



Sygn. akt V CSK 82/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 listopada 2017 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Kazimierz Zawada (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Zbigniew Kwaśniewski

SSN Hubert Wrzeszcz

w sprawie z powództwa Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej
w Warszawie
przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej Zespołowi
Szpitali Miejskich w [...]
o zapłatę,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej
w dniu 16 listopada 2017 r.,
skargi kasacyjnej strony pozwanej
od wyroku Sądu Apelacyjnego w [...]
z dnia 3 listopada 2016 r.,

- 1) uchyla zaskarżony wyrok,**
- 2) zmienia wyrok Sądu Okręgowego w [...] z dnia 8 grudnia 2015 r.,**
- 3) obciąża stronę powodową kosztami postępowania w sprawie i powierza ich obliczenie referendarzowi sądowemu.**

UZASADNIENIE

Sąd Apelacyjny wyrokiem z 3 listopada 2016 r. oddalił apelację pozwanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Zespołu Szpitali Miejskich w [...] od wyroku Sądu Okręgowego z 8 grudnia 2015 r., zasądzającego od pozwanego na rzecz powoda Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej w Warszawie 219 076 zł z ustawowymi odsetkami, od dnia 1 sierpnia 2012 r. - od kwoty 109 538 zł, i od dnia 1 października 2012 r. - od kwoty 109 558 zł.

Dnia 5 stycznia 2012 r. strony zawarły w trybie ustawy z 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (jedn. tekst.: Dz.U.2013.907 ze zm., obecnie: Dz.U.2017. 1579 - dalej: „p.z.p.”) umowę ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych. Przedmiotem ubezpieczenia były szkody majątkowe oraz szkody niemajątkowe wynikłe ze zdarzeń medycznych, o których mowa w art. 67a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (jedn. tekst: Dz.U.2017.1318 ze zm. - dalej: „ustawa o prawach pacjenta”). Ubezpieczenie obejmowało okres od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2012 r. Składkę określono na 438 152 zł i ustalono, że będzie płatna w czterech ratach, każda rata w wysokości 109 538 zł. Uzgodnionym terminem płatności trzeciej raty był 30 czerwca 2012 r., a czwartej - 30 września 2012 r.

Dwie pierwsze raty pozwany zapłacił. Co do trzeciej ze względu na brak środków finansowych wystąpił o prolongatę płatności do 31 lipca 2012 r.

W piśmie zaś z 29 czerwca 2012 r., doręczonym powodowi tego samego dnia, pozwany oświadczył, że ze względu na brak środków finansowych oraz ze względu na to, iż ubezpieczenie stało się niecelowe wskutek wchodzącej w życie 30 czerwca 2012 r. zmiany przepisów, odstępuje z dniem 30 czerwca 2012 r. od zawartej z powodem umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych. Jako podstawę prawną złożonego oświadczenia wskazał art. 145 ust. 1 p.z.p.

Pismami z 12 czerwca 2013 r. i 22 grudnia 2014 r. powód wezwał pozwanego do dobrowolnej zapłaty 219 076 zł (suma trzeciej i czwartej raty), a wobec niezastosowania się pozwanego do żądania, wniósł o zasądzenie od niego tej kwoty.

Sąd Apelacyjny podzielił pogląd Sądu Okręgowego o nieistnieniu w ustalonym stanie faktycznym sprawy przesłanek do zastosowania art. 145 ust. 1 p.z.p. i uznał oświadczenie pozwanego o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia zawartej z powodem za bezskuteczne. Wskazał, iż wymieniony przepis uzależnia uprawnienie do odstąpienia od umowy od tego, aby - ujmując rzecz najogólniej - odstąpienie od umowy leżało w interesie publicznym, a w okolicznościach sprawy tylko interes pozwanego sprzeciwia się kontynuowaniu ubezpieczenia, natomiast interes publiczny przemawia za kontynuowaniem ubezpieczenia. Znajduje on wyraz w potrzebie zapewnienia pacjentom w przypadkach zdarzeń medycznych w rozumieniu ustawy o prawach pacjenta należytej ochrony ubezpieczeniowej, o odmiennym charakterze niż ochrona wynikająca z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Trudna sytuacja finansowa szpitala nie może uzasadniać zniweczenia ochrony praw pacjentów polegającej na przyznaniu im środków z ubezpieczenia w razie zaistnienia zdarzenia medycznego, a odstąpienie od umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych prowadziłoby do zniweczenia tej ochrony.

Sąd Apelacyjny ponadto ocenił jako nietrafny zarzut naruszenia art. 5 k.c. podniesiony przez pozwanego dopiero w apelacji.

W konsekwencji, Sąd Apelacyjny, tak samo jak Sąd Okręgowy, uznał za zasadne uwzględnienie żądania powoda o zasądzenie nieuiszczonej części składki ubezpieczeniowej wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w zapłacie.

W skardze kasacyjnej pozwany zarzucił wyrokowi Sądu Apelacyjnego naruszenie art. 145 p.z.p. przez przyjęcie, że w okolicznościach sprawy nie mógł na podstawie tego przepisu odstąpić od umowy ubezpieczenia zawartej z powodem, oraz postawił zarzut naruszenia art. 5 k.c. przez nieuwzględnienie sprzeczności dochodzenia przez powoda zasądzzonego roszczenia z zasadami współżycia społecznego. W konsekwencji pozwany wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania; ewentualnie - o uchylenie zaskarżonego wyroku i wydanie rozstrzygnięcia co do istoty sprawy.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r o zmianie ustawy o prawach pacjenta i innych ustaw (Dz.U.2011.113.660) uzupełniono, z mocą od 1 stycznia 2012 r.,

ustawę o prawach pacjenta o przepisy regulujące - w sposób uproszczony w stosunku do ogólnych regulacji prawa cywilnego - zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku wskazanych zdarzeń (rozdział 13a), określonych, w dodanym przepisie art. 67a ust. 1 ustawy o prawach pacjenta, jako zdarzenia medyczne.

W ścisłym związku z tą regulacją weszły w życie w dniu 1 stycznia 2012 r. przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2011.112.654), nakładające na podmioty lecznicze obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, a na podmioty lecznicze prowadzące szpital - ponadto obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w art. 67a ust. 1 ustawy o prawach pacjenta (art. 17 ust. 1 pkt 4, art. 25 ust. 1 i 2 oraz art. 212 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej).

Nie wdając się w mogącą nasuwać wątpliwości ocenę samego charakteru prawnego drugiego z tych ubezpieczeń, należy podkreślić, że wprowadzenie obowiązku zawarcia umowy obejmującej to ubezpieczenie miało niewątpliwie na celu interes poszkodowanego (którym jest tu pacjent), tj. cel charakterystyczny dla motywów statuowania obowiązkowych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej.

Ustawą z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2012.742 - dalej: „u.zm.dz.leczn.”), która została ogłoszona 29 czerwca 2012 r., a weszła w życie 30 czerwca 2012 r., zniesiono w okresie do 31 grudnia 2013 r. obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych; w tym okresie zawarcie takiej umowy było możliwe, ale nie konieczne (art. 11 ust. 1). Jednocześnie w art. 11 ust. 3 i 4 u.zm.dz.leczn. uchylono stosowanie sankcji wobec tych podmiotów, które w okresie do 30 czerwca 2012 r. nie dopełniły obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych.

W dokonanej ustawą z 11 października 2013 r. (Dz.U.2013.1290) nowelizacji art. 11 ust. 1-3 u.zm.dz.leczn. odsunięto stosowanie się obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych do dnia

1 stycznia 2016 r., a ustawą z 25 września 2015 r. (Dz.U.2015.1887) - odsunięto stosowanie się tego obowiązku do dnia 1 stycznia 2017 r., zaś ustawą z dnia 10 czerwca 2016 r. (Dz.U.2016.960), która weszła w życie 15 lipca 2016 r., zrezygnowano w ogóle z poddania podmiotów leczniczych prowadzących szpitale obowiązkowi zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych.

W art. 11 u.zm.dz.leczn., ani żadnym innym przepisie tej ustawy, nie odniesiono się wprost do umów ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych, zawartych w wykonaniu obowiązku wynikającego z art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. b, art. 25 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 oraz art. 212 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej w okresie przed 30 czerwca 2012 r. Nie powinna jednak budzić wątpliwości utrata przez te umowy obowiązkowego charakteru z dniem 30 czerwca 2012 r. Skoro w art. 11 ust. 3 i 4 u.zm.dz.leczn. zrezygnowano z sankcji wobec tych podmiotów, które nie dopełniły tego obowiązku, utrzymanie po 29 czerwca 2012 r. obowiązkowego charakteru wymienionych umów pozostawałoby w sprzeczności z założeniami art. 11 ust. 1, 3 i 4 u.zm.dz.leczn. W rezultacie do umów tych od 30 czerwca 2012 r. nie mogła mieć zastosowania zasada ciągłości ochrony ubezpieczeniowej wyrażona w odniesieniu do umów obowiązkowego ubezpieczenia w art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (obecnie jedn. tekst: Dz.U.2016.2060 ze zm.). Umowa ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych zawarta przed 30 czerwca 2012 r. mogła być zatem, poczynając od tego dnia przedwcześnie zakończona, tj. przed upływem okresu, na który została zawarta, na podstawie właściwych przepisów Kodeksu cywilnego, a w razie jej zawarcia w trybie zamówień publicznych - także na podstawie art. 145 p.z.p. (co do wzajemnej relacji przepisów Kodeksu cywilnego i art. 145 p.z.p. w związku z art. 144 p.z.p. w zakresie odnoszącym się do przedwczesnego zakończenia zawartej umowy (por. np. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 10 kwietnia 2003 r., III CKN 1320/00, 6 czerwca 2012 r., III CSK 304/11, 25 lutego 2015 r., IV CSK 395/14, i 16 listopada 2017 r., V CSK 28/17)).

Artykuł 145 ust. 1. p.z.p., w brzmieniu obowiązującym w czasie złożenia przez pozwanego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych, stanowił, iż w razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o tych okolicznościach.

Pozwany trafnie podniósł w skardze kasacyjnej, że art. 145 p.z.p. w ustalonych okolicznościach sprawy uprawniał go do odstąpienia od zawartej z powodem umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych. Zmiana stanu prawnego, wynikająca z art. 11 u.zm.dz.leczn., kwalifikuje się, ze względu na swój wyjątkowy charakter i jej przyczyny, do uznania za istotną, w odniesieniu do umowy stron, zmianę okoliczności, powodującą, że wykonanie tej umowy przestało leżeć w interesie publicznym. Dokonana tym przepisem zmiana statusu umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych z obowiązkowej na dobrowolną była zdarzeniem bezprecedensowym w legislacji - dotychczas w naszym ustawodawstwie zdarzały się tylko zmiany w odwrotnym kierunku. Zmiana ta spowodowana została, nieakceptowanymi przez podmioty lecznicze prowadzące szpitale i podmioty tworzące szpitale, nieprzewidzianymi przez ustawodawcę, oddziałującymi negatywnie na realizację zadań w zakresie ochrony zdrowia konsekwencjami ekonomicznymi wprowadzenia obowiązkowego ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych. Ubezpieczenie to, zmonopolizowane przez jednego ubezpieczyciela, było drogie i nie spełniało założonej funkcji ochronnej. W licznych w praktyce przypadkach nieakceptowania przez poszkodowanych pacjentów kwot określonych w orzeczeniach o ustaleniu zdarzenia medycznego i prowadzenia sporów sądowych o odszkodowanie i zadośćuczynienie, wystarczające okazało się, w razie ponoszenia przez podmiot leczniczy prowadzący szpital, obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej, obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych. Wysokie składki na ubezpieczenie

na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych pogłębiały tylko i tak trudną, a nieraz nawet dramatycznie trudną sytuację ekonomiczną szpitali, utrudniając realizację ich zadań w zakresie ochrony zdrowia. Jednocześnie brak takiego ubezpieczenia nie pozbawiał ochrony pacjenta w przypadku akceptacji kwoty określonej w orzeczeniu o ustaleniu zdarzenia medycznego, ponieważ w takim razie zobowiązany do zapłaty tej kwoty pozostawał podmiot prowadzący szpital. Rozwiązanie takie uznawano za ekonomicznie korzystniejsze dla szpitali i tym samym za lepiej służące realizacji ich funkcji w zakresie ochrony zdrowia.

Skoro założonym przez ustawodawcę celem wprowadzenia obowiązkowego ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych była leżąca w interesie publicznym ochrona pacjentów szpitali, to rezygnacja ustawodawcy z dniem 30 czerwca 2012 r. na pewien okres z obowiązkowego charakteru tego ubezpieczenia oznaczała uznanie niesprawdzenia się dotąd w praktyce przyjętego założenia, tj. uznanie przez ustawodawcę braku dotąd potrzeby leżącego w interesie publicznym wprowadzenia obowiązkowego ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych; po kolejnych przesunięciach terminu powrotu obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych, ustawodawca - jak wiadomo - ostatecznie w ogóle zrezygnował z wprowadzenia tego obowiązku. Tym samym podmiot leczniczy prowadzący szpital, który przed 30 czerwca 2012 r. w trybie zamówień publicznych zawarł w wykonaniu obowiązku wynikającego z art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. b, art. 25 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 oraz art. 212 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej umowę ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych, miał skutek zmiany z dniem 30 czerwca 2012 r. stanu prawnego podstawę do odstąpienia od tej umowy, w postaci, przewidzianej w art. 145 ust. 1 p.z.p., istotnej zmiany okoliczności, powodującej, że wykonanie umowy przestało leżeć w interesie publicznym.

Jest oczywiste, że dokonanej z dniem 30 czerwca 2012 r. zmiany stanu prawnego, wynikającej z ustawy ogłoszonej 29 czerwca 2012 r., nie można było przewidzieć w chwili zawarcia przez strony rozpatrywanej umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych, tj. w dniu 5 stycznia 2012 r.

Należy podzielić pogląd, że odstąpienie od umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych na podstawie art. 145 ust. 1 p.z.p., wskutek zmiany stanu prawnego dokonanej z dniem 30 czerwca 2012 r., wywiera co do zasady skutek *ex nunc*, tj. z chwilą złożenia przez podmiot prowadzący szpital oświadczenia o odstąpieniu (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 lutego 2015 r., IV CSK 395/14, jak też wyroki Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2001 r., II CKN 365/00, 15 listopada 2002 r., V CKN 1374/00, i 8 października 2004 r., V CK 670/03). Pogląd ten ma oparcie w art. 145 ust. 2 p.z.p., stanowiącym, że w przypadku, o którym mowa w art. 145 ust. 1 p.z.p., wykonawca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego z tytułu wykonania części umowy, tj. harmonizuje on z ogólnym założeniem art. 145 ust. 2 p.z.p. co do skutków odstąpienia od umowy przez zmawiającego na podstawie art. 145 ust. 1 p.z.p. W takich stanach faktycznych, jak rozpatrywany w sprawie, gdzie złożenie oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych nastąpiło przed 30 czerwca 2012 r., pogląd ten musi jednak ze względu na specyfikę tych stanów ulec pewnej, nieznaczącej korekturze: przez odsunięcie - tak jak zastrzegł pozwany w złożonym oświadczeniu - skutku odstąpienia do chwili wejścia w życie omawianej zmiany stanu prawnego, tj. do dnia 30 czerwca 2012 r.

Podniesiony przez pozwanego w skardze kasacyjnej zarzut naruszenia art. 145 p.z.p. jest zatem niewątpliwie trafny i już sam - bez potrzeby rozpatrywania ponadto podniesionego także przez pozwanego zarzutu naruszenia art. 5 k.c. - uzasadnia uwzględnienie skargi kasacyjnej pozwanego.

Z przedstawionych przyczyn Sąd Najwyższy na podstawie art. 398¹⁶ k.p.c. orzekł jak w sentencji; podstawę rozstrzygnięcia o kosztach postępowania kasacyjnego stanowiły przepisy art. 98 w związku z art. 108 § 1 i art. 398²¹ k.p.c.

jw

kc