

Sygn. Akt I. C 80/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia : 20 października 2014 r.

Sąd Okręgowy w Z. I Wydział Cywilny w składzie :

Przewodniczący : **SSO Danuta Sawicz – Nowacka**

Protokolant : st.sekr.sąd Ewa Gzyl

po rozpoznaniu w dniu 6 października 2014 roku w Zielonej Górze

na rozprawie sprawy

z powództwa **Narodowy Fundusz Zdrowia w W. oddział Wojewódzki w Z.**

przeciwko **D. M.**

o zapłatę

1. oddała powództwo;
2. zasądza od powoda na rzecz pozwanego kwotę 3.600zł (trzy tysiące sześćset złotych) plus VAT tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w ramach pomocy prawnej udzielonej z urzędu.

Sygn. akt I C 80/14

UZASADNIENIE

Powód Narodowy Fundusz Zdrowia w W. Oddział Wojewódzki w Z., działając przez profesjonalnego pełnomocnika, wystąpił z powództwem przeciwko pozwanemu D. M., w którym domagał się wydania nakazu zapłaty kwoty 108.155,17 zł z ustawowymi odsetkami za zwłokę od dnia 19 lipca 2012r. do dnia zapłaty oraz kosztów procesu w tym kosztów zastępstwa procesowego.

W uzasadnieniu strona powodowa wskazała, że pozwany przebywając na terytorium Niemiec uległ wypadkowi, w wyniku którego w okresie od dnia 18 września 2006r. do dnia 17 października 2006r. przebywał na leczeniu szpitalnym. Właściwa instytucja niemiecka wystawiła dokument na obowiązującym w Unii Europejskiej formularzu E 125 zobowiązując powoda do zapłaty kwoty 53.524,43 EURO za cały okres pobytu pozwanego w szpitalu.

W dniu 23 maja 2012r. strona powodowa zapłaciła żadaną kwotę, co w przeliczeniu według ówczesnego kursu dało kwotę wysokości 231.760,78 zł. Powód wskazał, że na kwotę tą składa się suma za okres, w którym pozwanemu nie przysługiwał żaden tytuł ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce tj. za okres od dnia 18 września 2006r. do dnia 1 października 2006r., bowiem pozwany D. M. uzyskał tytuł ubezpieczenia dopiero w dniu 2 października 2006r., w momencie zgłoszenia go jako członka rodziny przez zakład pracy jego żony i wystąpienia o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego. Złożony wniosek dotyczył okresu od 2 października 2006r. na czas pobytu w kraju Unii Europejskiej, który ustalono do dnia 31 grudnia 2006r. Powód podniósł, że w dniu 20 czerwca 2012r. wystawił notę księgową obciążeniową nr (...) na kwotę 108.155,17 zł, a nota ta była jednocześnie wezwaniem do zapłaty w terminie 14 dni. Pozwany dwukrotnie odmówił odbioru adresowanej do niego wskazanej wyżej noty księgowej. Strona powodowa wskazała, iż odsetek za zwłokę dochodzi od dnia 19 lipca 2013r., a więc pierwszego dnia po upływie 14 dni liczonych od dnia drugiej odmowy odbioru noty księgowej tj. od 4 lipca 2013.

Sąd Okręgowy w Zielonej Górze nakazem zapłaty w postępowaniu upominawczym

z dnia 19 grudnia 2013r. w sprawie o sygn. akt I Nc 140/13 nakazał pozwanemu D. M., aby zapłacił stronie powodowej kwotę 108.155,17 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 19 lipca 2012r. do dnia zapłaty z kosztami procesu w kwocie 4.969 zł.

W przepisany terminie pozwany D. M. złożył sprzeciw od wydanego nakazu zapłaty, w którym wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie kosztów procesu od powoda na rzecz pozwanego.

W uzasadnieniu pozwany podniósł w pierwszej kolejności zarzut przedawnienia dochodzonych przez stronę powodową roszczeń wskazując, że wypadek któremu uległ zdarzył się w dniu 18 września 2006r., a jego hospitalizacja trwała do dnia 17 października 2006r., podał ponadto, że wyjeżdżając za granicę w dniu 18 września 2006r. był zarejestrowany jako osoba bezrobotna w Powiatowym Urzędzie Pracy w Ż.,

a dodatkowo wykupił dwie polisy ubezpieczeniowe w firmie ubezpieczeniowej A.. Polisy te obowiązywały odpowiednio od 22 sierpnia 2006r. do dnia 20 września 2006r. oraz od dnia 20 września do dnia 19 października 2006r. i pozwany poinformował o tym fakcie stronę powodową pismem z dnia 12 lutego 2007r. oraz o tym, aby roszczenia kierowane były właśnie do (...) S.A. Pozwany wskazał również, że powód pismem z dnia 21 lutego 2007r. poinformował go, iż skierował pismo do niemieckiej instytucji wypadkowej,

iż kosztami leczenia winien obciążyć firmę ubezpieczeniową (...) S.A

w W., przez którą był informowany o pokryciu wszystkich kosztów leczenia.

W dalszej części uzasadnienia pozwany podniósł, iż do dnia 20 września 2006r. był zarejestrowany w PUP w Ż. jako osoba bezrobotna, dlatego też w ocenie pozwanego twierdzenia strony powodowej o uzyskaniu tytułu ubezpieczenia dopiero od dnia 2 października 2006r. są nieuzasadnione, ponadto pismem z dnia 26 sierpnia 2011r. strona powodowa wezwała jedynie do zapłaty kwoty 347,54 zł z tytułu nienależnie sfinansowanych przez powoda świadczeń. Pozwany zarzucił także, iż w wyniku wypadku jego stan nie pozwalał na to aby stanął się osobiście w PUP w Ż., ani też na powiadomienie Urzędu Pracy o zaistniałym zdarzeniu, co skutkowało utratą statusu osoby bezrobotnej. Pozwany nie mógł również odwołać się w przepisany terminie od decyzji z dnia 4 października 2006r. pozbawiającej go statusu osoby bezrobotnej.

W piśmie procesowym z dnia 29 stycznia 2014r. strona powodowa podtrzymała dotychczasowe stanowisko w sprawie wskazując jednocześnie, iż podniesiony przez pozwanego zarzut przedawnienia jest chybiony. Dochodzone bowiem roszczenie jest roszczeniem regresowym, które ulega przedawnieniu z upływem 10 – letniego okresu.

Powód zarzucił również, iż pozwany wbrew jego twierdzeniom, nie był zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego w ZUS przez Powiatowy Urząd Pracy w Ż.. Dopiero żona pozwanego zgłosiła go do ubezpieczenia jako członka rodziny w dniu 2 października 2006r. Odnośnie wezwania do zapłaty kwoty 347,54 zł powód wskazał, iż z pisma z dnia 26 sierpnia 2011r. wynika jednoznacznie, że kwota ta dotyczy pobytu w szpitalu jedynie w dniu 18 września 2006r., a pozwany nie zakwestionował wówczas tej okoliczności i zapłacił koszty leczenia, co w ocenie strony powodowej świadczy o uznaniu obowiązku poniesienia kosztów leczenia. Pozwany skorzystał ze świadczeń zdrowotnych na terytorium Niemiec, za które strona powodowa była zobowiązana zapłacić, ponieważ pozwany legitymował się Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego również za okres, w którym nie posiadał tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.

W piśmie procesowym z dnia 28 marca 2014r. pozwany, działając przez profesjonalnego pełnomocnika ustanowionego dla pozwanego z urzędu podtrzymał dotychczasowe stanowisko. Pozwany wskazał, iż w momencie wypadku legitymował się prywatną polisą ubezpieczeniową jaką wykupił w firmie ubezpieczeniowej (...) S.A. Ponadto pozwany podniósł, iż pismem z dnia 2 lutego 2007r. powód poinformował pozwanego, iż odmówi wydania niemieckiej instytucji wypadkowej dokumentu potwierdzającego jego ubezpieczenie zdrowotne, a tym samym pokrycia kosztów leczenia, gdy pozwany nie przedstawi żądanych przez powoda dokumentów. Pomimo iż pozwany nie przedstawił takich dokumentów strona powodowa w dniu 23 maja 2012r. zapłaciła niemieckiej instytucji wypadkowej żądane przez nią roszczenie pieniężne z tytułu leczenia pozwanego za granicą w dniach od 18 września 2006r. do dnia 1 października 2006r., co

w ocenie pozwanego było sprzeczne z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ponadto pozwany nie wiedział, iż strona powodowa nie zgłosiła roszczenia

do jego ubezpieczyciela, a nadto nie poinformowała pozwanego, iż to on ma takie roszczenie zgłosić u swojego ubezpieczyciela. Pozwany zarzucił, iż strona powodowa nie wskazała podstawy prawnej żądania pozwu, a ponadto do dnia dzisiejszego pozwany nie wie dlaczego powód zapłacił taką kwotę niemieckiej instytucji wypadkowej 5 lat po wystawieniu noty obciążeniowej. Na marginesie pozwany wskazał jedynie, iż nie jest jego winą że PUP w Ż. nie zgłosił go do ubezpieczenia, nie wywiązując się w ten sposób ze swoich ustawowych obowiązków.

Pełnomocnik strony powodowej na rozprawie w dniu 16 kwietnia 2014r. podniósł, iż nie ma podstawy prawnej zobowiązującej lub uprawniającej NFZ do zwracania się do ubezpieczyciela o pokrycie roszczeń jakie służą Funduszowi wobec osoby, która zawarła umowę z daną firmą ubezpieczeniową, ponadto koszty leczenia zapłacone zostały nie niemieckiej instytucji wypadkowej, gdyż pozwany nie uległ wypadkowi przy pracy lecz w życiu prywatnym, a instytucji ubezpieczenia zdrowotnego o nazwie (...) w D., która wystawiła dokumenty rozliczeniowe na druku (...). Ponadto wystawienie karty (...) zobowiązywało NFZ do zapłacenia niemieckiej instytucji ubezpieczeniowej kosztów leczenia obywatela polskiego, tym bardziej, że pozwany posłużył się w szpitalu w Niemczech kartą (...), a nie dowodem ubezpieczenia w A.. Brak współdziałania pozwanego i prowadzenia licznej korespondencji spowodowało, że zapłacił koszty leczenia dopiero 25 maja 2012r. i od tej daty powstała wymagalność roszczenia powoda wobec pozwanego o zwrot zapłaconych za niego kosztów leczenia.

Pismem procesowym datowanym na dzień 25 kwietnia 2014r. pozwany podniósł, iż zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych okres przedawnienia wynosi jedynie 5 lat, a nie jak wskazuje strona powodowa lat 10. Pozwany podniósł również, iż w przypadku wyrejestrowania z urzędu pracy osoby bezrobotnej zachowuje ona prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przez 30 dni od dnia wyrejestrowania, co nastąpiło w dniu 20 września 2006r., dlatego też pozwanemu przysługiwało prawo do świadczeń opieki zdrowotnej do dnia 20 października 2006r., a więc w okresie hospitalizacji w Niemczech.

Na rozprawie w dniu 20 sierpnia 2014r. pełnomocnik strony powodowej powołał jako podstawę prawną żądania zgłoszonego w pozwie art. 518 k.c.

W dalszym toku procesu strony podtrzymały dotychczasowe stanowiska.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 18 września 2006r. pozwany D. M. przebywając na terytorium Niemiec uległ wypadkowi komunikacyjnemu na autostradzie BAB 4 na trasie G. - D.. Wyniku tego zdarzenia pozwany był hospitalizowany w okresie od dnia 18 września 2006r. do dnia 17 października 2006r. w tamtejszym szpitalu. Wskutek wypadku pozwany odniósł obrażenia wielonarządowe. Doznał m.in. urazu czaszkowo – mózgowego, urazu klatki piersiowej z odmą opłucnową prawostronną, słuczenia lewego płuca, serca, złamania mostka, miednicy, wyrostków kolczystych kręgow II, III, IV, V, VII, zapalenia kości, wstrząsu pourazowego z zespołem (...) oraz przeżył (...). Pozwany został również poddany leczeniu operacyjnemu złamania nasady dalszej kości ramiennej prawej oraz złamania przezkrętarzowego kości udowej lewej. Po wypadku pozwany przez ponad trzy tygodnie był utrzymywany w śpiączce farmakologicznej. Po wybudzeniu ze śpiączki w dniu 17 października 2006r. pozwany został przewieziony karetką pogotowia do Szpitala w N., gdzie przebywał kolejne dwa miesiące. Podczas pobytu przechodził rehabilitację. Po wyjściu ze szpitala miał problemy z samodzielnym poruszaniem się, chodził o kulach, potrzebował pomocy innych osób. Od wyjścia ze szpitala przez okres około 4 miesięcy pozwanym zajmowała się jego żona. W momencie, gdy między małżonkami relacje uległy pogorszeniu opiekę nad pozwanym przejęły jego siostry.

[dowód: uwierzytelnione tłumaczenie z języka niemieckiego przebiegu choroby

pozwanego z dnia 17 października 2006r. – k. 39 – 43v;

zaświadczenie o stanie zdrowia – k. 44 – 44v;

odpis aktu oskarżenia prokuratury w B. skierowany przeciwko

W. D. – k. 45 – 46;

zeznania świadka B. M. (1) na rozprawie w dniu 16 kwietnia 2014r.

czas nagrania 00:18:12 – 00:27:45;

zeznania świadka A. M. na rozprawie w dniu 16 kwietnia 2014r.

– czas nagrania 00:27:45 – 00:35:41;

zeznania pozwanego – k. 127v]

Pozwany przed wyjazdem do Niemiec zarejestrował się w Urzędzie Pracy w Ż. jako osoba bezrobotna. Nadto w dniu 22 sierpnia 2006r. zawarł polisę ubezpieczeniową w podróży zagranicznej G. w firmie ubezpieczeniowej (...) S.A., która obowiązywała od dnia jej zawarcia tj. 22 sierpnia 2006r. do dnia 20 września 2006r. Zawarta polisa obejmowała wypłatę odszkodowania za utratę zdrowia. Rodzina pozwanego wiedziała, że jest on ubezpieczony w (...) S.A.

Na podstawie wydanej przez Powiatowy Urząd Pracy w Ż. decyzji z dnia 4 października 2006r. o sygn. EW/S23810/06 nr 143/10/06 pozwany D. M. utracił status osoby bezrobotnej z dniem 20 września 2006r. Z treści uzasadnienia decyzji wynika,

iż pozwany nie stawił się w Powiatowym Urzędzie Pracy w Ż. w wyznaczonym terminie oraz nie powiadomił o uzasadnionej przyczynie swojej nieobecności. Rodzina pozwanego poinformowała ustnie Urząd Pracy w Ż. o wypadku pozwanego

i niemożliwości jego stawiennictwa na wyznaczone spotkanie, jednakże nie przedłożyła na to żadnego zaświadczenia. Pozwany po opuszczeniu szpitala ze względu na swój stan zdrowia, w szczególności problemy w samodzielnym poruszaniu się, nie próbował wyjaśnić zaistniałej sytuacji.

[dowód: polisa nr (...) – k. 32;

decyzja z dnia 4 października 2006r. – k. 36;

zeznania pozwanego – k. 127v]

W dniu 2 października 2006r. żona pozwanego zgłosiła swojego męża D. M. do ubezpieczenia zdrowotnego jako członka rodziny, a następnie w dniu 4 października 2006r. złożyła wniosek o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego dla pozwanego. We wniosku żona pozwanego podała, że mąż będzie przebywać na terytorium Niemiec od 4 października 2006r.

Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki w Z. wydał dla pozwanego dwie Europejskie Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, których ważność upływała odpowiednio w dniu 31 października 2006r. oraz 31 grudnia 2006r.

[dowód: (...) P (...) z dnia 3 października 2006r. – k. 12;

wniosek o wydanie (...) k. 13;

kopie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego – k. 101;

zeznania świadka A. M. na rozprawie w dniu 16 kwietnia 2014r.

– czas nagrania 00:27:45 – 00:35:41;

zeznania pozwanego – k. 127v]

(...) Oddział Wojewódzki (...) w piśmie z dnia 11 stycznia 2007r. i 2 lutego 2007r. odebranymi odpowiednio przez siostrę pozwanego i jego żonę, zwrócił się do pozwanego D. M. o informację czy w trakcie wypadku był oddelegowany przez polskiego pracodawcę do pracy, czy też był zatrudniony w charakterze kierowcy w transporcie międzynarodowym, albo wypełnienie załączonego do pisma formularza E 101 w przypadku zatrudnienia na terenie Niemiec. W wyniku braku odpowiedzi strona powodowa po raz kolejny zwróciła się do pozwanego w piśmie z dnia 2 lutego 2007r. o potwierdzenie ww. informacji.

W odpowiedzi na powyższe pisma pełnomocnik pozwanego Z. Z. z Biura R. – Windykacja (...) poinformował w dniu 11 maja 2007r. (...) Oddział Wojewódzki (...) w Z., iż pozwany nie uległ wypadkowi podczas pracy tylko w życiu prywatnym, a w związku z tym, że posiadał w chwili wypadku ważną Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego całkowite koszty leczenia powinny zostać zrefundowane przez (...) Oddział Wojewódzki (...) w Z..

[dowód: pismo z dnia 11 stycznia 2007r. – k. 60;

pismo z dnia 2 lutego 2007r. – k. 62;

pismo z dnia 8 maja 2007r. – k. 64]

Pozwany na podstawie orzeczenia z dnia 17 listopada 2006r. został zaliczony do znacznego stopnia niepełnosprawności. Orzeczony stopień niepełnosprawności ma charakter okresowy. Orzeczenie zostało wydane na okres do dnia 28 lutego 2009r. Następnie orzeczeniem z dnia 25 marca 2009r. pozwany D. M. został zaliczony do stopnia niepełnosprawności umiarkowanego na okres do dnia 31 marca 2014r. Na podstawie kolejnego orzeczenia z dnia 7 kwietnia 2014r. pozwany został zaliczony do stopnia niepełnosprawności umiarkowanego do dnia 30 kwietnia 2019r.

[dowód: orzeczenie o niepełnosprawności z dnia 17 listopada 2006r. – k. 47;

orzeczenie o niepełnosprawności z dnia 25 marca 2009r. – k. 48;

orzeczenie o niepełnosprawności z dnia 7 kwietnia 2014r. - k.116]

Pismem z dnia 3 maja 2007r. wystawionym na formularzu E 125 (...)

w D. wystawił notę obciążeniową na kwotę 53.524,43 EURO, którą zobowiązał Narodowy Fundusz Zdrowia w Z. do zapłaty ww. kwoty, w związku

z udzielonymi pozwanemu D. M. świadczeniami medycznymi w okresie od dnia 18 września 2006r. do dnia 17 października 2006r.

Następnie (...) w D. wystawił kolejny formularz E 125 z dnia 6 listopada 2007r., w którym obciążył stronę powodową kosztami leczenia D. M. z dnia 18 września 2006r. na kwotę 88,03 EURO.

Pozwany wystawioną notą księgową nr (...) z dnia 26 sierpnia 2011r. został wezwany przez stronę powodową do zapłaty w terminie 14 dni kwoty 347,54 zł (88,03 EURO) z tytułu udzielonych podczas pobytu w Niemczech świadczeń zdrowotnych. Jako podstawę żądania NFZ wskazał na przedłożony przez (...) formularz E125. Pozwany zapłacił kwotę 347,54 zł, jednak dalszych żądań finansowych się nie spodziewał, tym bardziej, że jego pełnomocnik oraz firma (...) zapewniła go, że wszystko zostało opłacone.

[dowód: formularz E 125 z dnia 3 maja 2007r. wraz z tłumaczeniem – k. 7

i 137-138;

druk z systemu (...) z dnia 27 listopada 2013r. – k. 8;

nota księgowa nr (...) z dnia 26 sierpnia 2011r. - k. 38;

pismo z dnia 26 sierpnia 2011r. - k. 37;

formularz E 125 z dnia 6 listopada 2007r. wraz z tłumaczeniem – k. 59

i 135-136

zeznania pozwanego – k. 127v]

Z informacji Inspektoratu ZUS w Ż. z dnia 6 listopada 2008r. wynika, że pozwany na dzień 6 listopada 2008r. nie podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu, jak również nie podlegał on takiemu ubezpieczeniu w okresie od 1 września 2006r. do 1 października 2006r. Natomiast z informacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Z.

z dnia 2 lipca 2013r. wynika, że pozwany został zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnemu jako członek rodziny przez B. M. (2) (żonę pozwanego) w okresie „od 1 grudnia 2003r. do nadal” oraz „od 2 października 2006r. do nadal”. Z kolei w piśmie z dnia 24 stycznia 2014r. ZUS Inspektorat w Ż. poinformował stronę powodową, że pozwany D. M. nie został zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego za okres od 10 stycznia 2006r. do 01 października 2006r. jako osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy w Ż..

[dowód: pismo ZUS inspektoratu w Ż. z dnia 6 listopada 2008r. – k. 10;

pismo (...) Oddziału w Z. z dnia 2 lipca 2013r. - k. 11;

pismo ZUS Inspektoratu w Ż. z dnia 24 stycznia 2014r. - k. 58]

W dniu 22 maja 2012r. strona powodowa dokonała przelewu kwoty 63.930,15 EURO na rzecz odpowiednika niemieckiej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego.

Następnie NFZ w dniu 20 czerwca 2012r. wystawił notę obciążeniową nr (...) na kwotę 108.155,17 zł z tytułu udzielonych pozwanemu świadczeń medycznych w Niemczech w okresie od dnia 18 września 2006r. do dnia 17 października 2006r. z powodu braku tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego, w tym terminie przez pozwanego. Pozwany odmówił przyjęcia adresowanej do niego korespondencji.

[dowód: zlecenie przelewu z dnia 22 maja 2012r. – k. 9

nota obciążeniowa nr (...) – k. 15;

zwrotne potwierdzenie odmowy odbioru – k. 16]

Strona powodowa pismem z dnia 21 lutego 2013r. wezwała ponownie D. M. do zapłaty kwoty 108.155,17 zł wraz z ustawowymi odsetkami za zwłokę od dnia 4 lipca 2012r. do dnia zapłaty. Jednakże pismo to pomimo dwukrotnego awizowania zwrócono w wyniku nie podjęcia przez pozwanego w terminie.

Kolejnym pismem z dnia 15 marca 2013r. Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki w Z. wezwał po raz kolejny pozwanego do zapłaty kwoty 108.155,17 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wymagalności do dnia zapłaty. Pozwany nie podjął w terminie także i tej przesyłki, mimo dwukrotnego awiza.

[dowód: wezwanie do zapłaty z dnia 21 lutego 2013r. – k. 17;

zwrotne potwierdzenie odbioru – k. 18;

przedsądowe wezwanie do zapłaty z dnia 15 marca 2013r. – k. 19;

zwrotne potwierdzenie odbioru – k. 20]

Pismem z dnia 13 lipca 2012r. Narodowy Fundusz Zdrowia (...) Oddział Wojewódzki w Z. zwrócił się do (...) S.A. o dokonanie zapłaty kwoty 108.155,17 zł z tytułu polisy ubezpieczenia w podróży zagranicznej pozwanego D. M.. W odpowiedzi (...) S.A. w piśmie z dnia 9 sierpnia 2012r. stwierdziło, iż z uwagi na tajemnicę ubezpieczeniową nie jest upoważnione do udzielania informacji podmiotom do tego nieuprawnionym. Do tego (...) S.A. podniosło, iż NFZ nie jest uprawniony do zgłaszania roszczeń z umowy ubezpieczenia, a ponadto roszczenie to uległo już przedawnieniu.

[dowód: pismo z dnia 9 sierpnia 2012r. – k. 70]

Po opuszczeniu Szpitala w N. pozwany udzielił pełnomocnictwa Z. Z. do prowadzenia postępowania likwidacyjnego związanego

z wypadkiem. Pełnomocnik pozwanego jak również przedstawiciele firmy ubezpieczeniowej (...) S.A. zapewniali pozwanego i jego rodzinę, iż wszystkie koszty związane

z pobytem w klinice w Niemczech zostały pokryte. Pełnomocnik pozwanego zasugerował mu aby nie odbierał adresowanej do niego korespondencji z Narodowego Funduszu Zdrowia, albowiem wszystkie koszty leczenia zostały pokryte.

Z polisy OC kierowcy pozwany otrzymał odszkodowanie w wysokości około 90.000 zł. Kwotę tą pozwany przeznaczył na rehabilitację i środki utrzymania. Od T. A. otrzymał odszkodowanie w wysokości 5.200 zł. Tuż po wypadku otrzymywał zasiłek pielęgnacyjny w wysokości 150 zł.

Od 2007r. pozwany pozostaje w separacji faktycznej ze swoją żoną, zaś w 2008r. żona pozwanego wyjechała wraz z małoletnią córką do W.. Aktualnie pozwany mieszka wspólnie ze swoją babcią. Jego jedynym źródłem dochodu jest zasiłek w wysokości 529 zł, który otrzymuje z Ośrodka Pomocy (...).

Ze względu na problemy z poruszaniem się nigdzie nie pracuje. W dalszym ciągu ma ograniczone ruchy ręką, nie może dźwigać ciężkich przedmiotów. Zauważalne są zmiany w psychice pozwanego z uwagi na odczuwany lęk i strach.

[dowód: zeznania świadka B. M. (1) na rozprawie w dniu 16 kwietnia 2014r.

czas nagrania 00:18:12 – 00:27:45;

zeznania świadka A. M. na rozprawie w dniu 16 kwietnia 2014r. –

czas nagrania 00:27:45 – 00:35:41;

zeznania pozwanego – k. 127v]

Sąd zważył co następuje:

Powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie.

Nie ulega wątpliwości, iż zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegający temu obowiązkowi do Funduszu zgodnie z przepisami art. 74 – 76 oraz opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych w ustawie, a w dniu wypadku komunikacyjnego, któremu uległ pozwany w Niemczech, takiego obowiązku nie wypełniła ani żona pozwanego zatrudniona, która mogła zgłosić męża jako członka rodziny osoby ubezpieczonej, ani urząd pracy wobec dokonanego zarejestrowania i uzyskania

przez pozwanego statusu bezrobotnego (do 31 grudnia 2008r. status członka rodziny osoby ubezpieczonej zwalniał bezrobotnego z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego). Jeżeli dla strony powodowej pozwany uzyskał status osoby ubezpieczonej dopiero od 2 października 2006r. tj. po zgłoszeniu go do ubezpieczenia przez zakład pracy żony B. M. (2), to oceniając sprawę formalnie powodowy NFZ powinien uregulować należność instytucji niemieckiej za czas ubezpieczenia, odsyłając ją do zgłoszenia dalszych roszczeń do firmy ubezpieczeniowej A., z którą pozwany zawarł umowę przed wyjazdem do Niemiec. Powodowy NFZ nie wskazał na żadną podstawę prawną, z której wynikało, że był zobowiązany zapłacić całość należności instytucji z Niemiec. Na pewno zapłacił przez pozwanego należności z noty księgowej z 26 sierpnia 2011r. kwoty 347,54 zł nie może stanowić uznania długu z noty obciążeniowej z 20 czerwca 2012r. co do kwoty dochodzonej pozwem w wysokości 108.155,17 zł.

Wydaje się jednak, że zarzut przedawnienia zgłoszony przez pozwanego nie może zostać uwzględniony, a w każdym razie nie można uznać, za początek terminu stwierdzenia przedawnienia datę wypadku lub czas pobytu w szpitalu w Niemczech, skoro trwało postępowanie wyjaśniające, strony korespondowały, także w sprawie ustalenia charakteru pobytu pozwanego w Niemczech, a następnie pozwany postanowił, pouczony przez swojego pełnomocnika likwidującego szkodę, nie podejmować przesyłek z NFZ traktując sprawę za załatwioną. Pełnomocnik powoda nie wskazał, także podstawy prawnej żądania skierowanego wobec pozwanego dopiero, wobec zarzutu strony pozwanej, wskazał jako samodzielną podstawę prawną art. 518 k.c.

Zgodnie z art. 321 k.p.c. Sąd jest związany podstawą faktyczną powództwa, natomiast kwalifikacja prawna dochodzonego roszczenia należy do Sądu, jednakże nie można wykluczyć, że powołanie przez stronę określonej normy prawa materialnego jako mającej stanowić podstawę rozstrzygnięcia o tym roszczeniu wiąże Sąd w tym sensie, że stanowi uzupełnienie okoliczności faktycznych określających żądania pozwu (art. 321 § 1 k.p.c. w zw. z art. 187 par. 1 k.p.c.); jednakowoż w tym zakresie musi istnieć jawność, której gwarancją w zasadzie jest występowanie w charakterze strony powodowej osoby posiadającej profesjonalne przygotowanie prawnicze (wyrok SN z dnia 27 października 1999r., III CKN 407/98, Lex nr 50697).

Strona powodowa, reprezentowana przez profesjonalnego pełnomocnika, jako podstawę prawną powództwa wskazała jedynie przepis art. 518 k.c., nie precyzując, o którą dokładnie przesłankę określoną w tym przepisie chodzi. W związku z tym, że powód nie wskazał żadnego innego przepisu, będącego samoistną podstawą dochodzonego roszczenia, Sąd był zobowiązany ocenić zasadność żądania w oparciu o przytoczoną podstawę prawną.

Zgodnie z treścią art. 518 § 1 k.c. osoba trzecia, która spłaca wierzyciela, nabywa spłaconą wierzytelność do wysokości dokonanej zapłaty:

- 1) jeżeli płaci cudzy dług, za który jest odpowiedzialna osobiście albo pewnymi przedmiotami majątkowymi;
- 2) jeżeli przysługuje jej prawo, przed którym spłacona wierzytelność ma pierwszeństwo zaspokojenia;
- 3) jeżeli działa za zgodą dłużnika w celu wstąpienia w prawa wierzyciela; zgoda dłużnika powinna być pod nieważnością wyrażona na piśmie;
- 4) jeżeli to przewidują przepisy szczególne.

Jest to tzw. subrogacja ustawowa (*cessio legis, cessio necessaria*), mająca na celu wzmocnienie ochrony osoby trzeciej poprzez przyznanie jej pozycji prawnej zaspokojonego wierzyciela, albowiem w momencie gdy osoba ta spłaca cudzy dług, a nie czyni tego na podstawie zawartej umowy z dłużnikiem, to przysługują jej wobec dłużnika tylko niepewne i ograniczone roszczenia z tytułu bezpodstawnego wzbogacenia dla zrekompensowania poniesionego wydatku. W związku z tym ustawodawca w celu wzmocnienia pozycji osoby trzeciej przewidział uregulowanie zawarte w art. 518 k.c. Regulacja ta niekiedy traktowana jako szczególny rodzaj regresu. Następstwo (sukcesja) w wierzytelność pod tytułem szczególnym w drodze wstąpienia osoby trzeciej w prawa zaspokojonego wierzyciela następuje zawsze na podstawie przepisu ustawy w sytuacjach wskazanych w art. 518 § 1 k.c.

i dotyczy jedynie wierzytelności pieniężnych. W wypadku wstąpienia w prawa zaspokojonego wierzyciela osoba trzecia nabywa spleconą wierzytelność tylko w takim zakresie, w jakim spleciła wierzyciela, inaczej niż przy przelewie wierzytelności, który prowadzi do nabycia przez cesjonariusza całej wierzytelności (zob. wyrok SN z 7 kwietnia 2005 r., II CK 576/04, OSNC 2006, nr 3, poz. 53). Nabycie wierzytelności następuje z chwilą dokonania zapłaty. Skutek *cessio legis* następuje wyłącznie w sytuacjach wyraźnie wskazanych w art. 518 § 1 k.c. i nie jest możliwe stosowanie art. 518 § 1 k.c. do podobnych stanów faktycznych *per analogiam*.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy, należy stwierdzić, iż nie nastąpiła żadna z wymienionych w art. 518 § 1 k.c. przesłanek. Przede wszystkim podkreślić należy, że podstawienie ustawowe na podstawie art. 518 § 1 pkt 1 k.c. zachodzi tylko w razie istnienia w chwili zapłaty przez osobę trzecią ważnego zobowiązania między dotychczasowymi stronami stosunku obligacyjnego (wyrok SN z dnia 16 stycznia 2005 r., III CK 183/04, Glosa 2006, nr 2, s. 65) i dotyczy przede wszystkim poręczycieli w przypadku odpowiedzialności osobistej oraz zastawcy, jak też właściciela nieruchomości obciążonej hipoteką w przypadku odpowiedzialności rzeczowej. W niniejszej sprawie nie można stwierdzić, aby pomiędzy stronami istniał jakikolwiek stosunek obligacyjny. Nie można uznać aby powód ponosił odpowiedzialność kontraktową czy też deliktową, gdyż między stronami nie istniał taki stosunek prawny, który mógłby wykreować taką odpowiedzialność. Nie sposób zgodzić się ze stroną powodową, aby taki stosunek powstał w momencie okazania przez pozwanego karty (...). Zgodnie z art. 51 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r.

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na który powołuje się powód, w celu potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących świadczeniobiorcy lub osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, zgodnie z przepisami o koordynacji, na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), oddział wojewódzki Funduszu wydaje Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego lub zaświadczenie o prawie do tych świadczeń. Z brzmienia tego przepisu wynika, iż wydanie karty ma na celu wyłącznie potwierdzenie prawa do świadczeń zdrowotnych, nie kreuje zaś żadnego stosunku prawnego. Powoływanie się przez stronę powodową na fakt użycia przez pozwanego karty (...) co miało niewątpliwie miejsce i powstania z tego tytułu roszczenia regresowego jest nieuzasadnione. Karta ta jak zostało to już wskazane potwierdza jedynie prawo do świadczeń zdrowotnych. Okoliczność, że nie ma na niej określonej daty obowiązywania ubezpieczenia jest zdaniem Sądu bez znaczenia, albowiem powód otrzymując formularz E125 tj. formularz obejmujący zestawienie faktycznie poniesionych wydatków winien on zweryfikować czy okres odpowiadający świadczeniu opieki zdrowotnej pokrywa się z okresem ubezpieczenia. Zatem niezrozumiałe jest w ocenie Sądu zachowanie powoda, w kontekście jego żądań i twierdzeń skoro od 2008r. ma on świadomość, że pozwany nie został zgłoszony do ubezpieczenia i tym samym nie przysługuje mu prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, a mimo to pokrywa koszty leczenia za okres, w którym pozwany nie był ubezpieczony. Jeśli jak twierdzi powód pozwany skorzystał bezprawnie ze świadczeń medycznych jak to wynika z treści pism z dnia 20 czerwca 2012r., 21 lutego 2013r., 15 marca 2013r. kierowanych do pozwanego, to zastanawiające jest na jakiej podstawie dokonał płatności skoro nie był do tego zobowiązany bowiem pozwany nie podlegał ubezpieczeniu zdrowotnemu, co wynika również z pisma z dnia 26 sierpnia 2011r.

Nie zaszyły również przesłanki określone w pkt 2 i 3 art. 518 § 1 k.c. Przesłanka określona w pkt 2 dotyczy bowiem sytuacji, gdy ta sama rzecz będzie obciążona różnymi prawami rzeczowymi (zastaw, hipoteka), jeśli wykonywanie tych praw może prowadzić do ich kolizji. Także nie wystąpiła przesłanka określona w pkt 3. Powód nawet gdyby działał za dorozumianą zgodą pozwanego, nie mógł by powoływać się na tą przesłankę z tego względu, że zgoda dłużnika winna być wyrażona na piśmie (forma *ad solemnitatem*), czego powód nie wykazał.

Nie wystąpiła również przesłanka określona w pkt 4, spośród przepisów szczególnych, które przewiduje przejście na osobę trzecią wierzytelności należy wymienić art. 828 k.c. na mocy, którego roszczenie ubezpieczającego przeciwko osobie odpowiedzialnej za szkodę przechodzi, z mocy prawa na zakład ubezpieczeniowy. W związku z powyższym powództwo nie mogło zostać uwzględnione na podstawie wskazanej przez powoda podstawie prawnej.

W tym miejscu należy wyraźnie podkreślić, iż nawet gdyby dochodzone roszczenie było zasadne, na innej podstawie prawnej, to zgodnie z art. 5 k.c. należałoby je oddalić, z tego względu, iż byłoby to nadużycie przysługującego stronie

powodowej prawa podmiotowego, a w związku z tym nie korzysta ono z ochrony. Unormowanie art. 5 k.c. przełamuje zasadę, że wszystkie prawa podmiotowe korzystają z ochrony prawnej (wyrok SN z dnia 9 grudnia 2009r., IV CSK 290/09, Lex nr 560607).

Wyraźnie należy bowiem zaznaczyć, że przed wyjazdem do Niemiec pozwany był zarejestrowany jako osoba bezrobotna, a więc podlegał obowiązkowemu ubezpieczeniu, nadto przed wyjazdem w sierpniu 2006r. zawarł polisę ubezpieczeniową Globtroter z (...) S.A., zaś możliwość wydania karty (...) dwa lata po wstąpieniu do Unii Europejskiej nie była obywatelom Polski powszechnie znana.

Zgodne z art. 66 ust. 1 pkt 24 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2004.210.2135) obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają bezrobotni niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego po zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego uzyskuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej (ust. 2). Zaś z art. 75 ust 9 wynika, że osoby bezrobotne, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego właściwy powiatowy urząd pracy. Wprawdzie pozwany nie został zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego, wbrew obowiązkowi przez Urząd Pracy, a tym samym nie korzystał z prawa do opieki zdrowotnej, nie oznacza to jednak, że odpowiedzialność za taki stan należy przenosić na pozwanego. Po pierwsze pozwany wyjeżdżając do Niemiec był przekonany, że jako osoba bezrobotna jest ubezpieczony i może korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej. Gdyby bowiem został zgłoszony podlegałby ubezpieczeniu i nawet

w sytuacji gdy utracił status osoby bezrobotnej, jak miało to miejsce, korzystał by z prawa do opieki zdrowotnej jeszcze przez 30 dni (art. 67 ust. 4 ustawy), czyli obejmowałyby go prawo do świadczeń w okresie od 18 września 2006r. do 1 października 2006r. Przerzucanie zatem odpowiedzialności na pozwanego za niedopełnienie obowiązków przez urzędników

w Urzędzie Pracy w Ż. jest rażąco naganne i nie znajduje uzasadnienia zarówno

w zasadach współżycia społecznego jak i poczuciu sprawiedliwości społecznej. Jeszcze raz należy to wyraźnie podkreślić, że obywatel nie powinien ponosić negatywnych dla siebie konsekwencji wynikających z zaniedbań urzędników. Po drugie nie można czynić zarzutów pozwanemu, iż nie próbował wyjaśnić zaistniałej sytuacji. Po wypadku przebywał przez ponad trzy tygodnie w śpiączce farmakologicznej, zaś po opuszczeniu szpitala był w bardzo złym stanie psychicznym i fizycznym, miał problemy z samodzielnym poruszaniem się

i wymagał pomocy innych osób. Nadto, tuż po wypadku, rodzina pozwanego poinformowała Urząd Pracy w Ż. o przyczynach jego niestawiennictwa w dniu 20 września 2006r. Co prawda nie przedłożyła na tę okoliczność żadnego zaświadczenia jednak nie można czynić

z tego tytułu zarzutu w sytuacji, gdy najbliższy członek rodziny przebywa za granicą w szpitalu w stanie krytycznym. Nadto należy uznać, że pokrycie kosztów leczenia pozwanego, który znajdował się w stanie zagrażającym bezpośrednio jego życiu przez stronę powodową jako instytucję zobowiązaną do finansowania świadczeń medycznych udzielonych obywatelom RP, było zgodne z zasadą solidarności społecznej i moralnie słuszne, ponadto pozwany miał uprawnienia do ubezpieczenia zdrowotnego, które jedynie nie zostały we właściwym czasie zgłoszone (przez urząd pracy, bądź przez pracującą żonę). Dodatkowo wyjątkowo trudna sytuacja osobista i materialna pozwanego, który do dnia dzisiejszego odczuwa skutki wypadku, w dalszym ciągu ma problemy z poruszaniem się, ograniczone ruchy ręką, nie może dźwigać ciężkich przedmiotów, zauważalne są zmiany w psychice pozwanego, gdyż odczuwa lęk i strach i ciągle wymaga pomocy innych osób, przemawia za zastosowaniem art. 5 k.c. W związku z orzeczeniem o niepełnosprawności jego możliwości zarobkowe są ograniczone. Jego jedynym źródłem dochodu jest zasiłek otrzymany z pomocy społecznej w wysokości 529 zł miesięcznie.

Sąd swoje zaważenia oparł na przedłożonych do akt dokumentach oraz zeznaniach świadków i pozwanego. Zeznania świadków były obiektywne i spójne. Ponadto korespondują wzajemnie ze sobą oraz z zeznaniami pozwanego i ze znajdującymi się w aktach tej sprawy dokumentami, których rzetelność i prawdziwość nie budzi żadnych wątpliwości. Sąd odmówił wiarygodności jedynie przedłożonej przez pozwanego polisie ubezpieczeniowej podpisanej w dniu 19 września 2006r., a więc już po wypadku i w momencie gdy pozwany był nieprzytomny, tym bardziej, iż sam pozwany

przyznał, że znajdujący się na polisie podpis nie jest złożony przez niego, ponadto brak odpowiedzi z T. A. nie pozwoliło Sądowi ustalić za co zapłacił ubezpieczyciel w ramach zgłoszonej szkody.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. zgodnie z którym strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu). W związku

z tym, Sąd zasądził od powoda Narodowego Funduszu Zdrowia w W. Oddział Wojewódzki w Z. kwotę 3.600 zł plus VAT tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego, w ramach pomocy prawnej udzielonej z urzędu na podstawie § 6 pkt 6 w zw. z § 2 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz. U. 2013.461). Obowiązek podwyższenia przez Sąd opłaty za czynności adwokata z urzędu o stawkę podatku VAT określony w § 2 ust. 3 w/w rozporządzenia, odnosi się także do kosztów postępowania zasądzonych na ogólnej zasadzie od strony przegrywającej spór na rzecz strony wygrywającej, a nie tylko do wynagrodzenia wypłacanego przez Skarb Państwa (zob. postanowienie SN z dnia 22 kwietnia 2010r., II Cz 25/10 Legalis nr 381590).