



Sygn. akt III CSK 96/13

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 stycznia 2014 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Hubert Wrzeszcz (przewodniczący)

SSN Mirosław Bączyk (sprawozdawca)

SSN Anna Owczarek

Protokolant Bożena Kowalska

w sprawie z powództwa Powiatowego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w G.
przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. - Oddziałowi Wojewódzkiemu w K.

o zapłatę,
po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej
w dniu 22 stycznia 2014 r.,
skargi kasacyjnej strony pozwanej
od wyroku Sądu Apelacyjnego
z dnia 26 października 2012 r.,

**uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę Sądowi
Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania oraz rozstrzygnięcia
o kosztach postępowania kasacyjnego.**

Uzasadnienie

Powiatowy Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w G. wnosił o zasądzenie od pozwanego NFZ - Oddziału Wojewódzkiego w K. kwoty 292.843,77 zł z odsetkami tytułem zwrotu należności stanowiącej nienależne świadczenie dokonane na rzecz NFZ (art. 410 § 2 k.c.). Sąd Okręgowy uwzględnił żądanie powoda w całości, a Sąd Apelacyjny, orzekając po raz pierwszy, w wyniku uwzględnienia apelacji strony pozwanej w części, zmienił zaskarżony wyrok w zakresie odsetek (data 8 stycznia została zastąpiona datą 28 kwietnia 2010 r.) i w pozostałym zakresie oddalił apelację. Po uchyleniu wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 30 marca 2012 r. wyroku Sądu Apelacyjnego Sąd ten wyrokiem z dnia 26 października 2012 r. - orzekając ponownie - „oddalił apelację w pozostałej części”.

Rozstrzygnięcia Sądu Okręgowego i Sądu Apelacyjnego z dnia 26 października 2012 r. zapadły na podstawie następującego stanu faktycznego.

Strony w dniu 26 stycznia 2007 r. zawarły umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej oznaczonych jako opieka długoterminowa - świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze. Umowa ta była zmieniana odpowiednimi aneksami. W umowie odsyłano także do zarządzeń Prezesa NFZ, które bliżej precyzowało jej treść. We wrześniu 2008 r. strona pozwana przeprowadziła kontrolę dokumentacji indywidualnej wszystkich pacjentów przebywających w placówce powoda (Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym) i kontrola ta wykazała m.in. to, że 22 pacjentek Zakładu przekraczała 40 punktów według skali Barthel (według tej skali klasyfikowano pacjentów, którzy mogą być przyjęci do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego lub opiekuńczo-leczniczego o profilu ogólnym). W wystąpieniu pokontrolnym (z dnia 13 stycznia 2009 r.) NFZ wezwał powoda do zwrotu kwoty 276.660 zł, wcześniej uiszczonej przez NFZ jako zapłatę za udzielone bezpodstawnie świadczenie (niezgodne z postanowieniami umowy z dnia 26 stycznia 2007 r.). Pozwany nie uwzględnił zastrzeżeń powoda dotyczących świadczeń udzielonych osobom przebywającym w Zakładzie na podstawie decyzji administracyjnych o skierowaniu ich na pobyt stały lub na czas nieokreślony. W lipcu 2008 r. w strukturze szpitala wyodrębniono nowy zakład opieki długoterminowej o profilu psychiatrycznym, do którego przeniesiono część

pacjentek Zakładu, w tym te, których poziom samoobsługi przekroczył 40 pkt w skali Barthel. Następnie podpisano dwa kolejne aneksy do umowy, a w dniu 29 czerwca 2009 r. strony zawarły ugodę pozasądową, w której strona powodowa zobowiązała się do zwrotu kwoty 292.843,77 zł (przekazanej tej stronie wcześniej przez NFZ jako świadczeniodawcy), przy czym zastrzeżono możliwość „wystąpienia świadczeniodawcy (powoda) na drogę sądową w celu poddania pod rozstrzygnięcie sądu (...) kwestii zakwestionowanych przez Oddział Funduszu (...) świadczeń opieki zdrowotnej na łączną kwotę 276.660 zł” (§ 3 ugody). Obecny proces jest konsekwencją skorzystania przez powodowy Zakład z uprawnienia przewidzianego w § 2 ugody (Zakład dochodził kwoty 276.660 zł jako kwoty głównej, powiększonej o odsetki w wysokości 16.174,77 zł).

Sąd Apelacyjny uznał apelację Funduszu za nieuzasadnioną z zaznaczeniem, że stanowisko to przyjął „przy innym rozstrzygnięciu niż przyjęte przed orzeczeniem Sądu Najwyższego”. Ogólnie uznał za nietrafne zarzuty naruszenia prawa procesowego, uzupełniając jedynie niektóre okoliczności wynikające z przedłużonych i niekwestionowanych dokumentów (obrazujących wyniki kontroli wykonania umowy i zastrzeżeń do tych wyników). Stwierdził także, że dochodzone obecnie od NFZ należności zostały przeznaczone na potrzeby (świadczenia opiekuńczo-medyczne) 22 osób pozostających pod pieczęcią powodowego Zakładu.

Analizując podstawy prawne żądania powodowego Zakładu, Sąd Apelacyjny doszedł do wniosku, że „akty prawne Prezesa NFZ” nie zapewniły odpowiedniej sytuacji prawnej osób, którym powód świadczył usługi. NFZ jest jednostką państwową, wykonującą władztwo państwowe w zakresie finansowania ochrony zdrowia, toteż zawierając umowy i finansując świadczenia, zobowiązany on jest do uwzględniania stosunków trwałych wynikających z innych regulacji. Powód wykonał odpowiednie świadczenia wobec wspomnianych 22 osób - pensjonariuszy placówki, nie kwestionowano potrzeby pobytu tych osób w tej placówce, od osób takich nie pobiera się opłat (nawet gdy nie są ubezpieczone), a dom pomocy społecznej to tym bardziej także oddział opieki psychiatrycznej. Zakład nie mógł pozbyć się osób skierowanych do niego na podstawie decyzji administracyjnych. Brak świadczenia ze strony powodowej placówki „mógł wywołać

roszczenia odszkodowawcze po stronie uprawnionych posiadających wykonalne decyzje administracyjne”. Przekształcenia i zmiany zasad świadczeń nie zwalniały z wykonania tych decyzji. Ostatecznie Sąd Apelacyjny stwierdził, że skoro powód wystąpił wobec Funduszu na podstawie art. 410 § 2 k.c., to „nie zwrot środków, ale odmowa pokrycia świadczeń spełnionych w interesie i za organy państwowe powoduje ich bezpodstawne wzbogacenie i uzasadnia żądanie zapłaty”.

W skardze kasacyjnej pozwanego Funduszu podnoszono zarzuty naruszenia art. 398²⁰ k.p.c.; art. 65 § 2 k.c.; art. 34a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (j.t. Dz.U. z 2007 r., nr 14 poz. 89) i §§ 6, 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób (...) (Dz.U. nr 166, poz. 1265); art. 132 ust. 1 i 2, art. 19 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 210, poz. 2135 ze zm.), § 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 187, poz. 1643) i § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 81, poz. 484); art. 68 ust. 2 Konstytucji; art. 96 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.; art. 40 § 1 k.c.; art. 410 k.c. w zw. z art. 405 k.c.; art. 354 § 2 k.c.

Skarżący wnosił o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i orzeczenia co do istoty sprawy w postaci oddalenia powództwa, ewentualnie - o uchylenie tego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi drugiej instancji do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

1. W rozpoznawanej sprawie powstało zagadnienie, czy istniały podstawy prawne do obciążenia pozwanego NFZ obowiązkiem zapłaty za świadczenia wykonane przez powodowy Zakład Opiekuńczo-Lecznicy wobec 22 jego pacjentów wskazanych w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku w okresie od stycznia do końca lipca 2008 r. Powodowy Zakład zwrócił Funduszowi otrzymane środki finansowe na pokrycie świadczeń wobec tych osób, ponieważ - w ocenie Funduszu - świadczenia te nie były objęte treścią umowy z dnia 26 stycznia 2008 r., a następnie, powołując się na § 3 ugody stron z dnia 29 czerwca 2008 r., dochodzi

obecnie zwróconej kwoty na podstawie art. 410 § 2 k.c. Taka konstrukcja prawna żądania zakłada, oczywiście, że pozwany Fundusz uzyskał nienależne świadczenie kosztem pozwanego Zakładu, a jednocześnie nie istniał odpowiedni tytuł prawny do uzyskania zapłaty od Funduszu za usługi świadczone pacjentom Zakładu (art. 405 k.c.).

2. Uchylając wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 16 lutego 2011 r., Sąd Najwyższy wskazał nie tylko na zasadnicze wady tego wyводу w kilku płaszczyznach, ale wyjaśnił także prawną istotę sporu. Zwrócił też uwagę na status prawny stron i treść łączącego strony stosunku zobowiązaniowego, ukształtowanego nie tylko kreującą go umową z dnia 26 stycznia 2007 r., ale także - przepisami prawa i odpowiednimi wzorcami umownymi w rozumieniu art. 384 k.c. Przypomniano tu jednocześnie podstawowe reguły finansowania świadczeń udzielanych przez Fundusz osobom ubezpieczonym (pacjentom), w tym m.in. konieczność istnienia odpowiedniego stosunku obligacyjnego uzasadniającego żądanie zapłaty od Funduszu (system kontraktów, rozliczanych następnie po weryfikacji udzielanych świadczeń), limitowany charakter zaspokajania zmiennych, ale rzeczywiście istniejących potrzeb świadczeniobiorców, uniwersalność prawna systemu (tj. brak elementów jego modyfikacji z racji specyfiki stacjonarnych publicznych zakładów opieki długoterminowej, kwalifikowany tryb kierowania do tych zakładów na podstawie decyzji administracyjnych o skierowaniu na pobyt stały), istnienie także pozafunduszowych źródeł finansowania świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom, ubezpieczonych i nieubezpieczonych.

Sąd Najwyższy wskazał także na to, że z ustaleń faktycznych Sądów meriti nie wynika, iż istniało zagrożenie życia lub zdrowia pacjentów przyjętych do pozwanego Zakładu, a świadczenie pielęgnacyjne nie są z reguły objęte tzw. bezwzględным obowiązkiem świadczenia wynikających ex lege (art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i dentysty, art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej).

Powód nie powoływał się w swoim żądaniu na fakt właściwego wykonania przez niego zobowiązania wynikającego z umowy z 2007 r. i nie kwalifikował tego żądania jako roszczenia o zapłatę w związku z prawidłowym wykonaniem tej

umowy (obejmującym również przyjęcie wspomnianych 22 pacjentów i świadczenie im usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych). Zgłosił natomiast roszczenie na podstawie art. 410 § 2 k.c., co oznacza konieczność wykazania wszystkich przesłanek bezpodstawnego wzbogacenia, w tym m.in. uzyskanie korzyści majątkowej przez NFZ kosztem majątku powoda (art. 405 k.c.). Sąd Apelacyjny trafnie stwierdził w końcowym fragmencie uzasadnienia, że roszczenie to nie obejmuje oczywiście samego „zwrotu środków” (na podstawie ugody stron), ale odnosi się do „odmowy pokrycia świadczeń już spełnionych”. W związku z tym należy wyraźnie zaznaczyć, że przypomnienie przez Sąd Najwyższy zasadniczych elementów obowiązującego (w chwili zawierania i wykonywania umowy z 2007 r.) reżimu prawnego świadczeń usług medycznych mogło w zasadniczy sposób przesądzać zasadność zgłoszonego roszczenia. Innymi słowy, w uzasadnieniu wyroku Sądu Najwyższego z dnia 30 marca 2012 r. wskazano także pośrednio prawne możliwości uzyskania należności za dokonane przez powoda (podmiot o podobnym do niego statusie prawnym) usługi pielęgniarstwa i opiekuńcze, także w sytuacji przyjmowania pacjentów w wyniku decyzji administracyjnych o skierowaniu na pobyt stały. Jeżeli mimo takich wyraźnych wskazówek natury prawnej Sąd Apelacyjny, rozpoznając sprawę ponownie, starał się jednak ustalić istnienie skutecznego wobec NFZ roszczenia powoda na podstawie przepisów o bezpodstawnym wzbogaceniu, to należy stwierdzić - mimo wyraźnego zastrzeżenia Sądu drugiej instancji na wstępie wyroku oceniającego apelację pozwanego - że Sąd ten naruszył jednak przepis art. 398²⁰ k.p.c., nakazujący wiązanie wykładnią prawa sądu meriti, dokonanej wcześniej przez Sąd Najwyższy. Oznacza to, że istniała wystarczająca podstawa uchylenia zaskarżonego wyroku i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania (art. 398¹⁵ k.p.c.). Uwzględnienie stanowiska Sądu Najwyższego eliminowałoby na pewno potrzebę niejasnej jurydycznie i zdumiewającej argumentacji prawnej Sądu Apelacyjnego, zmierzającej do wykazania istnienia przesłanek bezpodstawnego wzbogacenia po stronie NFZ.