

UZASADNIENIE

W pozwie z 25 października 2017r. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) (...) w Ł. wniósł o zasądzenie od pozwanych (...) Company (...) w M., (...) Sp. z o. o. we W. oraz Y. S., in solidum, kwoty 154.889,38 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 22 sierpnia 2015r. do 31 grudnia 2015r. oraz ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty. Nadto powód wniósł o zasądzenie od pozwanych na swoją rzecz, in solidum kosztów, postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego w sprawie wedle norm przepisanych (pozew, k. 2-7).

W piśmie z dnia 28 lutego 2018r. pozwana spółka (...) Sp. z o. o. z siedzibą we W. wniosła o oddalenie powództwa podnosząc zarzut braku legitymacji biernej (pismo, k. 69-70).

Pozostali pozwani - (...) w M. oraz Y. S. wnieśli, w złożonych odpowiedziach na pozew o oddalenie powództwa, a pozwana spółka (...) dodatkowo o odrzucenie pozwu z powodu braku jurysdykcji krajowej. (odpowiedź na pozew, k. 123-125; tłumaczenie, k. 129-131, odpowiedź na pozew, k. 149-152).

Prawomocnym postanowieniem z dnia 26 października 2018 roku Sąd oddalił zarzut braku jurysdykcji krajowej sadu polskiego, a następnie, wyrokiem częściowym z tej samej daty oddalił powództwo w stosunku do (...) Sp. z o.o. z siedziba we W. z powodu braku legitymacji biernej tego pozwanego podmiotu, o czym szczegółowo w sporządzonym do wyroku częściowego uzasadnieniu. (postanowienie k. 182, wyrok częściowy k. 183, uzasadnienie wyroku częściowego k.197)

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 16 czerwca 2015r. doszło do wypadku komunikacyjnego, w którym poszkodowany został obywatel Białorusi Y. S.. Sprawca wypadku ubezpieczony był od odpowiedzialności cywilnej w (...) S.A. w W. (okoliczność bezsporna; pismo, k. 35).

W związku z wypadkiem Y. S. był hospitalizowany w dniach od 16 czerwca 2015r. do 20 lipca 2015 r. w powodowym Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) (...) w Ł. (okoliczność bezsporna, dokumentacja, k. 15-21).

Y. S. w okresie od 10 czerwca 2015r. do 9 lipca 2015r. był ubezpieczony od następstw nieszczęśliwych wypadków w (...) Company (...) w M. (Białoruski Republikański Zakład (...) w M.). Obszar obowiązywania umowy obejmował kraje w strefie Schengen, kwota ubezpieczenia wynosiła 35.000 euro, cel wyjazdu - praca (kierowca-spedytor) (pismo, k. 42-43; okoliczności bezsporne).

W dniu 25 lutego 2015r. została zawarta umowa numer (...) pomiędzy (...) Company (...) w M. ((...) «B.»), a (...) Ltd. (K., Rosja). Przedmiotem umowy było świadczenie usług poza granicami Republiki Białoruś na pomoc medyczną tj. usług z zakresu organizacji pomocy medycznej i innych dla turystów z Republiki Białorusi.

Na podstawie ww. umowy rosyjska spółka (...) Ltd. z siedzibą w K. dokonywała czynności organizacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu w (...) «B.» Y. S. (polisa ubezpieczeniowa nr (...)), który został poszkodowany w wypadku drogowym na terenie Polski dnia 16 czerwca 2015r. (okoliczności bezsporne).

(...) Ltd. (K., Rosja) – jako zamawiający - i (...) Sp. z o.o. we W. (Polska) – jako wykonawca w dniu 8 lipca 2013r. podpisały umowę o świadczenie usług medycznych nr (...). Na mocy przedmiotowej umowy wykonawca zobowiązał się w imieniu, na zlecenie i na koszt Zleceniodawcy, zorganizować świadczenie usług medycznych oraz innych usług przewidywanych w umowie, dla klientów zleceniodawcy, jak również zabezpieczyć opłatę takich usług (p. 1.1.1.).

W szczególności (...) Sp. z o.o. we W., jako Wykonawca zobowiązał się zebrać i przedłożyć Zleceniodawcy dokumentację, m.in. dotyczącą procedur medycznych, terminach pobytu ze wskazaniem świadczeń zdrowotnych i specyfikacją, które zawierają datę i wartość każdej pozycji oraz całkowitą kwotę do zapłaty (p.2.1.2.)

(...) Sp. z o.o. we W. na zlecenie Zleceniodawcy zobowiązał się przedkładać zakładom medycznym gwarancje opłaty ich usług, za wyświadczoną pomoc medyczną lub transport medyczny, a także uiszczać opłatę rachunków zakładów medycznych (p. 2.1.5.). Zadanie (...) spółki było organizowanie usług w interesach Klientów Zleceniodawcy, na zlecenie i na koszt Zleceniodawcy (p.8.2.) (umowa, k. 164-168).

W dniu 23 lipca 2015r. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) (...) określił koszty hospitalizacji Y. S. na kwotę 154.889,38 zł, a następnie, 27 lipca 2015r. , wystawił za udzieloną pomoc medyczną fakturę VAT (...) opiewającą na powyższą kwotę. Jako nabywcę na fakturze wskazano (...) Sp. z o.o. z siedzibą we W., w stosunku do której roszczenie oddalone zostało wyrokiem częściowym. (pismo, k. 13-14; dokumentacja, k. 15-21, faktura VAT, k. 22, wyrok częściowy i uzasadnienie k. 183,197).

Następnie między powodem, a pozwanym (...) Sp. z o.o. z siedzibą we W. prowadzona była korespondencja mailowa, której przedmiotem była zapłata za udzielone świadczenia medyczne pozwanemu Y. S..

W dniach 31 grudnia 2015 r. i 31 maja 2016r. powód skierował do (...) Sp. z o.o. we W. wezwanie do zapłaty.

W dniu 11 sierpnia 2016 r. podczas rozmowy telefonicznej przeprowadzonej przez J. O. z przedstawicielką firmy (...), poinformowano powoda o tym, że sprawa została przekazana do zagranicznego ubezpieczyciela. (wydruki, k. 23, 2834, wezwania, k. 24 i k. 27; notatka służbowa, k. 26).

W dniu 20 października 2016r. powód wezwał (...) Company (...) w M. oraz (...) Sp. z o.o. we W. do zapłaty kwoty 154.889,38 zł tytułem kosztów świadczeń medycznych udzielonych Y. S..

W odpowiedzi (...) Sp. z o.o. we W. wskazała, że z uwagi na niezakończone postępowania dotyczące samego wypadku nie jest możliwe dokonanie zapłaty, jak również wniosła o oczekiwanie na decyzje (...) Company (...) w M. w zakresie płatności.

W odpowiedzi (...) Company (...) w M. udzieliła informacji, iż cała dokumentacja medyczna w sprawie, w tym odpis faktury VAT nr (...), została przekazana do (...) S.A. w W. jako podmiotu zobowiązanego do zapłaty kosztów leczenia w tej sprawie, zgodnie z art. 444 § 1 k.c. (wezwanie, k. 36; pisma, k. 37-38 i k. 41).

(...) Company (...) w M. pismem z dnia 4 listopada 2016r. wezwał (...) S.A. w W. do zapłaty m.in. kwoty, która wynikała z faktury VAT nr (...).

Powód w dniu 30 listopada 2016r. wezwał (...) S.A. w W. do zapłaty kwoty 154.889,38 zł. Ubezpieczyciel odmówił zapłaty wskazując, że zwrot kosztów leczenia przysługuje wyłącznie osobie bezpośrednio poszkodowanej (wezwanie, k. 39; pisma, k. 40; wezwanie, k. 42-43, pisma, k. 44-48; odpowiedź, k. 52).

Powód w dniu 6 kwietnia 2017r. ponownie wezwał (...) Company (...) w M. do zapłaty.

Z kolei w dniu 12 lipca 2017 r. szpital wystosował do Y.'a S. przedsądowe wezwanie do zapłaty kwoty 154.889,38 zł (wezwanie, k. 50, potwierdzenie odbioru, k. 51; wezwanie, k. 53-54; pisma k. 55-58).

Wyrokiem z dnia 24 kwietnia 2018r. Sąd Okręgowy w Piotrkowie Trybunalskim, I Wydział Cywilny, w sprawie o sygn. akt I C 35/17, zasądził od (...) S.A. w W. na rzecz S. Y. kwotę 360.000 zł tytułem zadośćuczynienia (kserokopia wyroku, k. 155).

Powyższy, niesporny, stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o załączone do akt dokumenty.

Sąd zważył, co następuje:

Roszczenie jest zasadne, ale tylko w stosunku do pozwanego Y. S., któremu powód bezspornie udzielił świadczeń medycznych.

W stosunku do jego białoruskiego ubezpieczyciela - (...) w M. powództwo zostało oddalone z powodu nie udowodnienia roszczenia – nie wykazania legitymacji biernej pozwanego podmiotu.

Pozwana spółka jest zarejestrowana w Białorusi osobą prawną. (pismo k. 130), a pozwany jest obywatelem białoruskim, co stawia w pierwszej kolejności kwestię prawa właściwego dla rozstrzygnięcia.

W sprawie niniejszej zastosować należało prawo polskie.

Wprawdzie między Białorusią a Rzeczpospolitą Polską zawarta została w dniu 26 października 1994 roku umowa o pomocy prawnej i stosunkach prawnych w sprawach cywilnych, rodzinnych, pracowniczych i karnych (Dz.U. nr 128 poz. 619), jednakże, w zakresie prawa cywilnego dotyczy ona wyłącznie stosunków umownych i zobowiązań deliktowych, w związku z czym nie znajduje zastosowania w niniejszej sprawie.

Między stroną powodową a pozwanymi podmiotami nie została zawarta żadna umowa. Nie powstał też między stronami procesus stosunek zobowiązaniowy wynikający z deliktu, ponieważ taki istnieje jedynie między sprawcą a poszkodowanym w wypadku. Pozwana spółka nie jest także, jak już wskazywano, ubezpieczycielem obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, nie jest w ogóle ubezpieczycielem sprawcy. Dodać należy, że charakter roszczenia ustala się na potrzeby określenia prawa właściwego i jurysdykcji według legis fori processualis.

Podstawą, z jakiej powodowy szpital wywodzić może roszczenie o zapłatę są w tym przypadku wprost przepisy ustawy z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 164/2008 r. poz. 1027), w szczególności przepisy art. 50 ust.11 i 13 ustawy dotyczące udzielania świadczeń w sytuacji nagłej i obowiązku zapłaty za takie świadczenia przez osobę nieuprawnioną do ich otrzymywania ze środków publicznych. Skoro dla świadczenia i obowiązku zwrotu jego wartości jest ustawowa podstawa, nie zachodzi przypadek bezpodstawnego wzbogacenia, ani prowadzenia cudzych spraw bez zlecenia, które są podstawowymi źródłami zobowiązań pozaumownych branymi pod uwagę przy ustalaniu prawa dla danego stosunku właściwego.

Prawo właściwe w niniejszej sprawie wyznacza zatem treść przepisu art. 67 ustawy Prawo prywatne międzynarodowe, zgodnie z którym w razie braku wskazania prawa właściwego w niniejszej ustawie, przepisach szczególnych i obowiązujących w RP ratyfikowanych umowach międzynarodowych i prawie UE, do stosunku objętego zakresem niniejszej ustawy należy stosować prawo państwa, z którym stosunek ten jest najbardziej związany. W niniejszej sprawie jest to niewątpliwie Rzeczpospolita Polska. To w Polsce, po wypadku jakiemu uległ Y. S., udzielono mu w szpitalu świadczenia medycznego w sytuacji nagłej, w Polsce także, zgodnie z regułą oddawczego długu pieniężnego, winna być dokonana za to zapłata. Na marginesie dodać należy, że w związku z powyższym nie było wątpliwości co do jurysdykcji sądu polskiego (postanowienie oddalające zarzut braku jurysdykcji jest prawomocne), bowiem polskie prawo (właściwe dla tej sprawy) przewiduje jurysdykcję sądu polskiego dla spraw z zobowiązań nie wynikających z czynności prawnych, które powstało w Rzeczpospolitej Polskiej.

Przechodząc do kwestii odpowiedzialności pozwanego Y. S., jak już wskazano, jej podstawy poszukiwać należy w ustawie z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z przepisem art. 50 ust.11 tej ustawy w stanach nagłych (...) świadczenie opieki zdrowotnej zostaje udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób wskazany w ust. 1. 3 lub 6. W takim przypadku, osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej jest obowiązana do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, a jeżeli świadczenie to jest udzielane w oddziale szpitalnym, w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia – pod rygorem obciążenia tej osoby kosztami udzielonych jej świadczeń. Zgodnie z treścią przepisu art. 50 ust. 13 roszczenia przysługujące na

podstawie ust. 11 ulegają przedawnieniu z upływem 5 lat od dnia upływu terminów określonych w ust. 11. Dodać należy, że podmiot leczniczy nie może odmówić świadczenia osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, co wynika z art. 15 ustawy z dnia 15 stycznia 2011 roku o działalności leczniczej. Zgodnie zaś z art. 44 tej ustawy podmiot leczniczy nie będący przedsiębiorcą udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością. Za świadczenia odpłatne, w sytuacjach, w których ustawa oraz przepisy odrębne dopuszczają taką odpłatność, podmiot wykonujący działalność leczniczą wystawia rachunek (...)...) (art. 24 a ustawy).

Z przepisów tych wynika, że szpital ma do osoby, której w przypadku nagłym udzielono świadczenia, o zwrot kosztów jego udzielenia, o ile nie są one pokrywane ze środków publicznych lub z ubezpieczenia na wypadek konieczności leczenia. Koszty świadczeń szpitalnych udzielone w stanie nagłym osobie nieuprawnionej, to jest nie będącej świadczeniobiorcą sensu stricto ani osobą uprawnioną do nieodpłatnych świadczeń na podstawie przepisów szczególnych, obciążają, w braku potwierdzenia prawa do tych świadczeń, tą osobę, co pozostaje w zgodzie z ogólną zasadą, że świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są osobom nieuprawnionym, a do zasady, odpłatnie. (tak też SN w uzasadnieniu wyroku z 15.02.2018 r. IV CSK 75/17, lex nr 2507098).

Między odpowiednimi ministerstwami zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej i Republiki Białorusi nie zostało zawarte jakiegokolwiek porozumienie o współpracy w dziedzinie ochrony zdrowia i nauk medycznych, jak to ma miejsce z innymi krajami spoza UE i EFTA.

Pozwany Y. S. nie wykazał, by przysługiwało mu prawo do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W toku procesu nie przedstawiono także sądowi dokumentu ubezpieczenia, z którego wynikałoby bezpośrednie roszczenie szpitala do ubezpieczyciela pacjenta oraz zwolnienie Y. S. z odpowiedzialności za te koszty. Wprawdzie wszystkie strony procesu powoływały się na ubezpieczenie podróżne poszkodowanego w wyniku wypadku w pozwanym (...) Company B., jednakże w toku całego procesu nie przedłożono treści umowy, czy polisy, nie wnoszono o zobowiązanie do złożenia takiego dokumentu, co więcej strony nie powoływały się nawet na fakt złożenia przez pozwanego B. oświadczenia o przyjęciu wprost odpowiedzialności za pokrycie kosztów leczenia, co uzasadniałoby zastosowanie w niniejszej sprawie np. konstrukcji przekazu. Zadanie wykazania istnienia podstawy odpowiedzialności pozwanego B. obciążało przede wszystkim stronę powodową, a pozwanego Y. S. we własnym interesie. Oba te podmioty reprezentowane były przez profesjonalnych pełnomocników .

Wprawdzie zgodnie z przepisami art. 25 ust. 1 pkt. 2 i ust. 2 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 roku o cudzoziemcach (t.j. Dz.U. 2018 poz. 2094) , a także zgodnie z przepisami art. 15 Rozporządzenia Parlamentu Unii Europejskiej i Rady z 13 lipca 2009 roku (wspólny kodeks wizowy, Dz.Urz. UE L 243/1) cudzoziemiec (tu Białorusin) wjeżdżający na terytorium RP jest obowiązany posiadać oraz okazać na żądanie dokument potwierdzający posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub posiadanie podróżnego ubezpieczenia medycznego o minimalnej kwocie ubezpieczenia w wysokości 30 000 euro, ważnego przez okres planowanego pobytu cudzoziemca na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pokrywającego wszelkie wydatki, które mogą wyniknąć podczas pobytu na tym terytorium w związku z koniecznością podróży powrotnej z powodów medycznych, potrzebą pilnej pomocy medycznej, nagłym leczeniem szpitalnym lub ze śmiercią, w którym ubezpieczyciel zobowiązuje się do pokrycia kosztów udzielonych ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych bezpośrednio na rzecz podmiotu udzielającego takich świadczeń, na podstawie wystawionego przez ten podmiot rachunku (w przypadku wizej Shengen - konsulaty ustalają, czy w danym państwie członkowskim można dochodzić roszczeń wobec danego towarzystwa ubezpieczeniowego), jednakże nie zmienia to postaci rzeczy, że strony nie wykazały, by wymóg ten został przez pozwanego Y. S. dopełniony, to jest czy faktycznie zawarł odpowiednią umowę ubezpieczenia, a w szczególności czy ubezpieczyciel zobowiązał się w nim do pokrycia kosztów poniesionych przez podmiot udzielający świadczeń medycznych.

W ocenie Sądu, faktu takiego, zwłaszcza, gdy powód i pozwany Y. S. reprezentowani są przez fachowych pełnomocników, nie można zakładać jako pewnego. Zwłaszcza, jeśli wziąć pod uwagę chociażby przepis art. 25 ust.

4 ustawy o cudzoziemcach, z którego wynika, że wymóg dotyczący posiadania ubezpieczenia medycznego, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 lit. a (wiza krajowa na pobyt powyżej 90 dni) lub ust. 2 (wiza w celu wykonywania pracy), można uznać za spełniony, w przypadku gdy cudzoziemiec posiada odpowiednie ubezpieczenie w związku ze swoją sytuacją zawodową. Z materiału przedstawionego przez strony nie wynika jakiego rodzaju wizą legitymował się Y. S. i jakim (o jakiej treści) legitymował się ubezpieczeniem podróznym.

Podsumowując – pozwany Y. S., z racji skorzystania z leczenia na terenie Polski u powoda, ponosi jego koszty.

Z kolei co do pozwanego białoruskiego ubezpieczyciela – strona powodowa nie sprostала wynikającemu z rozkładu ciężaru dowodowego obowiązku wykazania, że pozwany jest faktycznie w niniejszej sprawie podmiotem legitymowanym biernie. Także pozwany Y. S. okoliczności tej nie wykazał. Dla wykazania legitymacji pozwanego B., konieczne byłoby, w braku roszczenia bezpośrednio wynikającego z ustawy, wykazanie, że podmiot ten przyjął, zawierając umowę ubezpieczenia podróznego z Y. S., a priori, odpowiedzialność za wyniki z jego leczenia koszty, wobec podmiotu trzeciego, które je faktycznie poniesie w razie ziszczenia się ryzyka ubezpieczeniowego. Dodać należy, że powód przyznał, że pozwany Y. S. nie dokonywał na jego rzecz przelewu wierzytelności z tytułu ubezpieczenia kosztów leczenia.

Koszt leczenia, wynikający z wystawionego rachunku, nie był sporny. Stąd od Y. S. zasadzono na rzecz powoda kwotę z tego rachunku wynikającą. Datę wymagalności, a co za tym idzie, odsetek za opóźnienie, Sąd ustalił na podstawie treści rachunku. Podstawa orzeczenia o odsetkach jest przepis art. 481 k.c.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie przepisu art. 98 k.p.c., zgodnie z zasadą odpowiedzialności za jego wynik. Pozwany Y. S. ponieść winien, zgodnie z tą zasadą koszty strony powodowej, na które złożyło się wynagrodzenie pełnomocnika będącego adwokatem.

Pozwany, w stosunku do którego powództwo zostało oddalone, kosztów w procesie nie poniósł.