



Sygn. akt II CSKP 421/22

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 września 2022 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Paweł Grzegorzcyk (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Marta Romańska

SSN Roman Trzaskowski

w sprawie z powództwa Narodowego Funduszu Zdrowia Łódzkiego Oddziału
Wojewódzkiego w Łodzi

przeciwko M.S.

o zapłatę,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej

w dniu 16 września 2022 r.,

skargi kasacyjnej strony powodowej

od wyroku Sądu Okręgowego w Piotrkowie Trybunalskim

z dnia 18 listopada 2019 r., sygn. akt II Ca 468/19,

- 1. oddala skargę kasacyjną;**
- 2. zasądza od powoda na rzecz pozwanej kwotę 2700 (dwa tysiące siedemset 00/100) złotych tytułem kosztów postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

Powód Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej – „NFZ” lub „Fundusz”) domagał się zasądzenia od pozwanej M.S. kwoty 64 541 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie, wskazując, że pozwana, będąca osobą ubezpieczoną w NFZ, korzystała ze świadczeń leczniczych na terenie Niemiec posługując się Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego. Koszt udzielonych świadczeń poniósł powód, co wobec planowego charakteru leczenia zaktualizowało żądanie zwrotu poniesionych przez powoda kosztów leczenia.

Sąd pierwszej instancji – Sąd Rejonowy w Piotrkowie Trybunalskim ustalił, że pozwana od lipca 2008 r. do stycznia 2009 r. przebywała w Niemczech, dokąd udała się, aby podjąć wakacyjną pracę studencką w jednym ze szpitali. Celem rekrutacji pozwana przeszła badania krwi. W dniach 7 lipca 2008 r. i 26 września 2008 r. u pozwanej przeprowadzono analizy lekarskie, w których wykryto wirus [...] (zapalenie wątroby typu [...] ze znacznie podwyższonym [...]).

W październiku 2008 r. pozwana rozpoczęła na terenie Niemiec specjalistyczne leczenie. Leczenie wdrożono w dniu 8 października 2008 r. Terapię kontynuowano w dniach 10 listopada 2008 r., 5 stycznia 2009 r. i 19 marca 2009 r. W karcie informacyjnej z dnia 6 kwietnia 2009 r. sugerowano podjęcie natychmiastowego leczenia interferonem o przedłużonym działaniu skojarzonym z [...]. Koszty leczenia poniosła niemiecka instytucja ubezpieczeniowa. Łączny koszt leczenia pozwanej na terenie Niemiec wyniósł 14 644,05 euro.

W okresie udzielania świadczeń zdrowotnych na terenie Niemiec pozwana posiadała ważną Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Od dnia 13 stycznia 2009 r. do dnia 7 czerwca 2009 r. pozwana odbywała studia na uniwersytecie [...] w Szwecji. Jednocześnie kontynuowała leczenie w Niemczech, każdorazowo przyjeżdżając do Niemiec na wizyty lekarskie.

W czasie pobytu w Niemczech pozwana od dnia 9 lipca 2008 r. do dnia 26 września 2008 r. podjęła tymczasowe zatrudnienie i uczęszczała na kursy języka niemieckiego. Aplikowała na wymianę w ramach studenckiego programu [...] w Niemczech, z uwagi na niewystarczającą liczbę miejsc została jednak skierowana na uniwersytet w Szwecji. Pozwana wynajmowała pokój w Niemczech do końca stycznia 2009 r., następnie brat zawiózł ją do Szwecji, gdzie ukończyła

semestr i po dniu 7 czerwca 2009 r. wróciła na około 2 tygodnie do Polski, a następnie ponownie wyjechała do Niemiec, gdzie pracowała od dnia 1 lipca 2009 r. do dnia 30 września 2009 r. Ze względu na początek drogi zawodowej w profesji wyuczonej na studiach, pozwana nie mogła znaleźć pracy za granicą i wróciła do Polski. Ostatecznie po trzech latach wyjechała na stałe za granicę i nieskuteczne leczenie zapoczątkowane w Niemczech pozytywnie zakończyła w Wielkiej Brytanii, gdzie znalazła pracę. Aktualnie pozwana mieszka i pracuje w Nowym Jorku.

Ustalając stan faktyczny Sąd pominął przedstawioną przez powoda opinię prywatną konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chorób zakaźnych, jako pozbawioną waloru bezstronności.

W rozważaniach prawnych Sąd przyjął, że zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju od sierpnia 2008 r. do sierpnia 2009 r. regulował art. 25 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jedn. tekst: Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, dalej – „u.ś.o.z.”), który stanowił, że Fundusz finansuje koszty leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, udzielonych zgodnie z przepisami o koordynacji. Regulacja ta odsyłała do przepisów prawa unijnego o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych, określonych w rozporządzeniu Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 149, s. 2, dalej – „rozporządzenie nr 1408/71”) i rozporządzeniu Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 74, s. 1).

Zakres przysługujących pozwanej świadczeń medycznych należało zatem ustalić na podstawie przepisów o koordynacji.

Zdaniem Sądu, zasadniczym przedmiotem sporu był charakter świadczenia udzielonego powódce, ponieważ powód sformułował roszczenie w oparciu o założenie, że leczenie pozwanej powinno przebiegać w trybie planowym, a jego podjęcie na terytorium państwa członkowskiego było uprawnione wyłącznie za uprzednią zgodą powoda. W ocenie powoda okoliczność ta uwalnia go od odpowiedzialności za koszty powstałe w trakcie leczenia pozwanej i uprawnia do żądania zapłaty kwoty stanowiącej ich równowartość. Stanowisko to Sąd uznał za błędne.

Odwołując się do rozporządzenia nr 1408/71, a także rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 166, s. 1, dalej – „rozporządzenie nr 883/04”), zastępującego rozporządzenie nr 1408/71, Sąd wywiódł, że ocena ustalonych okoliczności musi następować nie tylko przez pryzmat rodzaju choroby czy czynnika zdrowotnego decydującego o potrzebie leczenia i ustalonych w podobnych przypadkach procedurach leczenia, ale także na podstawie charakteru udzielonych świadczeń i przewidywanego czasu pobytu na terytorium danego kraju. Sąd miał także na uwadze okoliczności, w jakich pozwana podjęła leczenie na terenie Niemiec, tj. uprzednie podjęcie pracy tymczasowej i uczestniczenie w kursach językowych, a nadto aplikowanie na wymianę studencką Erasmus odbywającą się właśnie w Niemczech. W tym kontekście Sąd uznał za niebudzące wątpliwości stanowisko pozwanej, że wiązała dalszą przyszłość z tym właśnie krajem, a argumentację powoda, jakoby pozwana przyjechała do Niemiec celem podjęcia leczenia, za całkowicie chybioną. Sąd podniósł, że pozwana dowiedziała się o chorobie dopiero w Niemczech, chcąc podjąć pracę w szpitalu, o czym przesądzała chronologia zdarzeń: zawarcie umowy o pracę w dniu 2 kwietnia 2008 r., rozpoczęcie pracy w dniu 9 lipca 2008 r. i przeprowadzenie badań koniecznych do podjęcia pracy w dniu 7 lipca 2008 r., których wynik stał się podstawą do dalszej diagnozy.

W związku z tym Sąd nie podzielił twierdzeń powoda, że udzielone pozwanej świadczenia nie stanowiły niezbędnej opieki medycznej, której udzielenie było konieczne w czasie pobytu za granicą. Dalsza perspektywa zamieszkiwania w Niemczech i podjęcie pracy stanowiły w zestawieniu z wirusowym charakterem

choroby i młodym wiekiem pozwanej dostateczną podstawę do podjęcia leczenia bez zbędnej zwłoki, a zatem nie w trybie planowym. Decyzję tę usprawiedliwiały możliwe konsekwencje zdrowotne i ograniczenia w życiu codziennym spowodowane chorobą, chociażby szczególna dbałość o niedopuszczenie do zakażenia innych osób.

Sąd zwrócił również uwagę, że powód zawarł całą argumentację medyczną w twierdzeniu, że pozwana nie wymagała leczenia natychmiastowego, wywodząc ją z opinii prywatnej, w której opiniująca odniosła się do powszechnie przyjętych schematów leczenia, pomijając aktywność życiową i wiek pozwanej.

Reasumując, Sąd stwierdził, że powód nie udowodnił, iż leczenie pozwanej powinno być prowadzone wyłącznie w trybie planowym, a zarazem, ze względu na planowany okres pobytu w Niemczech i zakaźny charakter choroby, pozwana nie potrzebowała zgody na leczenie za granicą, zgodnie z przepisami o koordynacji.

W konsekwencji, wyrokiem z dnia 16 kwietnia 2019 r. Sąd Rejonowy oddalił powództwo w całości.

Na skutek apelacji powoda, wyrokiem z dnia 18 listopada 2019 r. Sąd drugiej instancji – Sąd Okręgowy w Piotrkowie Trybunalskim, oddalił apelację w całości.

Sąd Okręgowy uznał za nietrafne zarzuty naruszenia prawa procesowego, dzieląc ustalenia faktyczne Sądu Rejonowego i przyjmując je za własne.

Sąd Okręgowy zaaprobował argumentację Sądu Rejonowego opartą na przepisach o koordynacji, z zastrzeżeniem wywodów bazujących na art. 19 rozporządzenia nr 883/04, które weszło w życie po udzieleniu świadczeń pozwanej. Zdaniem Sądu, leczenie pozwanej w Niemczech nie miało charakteru klasycznie planowego, w związku z czym nie zostały zrealizowane przesłanki ewentualnego zwrotu równowartości udzielonego świadczenia medycznego. Ponadto, dochodzone roszczenie nie miało podstawy zarówno w art. 415, jak i w art. 405 k.c. Materiał dowodowy wskazywał, że pozwana była przekonana, że jest ubezpieczona i ma prawo do bezpłatnych świadczeń medycznych. Pozwana szczegółowo wskazała na diagnozę choroby, która ją zaskoczyła na terenie Niemiec, obawę o własne życie i decyzję lekarzy, którzy zdecydowali o natychmiastowym podjęciu leczenia. Nie można w takiej sytuacji mówić o jakimkolwiek zawinieniu ze strony pozwanej czy naganności jej postępowania. Z pewnością wolą pozwanej nie było

celowe uzyskanie świadczenia za granicą bez zgody Prezesa Funduszu. W odniesieniu do art. 405 k.c. Sąd zauważył, że system ubezpieczeń zdrowotnych, ich finansowanie i ewentualny zwrot kosztów udzielonych świadczeń należą do dziedziny prawa publicznego, która w sposób szczególny reguluje zasady udzielania świadczeń zdrowotnych, a także zwrotu przez pacjentów kosztów świadczeń udzielanych nienależnie. NFZ może dochodzić zwrotu kosztów świadczeń tylko w wypadkach określonych w ustawie, a w braku spełnienia ustawowych przesłanek nie może powoływać się na przepisy o bezpodstawnym wzbogaceniu.

Uzupełniając Sąd Okręgowy podzielił stanowisko Sądu Rejonowego co do tego, że gdyby pozwana leczyla się w Polsce, to za jej leczenie musiałaby zapłacić powód. Strona powodowa wystąpiła natomiast o zwrot całkowitego kosztu leczenia, do czego nie miała podstaw, skoro pozwana posiadała w Polsce ważne ubezpieczenie zdrowotne. Nie można wykluczyć, że koszt analogicznego leczenia w Polsce byłby wyższy niż w Niemczech, a w takiej sytuacji uwzględnienie powództwa doprowadziłoby do tego, że powód zostałby bezpodstawnie wzbogacony kosztem pozwanej.

Wyrok Sądu Apelacyjnego zaskarżył skargą kasacyjną w całości powód, zarzucając naruszenie art. 51 u.ś.o.z., art. 22 rozporządzenia nr 1408/71, art. 19 rozporządzenia nr 883/04, art. 25 ust. 2 u.ś.o.z., a także naruszenie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu z dnia 27 grudnia 2007 r. (Dz. U. nr 249, poz. 1867). Na tej podstawie skarżący wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Spór rozstrzygnięty zaskarżonym wyrokiem sprowadzał się do oceny zasadności roszczenia, które powód opierał na twierdzeniu, że pokrył koszty świadczeń zdrowotnych udzielonych pozwanej w Niemczech, mimo że zgodnie z właściwymi przepisami pozwana nie była uprawniona do uzyskania tych świadczeń w Niemczech, lecz powinna ubiegać się o ich planowe uzyskanie

w Polsce, tj. w kraju, w którym podlegała ubezpieczeniu zdrowotnemu. Formułując zarzuty kasacyjne, powód wywodził w szczególności, że udzielone pozwanej świadczenia zdrowotne miały charakter planowy i wobec braku pilności rozpoczęcia leczenia nie było przeszkód, aby pozwana skorzystała z pomocy lekarskiej w Polsce. Warunkiem niezbędnym do prowadzenia planowego leczenia za granicą była zgoda Prezesa Funduszu, której pozwana nie uzyskała.

W miarodajnym stanie prawnym uprawnienia do uzyskiwania świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej niż państwo ubezpieczenia były unormowane przede wszystkim w art. 19 i 22 rozporządzenia nr 1408/71, obejmującego wraz z innymi aktami prawa unijnego przepisy o koordynacji w rozumieniu art. 5 pkt 32 u.ś.o.z. Przepis art. 19 rozporządzenia nr 1408/71 odnosił się do sytuacji, w której osoba uprawniona do świadczeń zgodnie z prawem państwa właściwego zamieszkuje w innym państwie członkowskim, przy czym „państwem właściwym” jest państwo, w którym znajduje się instytucja, w której zainteresowany jest ubezpieczony lub od której ma prawo uzyskać świadczenia (art. 1 lit. o i lit. q rozporządzenia nr 1408/71), a „zamieszkanie” oznacza zwykły pobyt (*habitual residence, résidence, gewöhnlicher Aufenthalt*) (art. 1 lit. h rozporządzenia nr 1408/71). Przepis art. 22 rozporządzenia nr 1408/71 dotyczył natomiast m.in. sytuacji, w której osoba uprawniona do świadczeń zdrowotnych zgodnie z prawem państwa właściwego, przebywa w innym państwie członkowskim, przy czym przez pobyt należy rozumieć „pobyt czasowy” (*temporary residence, séjour temporaire, vorübergehender Aufenthalt*) (art. 1 lit. i rozporządzenia nr 1408/71).

Zgodnie z art. 22 ust. 1 lit. a ppkt i) rozporządzenia nr 1408/71 osoba spełniająca warunki wymagane przez ustawodawstwo państwa właściwego w celu uzyskania prawa do świadczeń, której sytuacja wymaga udzielenia jej świadczeń niezbędnych z przyczyn medycznych podczas pobytu na terytorium innego państwa członkowskiego, biorąc pod uwagę charakter świadczeń oraz spodziewaną długość pobytu ma m.in. prawo do świadczeń rzeczowych udzielanych przez instytucję miejsca pobytu na rachunek instytucji właściwej, tak, jak gdyby była w niej ubezpieczona. Odpowiednikiem tego przepisu w obecnym stanie prawnym jest art. 19 ust. 1 rozporządzenia nr 883/04, zatytułowany „Pobyt

poza właściwym państwem członkowskim”, według którego ubezpieczony i członkowie jego rodziny przebywający w innym państwie członkowskim niż państwo właściwe są uprawnieni do świadczeń rzeczowych, które z powodów medycznych stają się niezbędne w czasie ich pobytu, z uwzględnieniem charakteru tych świadczeń oraz przewidywanego czasu pobytu. Świadczenia te są udzielane w imieniu instytucji właściwej przez instytucję miejsca pobytu, zgodnie z przepisami stosowanego przez nią ustawodawstwa, tak, jak gdyby zainteresowane osoby były ubezpieczone na mocy wspomnianego ustawodawstwa.

Rozwiązanie to, pozwalające na skorzystanie z niezbędnych świadczeń medycznych podczas czasowego pobytu w innym państwie członkowskim niż państwo, w którym pacjent jest ubezpieczony, zmierza do uniknięcia sytuacji, w których ubezpieczony byłby zmuszony do przyspieszonego powrotu do państwa członkowskiego ubezpieczenia w celu uzyskania tam niezbędnej opieki. Chodzi zatem o umożliwienie ubezpieczonemu kontynuowania pobytu w innym państwie członkowskim w warunkach medycznie bezpiecznych, z uwzględnieniem planowanego okresu pobytu. Przepis ten nie obejmuje natomiast sytuacji, w której ubezpieczony udaje się do innego państwa członkowskiego w celu uzyskania tam leczenia. W celu ustalenia, czy świadczenie spełnia przesłanki określone w art. 22 ust. 1 lit. a ppkt i) rozporządzenia nr 1408/71, uwzględnieniu podlegają jedynie okoliczności natury medycznej, rozpatrywane w aspekcie tymczasowego pobytu zainteresowanej osoby, z uwzględnieniem jej obecnego i przeszłego stanu zdrowia (zob. decyzję nr 194 Komisji Administracyjnej ds. Zabezpieczenia Społecznego Pracowników Migrujących z dnia 17 grudnia 2003 r. dotyczącą jednolitego stosowania art. 22 ust. 1 lit. a) ppkt i) rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w państwie członkowskim pobytu, Dz.U. z 2004 r., L 104, s. 127 i wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 15 czerwca 2010 r., C-211/08, *Komisja Europejska przeciwko Hiszpanii*, ECLI:EU:C:2010:340).

Realizacji tych przepisów w prawie polskim w miarodajnym czasie dotyczyły art. 25 i 26, a także art. 51 u.ś.o.z. Zgodnie z art. 25 ust. 1 u.ś.o.z. NFZ finansuje koszty leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, udzielonych zgodnie z przepisami o koordynacji, oraz wynikające z art. 26 u.ś.o.z. W celu potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących na podstawie

przepisów o koordynacji, zgodnie z przepisami o koordynacji, na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego, NFZ wydaje Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego lub zaświadczenie o prawie do tych świadczeń. Rozliczanie kosztów świadczeń rzeczowych udzielonych w państwie pobytu na podstawie rozporządzenia nr 1408/71 następowało na podstawie art. 36 tego aktu, który stanowił, że świadczenia rzeczowe udzielane na rachunek instytucji innego państwa członkowskiego, podlegają zwrotowi w całości, w trybie przewidzianym przez rozporządzenie wykonawcze, bądź na podstawie udokumentowanych rzeczywistych wypłat, bądź na podstawie ryczałtu.

Na tym tle zarzuty podniesione w skardze kasacyjnej należało uznać za bezzasadne.

Zarzut naruszenia art. 51 u.ś.o.z. powód wiązał z rozważaniami Sądu Okręgowego, w których wskazano, że pozwana miała stanowczą wolę dłuższego zamieszkiwania w Niemczech i zorganizowania w tym państwie swojego centrum życiowego, a z perspektywy przepisów o koordynacji (rozporządzenia nr 1408/71) jej wola powinna być uznawana za czynnik decydujący o uznaniu, gdzie znajduje się jej dom. Powód ma rację o tyle, że wywód ten – w okolicznościach sprawy – jest nieścisty, ponieważ może sugerować, że zdaniem Sądu Okręgowego pozwana miała ośrodek interesów życiowych w Niemczech, co prowadziłoby do wniosku, że w rozumieniu rozporządzenia nr 1408/71 zamieszkiwała w tym państwie. W tej sytuacji do oceny uprawnień pozwanej do uzyskania świadczeń rzeczowych w miejscu zamieszkania właściwy byłby art. 19 rozporządzenia nr 1408/71, dotyczący osób zamieszkujących w innym państwie niż państwo, w którym są ubezpieczone. Zamieszkanie zostało bowiem zrównane w przepisach rozporządzenia nr 1408/71 ze zwykłym pobytem (art. 1 lit. h rozporządzenia nr 1408/71), o miejscu zwykłego pobytu decyduje natomiast to, gdzie znajduje się ośrodek interesów życiowych konkretnej osoby (por. wyroki Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 25 lutego 1999 r., C-90/97, *Robin Swaddling przeciwko Adjudication Officer*, ECLI:EU:C:1999:96 i z dnia 5 czerwca 2014 r., C-255/13, *I przeciwko Health Service Executive*, ECLI:EU:C:2014:1291).

Kwestia ta nie miała jednak znaczenia w okolicznościach sprawy, mając na względzie, że w świetle motywów wydanych w sprawie wyroków nie budziło

wątpliwości, iż Sądy *meriti* upatrywały uprawnienia pozwanej do skorzystania ze świadczeń zdrowotnych w Niemczech w art. 22 rozporządzenia nr 1408/71, który odnosił się do pobytu czasowego w innym państwie członkowskim niż państwo, w którym zainteresowany udzieleniem świadczeń jest ubezpieczony. Spór zaś koncentrował się na tym, czy udzielone pozwanej świadczenia zdrowotne można było uznać za mieszczące się w zakresie zastosowania tego przepisu ze względu na przewidzianą w nim przesłankę niezbędności (art. 22 ust. 1 lit a ppkt i) rozporządzenia nr 1408/71), której to przesłanki nie ustanawiał art. 19 rozporządzenia nr 1408/71, odnoszący się do osób zamieszkałych w innym państwie członkowskim niż państwo ubezpieczenia. Osobom tym przysługiwało w państwie zamieszkania prawo do świadczeń rzeczowych, realizowanych przez instytucję miejsca zamieszkania na rachunek instytucji właściwej, zgodnie z przepisami prawa stosowanymi przez nią, tak jakby była w niej ubezpieczona (art. 19 ust. 1 lit. a rozporządzenia nr 1408/71).

Przepis art. 51 u.ś.o.z. reguluje ponadto jedynie sposób potwierdzania przez NFZ uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego (por. decyzję nr 189 Komisji Administracyjnej ds. Zabezpieczenia Społecznego Pracowników Migrujących z dnia 18 czerwca 2003 r. w sprawie wprowadzenia europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego w celu zastąpienia formularzy niezbędnych do wykonania rozporządzeń (EWG) nr 1408/71 i (EWG) nr 574/72 odnośnie do dostępu do opieki zdrowotnej podczas czasowego pobytu w państwie członkowskim innym niż państwo właściwe lub państwo zamieszkania, Dz. Urz. WE L 276, s. 1). Przepis ten nie określa natomiast zakresu prawa do świadczeń przysługujących podczas pobytu w innym państwie członkowskim; kwestię tę regulują wyłącznie właściwe przepisy o koordynacji. W sprawie nie budziło wątpliwości, że pozwana dysponowała Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego, powód nie podważał zasadności wystawienia tego dokumentu ani nie twierdził, aby utracił on ważność przed udzieleniem pozwanej spornych świadczeń na terenie Niemiec. W konsekwencji, zarzut naruszenia art. 51 u.ś.o.z. należało uznać za nietrafny.

W zakresie pozostałych zarzutów skargi argumentacja powoda sprowadzała się do stanowiska, że udzielone pozwanej świadczenia zdrowotne miały charakter planowy, co powód postrzegał jako tożsame ze stwierdzeniem, że wybiegały one poza zakres świadczeń, do których pozwana była uprawniona na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, zgodnie z art. 22 ust. 1 lit. a ppkt i) rozporządzenia nr 1408/71, podczas pobytu w Niemczech. Powód akcentował, że świadczenia rzeczowe, o których mowa w art. 22 ust. 1 lit. a ppkt i) rozporządzenia nr 1408/71, nie obejmują świadczeń związanych z chorobą przewlekłą lub już istniejącą, jeżeli otrzymanie tych świadczeń jest celem pobytu w innym państwie członkowskim. Chcąc prowadzić planowe leczenie za granicą pozwana powinna, zdaniem powoda, uzyskać zgodę Prezesa NFZ.

W tym zakresie trzeba przede wszystkim podnieść, że ciężar dowodu w zakresie wykazania okoliczności wskazujących na to, że udzielone pozwanej świadczenie wykraczało poza zakres uprawnień przysługujących jej zgodnie z art. 22 ust. 1 lit. a ppkt i) rozporządzenia nr 1408/71 spoczywał na powodzie (art. 6 k.c.). Sąd Rejonowy stwierdził jednak jednoznacznie, że powód nie udowodnił, aby leczenie pozwanej mogło odbywać się w trybie planowym, uznając dołączone do pozwu opinie lekarskie za opinie prywatne, równoznaczne ze stanowiskiem samego powoda. W apelacji powód kwestionował to stanowisko, zarzucając naruszenie art. 233 § 1, art. 278 i art. 232 zdanie drugie k.p.c. przez samodzielne dokonanie ustaleń wymagających wiedzy specjalnej i zaniechanie dopuszczenia z urzędu dowodu z opinii biegłego. Sąd Okręgowy nie podzielił jednak tych zarzutów, aprobuując ustalenia faktyczne Sądu Rejonowego i przyjmując, w ślad za tym Sądem, że leczenie pozwanej nie miało charakteru planowego.

W skardze kasacyjnej nie sformułowano żadnych zarzutów naruszenia prawa procesowego, toteż podjęta w skardze próba podważenia tego stanowiska przez powoda nie mogła okazać się skuteczna ze względu na związaną Sąd Najwyższego podstawą faktyczną zaskarżonego wyroku (art. 398¹³ § 2 k.p.c.). Jeżeli zdaniem powoda Sąd Okręgowy błędnie zaakceptował dokonanie określonych ustaleń, wymagających wiedzy specjalnej, bez udziału biegłego

(art. 278 § 1 k.p.c.), to konieczne było powołanie stosownych zarzutów kasacyjnych, czego powód zaniechał.

W konsekwencji, dla kontroli legalności zaskarżonego wyroku miarodajne stały się ustalenia faktyczne Sądu Okręgowego, te zaś wskazywały, że zasadnicze twierdzenia o planowym charakterze udzielonych świadczeń, na których powód oparł swoje roszczenie, pozostały niewykazane. Już z tego powodu zarzuty skargi kasacyjnej należało uznać za bezzasadne; zarzut naruszenia art. 19 rozporządzenia nr 883/04 był ponadto bezprzedmiotowy, zważywszy, że Sąd Okręgowy, uznawszy w tym zakresie za trafne zarzuty apelacji, wskazał, że przepis ten wszedł w życie już po udzieleniu pozwanej świadczeń zdrowotnych i nie miał zastosowania w sprawie, co nie miało jednak wpływu na negatywny dla powoda wynik postępowania apelacyjnego.

Niezależnie od tego, należało uwypuklić, że w świetle art. 22 ust. 1 lit. a ppkt i) rozporządzenia nr 1408/71 uprawniony ma prawo do uzyskania za granicą świadczeń, które z przyczyn medycznych stały się niezbędne podczas pobytu za granicą, biorąc pod uwagę charakter tych świadczeń i spodziewaną długość pobytu. O zakresie prawa do świadczeń rozstrzyga zatem to, czy są one niezbędne ze względu na stan zdrowia ubezpieczonego i spodziewany, a zatem prognozowany, przewidywany czas pobytu za granicą w chwili miarodajnej do podjęcia decyzji o potrzebie leczenia. Chodzi bowiem o to, aby zapobiec konieczności powrotu ubezpieczonego do państwa właściwego przed końcem planowanego pobytu w innym państwie członkowskim, jedynie w celu uzyskania opieki zdrowotnej w państwie właściwym.

Zarzucając, że leczenie przeciwwirusowe powódki nie wymagało natychmiastowego rozpoczęcia za granicą, powód pomijał ten aspekt sprawy, że pozwana wyjechała do pracy wakacyjnej w Niemczech i zamierzała kontynuować tam pobyt odbywając studia w ramach programu [...], co zakładało dalszy przynajmniej kilkumiesięczny pobyt po zakończeniu pracy wakacyjnej. Okoliczność, że pozwana ostatecznie nie studiowała w Niemczech, lecz w Szwecji, nie podważa zatem tego, że na etapie, na którym nastąpiło rozpoznanie schorzenia i diagnoza, mogła ona zgodnie ze swoimi przewidywaniami deklarować dalszy co najmniej kilkumiesięczny pobyt w Niemczech. Przy ocenie niezbędności

udzielonych pozwanej świadczeń nie miało zatem znaczenia to, czy powinny one zostać udzielone natychmiast, lecz to, czy powinny one zostać udzielone w Niemczech z perspektywy spodziewanego czasu pracy tymczasowej i studiów, które pozwana zamierzała realizować w Niemczech, a także ewentualnych dalszych planów pozwanej co do pobytu w tym państwie. Uwzględnienia w tym kontekście wymagało także to, że pozwana – po pobycie w Niemczech trwającym do stycznia 2009 r. i odbyciu studiów w Szwecji – wróciła do Niemiec, gdzie podjęła kolejną pracę.

Ustalony stan faktyczny nie dawał zatem żadnych podstaw do twierdzenia, aby uzyskanie przez pozwaną świadczeń zdrowotnych było celem jej pobytu w Niemczech. W skardze kasacyjnej powód zdawał się zresztą modyfikować swoje uprzednie stanowisko, wywodząc, że o ile sfinansowanie kosztów leczenia w okresie pobytu pozwanej w Niemczech mogłoby być zasadne, o tyle brak podstaw do finansowania kosztów dalszego leczenia w placówce niemieckiej po rozpoczęciu przez pozwaną pobytu w Szwecji. Sądy *meriti* nie ustaliły w sposób jednoznaczny końcowej daty pobytu pozwanej w Niemczech przed wyjazdem do Szwecji, wskazując, że pozwana wynajmowała pokój w Niemczech do końca stycznia 2009 r., a pobyt w Niemczech trwał „do stycznia 2009 r.”, względnie do „początku stycznia 2009 r.”. Przyjmując jednak, że pozwana przebywała w Niemczech przynajmniej do dnia 13 stycznia 2009 r., kiedy to rozpoczęła studia w Szwecji, koszt rozliczonych przez powoda z instytucją niemiecką świadczeń zdrowotnych udzielonych pozwanej po opuszczeniu przez nią Niemiec wynosił jedynie 84,39 euro, podczas gdy sumaryczna dochodzona kwota stanowiła równowartość 14 644,05 euro. Stanowisko powoda, według którego trzeba odróżnić sytuację, w której leczenie choroby przewlekłej następuje w czasie pobytu czasowego poza państwem ubezpieczenia i wymaga planowego działania medycznego biorąc pod uwagę stan zdrowia pacjenta i planowaną długość pobytu, aby nie zmuszać pacjenta do powrotu do kraju ubezpieczenia w celu leczenia, od sytuacji, w której pacjent świadomy choroby przewlekłej udaje się cyklicznie i świadomie po zakończeniu pobytu w państwie, w którym rozpoczęto leczenie, do tych samych placówek w celu kontynuacji leczenia, skądinąd trafne, odrywało się zatem od okoliczności sprawy. Pozwana wprawdzie, jak ustaliły Sądy *meriti*,

kontynuowała leczenie w Niemczech już w trakcie pobytu w Szwecji, udając się tam na wizyty lekarskie, powód nie wykazał jednak, by został obciążony kosztami tego leczenia, z zastrzeżeniem kwoty 84,39 euro z tytułu świadczeń udzielonych w dniu 6 kwietnia 2009 r.

Odrębną kwestią w okolicznościach sprawy była podstawa prawna dochodzonego roszczenia. Powód podstawy tej nie sprecyzował, wskazując jedynie, że zapłacił za świadczenia udzielone pozwanej przez instytucję niemiecką, uzyskując tym samym prawo do żądania od pozwanej zwrotu kwoty zapłaconej na rzecz strony niemieckiej. Sąd Okręgowy rozważył roszczenie powoda w aspekcie art. 415 k.c. i art. 405 k.c., negując obie wskazane podstawy prawne. Powód nie objął zarzutami kasacyjnymi żadnego z tych przepisów. Powołany w zarzutach skargi przepis art. 22 rozporządzenia nr 1408/71 dotyczy, jak była mowa, zakresu świadczeń medycznych przysługujących ubezpieczonym w czasie pobytu w innym państwie członkowskim, nie odnosi się natomiast do ewentualnych rozliczeń między pacjentem a instytucją właściwą z tytułu poniesienia przez tę instytucję kosztów świadczeń, do których pacjent nie był uprawniony za granicą. Zagadnienia tego nie dotyczą tym bardziej pozostałe przepisy, które ujęto w podstawach skargi kasacyjnej.

Sąd Najwyższy rozpoznaje skargę kasacyjną w granicach podstaw (art. 398¹³ § 1 k.p.c.), toteż sytuacja ta stanowiła odrębną, niezależną, podstawę oddalenia skargi kasacyjnej.

Należało jednak odnotować, że *de lege lata* art. 50 ust. 16 u.ś.o.z. normuje wprost przypadki, w których NFZ może domagać się od pacjenta zwrotu kosztów udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej mimo braku prawa do takich świadczeń, przy czym chodzi w szczególności o przypadki posłużenia się dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń przez osobę, która utraciła to prawo w okresie ważności dokumentu lub złożenia niezgodnego z prawdą oświadczenia o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej. Dochodzenie zwrotu tych kosztów odbywa się na drodze administracyjnej, na podstawie decyzji Prezesa NFZ, zaskarżalnej do sądu administracyjnego (art. 50 ust. 18 u.ś.o.z.). Decyzji tej nie wydaje się, jeżeli od dnia, w którym zakończono udzielanie świadczenia opieki zdrowotnej, upłynęło 5 lat. Ustawa o świadczeniach

opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie przewiduje, aby do obciążenia pacjenta kosztami udzielonego świadczenia mogło dojść w innych sytuacjach, w tym w przypadkach związanych z bezpodstawnym – w ocenie NFZ – pokryciem przez NFZ kosztów świadczenia udzielonego na rachunek NFZ jako instytucji właściwej przez instytucję państwa członkowskiego, w którym przebywał ubezpieczony (por. też art. 53 ust. 2 u.ś.o.z., który odsyła do art. 50 ust. 11-15 i 18-22 tej ustawy).

Mechanizm rozliczania kosztów świadczeń rzeczowych na podstawie przepisów o koordynacji zakłada ponadto podział odpowiedzialności między instytucją właściwą a instytucją państwa członkowskiego miejsca pobytu, w ramach którego lekarze praktykujący w państwie członkowskim pobytu pacjenta są najbardziej właściwi do oceny jego stanu zdrowia i zakresu niezbędnych w związku z tym świadczeń zdrowotnych, z uwzględnieniem spodziewanego czasu pobytu w tym państwie. W konsekwencji, jak przyjęto w orzecznictwie unijnym, instytucja, która wystawia Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego jest związana rozpoznaniem i zaleceniami lekarzy miejsca pobytu, z zastrzeżeniem ewentualnych nadużyć (por. wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 12 kwietnia 2005 r., C-145/03, *Spadkobiercy Anette Keller przeciwko Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) i in.*, ECLI:EU:C:2005:211). Współpraca ta opiera się na wzajemnym zaufaniu do kompetencji i jakości opieki zdrowotnej w każdym z państw członkowskich. Ochrony wymaga także zaufanie pacjenta, który poddając się leczeniu w państwie pobytu, uznanemu przez lekarzy w tym państwie za konieczne z uwzględnieniem wskazań medycznych i spodziewanego czasu pobytu w tym państwie, nie powinien się obawiać, że instytucja, w której jest ubezpieczony, dokona *ex post* odmiennej oceny udzielonego świadczenia, uznając je za wykraczające poza uprawnienia wynikające z art. 22 ust. 1 lit. a ppkt i) rozporządzenia nr 1408/71 i obciąży go kosztami udzielonego leczenia.

Jest tym samym oczywiste, że fakt, iż instytucja właściwa, na której rachunek zostało udzielone świadczenie zdrowotne, odmiennie ocenia niezbędność udzielenia tego świadczenia w państwie pobytu aniżeli lekarze tego państwa, nie powinien uzasadniać obciążenia kosztem leczenia ubezpieczonego, który działając w zaufaniu do lekarzy państwa pobytu poddał się w tym państwie leczeniu. Nie jest

także tak, że instytucja właściwa nie ma żadnej możliwości kontroli żądania zwrotu kosztów ze strony instytucji, która udzieliła świadczeń ubezpieczonemu, pod kątem ewentualnych nadużyć (por. – w zakresie stanu prawnego poprzedzającego wejście w życie rozporządzenia nr 883/04 – opinię Rzecznika Generalnego w sprawie zakończonej powołanym wyrokiem Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 12 kwietnia 2005 r., *spadkobiercy Anette Keller przeciwko Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) i in.*; w obecnym stanie prawnym – art. 3 decyzji Komisji Administracyjnej ds. Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego nr S9 z dnia 20 czerwca 2013 r. dotyczącej procedur zwrotów kosztów w celu wykonania art. 35 i 41 rozporządzenia (WE) nr 883/2004); na możliwości takie wskazywał także sam powód w treści pozwu.

W konsekwencji, jeśli by poszukiwać podstawy prawnej dla ewentualnego roszczenia NFZ przeciwko ubezpieczonemu o pokrycie przezeń kosztów świadczenia udzielonego na rachunek NFZ, którego koszty zostały zwrócone przez NFZ instytucji udzielającej świadczeń zgodnie z przepisami o koordynacji, mogłoby ono wchodzić w grę tylko w wyjątkowych przypadkach, np. następczego wykrycia podania świadomie nieprawdziwych faktów przez ubezpieczonego (por. art. 50 ust. 17 u.ś.o.z.), które wpłynęły na ocenę niezbędności udzielenia świadczeń w państwie pobytu podjętą przez lekarzy w tym państwie. W sytuacji, w której kwestionowane świadczenie uzyskała w państwie członkowskim pobytu osoba uprawniona do jego nieodpłatnego uzyskania w Polsce z tytułu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w Polsce, granicą tego roszczenia byłaby ewentualna różnica między kosztem poniesionym na rzecz instytucji udzielającej świadczeń, a kosztem udzielenia tego świadczenia w Polsce, czego powód – abstrahując od wszelkich innych kwestii – nie wziął pod uwagę domagając się zwrotu całej kwoty wydatkowanej na rzecz instytucji, która udzieliła świadczenia.

Bliższa analiza tego problemu była jednak zbyteczna w kontekście poczynionych w sprawie ustaleń faktycznych i podstaw skargi kasacyjnej.

Z tych względów, na podstawie art. 398¹⁴ k.p.c. w związku z art. 98 § 1, art. 391 § 1 i art. 398²¹ k.p.c., Sąd Najwyższy orzekł, jak w sentencji.

