprzedzającej ją ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Dla takiego rozumowania brak jakichkolwiek podstaw. Po pierwsze, Trybunał rozstrzyga o niezgodności z Konstytucją ściśle określonych przepisów i nie można skutków jego orzeczenia przenosić na przepisy innych ustaw. Po drugie, nawet jeżeli brzmienie przepisów uznanych za niezgodne z Konstytucją jest podobne do brzmienia przepisów innej ustawy brak podstaw do twierdzenia, że przepisy te są identyczne. O tym jak rozumieć dany przepis decyduje nie tylko sama jego treść ale również jego umiejscowienie w ustawie oraz funkcje jakie on pełni z punktu widzenia całej ustawy. Wyciąganie więc tak daleko idącego wniosku, że przepis jest niekonstytucyjny tylko na tej podstawie, że ma podobną treść do przepisu zawartego w innej ustawie jest dalece nieuprawnione z punktu widzenia zasad poprawnej wykładni. Wreszcie po trzecie, dla takiego działania brak podstaw prawnych. Tylko Trybunał Konstytucyjny ma przyznaną mu przez Konstytucję moc prawną decydowania o uznaniu określonego przepisu za niezgodny z Konstytucją. Nie może więc inny podmiot, w tym sąd, samodzielnie decydować o niezgodności danego przepisu z Konstytucją.

Skoro jednak skarżący twierdzi, że przepisy ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, w szczególności art. 4 ust.3 i art. 53 ust. 3 są sprzeczne z art. 68 i art. 2 Konstytucji, to obowiązkiem sądu jest ustalenie, czy rzeczywiście taka sprzeczność istnieje. Gdyby zaś sąd doszedł do przekonania, że wspomniane przepisy są sprzeczne z Konstytucją, to powinien zwrócić się do Trybunału, aby ten jako jedynie do tego upoważniony organ, wypowiedział się wiążąco w tej sprawie.

Przystępując do rozważenia tej kwestii zwrócić przede wszystkim należy uwagę, że zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji, warunki i zakres udzielania świadczeń zdrowotnych określa ustawa zwykła. Nie ma więc przeszkód konstytucyjnych, aby ustawa z dnia 6 lutego 1997 r., o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym ustaliła w jakim zakresie i na jakich zasadach będą finansowane świadczenia zdrowotne. Z przepisów tej ustawy, w szczególności z art. 4 ust. 3 oraz art. 53, wynika że świadczenia zdrowotne są udzielane w ramach środków posiadanych przez kasy chorych, a wielkość środków jakie tzw. świadczeniodawcy, czyli między innymi powód w

rozpoznawanej sprawie, otrzymują w danym okresie, określa umowa zawarta z kasą chorych.

W umowie jaką zawarły strony przewidziano, w nawiązaniu do postanowień art. 53 ust. 4 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, wielkość kwot jakie zobowiązana była pozwana przekazać powodowi. Całość należnej powodowi kwoty została określona w ten sposób, że przewidziano ilość poszczególnych świadczeń udzielanych przez powoda oraz kwoty należne za ich wykonanie, a także globalną kwotę, której nie można było przekroczyć. Tak zawarta umowa odpowiada wymogom przewidzianym w obowiązującej w chwili jej realizacji ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Powód nie twierdzi, że umowa ta jest nieważna lub nieskuteczna, np. ze względu na wady oświadczenia woli. W tej sytuacji brak podstaw do uznania, że umowa ta nie wiąże strony, a co za tym idzie nie może stanowić podstawy dla rozliczeń za wykonane na jej podstawie przez powoda świadczenia zdrowotne. Jeszcze raz pokreślić też należy, że nie można uznać, iż przepis art. 53 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym jest niekonstytucyjny skoro art. 68 ust. upoważnia do tego aby w ustawie określono warunki i zakres udzielanych świadczeń. Wspomniany przepis art. 53 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym to zaś właśnie czynił.

Jeżeli więc powód wykonał więcej świadczeń niż wynikało to z umowy, pozwana miała prawo odmówić zapłaty za te świadczenia. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym nie gwarantuje bowiem, że kasa chorych zapłaci za każde świadczenie wykonane przez powodowy szpital, lecz tylko za te świadczenia, które strony określiły w wiążącej ich umowie. Powodowy szpital zawierając umowę z kasą chorych powinien więc zadbać o to, aby przewidziane w tej umowie kwoty zabezpieczały sfinansowanie udzielanych przez niego świadczeń. Wprawdzie rację ma powód gdy wskazuje, że ściśle przewidzenie ilości zachorowań na danym terenie nie jest do końca możliwe, tym niemniej nie można z tego wywodzić wniosku, że wobec tego pozwana kasa zobowiązana była do zapłaty za wszystkie wykonane przez powoda świadczenia zdrowotne. Środki przewidziane w budżecie na sfinansowanie świadczeń zdrowotnych są ograniczone. Rozdzielane były w okresie za który powód dochodzi wynagrodzenia przez kasy chorych. Tylko więc wskazanie, że taki rozdział naruszał obowiązujące przepisy mogłoby stanowić podstawę do postawienia kasie zarzutu. Zawarte w kasacji stwierdzenie, że powodowy szpital wykonał więcej świadczeń niż inne szpitale i z tego już tytułu należą mu się dodatkowe środki, nie jest wystarczającym

argumentem. Tę sytuację należało bowiem bądź przewidzieć i uwzględnić przy zawieraniu umowy z kasą chorych lub renegotjować jak najszybciej zawartą umowę. Przyjęty system finansowania świadczeń zdrowotnych zakłada bowiem, że kasa chorych przekazuje świadczącym usługi zdrowotne tyle środków ile przewiduje umowa zawarta pomiędzy zainteresowanymi stronami. Kierując się więc danymi z poprzednich lat, należy w umowach z kasą chorych (obecnie z Narodowym Funduszem Zdrowia) przewidzieć ile środków dany zakład opieki zdrowotnej będzie potrzebował na sfinansowanie udzielanych przez niego świadczeń w okresie objętym umową. Ten system, po kontroli jego zgodności z Konstytucją przez Trybunał, funkcjonuje w istocie bez zmian także obecnie. Regulację podobną w swej treści do art. 53 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym powtarza bowiem, wydana na skutek wyroku Trybunału Konstytucyjnego, ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135). Zgodnie z art. 132 ust. 1 tej ustawy podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Fundusz. Zaś z art. 136 pkt 1 tej ustawy wynika, że umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności rodzaj i zakres udzielanych świadczeń.

Tak ustalonego systemu zapłaty za świadczenia zdrowotne nie zmienia też przepis art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.). Wynikający z tego przepisu bezwzględny obowiązek udzielenia świadczenia osobie ze względu na zagrożenie jej życia lub zdrowia powinien zostać uwzględniony w umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych w postaci odpowiednich rezerw lub w razie potrzeby, spowodowanej nadzwyczajnymi okolicznościami może on stanowić podstawę do zmiany umowy, także przez sąd na podstawie art. 357¹ k.c.

Dokonane powyżej ustalenia prowadzą do wniosku, że brak podstaw do uznania, iż przepisy art. 4 ust. 3 oraz art. 53 ust. 3 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym są sprzeczne z Konstytucją. Brak także podstaw do uznania, że odmowa zapłaty przez pozwaną kasę chorych powodowi, prowadzi do jej bezpodstawnego wzbogacenia się. Odmowa ta miała bowiem po pierwsze, pełne uzasadnienie w obowiązujących strony przepisach oraz po drugie nie prowadziła do uzyskania przez kasę korzyści kosztem powoda. W konsekwencji też

wykładnia tych przepisów oraz art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, dokonana przez Sąd Apelacyjny nie nasuwa zastrzeżeń.

Mając na względzie, że zarzuty podniesione w kasacji okazały się nieuzasadnione, Sąd Najwyższy, na podstawie art. 393¹² k.p.c., orzekł jak w sentencji.