

POSTANOWIENIE

Dnia 24 sierpnia 2017 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Bogumiła Ustjanicz (przewodniczący)

SSN Roman Trzaskowski (sprawozdawca)

SSN Mirosława Wysocka

Protokolant Bożena Kowalska

w sprawie z powództwa Szpitala [...]przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia
w Warszawie
o zapłatę,
na posiedzeniu jawnym w Izbie Cywilnej
w dniu 24 sierpnia 2017 r.,
na skutek zagadnienia prawnego przedstawionego
przez Sąd Apelacyjny w Warszawie
postanowieniem z dnia 15 listopada 2016 r.,

"Czy zakładowi opieki zdrowotnej przysługuje roszczenie wobec Narodowego Funduszu Zdrowia o zapłatę wynagrodzenia z tytułu udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacjach, o których mowa w art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.) oraz art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 z późn. zm.) osobom innym niż świadczeniobiorcy w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 581 tekst jednolity, z późn. zm.)?"

odmawia podjęcia uchwały.

UZASADNIENIE

Powód Szpital [...] (dalej także „Szpital”), żądał – po ograniczeniu powództwa ze zrzeczeniem się roszczenia - zasądzenia od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie (dalej także: „NFZ”, „Fundusz”) zapłaty 468.886,25 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 16 stycznia 2008 r. z tytułu zwrotu kosztów świadczeń zdrowotnych spełnionych od stycznia 2005 do października 2007 r. na rzecz osób nieubezpieczonych. Szpital zaznaczył, że świadczenia te były spełniane w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 ze zm.; dalej także: „u.z.o.z.”) oraz art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2005 r., Nr 28, poz. 152 ze zm.; dalej także: „u.z.l.”) niezależnie od tego, czy pacjenci byli ubezpieczeni. Wprawdzie umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego zawierane przez strony za lata 2005-2007 r. nie przewidywały wprost wynagrodzenia za świadczenia spełnione na podstawie art. 7 u.z.o.z. na rzecz osób nieubezpieczonych, jednakże z wyroku Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2007 r. (I CSK 125/07, OSP 2008, z. 7-8, poz. 72) wynika, że szpitale mogą żądać zwrotu tego rodzaju kosztów na podstawie art. 56 k.c., choćby koszty z tym związane wykraczały poza limity uzgodnione w umowach. Zawierane zaś między stronami ugody w ogóle nie dotyczyły świadczeń na rzecz osób nieubezpieczonych, a ponadto uzgodnione w nich zrzeczenie się przez Szpital roszczeń było nieskuteczne, jako narzucane standardowo przez NFZ, bez możliwości negocjacji ze strony Szpitala, co powoduje wadę z art. 82 k.c., sprzeczność ugód z zasadami współżycia społecznego i stanowi nadużycie kontraktowe (art. 5 k.c.).

NFZ kwestionował obowiązek zapłaty, wskazując w szczególności, że obowiązujące przepisy nie stwarzają podstaw do pokrywania ze środków NFZ kosztów świadczeń spełnionych na rzecz osób nieubezpieczonych, a odmienny pogląd wynikający z orzecznictwa Sądu Najwyższego jest „wysoce kontrowersyjny”. Kwestionował też nagły charakter spełnionych świadczeń. Ponadto NFZ powołał się na zarzut przedawnienia i powagę rzeczy ugodzonej, wskazując na ugody zawierane między stronami dotyczące objętego sporem okresu, które

wyczerpywały także roszczenia powoda związane ze świadczeniami spełnionymi na podstawie art. 7 u.z.o.z.

Wyrokiem z dnia 4 maja 2015 r. Sąd Okręgowy w W. uwzględnił powództwo co do kwoty 468.886,25 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 25 stycznia 2008 r., oddalił je co do żądanych odsetek za okres przed dniem 25 stycznia 2008 r. i umorzył postępowanie w części objętej cofnięciem powództwa i zrzeczeniem się roszczenia.

Ustalił m.in., że w latach 2005-2007 powodowy Szpital udzielał świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego na podstawie umów z NFZ, określających zakres świadczeń na rzecz osób ubezpieczonych. Niezależnie od tego w okresie od stycznia 2005 r. do końca października 2007 r. wykonywał zgodnie z art. 7 u.z.o.z. świadczenia zdrowotne w sytuacjach nagłych na rzecz osób nieubezpieczonych i nieuprawnionych na łączną kwotę dochodzoną pozwem.

W okresie od dnia 13 lutego 2006 r. do 12 lutego 2008 r. strony zawarły kilka ugód, w których NFZ zobowiązywał się do zapłaty Szpitalowi dodatkowych wynagrodzeń - względem ustalonych w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – a zarazem postanawiano, że wynagrodzenia dodatkowe i pierwotne stanowią łącznie ostateczną kwotę należności z tytułu realizacji przez Szpital świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne i wyczerpują wszelkie ewentualne roszczenia Szpitala wobec NFZ z tytułu wynagrodzenia za realizację świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych przez Szpital udzielonych w każdych okolicznościach, w tym także w sytuacjach, o których mowa w art. 7 u.z.o.z. oraz w art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 ze zm.; dalej także: „u.ś.o.z.”). W ugodach tych Szpital zrzekał się praw do dochodzenia roszczeń wynikających z umowy, zarówno istniejących, jak i mogących powstać w przyszłości. W kontekście tego ustalenia Sąd Okręgowy wyraził pogląd, że ugody te dotyczyły tylko osób ubezpieczonych oraz osób tzw. uprawnionych, tj. takich, które nie zgłosiły się do ubezpieczenia zdrowotnego, ale mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie odrębnych przepisów (np. dzieci do lat 18, osoby podlegające ustawie o narkomanii czy przeciwdziałaniu alkoholizmowi).

W ugodach tych zatem nie mogło dojść do zrzeczenia się roszczeń objętych niniejszym postępowaniem, czyli dotyczących pacjentów nieubezpieczonych i nieuprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto treść ugód była określana szablonowo, jednostronnie przez NFZ, a podpisując je, Szpital działał w warunkach przymusu ekonomicznego: nie miał wpływu na ich treść, a odmowa podpisania ugody groziłaby brakiem środków finansowych na prowadzenie dalszej działalności czy wręcz zamknięciem Szpitala.

Sąd pierwszej instancji dostrzegł, że „teoretycznie” istniała możliwość leczenia pacjentów nieubezpieczonych na podstawie decyzji administracyjnych, ale „w owym czasie samorządy obawiały się, iż będą musiały ponosić te koszty, więc decyzje w tym zakresie były wydawane niechętnie”.

Uzasadniając uwzględnienie powództwa, Sąd Okręgowy wskazał przede wszystkim, że przewidziane w art. 7 u.z.o.z., art. 30 u.z.l. oraz art. 44 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 191, poz. 1410 ze zm.; dalej także: „u.p.r.m.”) obowiązki udzielania świadczeń zdrowotnych dotyczą wszystkich pacjentów, także nieubezpieczonych. Podzielił też pogląd wyrażony w wyroku z dnia 8 sierpnia 2007 r. (I CSK 125/07), że obowiązki te należą – na mocy art. 56 k.c. - do treści umów zawieranych przez świadczeniodawców z NFZ, w związku z czym zakłady opieki zdrowotnej nie są obciążone kosztami świadczeń spełnianymi na rzecz takich pacjentów, powstającymi w sytuacjach nagłych. Zgodnie z art. 13 u.ś.o.z. koszty te powinny być finansowane z budżetu państwa, a z art. 14 u.o.ś.z. wynika, że podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń ze środków publicznych są właściwi ministrowie lub NFZ, co - zdaniem Sądu - potwierdza legitymację bierną pozwanego w sprawie.

W ocenie Sądu pierwszej instancji, przepisy nie stwarzają podstaw, by przyjąć, że powód miał obowiązek podjęcia próby dochodzenia należności w pierwszej kolejności od pacjentów. Nie miał też obowiązku ubiegania się o potwierdzenie ich uprawnień decyzjami administracyjnymi, gdyż w okresie udzielania przedmiotowych świadczeń gminy były nieprzygotowane do realizacji tego zadania; stosowny przepis ustawy „był w zasadzie martwy”.

Sąd Okręgowy uznał również, że ugody, na które powoływał się pozwany, były sprzeczne z zasadami współżycia społecznego i nieważne, powód bowiem działał pod presją NFZ, który dopuścił się nadużycia kontraktowego, narzucając powodowi niekorzystne warunki i wykorzystując jego przymusowe położenie. Ponadto nie dotyczyły one rozliczenia kosztów świadczeń spełnianych na rzecz osób nieubezpieczonych.

Rozpatrując apelację pozwanego, Sąd Apelacyjny w Warszawie powziął wątpliwość odzwierciedloną w treści zagadnienia prawnego przedstawionego do rozstrzygnięcia. Zauważył, że o ile obowiązek NFZ pokrycia kosztów świadczeń zdrowotnych spełnionych w okolicznościach wskazanych w art. 7 u.z.o.z., art. 30 u.z.l. i art. 19 u.ś.o.z. na rzecz osób ubezpieczonych albo uprawnionych do świadczeń finansowanych ze środków publicznych mimo braku ubezpieczenia – niezależnie od limitów wskazanych w umowie albo nawet niezależnie od zawarcia umowy - ma „w miarę jasną” podstawę prawną, o tyle obowiązek finansowania przez NFZ takich świadczeń na rzecz innych osób jest problematyczny. Stosownie do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do korzystania z tych świadczeń mają prawo tylko osoby określone jako „świadczeniobiorcy” (art. 2 ust. 1 u.ś.o.z.) oraz osoby wskazane w przepisach szczególnych wymienionych w art. 12 u.ś.o.z. Potwierdzają to art. 97, 116 i 117 u.ś.o.z. określające zadania NFZ, źródła finansowania i cele, na które mogą być przeznaczone środki Funduszu. Zgodnie zaś z art. 2 u.ś.o.z. świadczeniobiorcami są - oprócz osób ubezpieczonych - także osoby spełniające kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593 ze zm.). Ich prawo do świadczeń podlega potwierdzeniu decyzją wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy (art. 54 u.ś.o.z.), przy czym w przypadku stanu nagłego decyzję taką wydaje się na wniosek świadczeniodawcy udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczenia (art. 45 ust. 3 u.ś.o.z.). Problem dotyczy natomiast osób, które nie spełniają żadnego z kryteriów oznaczonych w art. 2 u.ś.o.z., chociażby ze względu na brak ubezpieczenia albo decyzji administracyjnych potwierdzającej ich uprawnienia. Sąd Apelacyjny skłania się do

wniosku, że ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie stwarza podstaw - co dotyczy także sytuacji nagłych - do finansowania przez NFZ świadczeń zdrowotnych spełnianych na rzecz takich osób. Podstawą taką nie jest art. 13 u.ś.o.z., który również odwołuje się do pojęcia świadczeniobiorcy, ani art. 14 u.ś.o.z., który nawiązuje do „zasad” i „zakresu” „określonych w ustawie”. Podstawą nałożenia takiego obowiązku nie może być też wzbogacenie treści umowy między świadczeniodawcą a NFZ z odwołaniem do art. 56 k.c., ponieważ zakres przedmiotowy umowy nie może wykraczać poza zakres zastosowania ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W ocenie Sądu odwoławczego, pogląd wyrażony w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2007 r. (I CSK 125/07) jest nieaktualny w stanie prawnym istotnym dla rozstrzygnięcia sprawy. Otwartą kwestią pozostaje natomiast to, kto ma ponieść koszty finansowania świadczeń udzielonych przez świadczeniodawcę w sytuacjach nagłych na rzecz osób, które nie należą do kręgu uprawnionych w świetle ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, koszty te powinna ponieść osoba korzystająca z pomocy, ewentualnie podmiot tworzący samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej lub Skarb Państwa.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Przystępując do rozpoznania przedstawionego zagadnienia prawnego, Sąd Najwyższy jest zobowiązany w pierwszej kolejności zbadać, czy zostały spełnione formalnoprawne wymagania do przedstawienia zagadnienia prawnego, a w konsekwencji, czy zaistniały przesłanki do podjęcia uchwały.

Zgodnie z postulatem ścisłej wykładni art. 390 § 1 k.p.c. w utrwalonym orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmuje się, że udzielenie odpowiedzi na zagadnienie prawne, które prowadzi do merytorycznego związania sądu drugiej instancji (art. 390 § 2 k.p.c.) jest uzasadnione jedynie wtedy, gdy zachodzi rzeczywista potrzeba wyjaśnienia poważnych wątpliwości o decydującym znaczeniu dla rozstrzygnięcia. Przedstawiając zagadnienie prawne, sąd powinien wykazać, że jego rozstrzygnięcie jest niezbędne dla rozstrzygnięcia sprawy i w tym

celu dokonać jednoznacznych ustaleń faktycznych, odnieść się do związanych ze sprawą kwestii materialnoprawnych i wstępnie ocenić podniesione zarzuty apelacyjne, co jest niezbędne do stwierdzenia istnienia związku przyczynowego pomiędzy podjęciem decyzji o istocie sprawy a przedstawionym zagadnieniem prawnym. Jeżeli taka zależność nie ma miejsca, albo jej wystąpienie nie jest pewne w świetle dotychczasowych ustaleń faktycznych, lub przedstawione zagadnienie nabierze decydującego znaczenia tylko w razie przyjęcia jednego z kilku możliwych stanowisk prawnych, co do których sąd pytający się nie ustosunkował, nie jest dopuszczalne podjęcie stosownej uchwały przez Sąd Najwyższy (por. m.in. postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 27 sierpnia 1996 r., III CZP 91/96, OSNC 1997, nr 1, poz. 9, z dnia 28 sierpnia 2008 r., III CZP 67/08, nie publ., z dnia 24 lipca 2013 r., III CZP 37/13, nie publ., z dnia 17 kwietnia 2015 r., III CZP 8/15, nie publ.; z dnia 10 marca 2016 r., III CZP 8/16, nie publ.; z dnia 5 października 2016 r., III CZP 50/16, nie publ., z dnia 13 stycznia 2017 r., III CZP 89/16, nie publ.). Rezygnacja z uprzedniego, wstępnego rozważenia podniesionych w apelacji zarzutów w kierunku wykazania, że rozstrzygnięcie przedstawionego zagadnienia prawnego jest konieczne dla właściwego rozpoznania sprawy, prowadziłaby do sytuacji, w której Sąd Najwyższy udzielałby odpowiedzi o jedynie hipotetycznym znaczeniu albo musiałby sam rozważyć trafność tego typu zarzutów, tj. mających znaczenie dla oceny celowości odpowiedzi na powołane pytanie prawnej, a takie działanie nie jest uprawnione w świetle art. 390 k.p.c. (por. postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 30 marca 2011 r., III CZP 1/11, nie publ., z dnia 10 marca 2016 r., III CZP 8/16, z dnia 5 października 2016 r., III CZP 50/16).

Sąd Apelacyjny w Warszawie, przedstawiając zagadnienie prawne, nie tylko w żaden sposób nie odniósł się do ustaleń faktycznych dokonanych przez Sąd pierwszej instancji, ale nie rozpatrzył też - choćby wstępnie - zarzutów apelacyjnych, wśród których są także takie, których uwzględnienie dezaktualizowałoby potrzebę rozstrzygnięcia tego zagadnienia. Dotyczy to w szczególności zarzutów istotnych dla oceny skuteczności i zakresu zrzeczenia się przez Szpital roszczeń w zawartych między stronami ugodach. Jest bowiem jasne, że uznanie zrzeczenia się za skuteczne i dotyczące kosztów leczenia wszystkich pacjentów

(także nieubezpieczonych) w każdych warunkach (także w sytuacjach nagłych), miałyby kluczowe znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy.

Nie bez znaczenia jest także podniesiony w apelacji zarzut naruszenia art. 54 ust. 4 u.ś.o.z. polegającego na przyjęciu przez Sąd Okręgowy, że przepis ten „był w zasadzie martwy”. Należy bowiem zgodzić się z oceną Sądu Apelacyjnego, że w latach 2005-2007 ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej nie przewidywała co do zasady finansowania przez NFZ świadczeń zdrowotnych na rzecz osób innych niż wskazane w art. 2, 12 oraz art. 13 ust. 1 (w pierwotnym brzmieniu) tej ustawy. Oceny tej nie zmienia art. 13 u.ś.o.z., który w pierwotnym brzmieniu wskazywał jednoznacznie (ust. 3), że zasada finansowania z budżetu państwa kosztów świadczeń na rzecz osób innych niż ubezpieczone dotyczyła jedynie świadczeniobiorców wskazanych w art. 12 i art. 13 ust. 1 (w pierwotnym brzmieniu). Treść art. 13 u.ś.o.z. uległa wprowadzeniu zmianie z dniem 29 września 2007 r., nadal jednak nawiązuje do pojęcia „świadczeniobiorcy”. Nawet jeżeli zakres tego pojęcia jest szerszy niż w art. 2 u.ś.o.z., to wynika to jedynie z określenia jako „świadczeniobiorców” także osób wskazanych w art. 12 u.ś.o.z. Nic innego nie wynika z art. 14 u.ś.o.z., który w istocie nie ma samodzielnego znaczenia, odsyłając do innych regulacji ustawy. Interpretację tę potwierdzają – co trafnie dostrzegł Sąd Apelacyjny - przepisy ustawy dotyczące zadań, źródeł finansowania i celów, na które mogą być przeznaczone środki Funduszu. Przepis art. 97 u.ś.o.z., określający zakres działania NFZ, nie przewidywał pierwotnie finansowania świadczeń na rzecz innych osób niż ubezpieczone i świadczeniobiorców spełniających kryterium dochodowe (por. art. 97 ust. 3 pkt 3), na których otrzymywał dotację z budżetu Państwa (art. 97 ust. 8). Katalog ten został rozszerzony z dniem 1 stycznia 2007 r. o finansowanie medycznych czynności ratunkowych świadczeniobiorcom (ust. 3, pkt 3a) - co nawiązywało do pojęcia zastosowanego w art. 3 pkt 4 u.p.r.m., dotyczącego jedynie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez zespoły ratownictwa medycznego w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (nie obejmowało zatem świadczeń udzielanych przez szpitale, w tym szpitalne oddziały ratunkowe) - i z dniem 1 stycznia 2008 r. o finansowanie świadczeń udzielanych osobom wskazanym w art. 2 ust. 1 pkt 3

oraz art. 12 pkt 2-4 i 6 u.ś.o.z. (art. 97 ust. 3, pkt 2a). Z kolei art. 117 u.ś.o.z., określający cele, na które NFZ przeznaczał środki, wskazywał pierwotnie jedynie na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (pkt 1, od 10 sierpnia 2005 r. - ust. 1 pkt 1), uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji (pkt 2, od 10 sierpnia 2005 r. - ust. 1 pkt 2) i świadczeniobiorców spełniających kryterium dochodowe (pkt 3, od 10 sierpnia 2005 r. - ust. 1 pkt 4), a od 1 stycznia 2008 r. także osób wyszczególnionych w art. 2 ust. 1 pkt 3 oraz art. 12 pkt 2-4 i 6 u.ś.o.z. (art. 117 ust. 1 pkt 4). Zadania i cele, na które mogły być przeznaczone środki NFZ ograniczały się zatem do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz precyzyjnie wyróżnionych w ustawie kategorii osób uprawnionych (ubezpieczonych i innych). Wyjątek od tej reguły dotyczył jedynie finansowania medycznych czynności ratunkowych (por. obowiązujący od 1 stycznia 2007 r. art. 97 ust. 3, pkt 3a), co wynika z tego, że zgodnie z art. 46 ust. 1 u.p.r.m. zadania zespołów ratownictwa medycznego są finansowane z budżetu państwa z części, których dysponentami są poszczególni wojewodowie, co jest realizowane przez dotacje celowe przekazywane przez wojewodę na rzecz NFZ (por. art. 49 u.p.r.m.). Odstępstwo to nie dotyczyło już natomiast świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez szpitalne oddziały ratunkowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej niezbędnych dla ratownictwa medycznego, które podlegały finansowaniu „na zasadach i w trybie” określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w ramach środków określonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia (por. art. 47 u.p.r.m.).

Zasady te współokreślał pominięty przez Sąd odwoławczy w rozważaniach art. 50 u.ś.o.z. dotyczący m.in. udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłych. Zgodnie z art. 5 pkt 33 u.ś.o.z. przez stan nagły należało pierwotnie rozumieć stan, o którym mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207, ze zm.), tj. „stan, w którym odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia”, a następnie (od 1 stycznia 2007 r.) stan, o którym mowa w art. 3 pkt 8 u.p.r.m., tj. „stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim

czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia”, a więc sytuacje zbliżone do określonych w art. 7 u.z.o.z. oraz art. 30 u.z.l. Nie budzi wątpliwości, że w tego rodzaju sytuacjach świadczenia opieki zdrowotnej powinny być spełniane na rzecz każdej osoby, choćby nieuprawnionej do świadczeń finansowanych ze środków publicznych na gruncie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. (por. art. 7 u.z.o.z., art. 30 u.z.l., art. 1 i 33 u.p.r.m., art. 19 ust. 1 u.ś.o.z.). Nie jest to jednak równoznaczne ze stwierdzeniem, że koszty takich świadczeń finansuje NFZ. Z art. 50 u.ś.o.z. wynika co prawda, że w stanach nagłych świadczenie opieki zdrowotnej może być udzielane bez przedstawienia dokumentu potwierdzającego uprawnienie do tych świadczeń, jednakże postanawia zarazem, iż w razie nieprzedstawienia tego dokumentu w określonym, późniejszym terminie „świadczenie zostaje udzielone na koszt świadczeniobiorcy” (ust. 2-4, 6), a stosowne roszczenie podlega 5-letniemu przedawnieniu (ust. 8). Sytuacja uległa zmianie dopiero od dnia 1 stycznia 2013 r., gdyż od tego dnia, jeżeli świadczenie zostało spełnione w stanie nagłym (art. 50 ust. 11), a świadczeniobiorca przedstawił dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub złożył stosowne oświadczenie i ostatecznie okazało się, że nie miał prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, NFZ nie może z tego powodu odmówić świadczeniodawcy sfinansowania świadczenia opieki zdrowotnej (art. 50 ust. 15), przysługuje mu natomiast regres względem nieuprawnionego świadczeniobiorcy (art. 50 ust. 16, 18 i n.). Przed dniem 1 stycznia 2013 r. ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej nie przewidywała zatem finansowania przez NFZ kosztów świadczeń opieki zdrowotnej spełnionych w stanach nagłych na rzecz osób nieuprawnionych do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Świadczenia te były spełniane na koszt takich osób, a stosowne roszczenie przysługiwało świadczeniodawcy. Wprawdzie art. 50 ust. 4 i 8 u.ś.o.z. w pierwotnym brzmieniu nie wskazywały wyraźnie, że roszczenie przysługuje świadczeniodawcy, jednakże nie ma podstaw do przyjęcia, iż chodziło tu o roszczenie regresowe NFZ, należne dopiero po pokryciu przez Fundusz kosztów poniesionych przez świadczeniodawcę.

Przeciwny wniosek wynika pośrednio z art. 54 ust. 3 u.ś.o.z. (od dnia 29 września 2007 r. – ust. 4), przewidującego, że w stanach nagłych decyzję potwierdzającą prawo do świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy spełniającego kryterium dochodowe (art. 2 ust. 1 pkt 2 u.ś.o.p.) wydaje się na wniosek świadczeniodawcy udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczenia. Rozwiązanie to potwierdza, że podstawą żądania przez świadczeniodawcę zwrotu przez NFZ kosztów świadczenia udzielonego w stanie nagłym osobie nieubezpieczonej - i nieuprawnionej na podstawie przepisów szczególnych - jest wykazanie (decyzją), iż jest ona uprawniona do tych świadczeń na podstawie art. 2 ust. 1 pkt u.ś.o.z., a wyjątek dotyczył tylko medycznych czynności ratunkowych udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni przez zespoły ratownictwa medycznego w warunkach pozaszpitalnych (por. obowiązujący od dnia 1 stycznia 2007 r. art. 54 ust. 9 u.ś.o.z.; od dnia 29 września 2009 r. był to art. 54 ust. 12 u.ś.o.z.). W przeciwnym razie świadczeniodawcy przysługuje jedynie roszczenie względem osoby nieuprawnionej. Nie można też zapominać, że z art. 33 ust. 4 u.z.o.z. wynika, iż świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez publiczny zakład opieki zdrowotnej - a o taki chodzi w niniejszej sprawie - na rzecz osób nieuprawnionych są co do zasady odpłatne.

Wszystko to oznacza, że w stanie prawnym obowiązującym w czasie spełniania przez Szpital przedmiotowych świadczeń opieki zdrowotnej, NFZ był zobowiązany jedynie do finansowania kosztów świadczeń – także tych, które były niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia (w stanach nagłych) - udzielanych na rzecz osób uprawnionych do tych świadczeń stosownie do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a w szczególności osób ubezpieczonych i innych świadczeniobiorców w rozumieniu art. 2 ust. 1 i art. 12 u.ś.o.p. Koszty świadczeń spełnionych na rzecz osób nieuprawnionych – zwłaszcza nieubezpieczonych i zarazem nie spełniających kryterium dochodowego (art. 2 ust. 1 pkt 2 u.ś.o.z.) - obciążały natomiast te osoby. W rezultacie, żądając pokrycia kosztów świadczeń od NFZ, świadczeniodawca powinien co do zasady wykazać, że zostały one spełnione na rzecz kręgu osób uprawnionych (wyjawszy medyczne czynności ratunkowe udzielane przez zespoły ratownictwa medycznego w warunkach pozaszpitalnych). W przypadku osób

wskazanych w art. 2 ust. 1 pkt 2 u.ś.o.z. ma temu służyć deklaratoryjna decyzja administracyjna, o której mowa w art. 54 u.ś.o.z. Szczególny problem powstaje jednak wówczas, gdy uzyskanie takiej decyzji było niemożliwe z przyczyn, za które świadczeniodawca nie odpowiada. W takiej sytuacji należy rozważyć dopuszczalność wykazania przesłanek określonych w art. 2 ust. 1 pkt 2 u.ś.o.z. na zasadach ogólnych, a więc z pomocą środków dowodowych przewidzianych w kodeksie postępowania cywilnego, w oparciu o tzw. postępowanie bezdowodowe (art. 228, 229, 230 k.p.c.) lub w drodze domniemania faktycznego (art. 231 k.p.c.). Może to być szczególnie istotne w odniesieniu od osób, których tożsamości nie da się - mimo dołożenia należytej staranności - ustalić, np. bezdomnych w rozumieniu art. 6 pkt 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (obecnie tekst jednolity Dz.U. z 2017 r., poz. 1769 ze zm.). W tym kontekście może też nabrać znaczenia zarzut apelacyjny pozwanego dotyczący przyjęcia przez Sąd pierwszej instancji, że w czasie udzielania przedmiotowych świadczeń przez Szpital art. 54 u.ś.o.z. pozostawał w zasadzie „przepisem martwym”.

Na marginesie należy zwrócić uwagę, że przywoływany przez Szpital i Sąd Okręgowy wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2007 r. (I CSK 125/07, nie publ.), aprobowany w późniejszym orzecznictwie, był wydany na gruncie innego stanu prawnego.

Z tych względów Sąd Najwyższy na podstawie art. 61 § 1 ustawy z dnia 23 listopada 2002 r. o Sądzie Najwyższym (jednolity tekst: Dz.U. z 2016 r., poz. 1254) orzekł, jak w sentencji.

kc