

ZAGADNIENIE PRAWNE

W sprawie o zapłatę na skutek apelacji strony pozwanej od wyroku Sądu Rejonowego z dnia 10 czerwca 2014 roku

Czy przysługuje droga sądowa do dochodzenia roszczeń o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, osobie, która wytoczyła powództwo w związku ze skorzystaniem z tych świadczeń i zakończeniem leczenia przed wejściem w życie ustawy z dnia 10 października 2014r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych ustawy (Dz.U z 31.10.2014r.), a po upływie czasu do implementacji dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9.03.2011r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.Urz. UE L 88 z 4.04.2011r.)?

Uzasadnienie

I. Stan faktyczny:

Powód J. B. domagał się zasądzenia od strony pozwanej Narodowego Funduszu Zdrowia kwoty 2 930 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 13 grudnia 2013 r. oraz kosztami procesu wskazując w uzasadnieniu pozwu, że w dniu 6 grudnia 2013 r. został poddany zabiegowi wszczepienia miękkiej soczewki wewnątrzgałkowej wymaganej w leczeniu zaćmy. Zabieg został wykonany w oddziale Kliniki N. z siedzibą w P. W związku z zabiegiem poniósł koszty w wysokości 2930 zł, które składają się na dochodzone roszczenie, a którego podstawę prawną stanowi Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej.

W dniu 26 lutego 2014 r. został wydany nakaz zapłaty w postępowaniu upominawczym.

W sprzeciwie od nakazu zapłaty strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów postępowania. Podniosła, że nie posiada legitymacji biernej w niniejszej sprawie. Zarzuciła, że przepisy Dyrektywy Transgranicznej nie mogą być stosowane bezpośrednio, albowiem pozostawiają państwom członkowskim prawo doboru środków do realizacji celu dyrektywy, w tym wskazania podmiotu zobowiązanego do zwrotu kosztów. Podmiot zobowiązany do zwrotu kosztów nie został dotychczas wskazany ani przez prawo wspólnotowe ani przez prawo krajowe. Brak wskazania w dyrektywie podmiotu zobowiązanego do świadczenia stanowi zaś dostateczny powód odmówienia dyrektywie waloru bezpośredniego skutku. Skutki niedokonania implementacji Dyrektywy mogą zatem być oceniane wyłącznie na płaszczyźnie naprawienia szkody za zaniechanie legislacyjne państwa (art. 417¹ § 4 k.c.), a podmiotem odpowiedzialnym z tego tytułu jest Skarb Państwa.

Wyrokiem z dnia 10 czerwca 2014 r. Sąd Rejonowy w K. zasądził od strony pozwanej Narodowego Funduszu Zdrowia w W. Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w K. na rzecz powoda J. B. kwotę 2.930 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 13 grudnia 2013 roku do dnia zapłaty oraz kwotę 764 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

W uzasadnieniu wskazał, iż niespornym było, że powód w dniu 6 grudnia 2013 r. został poddany zabiegowi wszczępienia miękkiej soczewki wewnątrzgałkowej wymaganej w leczeniu zaćmy. Zabieg został wykonany w oddziale Kliniki N. z siedzibą w P. W związku z zabiegiem powód poniósł koszty w wysokości 2930 zł. Strona pozwana otrzymała wezwanie do zapłaty kwoty dochodzonej niniejszym pozwem przed dniem 13 grudnia 2013 r.

W ocenie Sądu Rejonowego powód jest uprawniony do dochodzenia zwrotu kosztów opieki zdrowotnej udzielonej poza granicami kraju bezpośrednio w oparciu o przepisy Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r, w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.U.UE L z dnia 4 kwietnia 2011 r.), które regulują kwestie dotyczące dostępu do bezpiecznej transgranicznej opieki zdrowotnej oraz zasady zwrotu kosztów tej opieki. Uregulowania powyższej dyrektywy nie zostały implementowane, do czego Polska była zobowiązana do dnia 25 października 2013 r. wobec czego zgodnie z orzecznictwem Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, mogą być stosowane

bezpośrednio, albowiem z Dyrektywy tej wynikają prawa jednostek wobec państwa, a jej normy są precyzyjne i bezwarunkowe zarówno w zakresie kręgu osób uprawnionych z tytułu ustanowionych tam gwarancji, zakresu tych gwarancji jak również podmiotu zobowiązanego z ich tytułu. Zgodnie z art. 1 ust 2 Dyrektywa ma zastosowanie do świadczenia opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów. Pacjentem jest zaś każda osoba fizyczna, która chce otrzymać lub otrzymuje opiekę zdrowotną w państwie członkowskim (art. 3 h Dyrektywy). Zgodnie natomiast z art. art. 7 ust 1 Dyrektywy zwrot kosztów przysługuje ubezpieczonemu, który korzysta z transgranicznej opieki zdrowotnej. Przez ubezpieczonego należy rozumieć m.in. osoby które spełniają przewidziane w prawodawstwie państwa członkowskiego ubezpieczenia warunki uprawniające do świadczeń (art. 3 b Dyrektywy). Przedmiotem gwarancji jest z kolei zapewnienie zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej. Zasadą jest, że państwo członkowskie ubezpieczenia zapewnia zwrot kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, który korzysta z transgranicznej opieki zdrowotnej, jeżeli dana opieka mieści się w zakresie świadczeń, do których ubezpieczony jest uprawniony w państwie członkowskim ubezpieczenia oraz do poziomu, na którym koszty byłyby pokryte przez państwo członkowskie ubezpieczenia, gdyby ta sama opieka zdrowotna była świadczona na jego terytorium i w takiej wysokości, aby nie przekroczyć rzeczywistego kosztu otrzymanej opieki zdrowotnej (art. 7 ust. 1 i 4 Dyrektywy). W sprawie bezsporna była natomiast dochodzona z tego tytułu kwota jak również fakt, że co do zasady zabieg przeprowadzony u powoda mieścił się w zakresie świadczeń, do których powód, jako ubezpieczony, uprawniony był w Polsce. Sam fakt natomiast istnienia w przepisach krajowych pewnych wymogów do skorzystania ze świadczeń, np. konieczności uzyskania skierowania, nie uzależnia możliwości dochodzenia zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej od spełniania tych wymogów, gdyż konieczne byłoby w tym przedmiocie ustanowienie szczególnej regulacji w oparciu o przepisy Dyrektywy. Państwo polskie do dnia dzisiejszego takich ograniczeń nie wprowadziło, a uchybiając zobowiązaniu do transponowania dyrektywy, nie może naruszać wynikających z niej praw jednostek, opierając się na uprawnieniu do ograniczenia gwarancji, z jakiego mogłoby skorzystać, gdyby wydało przepisy niezbędne do wdrożenia dyrektywy.

Chybiony był także w ocenie Sądu Rejonowego zarzut strony pozwanej co do braku jej legitymacji biernej w niniejszej sprawie oraz braku możliwości

bezpośredniego stosowania Dyrektywy w sporze z Narodowym Funduszem Zdrowia. W orzecznictwie Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości szeroko interpretuje się pojęcie państwa, nie tylko jako władze centralne i lokalne (samorządowe) ale także zakłady i przedsiębiorstwa publiczne, niezależnie od ich formy prawnej, jeżeli wykonują powierzone im funkcje publiczne pod nadzorem władz państwowych i dysponują w związku z tym specjalnymi kompetencjami, wykraczającymi poza to, co wynika z ogólnych norm mających zastosowanie w stosunkach pomiędzy podmiotami prywatnymi. Z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wynika, że podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych są właściwi ministrowie lub Narodowy Fundusz Zdrowia (art. 14 ustawy), przy czym obowiązkiem tego ostatniego podmiotu jest finansowanie świadczeń dla ubezpieczonych. Nie ulega zatem wątpliwości, że Narodowy Fundusz Zdrowia jako państwowa jednostka organizacyjna, której powierzono finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych stanowi w tym zakresie „emanację państwa” i w konsekwencji odpowiada za zobowiązania państwa w stosunku do jednostki wynikające z Dyrektywy.

O odsetkach Sąd Rejonowy orzekł na podstawie art. 481 k.c. przyjmując, że strona pozwana była zobowiązana do zapłaty od dnia wezwania do zapłaty (art. 455 k.c.).

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 98 k.p.c.

Apelację od powyższego wyroku wniosła strona pozwana Narodowy Fundusz Zdrowia M. Odział Wojewódzki w K. i zaskarżając go w całości zarzucił naruszenie przepisów postępowania, które miało wpływ na wynik sprawy tj. art. 1 i 2 § 1 w związku z art. 199 § 1 pkt 1 k.p.c. poprzez uznanie niniejszej sprawy za sprawę cywilną należącą do właściwości sądów powszechnych, podczas gdy sprawa ta powinna być rozpoznana przez sąd administracyjny, co w konsekwencji doprowadziło do nieważności postępowania na podstawie art. 379 pkt 1 k.p.c.; naruszenie prawa materialnego, poprzez błędną jego wykładnię lub niewłaściwe zastosowanie, w szczególności: art. 5a oraz art. 7 Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 roku w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.Urz.UE.L, Nr 88, str. 45 z dnia 4 kwietnia 2011 r) poprzez błędne przyjęcie, sprzeczne również z Acquis (communautaire) - w zakresie wynikającym z wyroków Trybunału w sprawach *Francovich* i *Bonifaci v. Republika Włoska* (tezy 24-28 i 43) i *Foster v. British Gas* (tezy 1-20) - że Dyrektywę

Transgraniczną można stosować bezpośrednio, albowiem z jej przepisów wynikać mają jakoby określone w sposób bezwarunkowy, jasny i przejrzysty uprawnienia jednostki do żądania od państwa członkowskiego zwrotu kosztów leczenia transgranicznego, podczas gdy przepisy te mają charakter warunkowy, nasuwają wątpliwości interpretacyjne, i wymagają działania państwa w ich dookreśleniu i wprowadzeniu poprzez wydanie stosownego aktu prawnego, w tym również wskazania podmiotu zobowiązanego do świadczenia polegającego na zwrocie kosztów, co z kolei wyklucza ich bezpośrednie stosowanie; art. 14 w zw. z art. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2008, Nr 164, poz. 1027 ze zm.), poprzez błędne przyjęcie, że obowiązkiem wyłącznie Narodowego Funduszu Zdrowia jest finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla osób ubezpieczonych; art. 58 i 60 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2008, Nr 164, poz. 1027 ze zm.), art. 68 ust 1 i ust. 2 zd. 1 Konstytucji i art. 5 k.c. poprzez błędne przyjęcie, że możliwym jest uzyskanie za granicą świadczenia planowego w ramach leczenia szpitalnego bez wymaganego skierowania do szpitala, podczas gdy świadczenie takie nie jest finansowane przez Fundusz w kraju i że w Polsce nie przysługuje ono ubezpieczonym na podstawie ustawy o świadczeniach.

W oparciu o powyższe zarzuty skarżący wnosił o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez odrzucenie pozwu ewentualnie na wypadek uznania zarzutu naruszenia przepisów postępowania za nieuzasadnione oddalenie powództwa, oraz w obu przypadkach o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania według norm przepisanych, a także zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych, względnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania oraz rozstrzygnięcia o kosztach postępowania apelacyjnego.

W piśmie wniesionym w dniu 23.07.2014 r. stanowiącym uzupełnienie apelacji w zakresie zarzutów naruszenia prawa materialnego skarżący podniósł, że *Acquis (communautaire)* w zakresie wynikającym z wyroku Trybunału w sprawie *A. Foster and others v. British Gas plc* (C-188/89, ECR 1990, s. 1-03313) naruszono zwłaszcza w zakresie tezy 1 zdanie 2 tego orzeczenia, wedle której [bezwarunkowe i wystarczająco precyzyjne postanowienia dyrektywy] „w każdym przypadku mogą być powoływane przeciwko ciału, niezależnie do jego formy prawnej, które stało się

odpowiedzialne, **na podstawie środka przyjętego przez państwo (pursuant to a measure adopted by the State)**, za wykonywanie zadań służby publicznej pod kontrolą państwa i wyposażone zostało w tym celu w specjalne uprawnienia wykraczające poza te, które wynikają ze zwykłych norm stosowanych pomiędzy jednostkami”, podczas gdy, zgodnie z prawem polskim, Funduszowi nie powierzono jeszcze żadnych zadań w zakresie zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, nie wyposażono go w żadne uprawnienia umożliwiające realizację tych zadań, a tym bardziej w uprawnienia specjalne, wykraczające poza te, które wynikają ze zwykłych norm stosowanych pomiędzy jednostkami, ani nie przewidziano w tym celu żadnych środków w planie finansowym zatwierdzanym przez organy państwa, to jest ministra właściwego do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, co wynika przede wszystkim z zaniechania legislacyjnego, za co odpowiedzialność ponieść może tylko Skarb Państwa; Acquis (communautaire) w zakresie wynikającym z wyroku Trybunału w sprawie Y. Van Duyn v. Home Office (41/74, ECR 1974, s. 01337) naruszono zwłaszcza przez niezastosowanie tezy 13 tego orzeczenia, zgodnie z którą bezpośrednia skuteczność dyrektywy może zachodzić, gdy **„przepis ustanawia zobowiązanie nieopatrzone żadnym zastrzeżeniem ani warunkiem i które z natury nie wymaga wydania żadnego aktu ani przez instytucje Wspólnoty, ani przez państwa członkowskie”**, a tymczasem Dyrektywa 2011/24/UE została opatrzona warunkami i zastrzeżeniami, a nadto wymaga wydania aktu przez państwa członkowskie, których niewydanie jest ich zaniechaniem legislacyjnym, za które odpowiedzialność ponieść może tylko Skarb Państwa; Acquis (communautaire) w zakresie wynikającym z wyroku Trybunału w sprawie A. Francovich i D. Bonifaci v. Republika Włoska (C-6/90 i C-9/90, ECR 1991, s. I-05357) naruszono zwłaszcza w zakresie tezy 26 zd. 2 i tezy 27, wedle których nie wskazanie w dyrektywie podmiotu zobowiązanego do świadczenia stanowi dostateczny powód odmówienia dyrektywie waloru bezpośredniego skutku, a także w zakresie tezy 28 i n., wedle których skutki niedokonania transpozycji dyrektywy należy rozpatrywać wtedy na płaszczyźnie naprawienia szkody za zaniechanie państwa, czemu w krajowym systemie prawa cywilnego odpowiada instytucja odpowiedzialności Skarbu Państwa za zaniechanie legislacyjne (art. 417¹ § 4 k.c.), albowiem podmiot zobowiązany do świadczenia polegającego na zwrocie pacjentowi kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej nie jest wskazany ani przez prawo wspólnotowe, ani przez prawo krajowe, a - tym bardziej - żaden przepis prawa nie

wskazuje na Fundusz jako podmiot zobowiązany do takiego świadczenia, zaś zobowiązania takiego nie da się wywieść z generalnej i wyłącznej kompetencji NFZ w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, bo zgodnie z prawem krajowym, takowej on nie posiada, dzieląc ją m.in. w właściwych ministrami.

W odpowiedzi na apelację strona powód J. B. wniósł o oddalenie apelacji oraz zasądzenie od pozwanego kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

Strona pozwana złożyła dnia 24.11.2014r. kolejne pismo, w którym powołała się zmianę przepisów prawa, która nastąpiła wobec wejścia w życie dnia 15.11.2014r. ustawy z dnia 10 października 2014r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz o zmianie niektórych ustawy (Dz.U z 31.10.2014r. poz. 1491). Zgodnie z art. 10 ust. 1 tej ustawy przepisy ustawy stosuje się także do świadczeń opieki zdrowotnej, których udzielanie na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej rozpoczęło się po dniu 24.10.2013r. W ocenie strony pozwanej oznacza to poddanie pod zmieniony reżim prawny stanów faktycznych sprzed wejścia w życie ustawy, a zgodnie z art. 42d o zwrocie świadczeń udzielonych zagranicą rozstrzyga w drodze decyzji administracyjnej Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego Funduszu i Prezes Funduszu. Pozew zatem powinien zostać odrzucony z uwagi na brak drogi sądowej.

II. Wpływ odpowiedzi na rozstrzygnięcie sprawy:

Uwzględnienie zarzutu strony pozwanej dotyczącego niedopuszczalności drogi sądowej, którą wywodzi ona z brzmienia art. 10 ust. 1 ustawy z 10 października 2014r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zmianie niektórych ustaw musiałoby doprowadzić do zastosowania przez Sąd Okręgowy art. 386 § 3 kpc, czyli uchylenia zaskarżonego wyroku i odrzucenia pozwu. Sformułowanie takiego zarzutu formalnego zawsze wymaga od sądu przesądzenia w pierwszej kolejności, czy istnieje droga sądowa do dochodzenia roszczenia zgłoszonego przez powoda, bo dopiero pozytywne ustalenie iż wniesiona sprawa ma charakter sprawy cywilnej pozwala na merytoryczne rozstrzygnięcie o zasadności lub braku zasadności powództwa. Właśnie na tym etapie Sąd Okręgowy powziął wątpliwości. Nie można podzielić bowiem stanowiska powoda, że wystarczającym jest, aby dopuszczalność drogi sądowej istniała w chwili wnoszenia

powództwa, gdyż niedopuszczalność drogi sądowej jest przesłanką bezwzględną, którą sąd bada z urzędu na każdym etapie postępowania, nie wystarczy zatem by istniała ta droga w chwili wniesienia powództwa musi też istnieć i w chwili orzekania – w tym wypadku przez Sąd II instancji, który rozpoznaje apelację strony pozwanej (art. 199 § 1 pkt. 1 kpc w zw. z art. 202 zdanie trzecie kpc).

III. Wątpliwości prawne:

Zagadnienie przedstawione do rozstrzygnięcia Sądowi Najwyższemu w pytaniu prawnym sformułowanym w niniejszej sprawie ma istotne znaczenie dla jej rozstrzygnięcia, a nadto przedstawiony w pytaniu prawnym problem prawny nie był dotąd przedmiotem rozstrzygnięcia Sądu Najwyższego, budzi poważne wątpliwości i może prowadzić do rozbieżności w orzecznictwie sądów, wynikających z odmiennej interpretacji przepisu intertemporalnego art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 10 października 2014r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz o zmianie niektórych ustawy (Dz.U z 31.10.2014r. poz. 1491) przez przyjęcie istnienia drogi sądowej lub uznanie jej niedopuszczalności, co spowoduje, że w sprawach o identycznym lub zbieżnym stanie faktycznym mogą zapadać orzeczenia wydawane zarówno przez sądy powszechne jak i organy administracyjne.

Rozważyć należy, że początkowym punktem odniesienia w niniejszej sprawie powinna stać się Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9.03.2011r. 2011/24/UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (zwana w dalszej części uzasadnienia „dyrektywą”). Dyrektywa miała na celu zapewnienie realizacji swobody przepływu usług w sferze opieki zdrowotnej na terytorium Unii Europejskiej poprzez stworzenie możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej oraz możliwości uzyskania przez pacjenta zwrotu kosztów takich świadczeń. Wejście w życie dyrektywy nastąpiło – zgodnie z art. 22 dyrektywy dwudziestego dnia po jej opublikowaniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej tj. dnia 24 kwietnia 2011r. Zgodnie zaś z art. 21 ust. 1 dyrektywy państwa członkowskie wprowadzają w życie przepisy ustawowe, wykonawcze i administracyjne niezbędne do wykonania dyrektywy najpóźniej do dnia 25 października 2013r.

Implementacja dyrektywy do prawa krajowego nie nastąpiła w wyznaczonym terminie. Dopiero dnia 15 listopada 2014 roku weszła w życie ustawa z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2014 r., poz. 1491) – (zwana w dalszej części uzasadnienia ustawą) oraz wydane na jej podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia: w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz.U. 2014, poz. 1545) oraz w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz.U. 2014, poz. 1551). Te przepisy implementowały do polskiego systemu prawnego założenia Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej i na mocy tych przepisów polski pacjent będzie mógł uzyskać od Narodowego Funduszu Zdrowia zwrot kosztów świadczenia opieki zdrowotnej mieszczącego się w Polsce w katalogu świadczeń gwarantowanych uzyskanego odpłatnie na terenie innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej.

Cytowana ustawa zawiera nie tylko przepisy materialne, ale również ustanawia procedurę administracyjną do dochodzenia tego typu roszczeń. Zgodnie z art. 42a pkt. 1 Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju na zasadzie zwrotu kosztów, o którym mowa w art. 42b. Ustęp 1 przepisu art. 42b wskazuje, że świadczeniobiorca jest uprawniony do otrzymania od Funduszu zwrotu kosztów świadczenia opieki zdrowotnej, będącego świadczeniem gwarantowanym, udzielonego na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej. W kwestii sposobu dochodzenia tego roszczenia wprowadzony cytowaną ustawą art. 42d ust. 1 rozstrzyga, że decyzję administracyjną w sprawie zwrotu kosztów wydaje, na wniosek świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy na terytorium RP. Od decyzji tej przysługuje odwołanie do Prezesa Funduszu (art. 42 d ust. 19), którego decyzja jest ostateczna i od której przysługuje skarga do sądu administracyjnego (art. 42j ust. 7).

Kluczowym dla stosowania ustawy jest oczywiście art. 10 ust. 1, Sąd Okręgowy przytacza pełną jego treść, gdyż właśnie w zakresie jego brzmienia pojawiły się wątpliwości interpretacyjne. Zgodnie z art. 10 ust. 1: „*Przepisy art. 42b ust. 1-8, art.*

42c i 42d ust. 1-3, ust. 4 pkt. 1-7, 9-13, ust. 5 5-11 i ust. 13-25 ustawy, o której mowa w art. 1 (przypis: czyli ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz.U z 2008, Nr 164, poz. 1027 z późn.zm), w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się także do świadczeń opieki zdrowotnej, których udzielanie na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej rozpoczęło się po dniu 24 października 2013r.”

Rozważając stan prawny w jakim znalazł się powód, który skorzystał ze świadczeń opieki zdrowotnej 6 grudnia 2013r. w innym państwie członkowskim należy wskazać:

1.W chwili skorzystania przez niego ze świadczenia w polskim systemie prawnym obowiązywały przepisy art. 25 – 26a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz.U z 2008, Nr 164, poz. 1027 z późn.zm). Zgodnie z art. 25 ust. 1 i 2 Fundusz finansował koszty leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, udzielonych zgodnie z przepisami o koordynacji, a także Prezes Funduszu wydawał świadczeniobiorcy zgodę na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych albo kontynuację leczenia lub badań diagnostycznych w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej. Decyzje Prezesa Funduszu były ostateczne i przysługiwała od nich skarga do sądu administracyjnego. Zgodnie z powyższymi przepisami skorzystanie ze świadczeń na terytorium innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej wymagało wniosku świadczeniobiorcy i zgody Prezesa Funduszu. Na podstawie przepisu art. 26a wydane zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007r. w sprawie wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz.U z 31.12.2007r. Nr 249 poz. 1867). Zgodnie z § 12 ust. 1 tegoż aktu wykonawczego „oddział Funduszu pokrywa koszty leczenia lub badań diagnostycznych niewykonywanych w kraju, a uzyskanych w innym państwie niż państwo członkowskie UE/EFTA, na podstawie faktury wystawionej przez zagraniczną placówkę opieki medycznej”, a „kwota odpowiadająca wysokości kosztów podlegających zwrotowi jest przekazywana na rachunek wskazany przez zagraniczną placówkę opieki medycznej w terminie 14 dni od dnia dokonania weryfikacji faktury przez oddział Funduszu”.

Kierując się brzmieniem powyższych przepisów trzeba przyjąć, że aby uzyskać możliwość skorzystania ze świadczeń zdrowotnych poza granicami naszego kraju

pacjent zobowiązany był złożyć wniosek o udzielenie zgody przez Prezesa Funduszu na podjęcie przez niego leczenia w placówce zagranicznej i musiał uzyskać tę zgodę, która wydawana była w formie decyzji administracyjnej zaskarżalnej do sądu administracyjnego. Wynikającą z przepisów konsekwencją skorzystania przez pacjenta ze świadczeń było powstanie konieczności uregulowania zobowiązań za udzielone świadczenia, które regulował Fundusz, ale nie wypłacając środków świadczeniobiorcy, tylko na podstawie wystawionej faktury przez placówkę zagraniczną - po jej weryfikacji – wpłacał bezpośrednio świadczeniodawcy, czyli placówce, która świadczeń udzieliła.

Kwestie udzielania zgód przez Prezesa Funduszu, a także finansowania świadczeń były przedmiotem rozważań sądów administracyjnych. Między innymi w orzeczeniach Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 25 stycznia 2012r. VI SA/Wa 1776/11, Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 30 marca 2006r. II GSK 403/05, Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 4 marca 2014 r. VI SA/Wa 1766/13, Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 6 grudnia 2011r. II GSK 82/11, Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 30 kwietnia 2009r. I OSK 1407/08, Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 31 maja 2011r. II GSK 305/10, Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 30 marca 2006r. II GSK 403/05. Sądy te stawały na stanowisku, że „żaden przepis ustawy nie przyznaje osobom ubezpieczonym prawa do żądania zwrotu środków poniesionych na opiekę zdrowotną poza systemem ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”, chociaż stwierdzić należy, że wydzźwięk uzasadnień wskazywałyby na dopuszczalność badania w każdej konkretnej sprawie, czy uzyskane świadczenia w innym państwie członkowskim – przed uzyskaniem decyzji Prezesa Funduszu o zgodzie – nie realizowały konstytucyjnej zasady prawa każdego obywatela do ochrony zdrowia wyrażonej w art. 68 Konstytucji RP.

Podsumowując tę część należy zatem stwierdzić, że do chwili wejścia w życie ustawy z dnia 10 października 2014r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych oraz niektórych ustaw, która uchyliła przepisy art. 25-26a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz.U z 2008, Nr 164, poz. 1027 z późn.zm) – (art. 1 ustawy zmieniającej) dla uzyskania pomocy zdrowotnej poza granicami naszego kraju, w innym państwie członkowskim należało przejść określoną

cytowanymi powyżej przepisami procedurę administracyjną, w wyniku której uzyskiwało się zgodę na uzyskanie świadczeń, a Fundusz finansował te świadczenia wypłacając środki pieniężne nie świadczeniobiorcy lecz świadczeniodawcy, czyli zagranicznej placówce, która leczenie, czy diagnostykę wykonała.

2. W chwili skorzystania przez powoda ze świadczeń zdrowotnych udzielonych mu na terenie C. istniała już oczywiście Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9.03.2011r. 2011/24/UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, która ustanowiła (art. 1) przepisy ułatwiające dostęp do transgranicznej opieki zdrowotnej i nakazujące państwu członkowskiemu zapewnienie, aby koszt opieki zdrowotnej był zwracany (art. 5 a) ubezpieczonemu (Rozdział III dyrektywy „Zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej”). W stosunku zatem do obowiązujących przepisów prawa polskiego było to rozwiązanie odmienne polegające na wprowadzeniu zasady zwrotu kosztów na rzecz pacjenta, a nie jak dotąd na rzecz świadczeniodawcy – zagranicznej placówki.

Analizując dwa powyższe punkty stwierdzić zatem należy, że powód, który przeszedł 6 grudnia 2013r. zabieg usunięcia zaćmy w C. znalazł się w sytuacji, w której zgodnie z obowiązującymi przepisami art. 25 – 26a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz.U z 2008, Nr 164, poz. 1027 z późn.zm) i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007r. w sprawie wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz.U z 31.12.2007r. Nr 249 poz. 1867) nie mógł się domagać od Funduszu zwrotu kosztów jakie poniósł na udzielone mu świadczenia, nie istniała bowiem do tego podstawa prawna w tych aktach normatywnych, a jednocześnie obowiązująca Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9.03.2011r. 2011/24/UE przyznawała mu takie prawo, jednakże jego realizacja nie znajdowała oparcia w przepisach krajowych, które nie zostały wydane. Istnieją poważne wątpliwości Sądu Okręgowego, czy do dochodzenia roszczenia o zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej powód mógłby wykorzystać drogę administracyjną, skoro brak było przepisu kompetencyjnego, który rozpoznanie tego typu spraw przekazywałby do rozpoznania organom administracyjnym. Potwierdzeniem powyższego zdaje się być zresztą stanowisko zajęte w niniejszej sprawie przez Fundusz, który na skutek wniosku o zwrot kosztów złożonego przez

powoda J. B. nie zajął stanowiska poprzez wydanie decyzji w jego sprawie, a jedynie sporządził pismo z odpowiedzią (datowane dnia 19 grudnia 2013r. k.14 akt), w którym wskazał, że w świetle ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie ma on prawa do żądania zwrotu środków poniesionych na opiekę zdrowotną. W kolejnym piśmie z dnia 27 stycznia 2014r. (k.15 akt) Fundusz powołał się na brak upoważnienia ustawowego do rozpoznania wniosku powoda i finansowania kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej udzielonej na terenie C.

W istocie ten właśnie brak przepisów procedury administracyjnej do dochodzenia roszczeń o zwrot kosztów leczenia transgranicznego powinien skutkować przyjęciem, że została spełniona przesłanka do zastosowania domniemania istnienia drogi sądowej i złożony przez powoda J. B. pozew o zapłatę dnia 17.02.2014r. (koperta k.21 akt) mógł być rozpatrywany na drodze procesu cywilnego. Nałożony na sąd powszechny obowiązek badania, czy przedstawiona do rozstrzygnięcia sprawa jest sprawą cywilną w rozumieniu art. 1 kpc prowadzi, w razie ustalenia, że sprawa nie ma takiego charakteru nie tylko do odrzucenia pozwu z powodu niedopuszczalności drogi sądowej (art. 199 § 1 pkt. 1 kpc), ale też łączy w sobie konieczność wskazania organu administracyjnego, do którego właściwości rozpoznanie tej sprawy zostało ustawowo zastrzeżone. Niemożność wskazania takiego organu w niniejszej sprawie, wobec braku przepisów ustawowych, przesądzałyby o braku podstaw do odrzucenia pozwu z powodu niedopuszczalności drogi sądowej, chociaż trudno Sądowi Okręgowemu do końca zaakceptować interpretację, że roszczenie powoda ma charakter cywilny. Chociaż sprawy o zapłatę, są sprawami cywilnymi, to jednak materialne znaczenie sprawy cywilnej opiera się na wywoływaniu skutków w zakresie stosunków cywilnoprawnych (osobistych, rodzinnych i majątkowych), których podmioty występują jako równorzędni partnerzy w stosunkach znajdujących źródło w prawie cywilnym. Wystąpienie o zwrot wydatków kosztów leczenia zagranicą nie znajduje zaś oparcia w żadnym ze stosunków regulowanych przepisami kodeksu cywilnego czy innych ustaw dotyczących stosunków cywilnych lecz ma swe oparcie we władczych decyzjach państwa, podejmowanych jednostronnie i przyznających takie uprawnienie określonym podmiotom. Zatem ani charakter sprawy nie wskazuje na istnienie stosunku cywilnoprawnego, ani występujące podmioty: osoba fizyczna – Narodowy fundusz Zdrowia nie mogą być uznane za podmioty równorzędne, których działania cywilne

doprowadziły do sporu. Kierując się jednak w sytuacji przeciwstawienia dwóch wartości: konieczności ochrony prawa osoby fizycznej – pacjenta, który na skutek działania państwa nie ma możliwości dochodzenia roszczenia na innej drodze niż droga cywilna, a z drugiej strony biorąc pod uwagę, że dochodzone przez niego roszczenie charakteru cywilnego roszczenia nie posiada, Sąd Okręgowy podobnie jak i Sąd Rejonowy wydając zaskarżone orzeczenie, opowiedziałby się jednak za udzieleniem ochrony pacjentowi, poprzez rozpoznanie sprawy na drodze procesu cywilnego.

Sytuacja prawna jednak w chwili rozpoznawania sprawy przez Sąd II instancji uległa zmianie, na skutek wspomianej już ustawy z dnia 10 października 2014r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych oraz niektórych ustaw. Brzmienie przepisów tego aktu prawnego – cytowanych już wcześniej – a ustanawiających i przepisy materialne i procedurę administracyjną do dochodzenia zwrotu wydatków na koszty opieki zdrowotnej udzielonej w innym państwie członkowskim wskazuje jednoznacznie, że ustawodawca wprowadził przepisy kompetencyjne, które rozpoznanie tych spraw skierowały na drogę administracyjną, co oczywiście wyklucza istnienie drogi sądowej, na pewno od chwili wejścia w życie ustawy. Ustawodawca jednak przyjął dalej idące rozwiązanie przy wprowadzeniu art. 10 ust. 1 ustawy, który nakazuje przepisy procedury administracyjnej ustanowionej ustawą z dnia 10 października 2014r. i przepisy materialne zawarte w tej ustawie stosować wstecz. Strona pozwana w niniejszej sprawie stała na stanowisku, że wsteczne działanie ustawy dotyczy wszystkich przypadków świadczeń transgranicznych udzielonych po dniu 24 października 2013r. Trudno temu stanowisku odmówić racji jeśli rozważy się, że takie rozwiązanie prowadziło do ujednoczenia kwestii wypłaty świadczeń, które do dnia 24 października 2013r. poddane byłyby działaniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (w której przewidywane były dodatkowe wymagania w postaci konieczności uzyskania zgody Prezesa Funduszu w drodze decyzji zaskarżalnej do sądu administracyjnego, a świadczenie wypłacane byłoby świadczeniodawcy zagranicznemu), a od dnia 24 października 2013r. sprawy rozpoznawane byłyby na podstawie tej samej ustawy – zmienionej jedynie ustawą z dnia 10 października 2014r., ale przy zachowaniu również procedury administracyjnej. Za taką koncepcją przemawia również

przekonanie Sądu Okręgowego, że sprawa wniesiona przez powoda nie ma charakteru sprawy cywilnej w znaczeniu materialnym.

To co budzi wątpliwości Sądu oparte jest na niejasnym zapisie art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 10 października 2014r., który mówi o „świadczeniach opieki zdrowotnej, których udzielanie (...) rozpoczęło się po dniu 24 października 2013r.” Można bowiem takie sformułowanie zinterpretować jako dotyczące świadczeń, których udzielanie rozpoczęło się i nie zostało zakończone, leczenie lub diagnostyka trwa, więc nie można było do tej pory określić wysokości poniesionych kosztów. Nie powstało zatem roszczenie o zwrot kosztów w okresie kiedy obowiązywała dyrektywa, a brak było jeszcze przepisów prawa krajowego do dochodzenia tych roszczeń. W sprawach tych zatem nie został złożony wniosek uprawnionego pacjenta i nie została wydana decyzja administracyjna organu NFZ. Z drugiej strony możliwe też jest przyjęcie stanowiska strony pozwanej, że ustawodawca chciał zastosowania ustawy do wszystkich świadczeń, nie stworzył bowiem przepisu przejściowego, który upoważniałby do rozpoznania sprawy wniesionej pod rządem starych przepisów w oparciu o dotychczas obowiązujące przepisy z pominięciem przepisów nowo wprowadzonych do systemu prawnego.

Kolejna wątpliwość wyłaniająca się przy uczynieniu założenie, że wolą ustawodawcy było przekazanie do tryby administracyjnego wszystkich spraw o zwrot kosztów świadczeń transgranicznych udzielonych po 24 października 2013r. bez żadnych wyjątków, to wątpliwości, jak zastosować przepisy materialne nowej ustawy - nakładające na osobę, która chce skorzystać ze świadczeń transgranicznych szereg obowiązków w zakresie gromadzenia dokumentacji i zezwoleń, kiedy osoba ta już ze świadczeń skorzystała, więc nie może powrócić do etapu uzyskiwania zezwolenia, czy zgody na świadczenia. Jej działanie oparte było zresztą na dyrektywie, która takich ograniczeń pacjentom nie stawiała – chociaż przyznała państwu członkowskiemu prawo do wprowadzenia tych ograniczeń. W okresie jednak do wejścia w życie ustawy zmieniającej tych ograniczeń nie było, a po jej wejściu w życie ustawodawca nakazuje wprowadzone ograniczenia stosować wstecz. Oczywiście Sąd Okręgowy zauważa, że jest to już kwestia dalsza – dotycząca rozpoznania merytorycznego i przesądzenia jakie prawo materialne miałyby stać się podstawą orzeczenia, tym bardziej, że istnieje tylko możliwość oparcia się o dyrektywę (przy rozważeniu czy możliwe jest jej bezpośrednie zastosowanie) lub o przepisy materialne nowego prawa

implementującego dyrektywę, a mające charakter administracyjny – jednakże nasuwa się ona automatycznie przy rozważaniu istnienia drogi sądowej.

Podsumowując Sąd Okręgowy skłania się ku zaakceptowaniu poglądu, że droga sądowa w chwili obecnej jest niedopuszczalna, bo ustawodawca w art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 10 października 2014r. wykluczył drogę sądową poddając sprawę zwrotu kosztów świadczeń transgranicznych pod ustanowioną procedurę administracyjną w zakresie wszystkich świadczeń, również tych, które są udzielane i zostały już udzielone, a leczenie czy diagnostyka zostały zakończone, chociaż jednocześnie Sąd Okręgowy pozostaje z wątpliwościami poprawności takiej interpretacji mając na uwadze, że osoba, która skorzystała ze świadczeń przed 24 października 2013r., zakończyła uzyskiwanie tych świadczeń, zwróciła się o zwrot kosztów na podstawie korzystnych dla niej prawnie warunków – stworzonych przez dyrektywę – i nie uzyskała tych świadczeń wobec stwierdzenia przez organ powołany do wypłaty świadczeń zdrowotnych, że nie istnieje podstawa ustawowa do wszczęcia procedury administracyjnej, została postawiona w sytuacji, kiedy swoich roszczeń dochodzić mogła jedynie przed sądem powszechny. Uznanie, że w trakcie procesu droga sądowa stała się niedopuszczalna, powoduje kolejne odesłanie uprawionego na drogę administracyjną, której mu odmówiono, z powodu braku podstaw ustawowych. Nie sposób nie zauważyć, że interpretacja przepisu art. 10 ust. 1 zgodnie ze stanowiskiem strony pozwanej jest dla powoda niekorzystna i to jego obarcza konsekwencjami nie zachowania przez ustawodawcę terminu do implementacji dyrektywy do prawa krajowego, co zarówno w świetle założeń dyrektywy jak i art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej musi budzić słuszne zastrzeżenia co do sprawiedliwego wymiaru stosowania przepisów prawa. Przyjmując takie stanowisko w odniesieniu do niejednoznacznego przepisu intertemporalnego art. 10 ust. 1 należałoby być może wszelkie wątpliwości w tej materii tłumaczyć na korzyść uprawionego - pacjenta.

Mając na uwadze powstałe wątpliwości wokół zagadnienia prawnego dotyczącego dopuszczalności drogi sądowej w niniejszej sprawie Sąd Okręgowy kierując się art. 390 § 1 kpc postanowił zwrócić się z pytaniem prawnym sformułowanym w sentencji postanowienia z dnia 10 lutego 2015r. wydanego do sygn.akt. [...].