



Sygn. akt I CSK 262/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 7 czerwca 2019 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Dariusz Dończyk (przewodniczący)

SSN Marta Romańska (sprawozdawca)

SSN Katarzyna Tyczka-Rote

Protokolant Ewa Krentzel

w sprawie z powództwa Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w P.
przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia
o zapłatę,
po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej w dniu 7 czerwca 2019 r.,
skargi kasacyjnej strony pozwanej
od wyroku Sądu Apelacyjnego w [...]
z dnia 20 grudnia 2017 r., sygn. akt V ACa [...],

uchyla zaskarżony wyrok:

- 1) w pkt I w części, w której Sąd Apelacyjny w [...] oddalił apelację pozwanego od wyroku Sądu Okręgowego w W. z dnia 1 lutego 2016 r., sygn. akt IV C [...] co do zasądzonej nim w pkt I kwoty ponad kwotę 475.287,20 zł (czterysta siedemdziesiąt pięć tysięcy dwieście osiemdziesiąt siedem 20/100) zł z odsetkami ustawowymi od dnia 27 marca 2009 r. i zmieniając wyrok Sądu Okręgowego w W. z dnia 1 lutego 2016 r.,**

sygn. akt IV C [...] oddala powództwo w części co do żądania zasądzenia kwoty 55.062,50 zł (pięćdziesiąt pięć tysięcy sześćdziesiąt dwa 50/100) zł z odsetkami ustawowymi od dnia 27 marca 2009 r.;

- 2) w całości w pkt II oraz wyrok Sądu Okręgowego w W. z dnia 1 lutego 2016 r., sygn. akt IV C [...] w pkt III i IV i stwierdza, że koszty postępowania w sprawie w tym postępowania kasacyjnego obciążają pozwanego w 9/10 części, a powoda w 1/10 części, a szczegółowe ich rozliczenie pozostawia referendarzowi w Sądzie Okręgowym w W..

UZASADNIENIE

Powód - Wojewódzki Szpital Zespolony w P. wniósł o zasądzenie od Narodowego Funduszu Zdrowia w W. kwoty 530.349,70 zł z ustawowymi odsetkami od 26 marca 2009 r.

Pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia w W. wniósł o oddalenie powództwa.

Wyrokiem z 1 lutego 2016 r. Sąd Okręgowy w W. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 530.349,70 zł z ustawowymi odsetkami od 27 marca 2009 r.

Sąd Okręgowy ustalił, że 31 stycznia 2007 r. strony zawarły umowę o udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego. 11 marca 2006 r. powód wystawił dwie faktury na kwotę 946.000,25 zł, stwierdzające należne mu wynagrodzenie za świadczenia udzielone w 2008 r. ponad określony w umowie limit. W piśmie z 15 marca 2011 r. powód ograniczył żądanie z tego tytułu do kwoty 543.474,70 zł. Pozwany odmówił zapłaty.

Przyczyną udzielenia przez powoda w 2008 r. świadczeń zdrowotnych dla 13 pacjentów z zakresu chirurgii, 8 z zakresu ortopedii oraz 17 z zakresu kardiologii był stan zagrożenia ich zdrowia i życia. Dochodzona przez powoda kwota 530.349,70 zł obejmowała wyłącznie wynagrodzenie za świadczenia udzielone pacjentom w takim stanie. Część pacjentów hospitalizowanych przez powoda była zgłoszona do ubezpieczenia w ZUS, a część w KRUS, przy czym odnośnie do dwóch pacjentów powód wpisał w dokumentacji nieprawidłowy numer PESEL, co uniemożliwiło identyfikację tych osób przez ubezpieczyciela.

Sąd Okręgowy wskazał na art. 7 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89; dalej - ustawa o z.o.z.), z którego wynikało, że powód w 2008 r. nie mógł odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebowała natychmiastowej pomocy medycznej ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, także gdy osoba taka nie posiadała ubezpieczenia. Przyjął, że stosownie do art. 38 ust. 5 ustawy o z.o.z., powód jako świadczeniodawca nie mógł obciążyć osoby uprawnionej do otrzymania świadczeń opłatami za nie, a powstałe z tego tytułu koszty powinien pokryć pozwany.

Sąd Okręgowy oddalił powództwo o zasądzenie odsetek za jeden dzień, gdyż uznał, że skoro termin płatności należności stwierdzonej fakturami został oznaczony na 26 marca 2009 r., to pozwany, któremu doręczono faktury 11 marca 2009 r., pozostaje w opóźnieniu ze spełnieniem świadczenia od 27 marca 2009 r.

Wyrokiem z 20 grudnia 2017 r. Sąd Apelacyjny w [...] oddalił apelację pozwanego od wyroku Sądu Okręgowego z 1 lutego 2016 r. skierowaną przeciwko rozstrzygnięciu uwzględniającemu powództwo co do kwoty 55.062,50 zł z ustawowymi odsetkami od 27 marca 2009 r. oraz co do odsetek ustawowych zasądzonych od kwoty 475.287,20 zł za okres od 27 marca 2009 r. do 20 kwietnia 2011 r.

Sąd Apelacyjny zaakceptował ustalenia faktyczne Sądu Okręgowego i stwierdził, że obowiązek pozwanego zapłacenia powodowi wynagrodzenia za świadczenia udzielone w 2008 r. w ramach przymusu ustawowego, czyli w warunkach określonych w art. 7 ustawy o z.o.z. oraz art. 30 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn. Dz.U. z 2017 r., poz. 125; dalej - ustawa o z.l.) wynika z umowy, która łączyła strony. Powodowi przysługiwało zatem co do zasady umowne wynagrodzenie nie tylko za ustalone i udzielone umową świadczenie opieki zdrowotnej, ale także za tzw. świadczenia ponadlimitowe udzielone w 2008 r. w ramach przymusu ustawowego.

Faktury obejmujące świadczenia dochodzone pozwem zostały wystawione przez wierzyciela i doręczone dłużnikowi po dacie, kiedy rozliczenie umowy za rok 2008 powinno zostać dokonane (14 lutego 2009 r.). Skoro organizując system opieki zdrowotnej przez zawieranie umów ze świadczeniodawcami pozwany posługuje się instrumentami prawa cywilnego, to w razie opóźnienia w rozliczeniu umowy, świadczeniodawcy który udzielił ponadlimitowego świadczenia w ramach przymusu ustawowego należą się odsetki za czas opóźnienia w zapłacie należnego mu wynagrodzenia (art. 481 § 1 k.c.). Doręczenie faktur stanowiło wezwanie do zapłaty, a roszczenie powoda stało się wymagalne po upływie terminu wyznaczonego w celu spełnienia świadczenia (art. 455 k.c. w zw. z art. 481 § 1 k.c.), zwłaszcza, że powód stworzył pozwanemu warunki do skontrolowania danych będących podstawą wystawienia faktur w celu wykonania jego obowiązków

określonych w art. 64 i 97 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2018 r., poz. 1510 ze zm.; dalej - ustawa o ś.o.z.).

Sąd Apelacyjny dostrzegł, że w stanie prawnym obowiązującym w 2008 r., jak i w obecnym, ustawodawca nie określił, kto i w jakim zakresie jest zobowiązany do pokrycia kosztów leczenia pacjentów nie należących do kręgu uprawnionych do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych, a wyliczonych w art. 2 ustawy o ś.o.z. Z powołaniem się na wyroki Sądu Najwyższego z 4 stycznia 2007 r., V CSK 396/06 (nie publ.), z 8 lipca 2007 r., I CSK 125/07 (OSP 2008, nr 7-8, poz. 72) oraz z 14 lutego 2008 r., II CSK 532/07 (nie publ.), Sąd Apelacyjny uznał, że koszt ponadlimitowych świadczeń medycznych udzielonych przez zakłady opieki zdrowotnej w ramach przymusu ustawowego pacjentom nie będącym świadczeniobiorcami w rozumieniu ustawy o ś.o.z., powinien obciążać Narodowy Fundusz Zdrowia zarządzający środkami publicznymi. Z art. 38 ust. 5 ustawy o z.o.z. Sąd Apelacyjny wyprowadził wniosek, że finansowanie takich świadczeń nie może obciążać uprawnionych ani też świadczeniodawców, gdyż nałożenie na nich daniny publicznej wymagałoby wyraźnego przepisu ustawy.

Pozwany zaskarżył wyrok Sądu Apelacyjnego z 20 grudnia 2017 r. w zakresie rozstrzygnięcia oddalającego jego apelację od wyroku Sądu Okręgowego z 1 lutego 2016 r. w części zasądzającej na rzecz powoda kwotę 55.062,50 zł z ustawowymi odsetkami od 27 marca 2009 r. Pozwany zarzucił, że zaskarżony wyrok został wydany z naruszeniem prawa materialnego przez błędną wykładnię, a mianowicie: - art. 2 ust. 1, art. 3, art. 12, art. 12a, art. 15 ust. 1 i ust. 2 pkt 3, art. 97 ust. 2 i ust. 3 pkt 2a i pkt 3 oraz art. 117 ust. 1 pkt 1 i 4 ustawy o ś.o.z. w brzmieniu obowiązującym w 2008 r. przez uznanie, że pozwany był zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych przez powoda w 2008 r. osobom nie będącym świadczeniobiorcami w sytuacjach zagrożenia ich zdrowia i życia; - art. 68 ust. 2 Konstytucji przez uznanie, że ustawodawca przewidział prawo wszystkich obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych; - art. 38 ust. 5 w zw. z art. 33 ust. 1, art. 34 oraz art. 54 ust. 1 pkt 1 ustawy o z.o.z. i art. 50 ust. 1-4 ustawy o ś.o.z.

w brzmieniu obowiązującym w 2008 r. przez uznanie, że w 2008 r. osoby nie będące świadczeniobiorcami nie mogły zostać obciążone kosztami świadczeń opieki zdrowotnej udzielonym im przez publiczny zakład opieki zdrowotnej.

Pozwany wniósł o uchylenie wyroku Sądu Apelacyjnego w zaskarżonej części i przekazanie sprawy temu Sądowi do ponownego rozpoznania albo o uchylenie tego wyroku i zmianę wyroku Sądu Okręgowego przez oddalenie powództwa w części, której dotyczy skarga kasacyjna.

Powód wniósł o oddalenie skargi kasacyjnej.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

O tym, w jaki sposób należy rozumieć przewidziane w art. 68 ust. 2 Konstytucji obowiązki państwa w zakresie zapewnienia obywatelom dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz o kształcie, jaki ustawodawca powinien nadać uregulowaniom wyznaczającym model realizowania normy ustalonej w tym przepisie, Trybunał Konstytucyjny wypowiedział się m.in. w wyrokach z 18 grudnia 2002 r., K 43/01 (OTK-A ZU 2002, nr 7, poz. 96), z 7 stycznia 2004 r., K 14/03 (OTK-A 2004, nr 1, poz. 1), z 28 lutego 2005 r., P 7/03 (OTK-A 2005, nr 2, poz. 18). Trafnie zauważył pozwany, że z wypowiedzi tych nie wynika, żeby Konstytucja zakłada konieczność powszechnej dostępności do wszystkich znanych i stosowanych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej świadczeń opieki zdrowotnej. Wzmianka w zdaniu drugim ust. 2 art. 68 Konstytucji, że nie tylko warunki, ale i zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych ma określać ustawa, otwiera możliwość kompilowania przez ustawodawcę modelu ochrony zdrowia opartego na środkach publicznych z innymi znanymi we współczesnych systemach sposobami finansowania (czy raczej - dofinansowania) kosztów takich świadczeń (udział własny, dodatkowe ubezpieczenie). W wyroku z 7 stycznia 2004 r., K 14/03 Trybunał Konstytucyjny wyjaśnił też, że ustrojodawca nie przesądził modelu normatywnego, według którego ustawodawca powinien określić warunki i zakres udzielania świadczeń zdrowotnych, to jest m.in.: charakteru prawnego źródeł ich finansowania, charakteru i struktury płatnika (płatników) za świadczenia czy też struktury własnościowej świadczeniodawców. W ramach szeroko pojętego systemu opieki zdrowotnej konieczne jest

funkcjonowanie mechanizmów pozwalających na gromadzenie, a następnie wydatkowanie na świadczenia zdrowotne środków publicznych, a same świadczenia powinny być rzeczywiście dostępne dla obywateli, z zachowaniem zasady równości, niezależnie od ich sytuacji materialnej, co jest rozwinięciem wyrażonej w art. 32 Konstytucji zasady równości oraz koncepcji solidaryzmu społecznego.

W uchwale składu siedmiu sędziów z 19 marca 2019 r., III CZP 80/18 (OSNC 2019, nr 7-8, poz. 72), Sąd Najwyższy wyjaśnił, że wynagrodzenie należne świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej za świadczenie ponadlimitowe wykonane w warunkach określonych w art. 7 ustawy o z.o.z., a następnie w art. 15 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2018 r., poz. 160) i w art. 19 ust. 1 ustawy o ś.o.z. powinno być ustalone w wysokości odpowiadającej stawkom umownym za świadczenia tego samego rodzaju spełniane przez świadczeniodawcę na podstawie umowy, nie zaś na podstawie art. 19 ust. 4 ustawy o ś.o.z. Świadczenia spełnione na rzecz uprawnionych, a odpowiadające rodzajowo świadczeniom zakontraktowanym przez świadczeniodawcę, są świadczeniami wykonanymi na podstawie umowy, nawet jeśli miało to miejsce poza ustalonym w niej limitem. Decyduje o tym nałożenie ustawą obowiązku spełnienia świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawcę, który dysponuje stosownym potencjałem osobowym i rzeczowym w sytuacjach określonych powołanymi wyżej przepisami oraz - co istotniejsze - okoliczność, że zakres czynności koniecznych do podjęcia przez świadczeniodawcę w celu wykonania tych świadczeń i standard, w jakim mają być udzielone, nie różnią się od tych, które są właściwe świadczeniom spełnianym w ramach ustalonego ustawą limitu zakontraktowanych świadczeń.

W 2008 r. obowiązek pozwanego do pokrycia kosztów świadczeń spełnionych na podstawie umowy ze świadczeniodawcą – w braku przepisu szczególnego, który by ujmował go szerzej – w 2008 r. obejmował wyłącznie wynagrodzenie za świadczenia spełnione na rzecz świadczeniobiorców wymienionych w art. 2, 12 i 13 ust. 1 w pierwotnym brzmieniu ustawy o ś.o.z. W postanowieniu z 24 sierpnia 2017 r., III CZP 32/17 (nie publ.) Sąd Najwyższy przeanalizował obowiązujące wówczas regulacje i wyjaśnił, że w latach 2005-2007

ustawa 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 jej brzmieniu, zwanych „świadczeniobiorcami”. Nawet jeżeli zakres tego pojęcia jest szerszy niż w art. 2 ustawy o ś.o.z., to wynika to jedynie z określenia jako „świadczeniobiorców” także osób wskazanych w art. 12 ustawy o ś.o.z.

Powyższą interpretację potwierdzają przepisy ustawy o ś.o.z. dotyczące zadań, źródeł finansowania i celów, na które mogą być przeznaczone środki Funduszu. Przepis art. 97 ustawy o 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), 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 ustawy o ś.o.z. (art. 97 ust. 3, pkt 2a). Z kolei art. 117 ustawy o 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 ustawy o 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).

Nie ma wątpliwości, że w sytuacjach nagłych, w których zaniechanie udzielenia świadczenia stwarza stan zagrożenia życia pacjenta, świadczenia opieki zdrowotnej powinny być spełniane na rzecz każdej osoby, choćby nieuprawnionej do świadczeń finansowanych ze środków publicznych na gruncie ustawy o ś.z.

Nie jest to jednak równoznaczne ze stwierdzeniem, że koszty takich świadczeń finansuje NFZ. Z art. 50 ustawy o ś.o.z. wynika wprawdzie, że w stanach nagłych świadczenie opieki zdrowotnej może być udzielane bez przedstawienia dokumentu potwierdzającego uprawnienie do 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).

W cytowanym postanowieniu Sąd Najwyższy wyjaśnił, że sytuacja uległa zmianie dopiero od 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.). Z art. 33 ust. 4 ustawy o z.o.z. wynika, iż świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez publiczny zakład opieki zdrowotnej na rzecz osób nieuprawnionych są co do zasady odpłatne. Przed 1 stycznia 2013 r. świadczenia opieki zdrowotnej w stanach nagłych były spełniane na koszt osób nieuprawnionych do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych, a stosowne roszczenie o zapłatę przez te osoby wynagrodzenia za spełnione na ich rzecz świadczenia przysługiwało świadczeniodawcy.

Skoro skarga kasacyjna pozwanego okazała się zasadna, to na podstawie art. 398¹⁶ k.p.c. oraz - co do kosztów postępowania - art. 108 § 1 zdanie drugie i art. 98 § 1 i 3 w zw. z art. 398²¹ i art. 391 § 2 k.p.c., Sąd Najwyższy orzekł, jak w sentencji.