

Sygn. akt I ACa 914/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 3 lutego 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Tomasz Żelazowski (spr.)
Sędziowie:	SA Eugeniusz Skotarczak SA Maria Iwankiewicz
Protokolant:	sekr.sądowy Magdalena Stachera

po rozpoznaniu w dniu 29 stycznia 2015 r. na rozprawie w Szczecinie

sprawy z powództwa (...) w S.

przeciwko Gminie Miasto S.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie

z dnia 28 października 2013 r., sygn. akt I C 762/13

I. umarza postępowanie apelacyjne co do kwoty 50.489,81 zł (pięćdziesiąt tysięcy czterysta osiemdziesiąt dziewięć złotych i osiemdziesiąt jeden groszy) wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 9 kwietnia 2013 r.;

II. oddala apelację w pozostałym zakresie;

III. zasądza od pozwanej na rzecz powoda kwotę 1.084 zł (tysiąc osiemdziesiąt cztery złote) tytułem kosztów procesu w postępowaniu apelacyjnym.

Maria Iwankiewicz Tomasz Żelazowski Eugeniusz Skotarczak

I ACa 914/13

UZASADNIENIE

Powód (...) w S. w dniu 24 czerwca 2013 roku wniósł pozew przeciwko pozwanej Gminie Miasto S. – Miejskiemu Ośrodkowi Pomocy Rodzinie, domagając się zasądzenia od pozwanego na rzecz powoda kwoty 81.222 złotych wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 09 kwietnia 2013 roku do dnia zapłaty oraz kosztów procesu według

norm przepisanych, w tym kosztów zastępstwa procesowego. W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że w związku z pobytem w szpitalu bezdomnego o nieustalonych personaliach w dniu 26 sierpnia 2011 roku zwrócił się do pozwanego z prośbą o wskazanie niezwłocznie miejsca przekazania pacjenta oraz wnioskował o objęcie go ubezpieczeniem. Po wydaniu w dniu 3 stycznia 2012 roku przez Sąd Rejonowy Szczecin - Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie Wydział VIII Rodzinny i Nieletnich postanowienia o nadaniu pacjentowi imienia (...) i nazwiska (...) oraz ustaleniu, że pacjent urodził się w dniu (...) w G. pozwany w dniu 4 czerwca 2012 roku wydał decyzję o przyznaniu pacjentowi zasiłku stałego oraz objęcia go ubezpieczeniem zdrowotnym od dnia 1 stycznia 2012 roku. Według powoda - w dniu 16 lipca 2012 roku. Powód wskazał, że uzyskał refundację kosztów leczenia pacjenta z NFZ za okres pobytu pacjenta w szpitalu od 01 stycznia 2012 roku do dnia 16 lipca 2012 roku, natomiast koszty przebywania pacjenta w szpitalu w okresie od 23 maja 2011 roku do 31 grudnia 2011 roku wyniosły 81.221,81 złotych. Wskazał, iż na wartość poniesionej przez powoda szkody składają się następujące koszty poniesione przez powoda na leczenie i pobyt pacjenta w szpitalu:

1. Badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne - 754,00 złotych.
2. Badania laboratoryjne - 525,70 złotych.
3. Leki i materiały jednorazowe — 4.405,00 złotych.
4. Koszty pobytu - 133,24 złotych.
5. Koszty osobodni pobytu (koszt jednostkowy osobodnia opieki danego oddziału x liczba osobodni), liczony zgodnie z § 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej — 72.784,74 złotych.
6. Narzut kosztów pośrednich, liczony zgodnie z § 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej - 147,21 złotych.
7. Narzut kosztów zarządu, liczony zgodnie z § 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej - 2.471 92 złotych.

Powód podał, że w dniu 28 marca 2012 roku przekazał pozwanemu fakturę VAT nr (...) — 0022/03/2013 z dnia 25 marca 2013 roku tytułem hospitalizacji pacjenta S. M. (1) na Oddziale Neurologii w okresie od 23 maja 2011 roku do 31 grudnia 2011 roku wraz z kalkulacją kosztów, w której termin płatności kwoty 81.365,81 złotych został określony na dzień 08 kwietnia 2013 roku. Powód podniósł, iż w dniu 29 marca 2013 roku Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie odesłał fakturę oraz poinformował powoda, że (...) nie jest instytucją zobowiązaną do spłaty zadłużenia nieubezpieczonych osób fizycznych. Powód podał, że w dniu 11 kwietnia 2013 roku skorygował fakturę, ustalając kwotę kosztów hospitalizacji na Oddziale Neurologii pacjenta S. M. (1) na kwotę 81.221,81 złotych. Powód podał, że w dniu 24 kwietnia 2013 roku Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie odesłał fakturę oraz poinformował powoda, że MOPR nie jest instytucją zobowiązaną do spłaty zadłużenia nieubezpieczonych osób fizycznych. Powód podał, że w dniu 26 kwietnia 2013 roku powód wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 81.211,81 złotych wraz z odsetkami ustawowymi od tej kwoty liczonymi od dnia 09 kwietnia 2013 roku do dnia zapłaty pod rygorem skierowania sprawy na drogę postępowania sądowego, jednak pozwany odmówił uiszczenia powodowi należnej kwoty. W zakresie podstawy prawnej dochodzonej należności powód wskazał, iż zgodnie z art. 66 ust. 1 pkt 29 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osoby bezdomne, które nie zostały objęte programem wychodzenia z bezdomności nie podlegają obowiązkowi ubezpieczeniowemu, jednak w myśl art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, a także obowiązującym w dniu przyjęcia pacjenta do szpitala przepisem art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej podmiot leczniczy, jakim jest powód, nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, jak to miało miejsce w przedmiotowej sprawie. Powód powołał się na przepisy § 6 ust. 1 pkt 1 lit. f Statutu pozwanego, zgodnie z którym w ramach zadań statutowych pozwany

realizuje zadania wynikające z ustawy o pomocy społecznej w zakresie przyznawania i wypłacania zasiłków celowych na pokrycie wydatków na świadczenia zdrowotne osobom bezdomnym oraz innym osobom nie mającym dochodu i możliwości uzyskania świadczeń na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Powód wskazał także na przepis art. 50 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym świadczeniobiorca, który nie jest ubezpieczony, a spełnia kryterium dochodowe osoby samotnie gospodarującej zgodnie z art. 8 ustawy o pomocy społecznej i ubiega się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej jest obowiązany przedstawić dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w postaci decyzji prezydenta miasta potwierdzającej to prawo oraz na art. 54 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych podając, że wskazana wyżej decyzja, w przypadku stanu nagłego wydawana jest na wniosek świadczeniodawcy udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej, złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczenia. Powód podał, że art. 54 ust. 7 pkt 2 wyżej wymieniony ustawy stanowi, że prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie powyższej decyzji w przypadku udzielania świadczeń w stanie nagłym przysługuje przez okres 90 dni od dnia udzielenia świadczenia. Powód podał, że przepis art. 54 uprawnia (...) do podjęcia postępowania w przedmiocie wydania decyzji także z urzędu. Zadnim powoda - obowiązkiem (...) było wydanie wyżej określonej decyzji na podstawie wniosku świadczeniodawcy z dnia 26 sierpnia 2011 roku od dnia udzielenia świadczenia tj. dnia 23 maja 2011 roku lub podjęcie niniejszego postępowania z urzędu. Powód wskazał, iż w sprawie będzie miał zastosowanie art. 417 § 1 kodeksu cywilnego. Według powoda - poniósł on szkodę majątkową stanowiącą równowartość niezrefundowanych przez NFZ lub żadną inną instytucję kosztów leczenia oraz pobytu pacjenta w szpitalu przed objęciem go ubezpieczeniem zdrowotnym i szkoda ta powstała w związku z beczynnością pozwanego spowodowana odmową podjęcia działań zgodnych z prawem, a także próbą przerwania na powoda odpowiedzialności spoczywającej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa na pozwanym.

W odpowiedzi na pozew pozwana Gmina Miasto S. wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Pozwany podniósł, iż mając na względzie przepisy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej objęcie danej osoby systemem pomocy społecznej wymaga posiadania przez organ przynajmniej minimalnego zakresu danych o potencjalnym świadczeniobiorcy oraz ustalenia właściwości miejscowej organu pomocy społecznej oraz ustalenia zakresu rzeczowego przyznawanej pomocy. Pozwany wskazał, że wobec osób o nieustalonych danych osobowych, koniecznym jest przedsięwzięcie czynności zmierzających do ich personalizacji (potwierdzenie tożsamości, miejsca zamieszkania, statusu osoby bezdomnej, itd.), co nie należy do zadań organów pomocy społecznej. Zdaniem pozwanej - stosowne postępowanie w tym zakresie winien zainicjować podmiot, który posiada w tym interes zarówno faktyczny jak i prawny oraz na którym ciąży w tym zakresie obowiązek; a więc - jak w sprawie niniejszej - szpital udzielający pacjentowi świadczeń medycznych. Według pozwanego - do zadań Policji należy podjęcie stosownych działań w przypadku ujawnienia osoby o nieustalonej tożsamości, zaś szpital który nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego leczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, po udzieleniu niezbędnej pomocy pacjentowi winien zainicjować procedurę która pozwoliłaby na możliwie szybkie potwierdzenie jego tożsamości i co za tym idzie - objęcie go ubezpieczeniem zdrowotnym oraz świadczeniami z pomocy społecznej. Zdaniem pozwanego, przeciągające sprawę w czasie procedury Policji spowodowały, iż powód skierował swoje żądania w stosunku do (...) S., pomimo że w dalszym ciągu nie dysponował danymi personalnymi, niezbędnymi dla wszczęcia postępowania w przedmiocie jakichkolwiek świadczeń z pomocy społecznej czy też w zakresie wydania decyzji potwierdzającej objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym. Przy czym pozwany wskazał, że jak tylko pozwany otrzymał informację od szpitala, to podjął współpracę oraz działania mające na celu pomoc w uregulowaniu statusu pacjenta o nieustalonych danych personalnych. Odnośnie twierdzenia powoda, iż wskutek zaniechania Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w S. powstała szkoda opiewająca na kwotę kosztów pobytu pacjenta w szpitalu, oraz wskazanej podstawy prawnej żądania, tj. art. 417 § 1 k.c. pozwany podniósł, iż nie dopuścił się w przedmiotowej sprawie żadnego działania niezgodnego z prawem, oraz nie można mówić o jakimkolwiek zaniechaniu czy beczynności (...). Wskazał, iż pozyskanie danych o tożsamości świadczeniobiorcy jest niezbędnym warunkiem przeprowadzenia postępowania w przedmiocie wydania decyzji potwierdzającej prawa do świadczeń

powołując się na art. 54 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zgodnie z którym dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osoby innej niż ubezpieczeni jest decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, a decyzja potwierdzająca prawo do świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy, o którym mowa w art. 2 ust. pkt. 2 powinna zawierać nr PESEL świadczeniobiorcy. Pozwany wskazał także, że z art. 54 ust. 3 tejże ustawy – opisaną wyżej decyzję wydaje się po przedłożeniu przez świadczeniobiorcę dokumentów potwierdzających: a) posiadanie obywatelstwa polskiego, b) zamieszkiwanie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; c) przeprowadzeniu rodzinnego wywiadu środowiskowego; d) stwierdzeniu spełniania kryterium dochodowego, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

Zdaniem pozwanego - celem skutecznego złożenia wniosku w trybie przepisu art. 54 ust. 4 powyższej ustawy szpital jako jednostka zapewniająca świadczenia i opiekę medyczną winna niezwłocznie przystąpić do działań zmierzających do ustalenia tożsamości pacjenta przyjętego w trybie nagłym, nie zaś odpowiedzialność w tym zakresie przerzucić na (...) S.. W ocenie pozwanego brak jest w ustawie o pomocy społecznej regulacji prawnych, które nakazywałyby (...) przeprowadzenie czynności dotyczących ustalenia tożsamości pacjenta szpitala na potrzeby potwierdzenia jego prawa do świadczeń zdrowotnych. Nadto pozwany podniósł, że powód jako świadczeniodawca, kierując do pozwanego wnioskiem o objęcie pacjenta ubezpieczeniem zdrowotnym winien skompletować i złożyć dokumentację niezbędną dla ustalenia statusu świadczeniobiorcy oraz wydanie decyzji administracyjnej, natomiast na dzień złożenia wniosku poza opisem sytuacji zdrowotnej pacjenta, szpital zaniechał powyższych czynności. Ponadto, zdaniem pozwanego nie sposób uznać, iż wniosek zgodnie z art. 54 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych został złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczenia, skoro trafił do (...) przeszło po trzech miesiącach po tym fakcie. Pozwany podniósł także, że wyłącznie ze względu na zaniechanie szpitala niezwłocznego przystąpienia do działań zmierzających do ustalenia tożsamości pacjenta, decyzja o przyznaniu zasiłku stałego i objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym nie została wydana wcześniej. Według pozwanego - nie istnieje zatem żaden związek przyczynowo-skutkowy, będący warunkiem zaistnienia szkody, pomiędzy działaniem (...) a kwotą wydatków poniesionych na leczenie i pobyt pacjenta w szpitalu. Z ostrożności procesowej pozwany podniósł, iż z pozwu nie wynika, aby powód podjął jakiegokolwiek działania zmierzające do pozyskania refundacji kosztów leczenia i pobytu S. M. (1) w szpitalu. Nadto pozwany wskazał, że roszczenie winno być skierowane do świadczeniobiorcy – S. M. (1), na rzecz którego świadczenia były realizowane, a po śmierci świadczeniobiorcy, powód winien podjąć działania zmierzające do ustalenia kręgu jego spadkobierców i od nich dochodzić stosownych kwot w myśl przepisu art. 922 § 1 k.c. W dalszej zaś kolejności pozwany zarzucił, iż zgodnie z przepisem art. 417 § 3 k.c. to S. M. (1) a nie szpital posiadał czynną legitymację do wniesienia w trybie art. 3 § 2 pkt. 8 w związku z art. 149 i 154 ustawy z 30 sierpnia 2002 r. - Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. Nr 153, poz. 1270 ze zm.) skargi na przewlekłość postępowania w zakresie niewydania decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń zdrowotnych, a nadto że konieczną przesłanką żądania odszkodowania na podstawie art. 417 k.c. było uprzednie stwierdzenie we właściwym postępowaniu niezgodności z prawem niewydania decyzji administracyjnej. Pozwany zakwestionował ponadto roszczenie powoda co do wysokości wskazując, iż sam koszt osobodni pobytu S. M. (1) w szpitalu został ustalony na kwotę 72.784,74 złotych, zaś tymczasem zgodnie z art. 108 ust. 1 pkt. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia finansuje: świadczeniodawcy, mającemu siedzibę na terenie województwa, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na terenie danego województwa świadczeniobiorcy innemu niż ubezpieczony, spełniającemu kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, co do którego nie stwierdzono istnienia okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, z zastrzeżeniem ust. 2. Pozwany podał, iż w niniejszej sprawie uprzedniego wyjaśnienia wymagałoby, czy sam koszt pobytu pacjenta przez tak długi okres czasu w szpitalu zostałyby przez NFZ zakwalifikowany jako koszt świadczenia opieki zdrowotnej, i czy nawet w sytuacji wydania decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń zdrowotnych – zostałyby w ogóle fundowane, skoro sam powód podkreślał, że pacjent po dniu 13 czerwca 2013 roku nie wymagał dalszej hospitalizacji, zaś jego przeciągający się pobyt w szpitalu wynikał wyłącznie z braku odpowiednich działań po stronie powoda.

W wyroku z dnia 28 października 2013 roku Sąd Okręgowy w Szczecinie oddalił powództwo oraz zasądził od powoda na rzecz pozwanej kwotę 3600 zł tytułem kosztów procesu.

Sąd I instancji ustalił, że w dniu 23 maja 2011 roku do Oddziału Neurologii (...) Wojewódzkiego Szpitala (...) w S. przyjęty został w trybie nagłym bezdomny pacjent o nieustalonych danych osobowych. Pacjent nie posiadał dokumentu stwierdzającego jego tożsamość, miał zaburzenia mowy oraz nagłe osłabienia lewych kończyn i znajdował się w stanie ciężkim, był agresywny i wulgarny. Z pacjentem był utrudniony kontakt, ale kontakt był logiczny. O przyjęciu bezdomnego pacjenta zawiadomiono w dniu 24 maja 2011 roku Komisariat Policji S. – P., który wszczął postępowanie przygotowawcze w sprawie identyfikacji nieznaney osoby. Dalsze czynności w sprawie prowadził Komisariat Policji S. N.. W piśmie z dnia 25 lipca 2011 roku (...) Wojewódzki Szpital (...) w S. złożył do Komendanta Miejskiego Policji w S. zażalenie na niezłatwienie sprawy w terminie oraz przewlekłość postępowania w załatwieniu sprawy ustalenia tożsamości pacjenta przyjętego do szpitala o nieustalonych danych osobowych. W okresie od dnia 27 maja 2011 roku do 28 sierpnia 2011 roku Komisariat Policji S. N. przeprowadził szereg czynności mających na celu ustalenie tożsamości pacjenta. Pismem z dnia 22 sierpnia 2011 roku Zastępca Komendanta Komisariatu Policji S. – N. Wydział Kryminalny poinformował powoda w odpowiedzi na pismo z dnia 25 lipca 2011 roku, że w sprawie przebywającego u powoda nieznanego mężczyzny podjęto szereg czynności jednak nie udało się ustalić faktycznej tożsamości osoby i w dalszym ciągu w sprawie prowadzone jest postępowanie identyfikacyjne NN osoby i taki status w dalszym ciągu wyżej wymieniona osoba posiada. Jednocześnie podano, że Policja nie jest podmiotem upoważnionym w tym przypadku do uznania osoby jako NN i podjęcia decyzji co do umieszczenia mężczyzny w Domu Pomocy Społecznej bądź innym zakładzie opiekuńczym. Podano, że termin zakończenia czynności identyfikacyjnych przypada na dzień 30 czerwca 2012 roku i po tym terminie w przypadku nie ustalenia tożsamości zostanie złożony wniosek do właściwego sądu rejonowego o uznanie wyżej wymienionego jako NN. W piśmie z dnia 26 sierpnia 2011 roku kierowanym do Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w S. powód (...) Wojewódzki Szpital (...) w S. poinformował o przyjęciu w dniu 23 maja 2011 roku pacjenta bezdomnego o nieustalonych danych osobowych. Jednocześnie wskazał na podjęte czynności administracyjne mające na celu ustalenie tożsamości przyjętej osoby. Powód podał w tym piśmie, iż o fakcie poinformowano w dniu 24 maja 2011 roku Komisariat Policji S. – P., a z uwagi na brak informacji ze strony komisariatu w dniu 31 maja 2011 roku zwrócono się pisemnie o wynik przebiegu śledztwa. Wskazano ponadto, że tegoż dnia sprawa została przekazana do Komisariatu Policji S. – N., zaś następnie w związku z brakiem informacji o postępie w śledztwie dnia 27 czerwca 2011 roku powód wnioskował o uznanie w/w pacjenta jako NN, co pozwoliłoby rozpocząć procedurę nadawania nowej tożsamości. Podano ponadto, że dnia 30 czerwca 2011 roku powód otrzymał informację o trwającym nadal śledztwie i z tego względu złożono zażalenie na przewlekłość w załatwieniu sprawy do Komendanta Miejskiego Policji. Poinformowano, że proces leczenia zakończył się 13 czerwca 2011 roku i do tej pory nie ma podstaw do dalszego pobytu pacjenta w szpitalu. Wskazano, iż orientacyjny koszt pobytu pacjenta bez badań laboratoryjnych na dzień 26 sierpnia 2011 roku wynosi 41.000 złotych. Wobec powyższego (...) Wojewódzki Szpital (...) w S. zwrócił się z prośbą do Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w S. (ul. (...)), z prośbą o wskazanie niezwłocznie miejsca przekazania pacjenta NN u którego 13 czerwca 2011 r. zakończono proces leczenia. Jednocześnie zawnioskowano o objęcie wyżej wymienionego ubezpieczeniem zdrowotnym od dnia przyjęcia do szpitala.

W dalszej części Sąd Okręgowy ustalił, że proces leczenia pacjenta zakończył się w dniu 13 czerwca 2011 roku i jego stan nie wymagał dalszego pobytu na Oddziale Neurologii (...) Wojewódzkiego Szpitala (...) w S.. W piśmie z 27 września 2011 roku kierowanym do Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w S. powód (...) Wojewódzki Szpital (...) w S. zwrócił się ponownie o niezwłoczne wskazanie miejsca przekazania pacjenta NN. Pismem z dnia 26 września 2011 roku – doręczonym powodowi Samodzielnemu Publicznemu Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w S. w dniu 11 października 2011 roku - Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w S. podnosił, że przepisy ustawy z dnia 12 marca 2011 roku o pomocy społecznej nie przewidują obowiązku wskazania miejsca przekazania pacjenta, u którego zakończono proces leczenia przez organ pomocy społecznej oraz, że w przedmiotowej sprawie właściwe jest wystąpienie do prokuratora z wnioskiem o podjęcie działań zmierzających do nadania NN osobie tożsamości, a następnie ubezwłasnowolnienie i ustanowienie doradcy tymczasowego, który będzie mógł w imieniu pacjenta podjąć niezbędne działania zmierzające do zabezpieczenia jego interesów. W dniu 21 października 2011 roku powód (...) Wojewódzki Szpital (...) w S. złożył w Sądzie Rejonowym Szczecin - Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie wniosek o wszczęcie z urzędu postępowania

opiekuńczego i wydanie w stosunku do osoby o nieustalonych personaliach postanowienia w przedmiocie ustalenia imienia i nazwiska, określenia miejsca i daty urodzenia oraz imion i nazwisk rodziców dla osoby pełnoletniej, której tożsamości nie można ustalić ze względu na ułomność psychiczną i fizyczną oraz nieznaną pochodzenie.

W dniu 3 stycznia 2012 roku Sąd Rejonowy Szczecin - Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie Wydział VIII Rodzinny i Nieletnich w sprawie o sygn. akt: VIII R Ns 930/11 wydał postanowienie o nadaniu pacjentowi imienia (...) i nazwiska (...) oraz ustalił, że pacjent urodził się w dniu (...) w G.. Orzeczenie powyższe uprawomocniło się w dniu 25 stycznia 2012 r. W dniu 27 stycznia 2012 roku powód (...) Wojewódzki Szpital (...) w S. złożył do Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w S. wniosek o pilne przeprowadzenie wywiadu środowiskowego na zasiłek stały dla pacjenta. W piśmie z dnia 31 stycznia 2012 roku pacjent – posługując się nadanymi personaliami – S. M. (1) zwrócił się do Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w S. o przyznanie zasiłku stałego wskazując, że jest chory, nie ma żadnej rodziny, jest bezdomny. Pracownik socjalny Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w S. w dniu 31 stycznia 2012 roku przeprowadził wywiad środowiskowy dotyczący S. M. (1) w celu przyznania prawa do zasiłku stałego. W kwestionariuszu rodzinnego wywiadu środowiskowego w części dotyczącej osób ubiegających się o przyznanie świadczeń pomocy społecznej (...) podano: brak dowodu tożsamości, bez źródła dochodu, bezdomny, „nie można ustalić informacji o rodzinie czy dzieciach – kontakt z w/w utrudniony”. Pismem z dnia 13 lutego 2012 roku Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w S. zwrócił się do (...) Wojewódzkiego Szpitala (...) w S. o przesłanie uwierzytelnionej kopii orzeczenia sądowego nadającego pacjentowi dane personalne, wskazując, że jest on niezbędny w celu wydania decyzji w przedmiocie przyznania klientowi pomocy w formie zasiłku stałego oraz opłacenia składek na ubezpieczenie społeczne. Pismem z dnia 29 lutego 2012 roku Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w S. poinformował pacjenta (imiennie S. M. (1)), że podanie o przyznanie zasiłku stałego złożone przez niego w dniu 30 stycznia 2012 roku w Rejonowym Ośrodku Pomocy Rodzinie – Północ w S. nie zostanie rozpatrzone w terminie ustawowym, a ostateczny termin wydania decyzji administracyjnej ustalono na dzień 30 marca 2012 roku ze względu na konieczność ustalenia właściwości terenowej przy braku informacji o miejscu ostatniego miejsca zameldowania na pobyt stały. W dniu 02 marca 2012 roku pacjent S. M. (1) złożył Miejskiemu Ośrodkowi Pomocy Rodzinie w S. oświadczenie na piśmie, według którego od około 1959 roku zamieszkiwał on z rodziną M. w S. przy ul. (...), rodzina ta nie żyje, oraz że całe dorosłe życie związał ze S..

W dniu 05 marca 2012 roku powód (...) Wojewódzki Szpital (...) w S. zwrócił się do Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w S. o jak najszybsze udzielenie pomocy finansowej celem rozpoczęcia starań o umieszczenie pacjenta w zakładzie opiekuńczo leczniczym. Jednocześnie wskazano, iż pacjent złożył oświadczenie z dnia 1 marca 2012 roku. Pismem z dnia 30 marca 2012 roku Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w S. poinformował S. M. (1), że podanie o udzielenie pomocy finansowej złożone w dniu 30 stycznia 2012 roku w Rejonowym Ośrodku Pomocy Rodzinie – Północ S. nie zostanie rozpatrzone w terminie ustawowym i ostateczny termin wydania decyzji administracyjnej ustala się na dzień 30 czerwca 2012 roku ze względu na konieczność uzyskania aktu urodzenia z Urzędu Stanu Cywilnego w G. oraz wystąpienie do Urzędu Miasta Stołecznego W. z wnioskiem o wydanie dowodu osobistego zawierającego numer PESEL. W dniu 03 kwietnia 2012 roku pracownik powoda (...) Wojewódzkiego Szpitala (...) w S. telefonicznie skontaktował się z pracownikiem pozwanego Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w S. z prośbą o interwencję w sprawie zasiłku dla pacjenta. Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w S. poinformował wówczas pracownika powoda, że nie posiada aktu urodzenia oraz numeru PESEL pacjenta. Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w S. wystąpił z wnioskiem z dnia 2 kwietnia 2012 roku do Urzędu Stanu Cywilnego w G. o udostępnienie danych ze zbioru danych osobowych dotyczących S. M. (1). Urząd Stanu Cywilnego w G. w dniu 14 lutego 2012 r. wydał skrócony akt urodzenia S. M. (1), który przesłał do Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie. Minister Spraw Wewnętrznych na wniosek Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w S. z dnia 12 marca 2012 roku nadał S. M. (1) numer PESEL (...), o czym powiadomił Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w S. w piśmie z dnia 21 maja 2012 roku.

Sąd ustalił też, że decyzją z dnia 4 czerwca 2012 roku Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w S. przyznał S. M. (1) zasiłek stały od dnia 1 stycznia 2012 roku - bezterminowo w kwocie 444 złotych miesięcznie. Jednocześnie objęto S. M. (2) ubezpieczeniem zdrowotnym w wysokości 9,00 % kwoty zasiłku stałego w okresie pobierania świadczenia. S. M. (1) w dniu 16 lipca 2012 roku został przyjęty do Zakładu (...) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (...) w T., o czym pismem z dnia 13 lipca 2012 roku poinformowano Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w S.. S. M. (1) zmarł

w dniu 11 grudnia 2012 roku w Zakładzie (...) w T.. Powód (...) Wojewódzki Szpital (...) w S. otrzymał refundację kosztów leczenia S. M. (1) z Narodowego Funduszu Zdrowia za okres pobytu tego pacjenta w szpitalu od dnia 01 stycznia 2012 roku do dnia 16 lipca 2012 roku. Powód (...) Wojewódzki Szpital (...) w S. nie otrzymał natomiast zwrotu kosztów leczenia S. M. (1) z Narodowego Funduszu Zdrowia za okres pobytu tego pacjenta w szpitalu w okresie od dnia 23 maja 2011 roku do dnia 31 grudnia 2011 roku. Wysokość świadczenia należnego Samodzielnemu Publicznemu Wojewódzkiemu Szpitalowi (...) w S. tytułem zwrotu kosztów leczenia S. M. (1) w okresie od 23 maja 2011 roku do 31 grudnia 2011 roku wynosi kwotę 81.221,81 złotych, obejmującą:

1. koszty badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych – w wysokości 754,00 złotych,
2. koszty badań laboratoryjnych -- w wysokości 525,70 złotych,
3. koszty leków i materiałów jednorazowych – w wysokości 4.405,00 złotych,
4. koszty pobytu – w wysokości 133,24 złotych,
5. koszty osobodni pobytu – w wysokości 72.784,74 złotych,
6. narzut kosztów pośrednich – w wysokości 147,21 złotych,
7. narzut kosztów zarządu - - w wysokości 2.471 92 złotych,

S. M. (1) ani jego spadkobiercy nie byli wzywani do zapłaty powyższej należności.

(...) Wojewódzki Szpital (...) w S. w dniu 25 marca 2013 roku wystawił fakturę VAT nr (...) tytułem hospitalizacji pacjenta S. M. (1) na Oddziale VIII Neurologii w dniach od 23 maja 2011 roku do 31 grudnia 2011 roku na kwotę 81.365,81 złotych, której termin płatności został określony na dzień 08 kwietnia 2013 roku. Powyższa faktura została doręczona do Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w S. w dniu 28 marca 2013 roku. Pismem z dnia 29 marca 2013 roku Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w S. odesłał fakturę nr (...) z dnia 25 marca 2013 roku bez realizacji uznając, iż nie jest instytucją zobowiązana do spłaty zadłużenia nieubezpieczonych osób fizycznych. W dniu 11 kwietnia 2013 roku (...) Wojewódzki Szpital (...) w S. skorygował fakturę nr (...) z dnia 25 marca 2013 roku, ustalając kwotę kosztów hospitalizacji na Oddziale Neurologii pacjenta S. M. (1) na kwotę 81.221,81 złotych i wystawił fakturę korygującą nr (...) 0001/04/2013 z dnia 11 kwietnia 2013 roku do faktury VAT nr (...) z dnia 25 marca 2013 roku, zmniejszając jej wysokość o kwotę 144 złotych. Faktura została nadana do Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w S. w dniu 11 kwietnia 2013 roku. Pismem z dnia 17 kwietnia 2013 roku Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w S. odesłał fakturę korygującą nr (...) 0001/04/2013 z dnia 11 kwietnia 2013 roku bez realizacji. Pismem nadanym w dniu 26 kwietnia 2013 roku powód (...) Wojewódzki Szpital (...) w S. wezwał Gminę M. S. – Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie do zapłaty w terminie 3 dni kwoty 81.221,81 złotych wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 9 kwietnia 2013 roku tytułem kosztów przebywania pacjenta S. M. (1) w Szpitalu w terminie od 23 maja 2011 roku do 31 grudnia 2011 roku. Gmina M. S. odmówiła zapłaty powyższej kwoty.

Na podstawie tak ustalonego stanu faktycznego Sąd I instancji uznał powództwo za niezasadne. Podniósł, że podstawowe okoliczności faktyczne istotne dla rozstrzygnięcia sprawy były pomiędzy stronami bezsporne ewentualnie dla ich ustalenia wystarczające było oparcie na dowodach z dokumentów przedstawionych przez strony, których autentyczność i wiarygodność nie była kwestionowana przez żadną ze stron. Zawnioskowane przez strony dowody z zeznań świadków w istocie ograniczyły się do potwierdzenia okoliczności wynikających z tych dokumentów i zgodnych twierdzeń stron i tym samym przydatność dowodowa tych zeznań była znikoma.

Podstawą prawną żądania pozwu stanowiły przepisy kodeksu cywilnego regulujące odpowiedzialność deliktową jednostek samorządu terytorialnego za szkody wyrządzone przez ich funkcjonariuszy.

Zgodnie z art. 417 § 1 k.c. za szkodę wyrządzoną przez niezgodne z prawem działanie lub zaniechanie przy wykonywaniu władzy publicznej ponosi odpowiedzialność Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego

lub inna osoba prawna wykonująca tę władzę z mocy prawa. Sąd podkreślił, że odpowiedzialność przewidziana w art. 417 k.c. jest odpowiedzialnością za szkodę wyrządzoną przez niezgodne z prawem działanie lub zaniechanie „przy wykonywaniu władzy publicznej”. Wykonywanie funkcji władzy publicznej łączy się co do zasady z możliwością władczego kształtowania sytuacji jednostki. Jednocześnie w doktrynie i judykaturze prawa cywilnego wskazuje, że tylko wówczas mamy do czynienia z wykonywaniem władzy publicznej, gdy brak jest formalnej równości stron. Wykonywanie władzy w tym sensie może mieć postać nie tylko wydania decyzji (orzeczenia), lecz także faktycznej ingerencji w sferę praw jednostki, na przykład użycia przymusu zarówno w stosunku do majątku, jak i osoby. Powszechnie przyjmuje się, że wykonywaniem władzy publicznej nie jest świadczenie usług publicznych przez państwo. Konsekwentnie, nie będzie wykonywaniem władzy publicznej wykonywanie władztwa administracyjnego, jakiemu poddają się osoby korzystające dobrowolnie z usług różnych instytucji użyteczności publicznej. W niniejszej sprawie strona powodowa wiązała obowiązek naprawienia szkody przez pozwaną Gminą M. S. z jego działalnością w zakresie pomocy społecznej. Ta sfera działalności publicznej stanowi wykonywanie władzy publicznej w rozumieniu art. 417 k.c., albowiem gmina wykonując zadania z zakresu pomocy społecznej w sposób władczy kształtuje sytuację beneficjentów powyższej pomocy. Tym samym podstawę żądania stanowił przepis art. 417 k.c. Analiza tego przepisu w kontekście pozostałych przepisów regulujących odpowiedzialność deliktową wskazuje, że przesłankami odpowiedzialności deliktowej gminy są: powstanie szkody, wyrządzenie szkody czynem niedozwolonym polegającym na bezprawnym działaniu lub zaniechaniu podmiotu wykonującego w imieniu danej gminy władzę publiczną, normalny związek przyczynowy pomiędzy tak rozumianym czynem niedozwolonym a powstaniem szkody. Stosownie do dyspozycji art. 6 k.c. - ciężar dowodu zaistnienia powyższych przesłanek spoczywa na powodzie, albowiem on jako poszkodowany wywodzi z tych faktów skutki prawne. W niniejszej sprawie strona powodowa powołała się na to, że doznała uszczerbku majątkowego w postaci braku możliwości zaspokojenia jej roszczenia o zwrot kosztów leczenia pacjenta S. M. (1) za okres pobytu tego tej osoby w powodowym szpitalu od 23 maja 2011 roku do 31 grudnia 2011 roku ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Sąd I instancji wskazał, że okolicznością bezsporną było, że S. M. (1) był hospitalizowany na Oddziale Neurologii (...) Wojewódzkiego Szpitala (...) w S. w okresie od 23 maja 2011 roku do 16 lipca 2012 roku. Nie stanowi także przedmiotu sporu, że do 31 grudnia 2011 roku S. M. (1) nie był objęty ubezpieczeniem zdrowotnym i tym samym powód nie mógł otrzymać refundacji kosztów jego leczenia za okres od 23 maja 2011 roku do 31 grudnia 2011 roku ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Sąd wziął pod uwagę, że w takim przypadku obowiązek zwrotu kosztów leczenia spoczywał bezpośrednio na świadczeniobiorcy, czyli S. M. (1), jednak w okolicznościach niniejszej sprawy jest oczywiste, że powód nie miał możliwości skutecznego dochodzenia tego roszczenia od tego podmiotu. Z ustaleń poczynionych przez samego pozwanego dla potrzeb rozpoznania wniosku o przyznanie świadczeń z pomocy społecznej wynikało bowiem, że S. M. (1) był osobą bezdomną i nie posiada żadnego majątku, zaś bezpośrednio przed śmiercią, która nastąpiła w dniu 11 grudnia 2012 roku, utrzymywał się ze świadczeń z opieki społecznej. W tym stanie rzeczy można założyć w sposób graniczący z pewnością, że powód nie mógłby w sposób skuteczny dochodzić zwrotu kosztów leczenia bezpośrednio od S. M. (1). Sąd uwzględnił fakt, że po śmierci S. M. (1) ciężące na nim zobowiązanie weszło w skład spadku, jednak z uwagi na sposób nadania tej osobie tożsamości nie było prawnej możliwości, aby ustalić spadkobierców wywodzących się z jego rodziny i tym samym można przyjąć, że do spadku nim byłaby powołana gmina miejsca jego ostatniego zamieszkania [art. 935 k.c.], która traktowana była jako podmiot przyjmujący spadek z dobrodziejstwem inwentarza [art. 1023 k.c.]. Oznaczałoby to, że jej odpowiedzialność ograniczona byłaby do wartości stanu czynnego spadku ustalonego w spisie inwentarza. Skoro S. M. nie miał żadnego majątku, to w istocie gmina jako spadkobierca ustawowy nie byłby zobowiązany do spłaty jego długów. W konsekwencji powód nie mógłby zaspokoić swoich roszczeń z tytułu świadczeń zdrowotnych udzielonych S. M. (1) kierując to żądanie do tej osoby i jej spadkobierców. W tej sytuacji okoliczność, że pacjent nie był objęty ubezpieczeniem zdrowotnym w okresie wskazanym w pozwie doprowadził do realnego uszczerbku w majątku powoda odpowiadającego równowartości kosztów leczenia refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Z kalkulacji tych kosztów przedstawionych przez powoda wynika, że powód mógłby się domagać z tego tytułu zwrotu kwoty 81221,81 złotych. W ocenie Sądu I instancji powyższe wyliczenie jest prawidłowe, albowiem znajduje potwierdzenie w cenniku usług świadczonych przez powoda oraz obowiązujących przepisach prawnych zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. W ocenie Sądu chybiony był zarzut strony pozwanej, iż obecnie nie można ustalić, czy Narodowy Fundusz Zdrowia dokonałby był refundacji powyższych kosztów leczenia, skoro sam powód

wskazał, że od 13 czerwca 2011 roku stan zdrowia pacjenta nie wymagał dalszego pobytu w szpitalu. Po pierwsze, jest oczywiste, że szpital nie mógł zwolnić pacjenta ze szpitala w takim stanie, w jakim znajdował się S. M. (1), bez wskazania odpowiedniej zakładu opiekuńczo – leczniczego, do którego mógłby zostać on przeniesiony. Tym samym zasadna była dalsza hospitalizacja tej osoby pomimo braku wskazań medycznych do leczenia szpitalnego. Po drugie, należy założyć w sposób graniczący z pewnością, że skoro Narodowy Fundusz Zdrowia zrefundował powodowi koszty leczenia S. M. (1) za okres od 1 stycznia 2012 roku do 16 lipca 2012 roku, to tym bardziej dokonałby takiego zwrotu za okres wcześniejszy.

Rozważając kwestię możliwości przypisania pozwanemu czynu niedozwolonego rozumianego jako niezgodne z prawem zachowanie osoby wykonującej władzę publiczną w imieniu pozwanego pozostające w adekwatnym związku przyczynowym z tak określoną szkodą Sąd wskazał, że z art. 66 ust. 1 pkt 29 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.] wynika, że osoby bezdomne, które nie zostały objęte programem wychodzenia z bezdomności nie podlegają obowiązkowi ubezpieczeniowemu. Zgodnie jednak z treścią art. 2 ust. 1 tejże ustawy do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo nie tylko osoby objęte powszechnym - obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, lecz także inne, niż ubezpieczeni, osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2008 r. Nr 115, poz. 728), co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych. Z tym przepisem koreluje treść przepisów art. 50 ust. 1 pkt. 2 i art. 54 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z art. 50 ust. 1 pkt. 2 świadczeniobiorca ubiegający się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej jest obowiązany przedstawić dokument, o którym mowa w art. 54 ust. 1 - w przypadku świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony. Z kolei art. 54 ust. 1 cytowanej ustawy stanowi, że dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2, jest decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, potwierdzająca to prawo. Podkreślić trzeba, że w myśl art. 54 ust. 4 tejże ustawy zasadą jest, że powyższą decyzję wydaje się na wniosek świadczeniobiorcy, przy czym zgodnie z art. 54 ust. 3 i 4 przywołanej ustawy – decyzja powyższa powinna zawierać numer PESEL świadczeniobiorcy, zaś samą decyzję wydaje po:

- 1/ przedłożeniu przez świadczeniobiorcę dokumentów potwierdzających posiadanie obywatelstwa polskiego i zamieszkiwanie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2/ przeprowadzeniu rodzinnego wywiadu środowiskowego;
- 3/ stwierdzeniu spełniania kryterium dochodowego, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
- 4/ stwierdzeniu braku okoliczności, o której mowa w art. 12 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w wyniku przeprowadzenia rodzinnego wywiadu środowiskowego, o którym mowa w pkt 2.

Decyzja potwierdzająca prawo świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej powinna być wydana w przypadku stanu nagłego - na wniosek świadczeniodawcy udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej, złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczenia. W orzecznictwie sądów administracyjnych przyjmuje się, że świadczeniodawca składający taki wniosek ma przymiot strony w postępowaniu administracyjnym, co wynika z treści art. 28 k.p.a. [vide wyrok Wojewódzkiego sądu Administracyjnego w G. z dnia 15 lutego 2011 roku, IV SA/GI 329/10, LEX nr 1088115]. W rozpoznawanej sprawie powód wykazał, że w piśmie z dnia 26 sierpnia 2011 roku kierowanym do Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w S. poinformował o przyjęciu w dniu 23 maja 2011 roku pacjenta bezdomnego o niestalonych danych osobowych i wniósł o objęcie wyżej wymienionego ubezpieczeniem zdrowotnym od dnia przyjęcia do szpitala. Sąd wziął pod uwagę, że strona pozwana trafnie podniosła, że powyższy wniosek nie odpowiadał wymogom formalnym wynikającym z art. 54 ust. 2 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych

ze środków publicznych, albowiem nie zawierał numeru PESEL świadczeniobiorcy i do wniosku nie dołączono dokumentów potwierdzających posiadanie przez niego obywatelstwa polskiego i zamieszkiwanie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Okoliczność ta nie oznaczała jednak, że wniosek ten był bezskuteczny z mocy ustawy. Zgodnie z art. 64 § 2 k.p.a. jeżeli podanie nie odpowiada wymogom formalnym ustalonym w przepisach prawa, należy wezwać wnoszącego do usunięcia braków formalnych w terminie siedmiu pod rygorem pozostawienia podania bez rozpoznania. W niniejszej sprawie Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w S. ani nie wezwał powoda do uzupełnienia braków formalnych złożonego przez niego wniosku ani nie nadał mu dalszego biegu, co oznacza, że w istocie postępowanie administracyjne zainicjowane tych wnioskiem nie zostało zakończone. Tym samym powód może nadać domagać się wydania decyzji potwierdzającej prawo S. M. (1) do świadczeń opieki zdrowotnej za okres objęty żądaniem pozwu, czyli od dnia 23 maja 2011 roku do 31 grudnia 2011 roku. Tego prawa nie pozbawia go nawet śmierć świadczeniobiorcy. Oznacza to, że do czasu wydania tej decyzji żądanie naprawienia szkody wynikłej z zaniechania jej wydania jest przedwczesne. Do tego wniosku, zdaniem Sądu, prowadzi także treść art. 417 [1] § 2 k.c., zgodnie z którym, jeżeli szkoda została wyrządzona przez niewydanie orzeczenia lub decyzji, gdy obowiązek ich wydania przewiduje przepis prawa, jej naprawienia można żądać po stwierdzeniu we właściwym postępowaniu niezgodności z prawem niewydania orzeczenia lub decyzji, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej. Sąd zwrócił uwagę, że art. 417[1] § 3 k.c. stanowi przepis szczególny w stosunku do ogólnego przepisu art. 417 k.c., jednak również dla tych przypadków odpowiedzialności deliktowej znajdują zastosowanie ogólne przesłanki i zasady odpowiedzialności określone w art. 417 k.c. wprowadzając jednocześnie kwalifikowany sposób stwierdzania bezprawności w przypadku określonych rodzajów aktów władczych. Odpowiedzialność odszkodowawcza za niewydanie orzeczenia lub decyzji dotyczy tylko przypadków, gdy obowiązujący przepis prawa nakazywał sądowi lub organowi administracyjnemu wydanie orzeczenia lub decyzji. Przyjmując, że na pozwanej ciążył obowiązek wydania wnioskowanej decyzji Sąd wskazał, iż nadto odpowiedzialność organu w takim przypadku uzależniona jest od stwierdzenia we właściwym postępowaniu niezgodności z prawem niewydania orzeczenia lub decyzji, chociaż dopuszczalne jest uchylenia przesłanki prejudykatu, jeżeli przepisy odrębne tak stanowią. Ustawodawca uregulował odrębnie dla sądów i organów administracyjnych właściwe tryby dla stwierdzenia niezgodności z prawem zachowań tych organów władzy publicznej. By móc stwierdzić przewlekłość w postępowaniu administracyjnym, a więc dla uzyskania prejudykatu określonego art. 417[1] § 3 k.c., niezbędne jest złożenie skargi na bezczynność, którą przewiduje art. 3 § 2 pkt 8 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 roku – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi. Alternatywną drogą do uzyskania prejudykatu jest wniesienie zażalenia na niezakończoną sprawę w terminie lub przewlekłe prowadzenie postępowania na podstawie art. 37 k.p.a. Postanowienie organu wyższego stopnia uwzględniające zażalenie stanowi wówczas prejudykat, o którym mowa w art. 417[1] § 3 k.c. Sąd powszechny nie ma uprawnień do czynienia samodzielnych ustaleń w tym przedmiocie. W rozpoznawanej sprawie powód nie złożył do organu wyższego stopnia (to jest Samorządowego Kolegium Odwoławczego) zażalenia w trybie art. 37 § 2 k.p.a., nie wniósł też skargi do sądu administracyjnego na przewlekłe załatwianie sprawy. Strona powodowa nie uzyskała zatem prejudykatu niezbędnego dla uznania odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanej na podstawie art. 417[1] § 3 k.c.

Jako podstawę rozstrzygnięcia w zakresie kosztów procesu Sąd wskazał art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w związku z art. 99 k.p.c. oraz § 6 pkt. 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2003 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu [Dz. U. Nr 163, poz. 1349].

Apelację od powyższego wyroku złożył powód zaskarżając rozstrzygnięcie w całości i wnosząc o jego zmianę i zasądzenie od pozwanej na rzecz powoda kwoty 81.221,81 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 9 kwietnia 2013 r. do dnia zapłaty oraz kosztami postępowania za pierwszą instancję, w tym kosztami zastępstwa procesowego według norm przepisanych, a także o zasądzenie od pozwanej na rzecz powoda kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego za drugą instancję. Ponadto skarżący wniósł o zawieszenie postępowania na podstawie art. 177 § 1 pkt. 3 k.p.c. do czasu rozpatrzenia zażalenia złożonego do Samorządowego Kolegium Odwoławczego w S. na przewlekłość postępowania administracyjnego prowadzonego przez pozwaną w przedmiocie wydania decyzji na podstawie art. 54 § 1 w związku z art. 54 § 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych potwierdzające prawo S. M. (1) do

świadczeń opieki zdrowotnej od dnia 23 maja 2011 r. W formie żądania ewentualnego skarżący domagał się uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania z powodu nierozpoznania istoty sprawy oraz zasądzenie od powodów na rzecz pozwanej kosztów apelacji w tym kosztów zastępstwa procesowego. Rozstrzygnięciu zarzucił naruszenie przepisów postępowania mające istotny wpływ na wynik sprawy tj.: art. 177 § 2 k.p.c. w związku z art. 177 § 1 pkt 3 k.p.c. poprzez niedokonanie zawieszenia postępowania i niewyznaczenia powodowi terminu do złożenia zażalenia na podstawie art. 37 § 1 kpa i art. 17 pkt 1 kpa do Samorządowego Kolegium Odwoławczego na przewlekłość postępowania administracyjnego prowadzonego przez pozwaną, albo skargi na podstawie art. 3 § 2 pkt 8 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. - Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w S. na bezczynność pozwanej w przedmiocie wydania decyzji na podstawie art. 54 § 1 w związku z art. 54 § 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych potwierdzające prawo S. M. (1) do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia 23 maja 2011 r.

W uzasadnieniu wskazał, że Sąd I instancji określając przesłanki odpowiedzialności pozwanej na podstawie art. 417¹ § 3 k.c. zauważył, że pomimo wniosku powoda pozwana nie wydała decyzji na podstawie art. 54 § 1 w związku z art. 54 § 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych potwierdzające prawo S. M. (1) do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia 23 maja 2011 r. Dochodzenie natomiast szkody w związku z przewlekłością postępowania można żądać po stwierdzeniu we właściwym postępowaniu niezgodności z prawem niewydania takiej decyzji. Jednocześnie Sąd pierwszej instancji nie dokonał zawieszenia postępowania i nie wyznaczył powodowi terminu do złożenia zażalenia i w tym zakresie wyrok sądu pierwszej instancji jest nieprawidłowy. Podzielając stanowisko Sądu pierwszej instancji o prejudycjalnym charakterze rozstrzygnięcia skargi albo zażalenia dla skutecznego dochodzenia od pozwanej odszkodowania w związku z treścią art. 417¹ k.c. skarżący wskazał, że w świetle orzecznictwa i stanowiska doktryny sąd powinien w takiej sytuacji czekać na decyzję organu administracyjnego, jeżeli nastąpiło wyraźne przekazanie tych spraw na drogę postępowania administracyjnego. Zawieszenie postępowania ma w tych przypadkach charakter w zasadzie obligatoryjny. Jeżeli postępowanie administracyjne, którego wynik stanowi praeiudicium dla sprawy cywilnej, nie zostało wszczęte, sąd może oddalić powództwo jako przedwczesne jedynie wtedy, gdy w świetle treści zebranego w sprawie materiału i okoliczności niespornych przewidziane w art. 177 § 1 pkt 3 zawieszenie postępowania cywilnego okaże się niecelowe. Jak wynika z zebranego materiału dowodowego ostatni brak formalny w postaci braku numeru PESEL S. M. (1) został usunięty 21 maja 2012 r. Po uzupełnieniu tego braku nie było już żadnych przeszkód do wydania decyzji. Pomimo to pozwana nie wydała decyzji jak również nie poinformowała powoda jakie są przyczyny dalszego przedłużania postępowania w tej sprawie. Tym samym zachodzi duże prawdopodobieństwo, iż postępowanie wszczęte na skutek skargi lub zażalenia potwierdziłoby zasadność zarzutu powoda o przewlekłość postępowania prowadzonego przez pozwaną w przedmiocie wydania decyzji. W tej sprawie Sąd pierwszej instancji powinien zawiesić postępowanie oraz wezwać powoda do złożenia skargi albo zażalenia wyznaczając mu w tym zakresie odpowiedni termin. Brak takiego rozstrzygnięcia stanowi błąd proceduralny. Błąd ten ma jednocześnie istotny wpływ na wynik sprawy bowiem pozbawia powoda możliwości dochodzenia roszczenia odszkodowawczego wobec pozwanej stanowiącego przedmiot powództwa. Tym samym apelacja jest w pełni zasadna. Wniosek o zawieszenie postępowania powód uzasadnił okolicznością, iż w dniu 28 listopada 2013 r. powód złożył do Samorządowego Kolegium Odwoławczego w S. zażalenie na podstawie art. 37 § 1 kpa i art. 17 pkt 1 kpa na przewlekłość postępowania administracyjnego prowadzonego przez pozwaną w przedmiocie wydania decyzji na podstawie art. 54 § 1 w związku z art. 54 § 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych potwierdzające prawo S. M. (1) do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia 23 maja 2011 r.

Pozwana w piśmie z dnia 19 grudnia 2013 r. stanowiącym odpowiedź na apelację wniosła o jej oddalenie oraz zasądzenie od powoda kosztów procesu w postępowaniu apelacyjnym według norm przepisanych. Ponadto pozwana wniosła o oddalenie wniosku powoda o zawieszenie postępowania.

W piśmie z dnia 28 listopada 2013 r. sprecyzowanym ostatecznie na rozprawie w dniu 29 stycznia 2015 r. powód cofnął apelację ponad kwotę 30.732 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 9 kwietnia 2013 r.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja wniesiona przez powoda okazała się niezasadna. Wstępnie wskazać należy, że Sąd I instancji w sposób prawidłowy zgromadził w sprawie materiał dowodowy i w dalszej kolejności dokonał właściwej jego oceny. W konsekwencji ustalił stan faktyczny odpowiadający treści tych dowodów. Stąd też Sąd Apelacyjny przyjął go za własny. W sytuacji bowiem, gdy sąd odwoławczy orzeka na podstawie materiału zgromadzonego w postępowaniu w pierwszej instancji nie musi powtarzać dokonanych ustaleń, gdyż wystarczy stwierdzenie, że przyjmuje je za własne (por. np. orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 1935 r., C III 680/34. Zb. Urz. 1936, poz. 379, z dnia 14 lutego 1938 r., C II 21172/37 Przegląd Sądowy 1938, poz. 380 i z dnia 10 listopada 1998 r., III CKN 792/98, OSNC 1999, nr 4, poz. 83). Stan faktyczny nie był zresztą przez skarżącego kwestionowany. W związku z przedstawieniem już na etapie postępowania apelacyjnego nowych dowodów wymagał on jednak uzupełnienia o następujące okoliczności. W dniu 28 listopada 2013 r. powód złożył zażalenie do Samorządowego Kolegium Odwoławczego w S. na przewlekłość w wydaniu decyzji na podstawie art. 54 § 1 w zw. z art. 54 § 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych potwierdzającej prawo S. M. (1) do świadczeń opieki zdrowotnej (dowód: zażalenie powoda z dnia 28 listopada 2013 r. – karty 237 – 239 akt). Pozwana w piśmie z dnia 10 grudnia 2013 r. stanowiącym odpowiedź na zażalenie wniosła o jego oddalenie (dowód: pismo pozwanej z dnia 10 grudnia 2013 r. – karty 251 – 257 akt). Samorządowe Kolegium Odwoławcze w S. postanowieniem z dnia 25 marca 2014 r. uznało zażalenie na przewlekłe prowadzone postępowanie administracyjne przez Prezydenta Miasta S. w sprawie potwierdzenia prawa S. M. (1) do świadczeń opieki zdrowotnej za uzasadnione, wyznaczyło dodatkowy termin załatwienia sprawy do dnia 30 kwietnia 2014 r. oraz zarządziło wyjaśnienie przyczyn i ustalenie osób winnych przewlekłego prowadzenia postępowania. W uzasadnieniu wskazało, że pismo powoda z dnia 26 sierpnia 2011 r. zawierało wniosek o objęcie bezdomnego ubezpieczeniem zdrowotnym od dnia przyjęcia do szpitala. W sytuacji istnienia wątpliwości co do podstaw tego rodzaju żądania, konieczne było zobowiązanie wnioskodawcy do sprecyzowania, czy domaga się wydania decyzji w rozumieniu art. 54 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, czy też innej aktywności organu administracyjnego. Takie jednak działania nie zostały podjęte. Bezczynności organu administracyjnego nie uzasadniały też ewentualne braki wniosku, które winny zostać usunięte w trybie określonym w art. 64 § 2 k.p.a. W konsekwencji Kolegium uznało, że w sprawie doszło do przewlekłości postępowania, a organ nie wywiązał się z ustawowych obowiązków nie podejmując jakichkolwiek działań w okresie od daty złożenia wniosku z dnia 26 sierpnia 2011 r. do daty złożenia zażalenia przez powoda (dowód: Postanowienie Samorządowego Kolegium Odwoławczego w S. z dnia 25 marca 2014 r. – karty 278 – 284 i 308 – 310 akt). Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w S. na podstawie upoważnienia Prezydenta Miasta S. wydał w dniu 29 kwietnia 2014 r. decyzję, w której potwierdził prawo do świadczeń opieki zdrowotnej S. M. (1) od dnia 23 maja 2011 r. na okres 90 dni, od dnia 21 sierpnia 2011 r. na okres 90 dni oraz od dnia 19 listopada 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. (dowód: decyzja Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w S. z dnia 29 kwietnia 2014 r. – karty 293 – 294 i 311 – 313 akt). W dniu 6 lutego 2013 r. zawarta została pomiędzy powodem a Narodowym Funduszem Zdrowia – (...) Odziałem Wojewódzkim w S. ugoda dotycząca rozliczenia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne w tym świadczeń objętych umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej nr (...) za okres od dnia 1 stycznia 2012 r. do dnia 31 grudnia 2012 r. (dowód: ugoda z dnia 6 lutego 2013 r. – karty 314 – 315 akt). Narodowy Fundusz Zdrowia – (...) Odział Wojewódzki w S. w piśmie z dnia 26 czerwca 2014 r. skierowanym do powoda wskazał, że hospitalizacja pacjenta o numerze ewidencyjnym PESEL: (...) w dniach 23 maja 2011 r. – 16 lipca 2012 r. w oddziale neurologii winna być rozliczona jako grupa o kodzie (...) (...), udar mózgu – leczenie na kwotę 63.232 zł, ilość punktów 1.216: w dniach 23 maja – 31 grudnia 2011 r. – 625 punktów na kwotę 32.500 zł i w dniach od 1 stycznia do 16 lipca 2012 r. – 591 punktów na kwotę 30.732 zł. Jednocześnie poinformował, że do dnia 4 lipca 2014 r. zostaną odblokowane pozycje rozliczeniowe dla tego pacjenta (dowód: pismo NFZ z dnia 26 czerwca 2014 r. – karta 316 akt, rozliczenie – karta 323 akt). Powód w piśmie z dnia 11 lipca 2014 r. wskazał, że w dniu 26 czerwca 2014 r. wystawił korektę nr NK-0006/06/2014 za okres rozliczeniowy od 1 stycznia do 16 lipca 2012 r. na kwotę 39.364 zł. Wskazał też, że w dniu 9 lipca 2014 r. została wystawiona faktura nr (...) na rozliczenie hospitalizacji w dniach od 23 maja do 31 grudnia 2011 r. na kwotę 32.500 zł. Nie zostało natomiast zafakturowane

rozliczenie hospitalizacji S. M. (1) za okres od dnia 1 stycznia do 16 lipca 2012 r. z uwagi na brak limitu wyczerpanego w związku z zawarciem wspomnianej wyżej ugody (dowód: pismo powoda z dnia 11 lipca 2014 r. – karta 317 akt).

Takie ustalenia faktyczne nie mogły jednak prowadzić do zmiany wyroku Sądu I instancji i w konsekwencji uwzględnienia żądania, oczywiście w takim zakresie, w jakim nie nastąpiło cofnięcie apelacji.

Przechodząc do rozważań prawnych wskazać należy na wstępie, że uzasadnienie zawartego w wyroku rozstrzygnięcia w przedmiocie umorzenia postępowania apelacyjnego wobec częściowego cofnięcia apelacji sporządzone zostało z urzędu odrębnie, a tym samym kwestia ta nie będzie omawiana w ramach niniejszego uzasadnienia odnoszącego się do pozostałej części wyroku.

Zarzuty zawarte w apelacji ograniczały się zasadniczo do jednej tylko kwestii, a mianowicie naruszenia przez Sąd I instancji przepisu art. 177 § 1 pkt. 3 k.p.c. poprzez brak wydania decyzji procesowej w postaci zawieszenia postępowania i zobowiązania skarżącego do podjęcia czynności niezbędnych do uzyskania prejudykatu, jako niezbędnej przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej strony pozwanej określonej w art. 417¹ § 3 k.p.c. Zdaniem bowiem skarżącego, w takiej sytuacji Sąd winien czekać na wydanie stosownej decyzji administracyjnej wobec przekazania kompetencji do rozstrzygnięcia kwestii prejudycjalnej na drogę postępowania administracyjnego, a to prowadziło do wniosku, że zawieszenie postępowania miało charakter obligatoryjny, ewentualnie obligowało Sąd do zobowiązania powoda do wystąpienia na drogę postępowania administracyjnego. Rozstrzygnięcie tej kwestii faktycznie jednak nie było konieczne wobec tego, że wraz z apelacją skarżący przedstawił wniesione do Samorządowego Kolegium Odwoławczego w S. zażalenie z dnia 28 listopada 2013 r. na przewlekłość w wydaniu decyzji na podstawie art. 54 § 1 w zw. z art. 54 § 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych potwierdzające prawo S. M. (1) do świadczeń opieki zdrowotnej. Oznacza to, że w dacie składania apelacji postępowanie administracyjne, którego przedmiotem było uzyskanie prejudykatu wymaganego przez przepis art. 417¹ § 3 k.p.c. było już w toku. Tak więc tylko dla porządku wskazać należy, że w toku sprawy sąd może zawiesić postępowanie z urzędu między innymi jeżeli rozstrzygnięcie sprawy zależy od uprzedniej decyzji administracyjnej (art. 177 § 1 pkt 3 k.p.c.). Przesłanka ta występuje tylko wtedy, jeżeli treść decyzji stanowi konieczny element podstawy rozstrzygnięcia merytorycznego bądź formalnego sprawy cywilnej (por. np. orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 18 lipca 1972 r., III CZP 44/72 Nr 12, poz. 216, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 stycznia 2009 r., V CSK 241/08, niepubl., postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 25 lutego 2009 r., II CSK 501/08, niepubl.). Nie ulega wątpliwości, że zawieszenie postępowania ze względu na prejudycjalne znaczenie decyzji administracyjnej następuje wtedy, gdy sąd - z uwagi na niedopuszczalność drogi sądowej - nie może w sposób wiążący rozstrzygnąć kwestii należących do drogi administracyjnej, a brak jest prejudycjalnej decyzji organu administracji publicznej. Innymi słowy, treść decyzji administracyjnej stanowi konieczny element podstawy rozstrzygnięcia sprawy cywilnej. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 7 października 2010 r. (sygn.. akt IV CSK 206/10, LEX nr 677776) wskazał, że ostateczna decyzja administracyjna wydana w kwestiach należących do drogi postępowania administracyjnego jest wiążąca w sprawie cywilnej, a jej zmiana, uchylenie, stwierdzenie nieważności lub niezgodności z prawem dopuszczalne jest, stosownie do art. 16 k.p.a., jedynie w wypadkach wskazanych w ustawie. Wobec tego zawieszenie postępowania cywilnego w takiej sytuacji jest obligatoryjne i powinno trwać do czasu zakończenia tego prejudycjalnego postępowania, którym jest co do zasady, wydanie ostatecznej decyzji administracyjnej, w rozumieniu art. 16 § 1 zd. 1 k.p.a.

Źródłem szkody w przypadku odpowiedzialności określonej w art. 417¹ k.c. jest wydanie wadliwej decyzji, ewentualnie stwierdzenie w tym trybie, że taka decyzja wbrew przepisom prawa nie została wydana, z nią wiąże się przesłanka odpowiedzialności Skarbu Państwa. Ocena bezprawności decyzji administracyjnej dokonywana być może jedynie w ramach postępowania administracyjnego i sądowno-administracyjnego przy zastosowaniu przewidzianych ustawowo przyczyn i środków (art.16 k.p.a., art. 3 p.p.s.a.). Dopiero decyzja wydana po przeprowadzeniu takiego postępowania nadzorczego zezwala na określenie, czy spełniona została przesłanka odszkodowawczej odpowiedzialności. Dokonanie takiej oceny przez Sąd powszechny, mimo niezakończenia postępowania sądowno-administracyjnego jest niedopuszczalne, wkracza bowiem w sferę, która nie należy do kompetencji sądu powszechnego. Dotyczy to

również prawomocnego postanowienia. W wyroku z dnia 30 września 2010 r. (sygn. akt I CSK 680/09, LEX nr 622200) Sąd Najwyższy podniósł, że przewidziana w art. 177 § 1 pkt 3 k.p.c. podstawa zawieszenia postępowania sądowego, nawet bez wniosku stron, obliguje sąd do uprzedniego ustalenia czy zachodzi zależność rozstrzygnięcia sporu od uprzedniej decyzji organu administracji publicznej. Łączy się to ze stwierdzeniem niedopuszczalności drogi sądowej dla rozstrzygnięcia w postępowaniu cywilnym kwestii należących do drogi administracyjnej. Jeśli decyzja administracyjna dotycząca tej kwestii będzie miała konstytutywny charakter i tym samym stanowić będzie konieczny element formalnego lub merytorycznego rozstrzygnięcia w postępowaniu sądowym, prejudycjalnie je poprzedzając, to zawieszenie postępowania sądowego jest obligatoryjne (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 16 stycznia 2009 r., V CSK 241/08, niepubl., wyroki z dnia 8 grudnia 1995 r., III CRN 50/95, niepubl., z dnia 27 kwietnia 2006 r., I CSK 22/06, niepubl., z dnia 7 października 2010 r., IV CSK 206/10, LEX nr 677776). Podkreśla się przy tym, że odmiennie niż w przypadku postępowań administracyjnych, karnych i dyscyplinarnych (§ 2 art. 177 k.p.c.) kiedy sąd może wyznaczyć stronie odpowiedni termin na wszczęcie takich postępowań lub sam zwrócić się do właściwego organu, w przypadku postępowania cywilnego, warunkiem sine qua non zawieszenia postępowania jest to, by mające prejudycjalny charakter postępowanie zostało skutecznie wszczęte. Skoro postępowanie takie nie toczy się, to zbędne jest badanie ewentualnych zależności pomiędzy postępowaniami (wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 13 marca 2013 r., sygn. akt I ACa 98/13, LEX nr 1324823). W związku z powyższym w niniejszej sprawie postępowanie apelacyjne zostało zawieszono.

Odnosząc się do materialnej podstawy żądania wskazać należy, że art. 417 k.c. reguluje odpowiedzialność Skarbu Państwa za szkodę wyrządzoną przez niezgodne z prawem działanie lub zaniechanie przy wykonywaniu władzy publicznej. Z kolei art. 417¹ § 3 k.c. dotyczy sytuacji, gdy szkoda została wyrządzona poprzez niewydanie orzeczenia lub decyzji, gdy obowiązek ich wydania przewiduje przepis prawa. Jeśli chodzi o relacje między tymi przepisami to zauważenia wymaga, że art. 417¹ § 3 k.c. stanowi przepis szczególny w stosunku do ogólnego przepisu art. 417 k.c., jednak również dla tych przypadków odpowiedzialności deliktowej znajdują zastosowanie ogólne przesłanki i zasady odpowiedzialności określone w art. 417 k.c. Jeśli chodzi o stosunek logiczny łączący powyższe normy to pozostają one w stosunku alternatywy rozłącznej. Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 25 maja 2011 r., sygn. akt II CSK 570/10 (LEX nr 847123), normy zawarte w art. 417¹ § 1-3 k.c. regulując szczególne postacie bezprawnego wyrządzenia szkody przez władzę publiczną, ograniczają odpowiedzialność określoną w art. 417 k.c. przez to, że wprowadzają kwalifikowany sposób stwierdzania bezprawności w przypadku określonych rodzajów aktów władczych (tak też wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 24 kwietnia 2013 r., sygn. akt I ACa 193/13, LEX nr 1327522). Zgodnie zatem z zasadą *lex specialis derogat legi generali*, jeśli istnieje przepis szczególny winno się go stosować w miejsce przepisu ogólnego. Przepis art. 417¹ § 3 k.c. określa odpowiedzialność władzy publicznej za zaniechania w dokonywaniu aktów indywidualnych o charakterze władczym, czyli za uszczerbki spowodowane przewlekłością postępowania sądowego albo administracyjnego. Odpowiedzialność odszkodowawcza za niewydanie orzeczenia lub decyzji dotyczy tylko przypadków, gdy obowiązujący przepis prawa nakazywał sądowi lub organowi administracyjnemu wydanie orzeczenia lub decyzji. Przesłanką przypisania obowiązku naprawienia szkody wyrządzonej przewlekłością postępowania jest więc skonkretyzowany w przepisie prawa obowiązek podjęcia przez organ sądowy lub administracyjny określonych działań władczych, o charakterze indywidualnym, których zaniechanie spowodowało szkodę. Przyjmując, że niewątpliwie na stronie pozwanej ciążył obowiązek wydania wnioskowanej decyzji wskazać należy, iż nadto odpowiedzialność organu w takim przypadku uzależniona jest od stwierdzenia we właściwym postępowaniu niezgodności z prawem niewydania orzeczenia lub decyzji, chociaż dopuszczalne jest uchylenie przesłanki prejudykatu, jeżeli przepisy odrębne tak stanowią. Jak słusznie zauważył Sąd I instancji, ustawodawca uregulował odrębnie dla sądów i organów administracyjnych właściwe tryby dla stwierdzenia niezgodności z prawem zachowań tych organów władzy publicznej. By móc stwierdzić przewlekłość w postępowaniu administracyjnym, a więc dla uzyskania prejudykatu określonego art. 417¹ § 3 k.c., niezbędne jest złożenie skargi na bezczynność, którą przewiduje art. 3 § 2 pkt 8 p.p.s.a. Jeżeli sąd uwzględni skargę, zobowiązuje organ do wydania w określonym terminie decyzji (art. 149 p.p.s.a.). Dopiero niewykonanie tego orzeczenia uprawnia osobę, która poniosła szkodę, do żądania odszkodowania przed sądem powszechnym od organu, który nie wykonał orzeczenia (art. 154 § 4 i 5 p.p.s.a.). Jeżeli w ciągu trzech miesięcy poszkodowany nie uzyska odszkodowania od organu administracyjnego, może

żądać odszkodowania przed sądem powszechnym (art. 154 § 5 p.p.s.a.). Alternatywną drogą do uzyskania prejudykatu jest wniesienie zażalenia na niezłatwienie sprawy w terminie lub przewlekłe prowadzenie postępowania na podstawie art. 37 k.p.a. Postanowienie organu wyższego stopnia uwzględniające zażalenie stanowi wówczas prejudykat, o którym mowa w art. 417¹ § 3 k.c.

W rozważanej sprawie w wyniku rozpoznania wspomnianego wcześniej zażalenia strony powodowej z dnia 28 listopada 2013 r. (karty 237 – 239 akt) Samorządowe Kolegium Odwoławcze w S. postanowieniem z dnia 25 marca 2014 r. (karty 278 – 284 akt) na podstawie art. 37 § 2 k.p.a. w zw. z art. 17 pkt. 1 k.p.a. uznało je za uzasadnione wyznaczając dodatkowy termin do załatwienia sprawy do dnia 30 kwietnia 2014 r. W uzasadnieniu wskazało, że powód w piśmie z dnia 26 sierpnia 2011 r. (karta 20 akt) poinformował pozwaną o zakończeniu z dniem 13 czerwca 2011 r. leczenia i braku podstaw do dalszego pobytu w szpitalu (...), zwrócił się o wskazanie miejsca przekazania pacjenta i co najważniejsze złożył wniosek o objęcie bezdomnego ubezpieczeniem zdrowotnym od dnia przyjęcia do szpitala. W sytuacji istnienia wątpliwości co do podstaw tego rodzaju żądania konieczne było zobowiązanie wnioskodawcy do sprecyzowania, czy domaga się wydania decyzji w rozumieniu art. 54 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, czy też innej aktywności organu administracyjnego. Takie jednak działania nie zostały podjęte. Bezczynności organu administracyjnego nie uzasadniały też ewentualne braki wniosku, które winny zostać usunięte w trybie określonym w art. 64 § 2 k.p.a. W konsekwencji Kolegium uznało, że w sprawie doszło do przewlekłości postępowania, a organ nie wywiązał się z ustawowych obowiązków nie podejmując jakichkolwiek działań w okresie od daty złożenia wniosku z dnia 26 sierpnia 2011 r. do daty złożenia zażalenia przez powoda. Tym samym postępowanie administracyjne nie zostało zakończone, a powód może domagać się nadal wydania decyzji potwierdzającej prawo S. M. (1) do świadczeń opieki zdrowotnej. W tym miejscu dodać należy, choć oczywiście do kompetencji Sądu rozpoznającego niniejszą sprawę nie należy rozstrzygnięcie kwestii należących do postępowania administracyjnego, że obowiązek działania pozwanego wynika również z treści art. 54 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym wójt (burmistrz, prezydent) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy może wszcząć postępowanie w celu wydania decyzji, o której mowa w ust. 1, również z urzędu lub na wniosek właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Nie ulega tym samym wątpliwości, że uzyskany został prejudykat o którym mowa w art. 417¹ § 3 k.c. i którego brak stanowił podstawą przesłankę oddalenia powództwa przez Sąd I instancji. Należy przy tym podkreślić, że przepis ten w żadnym przypadku, jak chce tego strona pozwana, nie wymaga, by skutek niewydania decyzji przez organ administracyjny musiał dojść do rażącego naruszenia prawa. Pozwana jednoznacznie kreuje w tym zakresie dodatkową, nie wysłowioną przez ustawodawcę przesłankę stosowania omawianej regulacji.

Należy jednak zaznaczyć, że pomimo uzyskania prejudykatu, nie każda bezczynność organu może być utożsamiana ze szkodą. Osoba, która twierdzi, że poniosła szkodę, musi bowiem wykazać, stosownie do art. 6 k.c., że szkoda rzeczywiście zaistniała oraz była ona następstwem niewydania decyzji, której obowiązek wydania przewiduje przepis prawa, a nadto związek przyczynowy pomiędzy szkodą, a niewydaniem przez organ odpowiedniego orzeczenia/decyzji. W niniejszej sprawie żądaniem objęta została szkoda związana z brakiem refundacji kosztów leczenia i pobytu S. M. (1) w powodowym szpitalu za okres od dnia 23 maja 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. W dniu 3 czerwca 2012 r. pozwana bowiem wydała decyzję o objęciu chorego ubezpieczeniem zdrowotnym za 2012 r. Z kolei decyzją pozwanej z dnia 29 kwietnia 2014 r. (karty 293 – 294 akt) potwierdzono prawo S. M. (1) do świadczeń opieki zdrowotnej za okres objęty pozwem. Co do zasady więc nie sposób uznać, że po stronie powodowej powstała szkoda, skoro ostatecznie chory objęty został ubezpieczeniem, co otwierało możliwość odzyskania z Narodowego Funduszu Zdrowia stosownej refundacji. Powód bowiem domagał się odszkodowania stanowiącego właśnie niewypłacone środki przeznaczone na leczenie, opiekę i pobyt chorego w szpitalu. Należy jednak zaznaczyć, że w piśmie procesowym z dnia 28 listopada 2013 r. powód wskazał, że część środków nie została wypłacona z uwagi na wyczerpanie się limitu wskutek zawarcia w dniu 6 lutego 2013 r. ugody pomiędzy powodem a NFZ (karty 314 – 315 akt). Niewątpliwie więc sytuacja taka może być uznana za pozostającą w normalnym związku przyczynowym z brakiem wydania, wbrew ustawowemu obowiązkowi, decyzji administracyjnej obejmującej ubezpieczeniem zdrowotnym S. M. (1). Związek jednak taki nie

został w toku procesu wykazany. Nie ulega wątpliwości, że ugoda ta zawarta została przed wydaniem decyzji z dnia 29 kwietnia 2014 r. obejmującej chorego ubezpieczeniem. Uszło jednak uwadze skarżącego, że odnosiła się ona wyłącznie do rozliczeń pomiędzy powodem a Narodowym Funduszem Zdrowia za okres od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2012 r. Tym samym w żadnym przypadku nie odnosiła się do kwestii refundacji świadczeń zdrowotnych za rok 2011 r., a jak wskazano wyżej tego okresu dotyczyło żądanie pozwu. Nie sposób więc uznać, że dokument ten stanowi dowód poniesienia przez powoda szkody. Nie odnosiła się ona do rozliczeń za 2011 r., a tym samym nie mogła świadczyć, że poczynione na jej podstawie uzgodnienia co do wysokości wypłaconych środków za świadczenia medyczne z jednej strony obejmowały również refundację pobytu S. M. (1) w powodowym szpitalu w 2011 r., a z drugiej strony, że środki te zostały wyczerpane, co oznacza, że stosowna wypłata za ten okres nie nastąpi. Natomiast zwrot kosztów leczenia i pobytu tej osoby w szpitalu za 2012 rok, jak sam powód wskazywał, nastąpił. W treści więc przedłożonej ugody nie sposób doszukać się podstaw do ustaleń w zakresie zarówno poniesienia szkody przez powoda, jak i jej wysokości. Należy przy tym podkreślić, że nawet przyjęcie koncepcji powoda nie mogło prowadzić do uwzględnienia powództwa. Żądaniem bowiem objęte zostały świadczenia z siedmiu różnych tytułów (badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne, badania laboratoryjne, leki i materiały jednorazowe, koszty pobytu, koszty osobodni pobytu, narzut kosztów pośrednich, narzut kosztów zarządu). Dokument ugody nie pozwala na jakiegokolwiek stanowcze ustalenie, które z tych kosztów nie zostały zapłacone w kontekście częściowego cofnięcia apelacji wobec dokonanych z Narodowym Funduszem Zdrowia rozliczeń świadczeń związanych z pobytem S. M. (1) w szpitalu. Co więcej z pisma NFZ z dnia 26 czerwca 2014 r. (karta 316 akt) wynika, że niewypłacona kwota 30.732 zł nie dotyczyła w ogóle okresu pobytu chorego w szpitalu w okresie od 23 maja 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r. W piśmie tym jednoznacznie wskazano, że ogólne koszty leczenia powoda powinny się zamknąć kwotą 63.232 zł. Koszty pobytu w okresie od 23 maja do 31 grudnia 2011 r. określone zostały na kwotę 32.500 zł, natomiast koszty pobytu w okresie od 1 stycznia do 16 lipca 2012 r. wyniosły właśnie objętą żądaniem kwotę 30.732 zł. Tym samym kwota ta w ogóle nie dotyczy okresu pobytu S. M. (1) u powoda w zakresie objętym pozwem. Oznacza to jednocześnie, że sam powód rozliczenie za poprzedni okres uznał za zamknięte. Okoliczności powyższe znajdują potwierdzenie w piśmie powoda kierowanego do NFZ w S. z dnia 11 lipca 2014 r. (karta 317 akt). W piśmie tym powód wskazał, że kwota 30.732 zł (a więc objęta żądaniem po ograniczeniu apelacji, dotyczy nie okresu 2011 r., a okresu 2012 r.). Ponadto zaznaczył, że jej nie zafakturował, albowiem wyczerpany został limit wskutek zawarcia wspomnianej wcześniej ugody. Tym samym skutek niewydania decyzji i wyczerpania limitów odnosił nie do świadczenia za 2011 r. a za 2012 r. Zauważenia przy tym wymaga, że jak się zdaje powód akceptował decyzję NFZ o ustaleniu kosztów za całe leczenie i pobyt w szpitalu (...) na poziomie 63.232 zł, skoro tę kwotę uczynił podstawą własnych wyliczeń. Oznacza to, że powód cofnął apelację w części dotyczącej z jednej strony wypłaconej kwoty 32.500 zł, jak również w zakresie nieuznanych kwot przez NFZ (innych, niż związane z wyczerpaniem limitów), co jak się zdaje było przynajmniej po części wynikiem stosowania przez te podmioty całkowicie odmiennych systemów rozliczeń. Wskazuje na to treść pisma procesowego powoda z dnia 24 listopada 2014 r. Kwestie te jednak, jako dotyczące rozliczeń pomiędzy powodem a podmiotem nie będącym stroną postępowania nie mają znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. Przy piśmie tym zresztą powód przedstawił rozliczenie (karta 323 akt) także wskazujące, że kwota 30.732 zł dotyczy okresu 2012 r. Wszystkie te dowody nie pozwalają na określenie, jak część świadczenia ostatecznie nie została uiszczona, z jaką kwotą powód wiąże swoją szkodę i co na nią się składa.

Reasumując więc nie sposób uznać, że w toku procesu, pomimo uzyskania prejudykatu na etapie postępowania apelacyjnego, zostały wykazane wszystkie przesłanki stosowania art. 417¹ § 3 k.c. Stąd też apelację powoda, jako niezasadną należało oddalić na podstawie art. 385 k.p.c.

Podstawę rozstrzygnięcia o kosztach procesu w postępowaniu apelacyjnym stanowiły przepisy art. 108 k.p.c. i art. 100k.p.c. Zgodnie z pierwszym z nich, sąd rozstrzyga o kosztach w każdym orzeczeniu kończącym sprawę w instancji. Jednocześnie art. 100 k.p.c. stanowi, że w razie częściowego tylko uwzględnienia żądań koszty będą wzajemnie zniesione lub stosunkowo rozdzielone. Sąd może jednak włożyć na jedną ze stron obowiązek zwrotu wszystkich kosztów, jeżeli jej przeciwnik uległ tylko co do nieznaczącej części swego żądania albo gdy określenie należnej mu sumy zależało od wzajemnego obrachunku lub oceny sądu. W niniejszej sprawie powód wniósł apelację od całego wyroku, a więc oddalającego powództwo w zakresie kwoty 81.221,81 zł. W toku postępowania apelacyjnego cofnął

apelację w zakresie kwoty 50.489,81 zł, natomiast co do kwoty 30.732 zł apelacja została oddalona. W okolicznościach niniejszej sprawy, pomimo cofnięcia pozwu, powoda uznać należało za wygrywającego sprawę w zakresie kwoty 32.500 zł, albowiem w takim zakresie w toku postępowania powód wskutek najpierw złożonego zażalenia, następnie wydania przez Samorządowe Kolegium Odwoławcze w S. postanowienia na podstawie art. 37 k.p.a. i będącej jej konsekwencją decyzji o objęciu S. M. (1) ubezpieczeniem zdrowotnym za 2011 r. dokonana została na rzecz powoda zapłata powyższej kwoty. W pozostałej części tj. tak odnośnie kwoty 17.989,81 zł (będącej wynikiem obliczenia przez NFZ kosztów pobytu w szpitalu) oraz kwoty 30.732 zł powoda uznać należało za przegrywającego sprawę. Prowadziło to do wniosku, że powód wygrał sprawę w 40%, natomiast strona pozwana w 60%. Na koszty poniesione przez powoda składała się opłata od apelacji w wysokości 4.062 zł oraz wynagrodzenie pełnomocnika w kwocie 2.700 zł ustalone na podstawie 6 i § 12 ust. 1 pkt. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz.U. Nr 163, poz. 1349 z późniejszymi zmianami). Uwzględniając stopień, w jakim powód wygrał proces w postępowaniu apelacyjnym, pozwana winna mu zwrócić kwotę 2.704,80 zł. Z kolei na koszty poniesione przez pozwaną składało się wyłącznie wynagrodzenie pełnomocnika w kwocie 2.700 zł ustalone na tej samej podstawie prawnej, co w przypadku powoda. Tym samym powód winien pozwanej zwrócić uwzględniając z kolei stopień wygrania przez nią sprawy kwotę 1.620 zł. Po skompensowaniu pozwany winien zapłacić powodowi kwotę 1.084 zł.

SSA E. Skotarczak SSA T. Żelazowski SSA M. Iwankiewicz

Sygn. akt I ACa 914/13

UZASADNIENIE

w zakresie zawartego w wyroku z dnia 3 lutego 2015 r. postanowienia w przedmiocie umorzenia postępowania

Wyrokiem z dnia 28 października 2013r., sygn. akt I C 762/13, Sąd Okręgowy w Szczecinie oddalił powództwo i zasądził od powoda (...) (...)o w S. na rzecz pozwanej Gminy Miasta S. kwotę 3.600 złotych tytułem zwrotu kosztów procesu.

Apelację od powyższego wyroku w całości wywiódł powód, wnosząc o jego zmianę poprzez zasądzenie od pozwanej na jego rzecz kwoty 81.221,81 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 9 kwietnia 2013 r. do dnia zapłaty oraz kosztami postępowania za obie instancje.

Na rozprawie apelacyjnej w dniu 30 października 2014 r. pełnomocnik powoda złożył pismo procesowe opatrzone datą 28 listopada 2013 r. (wyjaśniając jednocześnie oczywistą omyłkę w tak oznaczonej dacie), w którym wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i zasądzenie od pozwanej na rzecz powoda kwoty 30.732 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 9 kwietnia 2013 r. do dnia zapłaty oraz kosztami postępowania za obie instancje, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania (k. 305). W związku z tym pismem na rozprawie apelacyjnej pełnomocnik powoda oświadczył, iż ogranicza apelację w ten sposób, że wnosi o zmianę zaskarżonego wyroku i zasądzenie od strony pozwanej kwoty dokładnie opisanej w tymże piśmie, a w pozostałym zakresie cofa apelację i zrzeka się roszczenia.

Na rozprawie apelacyjnej w dniu 29 stycznia 2015 r. pełnomocnik powoda podtrzymał cofnięcie apelacji w części wskazanej na poprzedniej rozprawie apelacyjnej, precyzując, iż jednocześnie w tej części nie cofa powództwa.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Postępowanie apelacyjne w zakresie, w którym powód cofnął swoją apelację, należało umorzyć.

Zgodnie z przepisem art. 391 § 2 k.p.c. w razie cofnięcia apelacji sąd drugiej instancji umarza postępowanie apelacyjne. Należy podzielić przy tym wyrażany w judykaturze pogląd, że wobec treści art. 391 § 2 k.p.c. cofnięcie apelacji jest

czynnością dyspozycyjną strony, która nie podlega kontroli sądu na zasadzie odpowiedniego stosowania art. 203 § 4 k.p.c. (vide: uchwała Sądu Najwyższego z dnia 29 maja 2000 r., III CZP 6/00, Biul.SN 2000/5/9).

W niniejszej sprawie powód (...) Wojewódzki Szpital Zespolony w S. w toku postępowania apelacyjnego cofnął swoją apelację w zakresie różnicy: pomiędzy jego pierwotnym żądaniem zapłaty dotyczącym kwoty 81.221,81 zł wraz z ustawowymi odsetkami od 9 kwietnia 2013 r., a sumą 30.732 zł wraz z ustawowymi odsetkami od 9 kwietnia 2013 r., wskazaną w jego piśmie procesowym datowanym na dzień 28 listopada 2013 r., w której to części jedynie podtrzymał swą apelację. Powyższa różnica wynosiła zatem kwotę 50.489,81 zł wraz z ustawowymi odsetkami od 9 kwietnia 2013 r. i wobec cofnięcia apelacji przez powoda w tej części (jednakże bez cofnięcia powództwa) postępowanie apelacyjne na podstawie przepisu art. 391 § 2 k.p.c. należało umorzyć, o czym Sąd Apelacyjny orzekł jak w punkcie I sentencji wyroku.

SSA M. Iwankiewicz SSA T. Żelazowski SSA E. Skotarczak