



Sygn. akt IV CSK 75/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 15 lutego 2018 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Zbigniew Kwaśniewski (przewodniczący)

SSN Maria Szulc

SSN Roman Trzaskowski (sprawozdawca)

w sprawie z powództwa Szpitala Uniwersyteckiego [...]przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia w Warszawie

o zapłatę,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej

w dniu 15 lutego 2018 r.,

skargi kasacyjnej strony pozwanej

od wyroku Sądu Apelacyjnego w G.

z dnia 28 lipca 2016 r., sygn. akt V ACa ../16,

**uchyła zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę Sądowi
Apelacyjnemu w G. do ponownego rozpoznania i
rozstrzygnięcia o kosztach postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

Powodowy Szpital Uniwersytecki [...] (dalej także: Szpital), będący samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej domagał się - z odwołaniem do art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - zasądzenia od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej także: NFZ) kwoty 147 357,47 zł z odsetkami ustawowymi z tytułu zwrotu kosztów szpitalnych świadczeń zdrowotnych udzielonych w stanie nagłym obywatelowi Wietnamu T. D. w dniach 29 stycznia - 21 marca 2014 r., poza zakresem objętym umową o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartą między Szpitalem a NFZ. Podał, że koszty te zostały wyliczone na podstawie aktualnego cennika NFZ, opartego o tę umowę.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa, kwestionując żądanie tak co do zasady, jak i co do wysokości. Wskazał w szczególności, że NFZ finansuje jedynie leczenie świadczeniobiorcom wyszczególnionym w art. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r., Nr 115, poz. 1027 ze zm.), co dotyczy także przypadków uregulowanych w art. 19 tej ustawy, a powód nie wykazał, aby pacjent miał taki status.

Wyrokiem z dnia 7 października 2015 r. Sąd Okręgowy w B. oddalił powództwo oraz orzekł o kosztach procesu.

Sąd ten ustalił, że w okresie od dnia 25 stycznia 2014 r. do dnia 21 marca 2014 r. Szpital udzielił świadczeń medycznych obywatelowi Wietnamu, przebywającemu w Polsce nielegalnie, bez statusu uchodźcy, który został przewieziony z Zakładu Karnego w P., gdzie był osadzony. W dniu 29 stycznia 2014 r. wobec pacjenta orzeczono przedterminowe zwolnienie, w związku z czym został on zdjęty z ewidencji osób odbywających karę w Zakładzie Karnym w P. Za okres leczenia trwający od dnia 25 do dnia 29 stycznia 2014 r. powód otrzymał zwrot kosztów leczenia w kwocie 11 557,45 zł od Zakładu Karnego w P. . Pomimo podjętych czynności leczniczych w dniu 21 marca 2014 r. pacjent zmarł.

Pozwany odmówił pokrycia kosztów leczenia pacjenta za okres od dnia 29 stycznia 2014 r. Pacjent nie posiadał żadnego ubezpieczenia na wypadek leczenia.

Uzasadniając oddalenie powództwa, Sąd Okręgowy przychylił się do poglądu, że art. 19 u.ś.o.z. dotyczy jedynie świadczeniobiorców w rozumieniu art. 2 tej ustawy, a pacjent leczony przez powoda nie należał do żadnej z wymienionych tam kategorii osób. Z kolei powoływana przez powoda ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie reguluje odmiennie zasad finansowania świadczeń zdrowotnych. Rzeczypospolita Polska nie zawarła też z Wietnamem umowy międzynarodowej, która normowałaby kwestie finansowania świadczeń medycznych udzielonych obywatelom tego kraju w Polsce. W tej sytuacji zobowiązanym do pokrycia pełnych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej jest sam pacjent, a w razie jego zgonu - spadkobiercy. W braku bowiem dodatkowej podstawy prawnej NFZ finansuje ze środków publicznych jedynie świadczenia udzielone świadczeniobiorcom. W związku z zakwestionowaniem roszczenia powoda co do zasady, Sąd Okręgowy uznał za zbędną analizę pozostałych kwestii, w tym charakteru udzielonych świadczeń oraz ich wysokości i oddalił związane z tym wnioski dowodowe.

W wyniku apelacji powoda, wyrokiem z dnia 28 lipca 2016 r. Sąd Apelacyjny w G. zmienił wyrok Sądu Okręgowego w ten sposób, że zasądził od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie na rzecz powoda kwotę 147.357,47 zł z odsetkami ustawowymi.

Sąd odwoławczy zaaprobował ustalenia Sądu pierwszej instancji, jednakże częściowo dokonał odmiennej oceny prawnej. Zgodził się ze stanowiskiem, że obywatel Wietnamu przebywający nielegalnie na terenie Polski i nie będący osobą pozbawioną wolności nie jest uprawniony do uzyskania świadczeń lekarskich finansowanych ze środków publicznych, a zatem powinien być obciążony tymi kosztami. Nie oznacza to jednak, że niepokryte koszty świadczeń medycznych powinny obciążać podmiot leczniczy także wówczas, gdy ma ustawowy obowiązek ich udzielenia.

W związku z tym Sąd Apelacyjny zwrócił uwagę, że zgodnie z art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 ze zm.) podmiot leczniczy nie może odmówić świadczenia leczniczego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, natomiast art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r., poz. 654 ze zm.) stanowi, że lekarz ma obowiązek udzielić pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała, ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach nie cierpiących zwłoki. Obowiązki te mają charakter bezwzględny i nie są uzależnione od tego, czy pacjent jest uprawniony do świadczeń finansowanych ze środków publicznych ani też od tego, czy stać go na pokrycie kosztów leczenia. Źródłem tego obowiązku jest fundamentalny obowiązek etyczny ratowania życia i zdrowia w sytuacji, gdy życie lub zdrowie jest bezpośrednio zagrożone i istnieją realne możliwości udzielenia pomocy. Obowiązujące przepisy nie regulują wprost sytuacji, w której część poniesionych w takich okolicznościach kosztów leczenia nie zostanie pokryta przez pacjenta. Brak jest zarówno normy, która obciążałaby tymi kosztami NFZ, jak i takiej, która wkladałaby ten ciężar na podmiot leczniczy udzielający świadczeń. W ocenie Sądu Apelacyjnego, nie ma uzasadnienia dla obciążenia podmiotu leczniczego tymi kosztami lub do przerzucania na niego ryzyka ewentualnej - w okolicznościach niniejszej sprawy oczywistej - nieściągalności tych kosztów. Przemawiają za tym także zasady racjonalności ustawodawcy, skoro bowiem nakłada on na podmiot leczniczy obowiązek podjęcia działań łączących się z wydatkami, to niewątpliwie zmierza do stworzenia realnej możliwości wykonania tego obowiązku, co łączy się z koniecznością pokrycia tych kosztów leczenia, które nie mogą zostać zapłacone przez pacjenta. Może się bowiem zdarzyć, że powstanie konieczność jednoczesnego ratowania życia i zdrowia wielu pacjentom nie posiadającym uprawnień do uzyskania świadczeń leczniczych ani majątku wystarczającego do pokrycia tych kosztów, a w takiej sytuacji obciążenie nimi podmiotu leczniczego prowadziłoby do poważnych utrudnień w jego zwykłej działalności, istotnie pogarszając sytuację świadczeniobiorców. W konsekwencji Sąd uznał – wbrew

sugestii wynikającej z wykładni językowej i z odwołaniem do względów aksjologicznych i funkcjonalnych, a w szczególności do interesu społecznego związanego z pewnością realizacji przedmiotowego obowiązku przez podmioty lecznicze – że nie można art. 15 ustawy o działalności leczniczej i art 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty rozumieć w ten sposób, iż niepokryte przez osobę zobowiązaną koszt leczenia obciążać będą lekarza lub podmiot leczniczy.

Rozpatrując, czy kosztami tymi powinien zostać obciążony Skarb Państwa czy też Narodowy Fundusz Zdrowia, Sąd drugiej instancji wskazał, że zgodnie z art. 97 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych Narodowy Fundusz Zdrowia zarządza środkami z tytułu przychodów określonych w art. 116 tej ustawy, a Skarb Państwa ponosi tylko wówczas koszty działalności leczniczej, gdy jest to wyraźnie określone. Pozostałe koszty wymagające pokrycia ze środków publicznych powinien zatem ponieść Narodowy Fundusz Zdrowia jako osoba dysponująca środkami przeznaczonymi na ten cel. Tym bardziej, że *in casu* powód jest świadczeniodawcą, którego łączy z NFZ umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a udzielanie w ramach przymusu ustawowego świadczeń zdrowotnych, których koszty nie mogą zostać pokryte przez pacjenta, ograniczałoby możliwości realizacji umowy zawartej między stronami.

Pozwany zaskarżył wyrok Sądu Apelacyjnego w całości, zarzucając naruszenie prawa materialnego, tj. art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 ze zm.), art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r., poz. 464) w związku z art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r., poz. 571 ze zm.) poprzez błędną wykładnię i przyjęcie, że wynika z nich podstawa do finansowania leczenia cudzoziemca nieuprawnionego do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w sytuacji leczenia tej osoby w warunkach wynikających z powołanych wyżej przepisów, gdy koszty leczenia nie zostały pokryte przez osobę zobowiązaną do ich uiszczenia oraz art. 97 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej poprzez błędną wykładnię i przyjęcie, że powołany przepis jest podstawą

do ponoszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia kosztów świadczeń udzielonych cudzoziemcowi nieuprawnionemu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania, ewentualnie o jego uchylenie w całości i orzeczenie co do istoty sprawy przez oddalenie powództwa w całości, w obu przypadkach z uwzględnieniem kosztów postępowania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Zarzuty skargi kasacyjnej dotyczą naruszenia przepisów w brzmieniu wynikającym z tekstów jednolitych opublikowanych po zaistnieniu zdarzeń, mających uzasadniać dochodzone roszczenie. Zważywszy jednak, że przepisy te nie ulegały w tym okresie istotnym zmianom, należy uznać, iż dotyczą również właściwych czasowo przepisów art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.; dalej także: „u.dz.l.”), art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn. Dz. U. z 2011 r., Nr 277, poz. 464 ze zm.; dalej także: „u.z.l.”) oraz art. 19 i 97 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.; dalej także: „u.ś.o.z.”, Ustawa).

Rozpatrując te zarzuty, należy przede wszystkim zgodzić się z Sądami obu instancji co do tego, że w przypadkach określonych w art. 15 u.dz.l. oraz art. 30 u.z.l. 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. Podobnie należy ocenić obowiązek przewidziany w art. 33 ust. 1 w związku z art. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (ówcześnie tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 757 ze zm.; dalej także: „u.p.r.m.”) oraz art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (ówcześnie tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.; dalej także: u.r.p.p.).

Nie oznacza to jednak jeszcze – co trafnie dostrzegł Sąd Okręgowy – że koszty takich świadczeń finansuje NFZ, analiza bowiem przepisów Ustawy

wskazuje, iż Fundusz finansuje jedynie świadczenia zdrowotne udzielane kategoriom osób ściśle w niej określonym.

Z art. 2 ust. 1 u.ś.o.z. wynika, że prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych „na zasadach określonych w ustawie” mają osoby ubezpieczone (pkt 1) i inne osoby wskazane w pkt 2 i 3, określone zbiorczym mianem „świadczeniobiorców” (dalej także: świadczeniobiorcy *sensu stricto*).

Dodatkowo, w art. 12 i 12a u.ś.o.z. zastrzeżono, że przepisy Ustawy nie naruszają wymienionych tam przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielanych bezpłatnie bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego. W pierwotnej wersji Ustawy osoby uprawnione do tych świadczeń również określono w art. 12 ust. 1 mianem „świadczeniobiorców” (dalej także: świadczeniobiorcy *sensu largo*), z czym skorelowane było brzmienie postanowienia art. 13 ust. 3 u.ś.o.z., który stanowił, że świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa (m.in.) w art. 12, udzielane świadczeniobiorcom są, w braku regulacji szczególnych, finansowane z budżetu państwa - w przypadku świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni oraz Funduszu - w przypadku ubezpieczonych.

Do pojęcia „świadczeniobiorcy” od początku nawiązywały także przepisy dotyczące finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w stanach nagłych, tj. stanach polegających 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” (por. art. 3 pkt 8 z art. 3 pkt 4 u.p.r.m. w związku z art. 5 pkt 33 u.ś.o.z. w wersji obowiązującej od 1 stycznia 2007 r.), czyli w sytuacjach co najmniej zbliżonych do określonych w art. 15 u.dz.l., art. 30 u.z.l. oraz 7 ust. 1 u.r.p.p. i – mocą definicji – tożsamy ze stanami określonymi w art. art. 33 ust. 1 u.p.r.m. Odwoływały się do niego art. 19, 50, 53, 54 u.ś.o.z., a od wejścia w życie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (1 stycznia 2007 r.) pośrednio także art. 54 ust. 9 i 97 ust. 3 pkt 3a u.ś.o.z. Przepisy

te nie wskazywały jednak wyraźnie, czy chodzi w nich o świadczeniobiorców *sensu stricto* czy też *sensu largo*.

Przejrzystość terminologiczna ustawy uległa dalszemu zmąceniu z dniem 29 września 2007 r., kiedy to na mocy art. 1 pkt 6 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. Nr 166, poz. 1172 ze zm.) zostało skreślone - w celu wyeliminowania „wątpliwości interpretacyjnych” (por. projekt uzasadnienia tej nowelizacji - druk Sejmu V kadencji nr 1490) – pojęcie świadczeniobiorcy zastosowane w części wstępnej art. 12 u.ś.o.z. Wprawdzie zmiana ta mogła sugerować zerwanie z pojęciem „świadczeniobiorcy” *sensu largo*, jednakże nie było ono konsekwentne, ponieważ wykładnia systemowa art. 13 u.ś.o.z. - w brzmieniu zmienionym nowelizacją („Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni są finansowane z budżetu państwa, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej”) - przemawiała za przyjęciem, iż miał on zastosowanie także do świadczeń udzielanych na podstawie przepisów wskazanych w art. 12 u.ś.o.z (jak również dodanego tą samą nowelizacją art. 12a). Oznacza to, że pojęcie „świadczeniobiorcy” *sensu largo* - obejmujące także osoby uprawnione do bezpłatnych świadczeń na podstawie przepisów wskazanych wskazane w art. 12 i 12a - nie straciło całkowicie racji bytu.

Ustawa przewidywała zatem finansowanie ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz świadczeniobiorców *sensu stricto* (w tym zwłaszcza „ubezpieczonych”) oraz innych osób uprawnionych, określonych w art. 12 i 12a Ustawy (świadczeniobiorcy *sensu largo*). Rozróżnienie poszczególnych kategorii było istotne - na co wskazuje art. 13 (pierwotnie art. 13 ust. 3) u.ś.o.z. - w kontekście źródeł finansowania. Świadczenia udzielane świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni bowiem miały być - w braku przepisów szczególnych - finansowane z budżetu państwa. Sposób i tryb finansowania świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 oraz tym, o których mowa w art. 12 pkt 2 - 6, 9 i 10, art. 12a oraz art. 26 u.ś.o.z. regulowało - w czasie udzielania przedmiotowych świadczeń przez powoda – wydane na podstawie art. 13a u.ś.o.z. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2011 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa

świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 225, poz. 1355). Stanowiło ono, że świadczenia te są finansowane co do zasady przez NFZ ze środków budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, w formie dotacji, o której mowa w art. 97 ust. 8 u.ś.o.z., z wyjątkiem świadczeń, o których mowa w art. 12 pkt 5 i art. 12a u.ś.o.z., finansowanych odpowiednio przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Ministra Sprawiedliwości, w obu przypadkach ze środków budżetu państwa, z części, której są dysponentami. Reguły te potwierdzał art. 14 u.ś.o.z., stanowiąc, że „Na zasadach i w zakresie określonych w ustawie podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych są: właściwi ministrowie lub Fundusz”.

W pełnej zgodzie z przedstawionymi zasadami pozostawał art. 97 u.ś.o.z., określający zakres działania NFZ i przewidujący finansowanie przez Fundusz – ze składek na ubezpieczenie zdrowotne - świadczeń na rzecz świadczeniobiorców określonych w art. 2 ust. 1 pkt 1 u.ś.o.z. oraz osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji (por. art. 97 ust. 2), a ponadto finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom, o których mowa w art. 12 pkt 2 - 4, 6 i 9 oraz w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 u.ś.o.z. (por. art. 97 ust. 3 pkt 2a - 3) i finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w art. 26 (art. 97 ust. 3b). Z art. 97 ust. 8 u.ś.o.z. wynikało zarazem, że na sfinansowanie kosztów realizacji zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b Ustawy Fundusz otrzymywał dotację z budżetu państwa. Z regulacjami tymi był skorelowany art. 117 u.ś.o.z., określający cele, na które NFZ przeznacza środki, i wskazujący na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (ust. 1 pkt 1), uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji (ust. 1 pkt 2), świadczeniobiorców wyszczególnionych w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 oraz osób wskazanych w art. 12 pkt 2 - 4 i 6 u.ś.o.z. (ust. 1 pkt 4).

Wszystkie te przepisy wskazują zgodnie, że zadania i cele, na które mogły być przeznaczone środki NFZ ograniczały się do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz precyzyjnie wyróżnionych w ustawie kategorii osób uprawnionych (ubezpieczonych i innych), przy czym – stosownie do wyraźnych i szczegółowych regulacji - świadczenia na rzecz osób innych niż ubezpieczeni

były finansowane przez NFZ ze środków pochodzących z dotacji z budżetu państwa.

W kontekście niniejszej sprawy szczególnej uwagi wymagają reguły dotyczące finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w stanach nagłych. W tym zakresie w Ustawie wprowadzono istotny podział na medyczne czynności ratunkowe udzielane świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni przez zespoły ratownictwa medycznego w warunkach pozaszpitalnych oraz pozostałe świadczenia (udzielane „w warunkach” szpitalnych). W art. 46 ust. 1 u.p.r.m. postanowiono, że medyczne czynności ratunkowe, stanowiące część systemu mającego na celu realizację zadań państwa polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (por. art. 1 u.p.r.m.), są finansowane z budżetu państwa z części, których dysponentami są poszczególni wojewodowie, co jest urzeczywistniane przez dotacje celowe przekazywane przez wojewodę na rzecz NFZ (por. art. 49 u.p.r.m.). Stosownie do tego, do zadań NFZ zaliczono w art. 97 ust. 3 pkt 3a u.ś.o.z. także finansowanie medycznych czynności ratunkowych świadczeniobiorcom (co należy rozumieć jako świadczeniobiorców *sensu largo*, obejmujących osoby wskazane w art. 12 pkt 7 u.o.ś.z.). Jedynie działalność lotniczych zespołów ratownictwa medycznego podlega finansowaniu bezpośrednio z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia (art. 48 ust. 1 u.p.r.m.), bez pośrednictwa NFZ, na podstawie umowy zawartej między ministrem właściwym do spraw zdrowia a dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego (art. 48 ust. 5 u.p.r.m.). Taki sposób finansowania medycznych czynności ratunkowych oznacza, że są one udzielane każdej osobie - także nie będącej świadczeniobiorcą *sensu largo* - bezpłatnie, co potwierdzała treść art. 12 pkt 7 oraz art. 54 ust. 12 u.ś.o.z.

Zasada ta została jednak ograniczona do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w stanach nagłych przez zespoły ratownictwa medycznego, w warunkach pozaszpitalnych. Odmienne rozwiązanie przewidziano w odniesieniu do świadczeń udzielanych w warunkach szpitalnych, także przez szpitalne oddziały ratunkowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.

W art. 47 ust. 1 u.p.r.m. bowiem postanowiono, że świadczenia te są finansowane „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 NFZ. Odesłanie do „zasad i trybu” określonych w Ustawie oznacza, że świadczenia szpitalne udzielane przez szpitalne oddziały ratunkowe podlegały finansowaniu na takich samych zasadach, jak pozostałe świadczenia, a więc NFZ finansował je - w ramach środków określonych w swym planie finansowym - tylko w odniesieniu do określonych kategorii osób uprawnionych, wskazanych w Ustawie (przede wszystkim świadczeniobiorców *sensu stricto*). Właściwa medycznym czynnościom ratunkowym zasada bezpłatności świadczeń nie miała tu zastosowania (por. też *a contrario* art. 54 ust. 12 w związku z art. 50 ust. 1 pkt 2 u.ś.o.z.). Finansowanie szpitalnych „czynności ratunkowych” nie było traktowane jako zadanie szczególne, podlegające odrębnemu finansowaniu, co potwierdzał brak wzmianki w art. 97 u.ś.o.z. analogicznej do tej z art. 97 ust. 3 pkt 3a Ustawy.

W ramach przepisów określających „zasady i tryb” finansowania szpitalnych świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłych podstawowe znaczenie miał – obok zasad ogólnych - art. 50 u.ś.o.z. W pierwotnej wersji przewidywał on, że w stanach nagłych świadczenie opieki zdrowotnej może być udzielane bez przedstawienia dokumentu potwierdzającego uprawnienie do tych świadczeń, jednakże postanawiał 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). Oznacza to, że koszty świadczeń szpitalnych udzielonych w stanie nagłym osobie nieuprawnionej (nie będącej świadczeniobiorcą *sensu stricto* ani osobą uprawnioną do bezpłatnych świadczeń na podstawie przepisów szczególnych) obciążały tę osobę (por. szerzej w tej kwestii postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 24 sierpnia 2017 r., III CZP 32/17, nie publ.). Rozwiązanie to pozostawało w zgodzie z ogólną zasadą, że świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez publiczny zakład opieki zdrowotnej na rzecz osób nieuprawnionych są co do zasady odpłatne (por. art. 33 ust. 4 ustawy z dnia

30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 ze zm. oraz art. 45 u.dz.l.).

Reguły tej w żaden sposób nie modyfikował art. 19 u.ś.o.z., który stanowił w ust. 1, że w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie, w ust. 3 przewidywał - na wypadek niemożliwości wykonania tego nakazu - obowiązek zapewnienia udzielenia świadczenia przez innego świadczeniodawcę, a ponadto regulował kwestię udzielania tych świadczeń przez świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ust. 2) i zasady zwrotu ich kosztów od podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej (ust. 4 - 6). Odwołanie się w ust. 1 do pojęcia świadczeniobiorcy oraz zakres podmiotowy szczególnej regulacji zawartej w art. 19 ust. 2, 4 - 6 Ustawy, wskazuje, że podstawowym jej celem było w istocie unormowanie kwestii zwrotu kosztów świadczeń udzielonych osobom, których leczenie jest finansowane ze środków publicznych. Nałożenie obowiązku zwrotu tych kosztów na „podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej”, a nie po prostu na NFZ, wskazuje przy tym – przez związek z art. 13 u.ś.o.z. – że w omawianym przepisie odwołano się do pojęcia świadczeniobiorcy *sensu largo*. W każdym razie treść przepisu nie stwarzała - sama przez się - żadnych podstaw do stwierdzenia, że miał on normować także przypadki świadczeń spełnionych na rzecz osób nieuprawnionych do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

Sytuacja uległa istotnej zmianie od dnia 1 stycznia 2013 r., wskutek nowelizacji Ustawy dokonanej ustawą z dnia 27 lipca 2012 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1016). W art. 50 ust. 11 u.ś.o.z. utrzymano regułę, że w stanach nagłych świadczenie opieki zdrowotnej zostaje udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej (zd. 1) i że w takich przypadkach „osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej”, jest obowiązana do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenia pisemnego oświadczenia o przysługiwaniu jej tego prawa w oznaczonych, późniejszych terminach „pod rygorem obciążenia tej osoby kosztami udzielonych jej świadczeń” (zd. 2), a roszczenie o pokrycie tych kosztów

ulega przedawnieniu z upływem 5 lat od dnia upływu tych terminów (art. 50 ust. 13). Zarazem postawiono – co jest zmianą istotną – że jeżeli „osoba, która uzyskała świadczenie w stanie nagłym” przedstawiła dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub złożyła stosowne oświadczenie i ostatecznie okazało się, że nie miała prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, NFZ nie może z tego powodu odmówić świadczeniodawcy sfinansowania świadczenia opieki zdrowotnej (art. 50 ust. 15) „o ile świadczenie to zostało zrealizowane zgodnie z warunkami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej ze świadczeniodawcą”. W takim razie Funduszowi przysługuje co do zasady regres względem osoby nieuprawnionej, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, a koszty poniesione przez NFZ podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji na podstawie decyzji wystawionej przez Dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ (art. 50 ust. 16, 18 i n.). Oznacza to, że w przypadkach uregulowanych w znowelizowanym art. 50 ust. 15 u.ś.o.z. – zgodnie z wolą ustawodawcy wyrażoną w uzasadnieniu projektu nowelizacji (druk Sejmu VII kadencji nr 489; dalej także „uzasadnienie nowelizacji”, s. 4) - Fundusz przejął od świadczeniodawcy ryzyko związane z brakiem możliwości wyegzekwowania kosztów świadczeń udzielonych osobie nieuprawnionej.

W pozostałych sytuacjach, a więc w braku potwierdzenia (choćby niezgodnego z prawdą) prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, aktualna pozostaje reguła podstawowa, w myśl której świadczeniodawca nie może żądać od NFZ zwrotu kosztów świadczeń udzielonych osobom nieuprawnionym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, co dotyczy także kosztów świadczeń udzielanych w stanach nagłych, w których - ze względu na regulacje przewidziane w art. 15 u.d.z.l., 30 u.z.l., art. 33 ust. 1 u.p.r.m. oraz art. 7 ust. 1 u.r.p.p. – podmiot leczniczy nie może odmówić leczenia ze względu na brak uprawnień. Z uzasadnienia nowelizacji wynika, że wówczas - zgodnie z intencją projektodawców - „pozostano przy dotychczasowej zasadzie, iż w przypadku udzielenia świadczenia osobie nieuprawnionej ryzyko odzyskania kosztów ponosi świadczeniodawca” (uzasadnienie nowelizacji, s. 4).

Stosownie do tej intencji Ustawa poprzestaje na przyznaniu świadczeniodawcy roszczenia o zwrot kosztów do osoby, której udzielono

świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym albo jej spadkobiorców (art. 50 ust. 11) i nie przewiduje żadnych regulacji, z których wynikałoby, że w razie braku możliwości wyegzekwowania tego roszczenia, świadczeniodawca może żądać ich zwrotu od NFZ. Unormowaniem takim nie jest – jak trafnie wskazuje skarżący – ani art. 19 u.ś.o.z. (w związku z art. 15 u.dz.l. oraz 30 u.z.l.), odwołujący się do pojęcia świadczeniobiorcy, ani art. 97 u.o.ś.z., określający zadania Funduszu, w którym w ogóle nie wskazano zadania polegającego na finansowaniu świadczeń spełnionych na rzecz osób nieuprawnionych.

Racjonalność rozwiązań ustawowych – w tym zastosowania „łącznika” w postaci niezgodnego z prawdą potwierdzenia (*ex post*) prawa do uprawnień, decydującego o przejęciu ryzyka przez NFZ - może budzić wątpliwości, jednakże ich jednoznaczny kształt nie może być ignorowany. Jeżeli zatem leczony przez powoda pacjent nie był uprawniony do bezpłatnego leczenia na podstawie przepisów szczególnych (por. np. art. 38 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi – tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 947 w związku z art. 12 pkt 7 u.o.ś.z.) ani nie złożył oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 15 pkt 2 u.ś.o.z. – czego Sąd Apelacyjny nie ustalił, pomijając w swych rozważaniach całkowicie art. 50 u.o.ś.z. – w stanie prawnym właściwym dla rozpatrzenia sprawy nie ma podstaw do obciążenia NFZ kosztami udzielonych mu świadczeń.

Na marginesie należy dodać, że odrębną kwestią jest możliwość obciążenia ciężarem kosztów świadczeń udzielonych w stanie nagłym, które są niemożliwe do wyegzekwowania od samego beneficjenta świadczeń, bezpośrednio Skarbu Państwa. Trzeba bowiem zwrócić uwagę, że na gruncie art. 68 ust. 1 Konstytucji wskazuje się, iż to Państwo ma obowiązek zapewnienia świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacji zagrożenia życia oraz innych poważnych nagłych zdarzeń zdrowotnych. Wprawdzie może ono powierzyć wykonanie ciążącego na nim obowiązku odrębnym prawnie podmiotom (por. art. 15 u.dz.l., 30 u.z.l., art. 33 ust. 1 u.p.r.m. oraz art. 7 ust. 1 u.r.p.p.), w tym – czego z góry nie można wykluczyć - na koszt samego świadczeniobiorcy, jednakże wątpliwości budzi przerzucenie na świadczeniodawców (także będących przedsiębiorcami) ciężaru ekonomicznego tych świadczeń w razie braku możliwości wyegzekwowania od niego tych kosztów.

Chodzi tu bowiem o obowiązek świadczenia należącego do grupy niepieniężnych „ciężarów i świadczeń publicznych” (por. art. 84 Konstytucji), które mogą być nakładane tylko z uwzględnieniem zasady proporcjonalności (art. 31 ust. 3 zwłaszcza w związku art. 64 ust. 1 Konstytucji; por. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 6 marca 2012 r., K 15/08, OTK - A 2012, nr 3, poz. 24), a istotnym czynnikiem w ramach oceny jej poszanowania może być także kwestia przyznania przez państwo rekompensaty za wykonanie zadania, tym bardziej że – co do tego nie ma wątpliwości – państwo czerpie z tego istotne korzyści, zaoszczędzając własnych wydatków. Powinno to skłaniać do rozważenia podstaw odpowiedzialności Państwa, poczynwszy od podstaw odpowiedzialności subsydiarnej – np. możliwości przyjęcia w wyniku wykładni prokonstytucyjnej, że zastosowane w art. 13 u.o.ś.z. pojęcie „świadczeniobiorców” obejmuje także osoby, którym udzielono świadczeń w stanie nagłym, kiedy odmowa spełnienia świadczeń jest niemożliwa – a skończywszy, w razie braku takich podstaw, na ewentualnej odpowiedzialności za bezprawie (zaniechanie) legislacyjne, co wymagałoby jednak wykazania przesłanek określonych w art. 417¹ § 1 albo art. 417¹ § 4 k.c. W tym kontekście warto zwrócić uwagę, że do Trybunału Konstytucyjnego została skierowana skarga konstytucyjna w sprawie zgodności art. 2 ust. 1, art. 14 oraz art. 50 ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793) w związku z art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638) z art. 64 ust. 1 i 3 w zw. z art. 31 ust. 3 i art. 2 oraz art. 64 ust. 2 w zw. z art. 32 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

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

kc

aj

