

Sygn. akt II Ca 799/13

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 grudnia 2013 roku

Sąd Okręgowy w Lublinie II Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący: Sędzia Sądu Okręgowego Andrzej Mikołajewski – spr.

Sędziowie: Sędzia Sądu Okręgowego Anna Podolska-Kojtych

Sędzia Sądu Okręgowego Anna Ścioch-Kozak

Protokolant Katarzyna Szumiło

po rozpoznaniu w dniu 4 grudnia 2013 roku w Lublinie

na rozprawie

sprawy z powództwa (...)Funduszu (...)z siedzibą w W.(...) Oddziału Wojewódzkiego

przeciwko M. S.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda od wyroku Sądu Rejonowego w Chełmie z dnia 13 maja 2013 roku, sygn. akt I C 845/12

I. oddala apelację;

II. zasądza od (...)Funduszu (...) z siedzibą w W.(...) Oddziału Wojewódzkiego na rzecz M. S. kwotę 1.200 zł (tysiąc dwieście złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sygn. akt II Ca 799/13

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 6 września 2012 roku powód (...)Fundusz (...)z siedzibą w W.(...) Oddział Wojewódzkiwniósł o zasądzenie od pozwanej M. S. kwoty 24.638,39 zł z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty.

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że pozwana podczas pobytu w N. w dniach od 7 października 2004 roku do 17 października 2004 roku poddana została leczeniu w tamtejszym szpitalu, posługując się dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej wydanym przez powoda. Strona polska zwróciła stronie niemieckiej koszty leczenia pozwanej, której nie przysługiwało prawo do świadczeń zdrowotnych na podstawie okazanego dokumentu, gdyż została zatrudniona w N. jako pracownik sezonowy i powinna zostać ubezpieczona zgodnie z ustawodawstwem niemieckim. Jako podstawę prawną swojego roszczenia powód wskazał art. 415 k.c., a w toku procesu powód wskazywał również na bezpodstawne wzbogacenie.

*

Wyrokiem z dnia 13 maja 2013 roku Sąd Rejonowy w Chełmie:

I. oddalił powództwo;

II. zasądził od (...) Funduszu (...) Oddziału Wojewódzkiego na rzecz M. S. kwotę 2.417 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

Jesienią 2004 roku M. S. zatrudniła się u niemieckiego pracodawcy do pracy w winnicy od 30 września 2004 roku, a ten zobowiązał się ubezpieczyć ją jako pracownika. W związku z tym, iż pozwana po kilku dniach pracy ciężko zachorowała (krwotok wewnętrzny z żołądka w związku z chorobą wrzodową), konieczna była jej hospitalizacja w szpitalu niemieckim. Po operacji pozwana wyszła ze szpitala w dniu 17 października 2004 roku i wróciła do P..

W lipcu 2006 roku pozwana otrzymała zapytanie od powoda, czy potwierdza fakt zatrudnienia jej przez pracodawcę niemieckiego jesienią 2004 roku i korzystanie w tym czasie z niemieckich usług medycznych, co potwierdziła pismem z dnia 3 lipca 2006 roku, doręczonym powodowi w dniu 5 lipca 2006 roku.

Powód pismem z dnia 16 listopada 2011 roku wezwał pozwaną do zapłaty kwoty dochodzonej pozwem, przy czym wówczas po raz pierwszy poinformował pozwaną o roszczeniu oraz o jego podstawie prawnej i faktycznej. Podstawę tego roszczenia według powoda stanowiła nota nr (...) z dnia 20 lutego 2006 roku na kwotę 24.638,39 zł, wystawiona na podstawie doręczonego przez stronę niemiecką formularza (...) z dnia 19 grudnia 2005 roku (nota na kwotę 6.128,58 euro).

Pozwana w chwili udzielania świadczeń na terenie N. nie posiadała dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. Dokument potwierdzający to prawo, ważny w okresie od 30 września 2004 roku do 21 października 2004 roku, został wystawiony przez powoda w dniu 8 października 2004 roku. Z wnioskiem o wydanie dokumentu wystąpił S. S., wskazując jako przyczynę wydania formularza wyjazd turystyczny pozwanej do N. w okresie od 30 września 2004 roku do 21 października 2004 roku. Do wniosku została dołączona kopia decyzji Zakładu (...) Oddział w C. o przeliczeniu renty pozwanej z dnia 20 lutego 2004 roku.

Pobierając polską rentę z tytułu częściowej niezdolności do pracy pozwana podlegała właściwości polskiego ustawodawstwa i na tej podstawie otrzymała Certyfikat Zastępujący Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego. (zaświadczenie o uprawnieniach do świadczeń rzeczowych z dnia 8 października 2004 roku).

Pozwana w chwili udzielania świadczeń na terenie N. była zatrudniona u pracodawcy H.M. jako pracownik sezonowy. Pozwana posiadała pozwolenie na pracę z urzędu zatrudnienia w okresie od 30 września 2004 roku do 21 października 2004 roku i widniała na liście Ministerstwa Pracy i Polityki Socjalnej jako pracownik sezonowy zatrudniony na terenie N. po 1 maja 2004 roku. Rozpoczynając pracę w N. pozwana powinna zostać zgłoszona do ubezpieczenia zgodnie z ustawodawstwem niemieckim, zaś korzystając ze świadczeń powinna posługiwać się dokumentem poświadczającym ubezpieczenie w systemie niemieckim i korzystać z opieki medycznej na koszt niemieckiej kasy chorych.

Instytucja niemiecka na podstawie Certyfikatu Zastępującego Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego wydanego pozwanej w dniu 8 października 2004 roku w dniu 19 grudnia 2005 roku wystawiła formularz (...) na kwotę 6.120,58 euro obciążając (...) Fundusz (...) – powoda kosztami leczenia pozwanej na terenie N. w okresie od 7 października 2004 roku do 17 października 2004 roku. Powód zapłacił instytucji niemieckiej za koszty leczenia pozwanej.

Przed procesem pozwana nie uznała roszczenia, wnosząc ewentualnie o jego rozłożenie na raty.

Sąd Rejonowy oceniając ustalony stan faktyczny wskazał, że dowodem ubezpieczenia w NFZ, potwierdzającym ubezpieczenie zdrowotne w NFZ, jest właściwy dokument wydany osobom uprawnionym. Zgodnie z art. 51 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 roku, Nr 210, poz. 2135) w celu potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących

świadczeniobiorcy lub osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej 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 świadczeń.

Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) jest dokumentem potwierdzającym prawo do korzystania z bezpłatnych usług medycznych w krajach UE i EFTA. EKUZ daje te same prawa, co ubezpieczenie zdrowotne w danym państwie. EKUZ może uzyskać każda osoba ubezpieczona w NFZ niezależnie od tytułu ubezpieczenia. Karta EKUZ nie uprawnia do korzystania z planowego leczenia w danym kraju. Zaplanowane zabiegi czy leczenie wymagają osobnej zgody NFZ.

Zgodnie z art. 49 ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w przypadku posługiwania się kartą ubezpieczenia zdrowotnego lub innym dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przez osobę, która utraciła to prawo w okresie ważności karty lub dokumentu, osoba ta jest zobowiązana do zwrotu poniesionych przez Fundusz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych po utracie prawa do tych świadczeń. Powódka nie utraciła uprawnień do takich świadczeń.

Sąd Rejonowy przyjął, że zgodnie z art. 50 cyt. ustawy należności powoda uległy przedawnieniu z upływem terminu 5 lat, który rozpoczął bieg w lipcu 2006 roku. Przepis art. 50 ust. 11 i ust. 13 cyt. ustawy stanowi bowiem, że w stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia o którym mowa w ust. 6 tego artykułu, świadczenie opieki zdrowotnej zostaje udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. Roszczenie przysługujące na tej podstawie ulegają przedawnieniu z upływem 5 lat od dnia upływu terminów określonych w ust. 11 tego artykułu. Zdaniem Sądu Rejonowego te przepisy stosuje się odpowiednio.

Sąd Rejonowy podkreślił również, że pozwana w pierwszych kierowanych do niej pismach nie otrzymała jakiegokolwiek informacji o roszczeniu regresowym, aż do listopada 2011 roku, nadto nie podpisała oświadczenia o zapoznaniu się z przepisami cyt. ustawy. Uniemożliwiło to pozwanej podjęcie czynności celem ustalenia prawidłowości bądź nieprawidłowości zgłoszenia jej do ubezpieczenia niemieckiego oraz podjęcie ewentualnych środków prawnych przeciwko niemieckiemu pracodawcy.

Odnosząc się do kwestii zastosowania art. 5 k.c. Sąd Rejonowy podniósł, że klauzula generalna z art. 5 k.c. dotyczy zarówno zachowań faktycznych jak i czynności prawnych, dokonywanych na podstawie kompetencji wchodzących w zakres danego prawa podmiotowego. Klauzula ta służy ocenie zachowań strony i sposobu korzystania przez nią ze swego prawa podmiotowego. Sąd Rejonowy wskazał, że klauzula ta nie znajduje zastosowania do pozwanej.

Rozstrzygnięcie o kosztach procesu Sąd Rejonowy uzasadnił przepisem art. 98 k.p.c.

*

Apelację od tego wyroku wniósł powód (...) Fundusz (...) z siedzibą w W., zarzucając zaskarżonemu wyrokowi:

1. naruszenie prawa materialnego przez błędną wykładnię i zastosowanie:

a) art. 49 ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (obecnie art. 50) przez mylne uznanie, że pięcioletni termin przedawnienia ma zastosowanie do przedmiotowego stanu faktycznego, bowiem dotyczy świadczeniobiorcy w rozumieniu art. 2 cyt. ustawy, a więc osób, dla których właściwe było ustawodawstwo polskie, natomiast pozwana w trakcie uzyskiwania świadczeń zdrowotnych podlegała pod ustawodawstwo niemieckie,

b) art. 410 k.c. poprzez jego niezastosowanie wynikające z nieprzyjęcia, że pozwana nie podlegała ubezpieczeniu zdrowotnemu na koszt P., a mimo to środki na jej leczenie zostały wypłacone przez (...) instytucji niemieckiej, a

tym samym wynagrodzenie zapłacone za jej leczenie było wypłacone bez podstawy prawnej i jest ono świadczeniem nienależnym,

c) art. 118 k.c. poprzez niezastosowanie dziesięcioletniego terminu przedawnienia,

d) art. 13 ust. 3 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 166661) poprzez błędną wykładnię polegającą na tym, że pozwana nie utraciła uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowej ze środków publicznych,

2. sprzeczność istotnych ustaleń Sądu pierwszej instancji z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego przez:

a) ustalenie, że pozwana nie miała wiedzy o nieprawidłowym zgłoszeniu jej do ubezpieczenia przez pracodawcę niemieckiego, podczas gdy pozwana certyfikat zastępujący Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego otrzymała od powoda w dniu 8 października 2004 roku, co dało bezpośrednią podstawę do obciążenia (...)Funduszu (...)kosztami jej leczenia w N.

b) ustalenie, że (...) wykazał beczynność od lipca 2006 roku do lipca 2011 roku, podczas gdy w tym przedziale czasowym wielokrotnie zwracał się do odpowiednich instytucji niemieckich o wyjaśnienie statusu pozwanej w zakresie jej ubezpieczenia przez pracodawcę niemieckiego,

c) ustalenie, że powodowi nie przysługiwało roszczenie regresowe o zapłatę kwoty stanowiącej równowartość zrefundowanego świadczenia zdrowotnego udzielonego w N.,

3. naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. poprzez braki w uzasadnieniu orzeczenia uniemożliwiające właściwą kontrolę wyroku Sądu pierwszej instancji, w szczególności nieodniesienie się do pisma (...) Oddział w B. z dnia 13 listopada 2012 roku ustalającego, że pozwana podlegała ustawodawstwu niemieckiemu.

Powód wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku przez uwzględnienie powództwa w całości i zasądzenie od pozwanej na rzecz powoda zwrotu kosztów procesu według norm prawem przepisanych za obie instancje, ewentualnie o uchylene zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja powoda nie jest zasadna, aczkolwiek Sąd Okręgowy nie podziela dużej części oceny prawnej Sądu pierwszej instancji.

Jeżeli chodzi o sam stan faktyczny sprawy, co do zasady nie był on sporny i został on prawidłowo ustalony przez Sąd Rejonowy na podstawie przedłożonych przez strony dokumentów, obszernie opisanych w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku.

W szczególności niesporne jest, że pozwana wyjechała do N.do pracy w winnicy, została tam zgłoszona jako pracownik sezonowy i w okresie tej pracy skorzystała ze świadczeń zdrowotnych na terenie N., bowiem w dniach od 7 do 17 października 2004 roku została poddana leczeniu szpitalnemu w związku z nagłym przypadkiem: krwotokiem wewnętrznym żołądka w związku z chorobą wrzodową i była operowana.

W dniu 8 października 2004 roku z wniosku S. S.został wydany przez (...)Fundusz (...)certyfikat zastępujący Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego, który następnie został złożony w jednostce służby zdrowia w N., leczącej pozwaną.

Na tej podstawie instytucja niemiecka pismem z dnia 19 grudnia 2005 roku zwróciła się do (...)Funduszu (...)o zwrot kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych M. S.w kwocie 6.120,58 euro.

(...)Fundusz (...), po ustaleniu, że M. S.jako rencistka, która podjęła pracę sezonową w N., nie była uprawniona do świadczeń zdrowotnych w ramach polskiego ubezpieczenia zdrowotnego, zwrócił się do instytucji niemieckiej o wyjaśnienie kwestii ubezpieczenia zdrowotnego pozwanej w N.i uzyskał odpowiedź, że M. S.jako pracownik sezonowy nie podlegała obowiązkowemu ubezpieczeniu na terenie N.ani nie była ubezpieczona dobrowolnie, a skoro posłużyła się polskim dokumentem ubezpieczenia zdrowotnego, (...) obowiązany jest do pokrycia kosztów udzielonych jej świadczeń (pismo z dnia 18 grudnia 2008 roku – k. 14-16).

W dniu 6 kwietnia 2011 roku powód spełnił świadczenie na rzecz instytucji niemieckiej.

Dodać należy, że pozwana w toku procesu podniosła, że nie wiedziała wcześniej, że pracodawca niemiecki nie ubezpieczył jej w zakresie ubezpieczenia społecznego i nie wiedziała, że pracodawca posłużył się dokumentem wydanym przez (...) To pracodawca zwrócił się telefonicznie do męża powódki o wyrobienie dokumentu (...)i przesłanie go na adres pracodawcy. W tym czasie pozwana przebywała na oddziale intensywnej opieki medycznej i po opuszczeniu szpitala nikt jej nie poinformował o posłużeniu się tym dokumentem (k. 90v, 101).

Powód tym twierdzeniom nie zaprzeczył, a zatem należało je uznać za przyznane (art. 230 k.p.c.).

Wbrew wywodom apelującego okoliczność, że w dniu 8 października 2004 roku dokument (...)wydano mężowi powódki przebywającej wówczas w szpitalu, nie dowodzi tego, że pozwana o tym fakcie wiedziała i wiedziała o tym, iż nie została ubezpieczona zdrowotnie na terenie N. Pozwana wskazała bowiem, że nastąpiło to bez jej wiedzy, z inicjatywy pracodawcy niemieckiego i mając na względzie ówczesny stan zdrowia powódki twierdzenie to należy uznać za przekonujące.

Należy też przyznać skarżącemu, że nie było tak, aby w latach 2006 – 2011 nie podejmował żadnych czynności zmierzających do wyjaśnienia statusu ubezpieczenia pozwanej. Tym niemniej należy wskazać, że mimo, iż już pismem z dnia 19 grudnia 2005 roku powód został wezwany przez instytucję niemiecką do pokrycia kosztów leczenia pozwanej, brak dowodu, aby poinformował o tym pozwaną, pouczył ją, że nie mogła ona skorzystać z tego leczenia w ramach polskiego ubezpieczenia zdrowotnego i wezwał ją do przedłożenia niemieckiego dokumentu ubezpieczenia, co mogłoby pozwanej umożliwić ewentualną realizację roszczeń w stosunku do pracodawcy niemieckiego – który według jej twierdzeń – zobowiązał się do jej ubezpieczenia zdrowotnego (niezależnie od jego obligatoryjności). Powód ograniczył się do odebrania w dniu 3 lipca 2006 roku od pozwanej oświadczenia, że istotnie udzielono jej w N. świadczeń zdrowotnych i u kogo była zatrudniona (k. 17). Dopiero pismem z dnia 16 listopada 2011 roku powód wezwał pozwaną do zwrotu kosztów udzielonych jej w N.świadczeń zdrowotnych, przedstawiając zarazem informację o podstawie prawnej (k. 22).

Natomiast kwestia, czy powodowi przysługiwało dochodzone roszczenie, czy też nie, nie jest zagadnieniem z zakresu ustaleń faktycznych, ale z zakresu oceny prawnej ustalonego stanu faktycznego.

Należy też przyznać skarżącemu rację co do tego, że uzasadnienie zaskarżonego wyroku, z uchybieniem art. 328 § 2 k.p.c., nie przedstawia w sposób klarowny wywodu co do podstawy prawnej roszczenia powoda i oceny jego zasadności, w tym kwestii przedawnienia i zastosowania art. 5 k.c.

Można jedynie stwierdzić, że Sąd Rejonowy przywołał przepisy o udzielaniu świadczeń zdrowotnych, z których wywiódł, że roszczenie powoda podlegało pięcioletniemu terminowi przedawnienia, który należy liczyć od lipca 2006 roku i wobec podniesionego przez pozwaną zarzutu przedawnienia powództwo należało oddalić.

Wydaje się, że art. 5 k.c. był analizowany przez Sąd pierwszej instancji pod kątem tego, czy podniesienie zarzutu przedawnienia może być uznane za sprzeczne z art. 5 k.c., a więc w istocie na korzyść powoda, a nie na korzyść pozwanej, która utrzymywała, że dochodzenia przez powoda przedmiotowego roszczenia stoi w sprzeczności z tym unormowaniem.

Sąd Rejonowy omówił też w sposób ogólny funkcjonowanie Europejskiej Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego, nie wypowiadając się wyraźnie co do tego, czy w jego ocenie powódka była uprawniona do przedmiotowych świadczeń zdrowotnych z polskiego ubezpieczenia zdrowotnego i czy mogła posłużyć się wydanym w dniu 8 października 2004 roku certyfikatem, aczkolwiek można wnosić, iż uznał, że powódka nie była uprawniona do tych świadczeń zdrowotnych z polskiego ubezpieczenia zdrowotnego, skoro uwzględnił kwestię przedawnienia, która w razie niezasadności żądań powoda nie miałaby w ogóle znaczenia.

Oceniając ustalony stan faktyczny należy wskazać, że Sąd Okręgowy nie neguje tego, że pozwana zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 roku w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. U. UE L. 2004.166.1) w ówczesnym brzmieniu, podejmując pracę sezonową w N., a będąc rencistką w P., podlegała przepisom prawa niemieckiego w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego i nie przysługiwały jej w okresie tej pracy świadczenia z polskiego ubezpieczenia zdrowotnego.

Z ustalonego stanu faktycznego wynika jednoznacznie, że pozwana w N. nie została ubezpieczona w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego.

Sąd Okręgowy nie neguje też tego, że ponieważ świadczenia zdrowotne zostały pozwanej udzielone w oparciu o dokument ubezpieczenia zdrowotnego wystawiony przez (...)Fundusz (...), powód był zobowiązany do zwrotu kosztów tych świadczeń właściwej instytucji niemieckiej.

Należy uznać, że jest to sytuacja analogiczna z unormowaną w art. 50 ust. 16 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 roku, Nr 164, poz. 1027, ze zm.), zgodnie z którym w przypadku gdy świadczenie opieki zdrowotnej zostało udzielone pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w wyniku posługiwania się kartą ubezpieczenia zdrowotnego albo innym dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przez osobę, która utraciła to prawo w okresie ważności karty albo innego dokumentu, osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do uiszczenia kosztów tego świadczenia. Pozwanej przysługiwały bowiem świadczenia zdrowotne z polskiego ubezpieczenia zdrowotnego do momentu podjęcia pracy sezonowej w N., kiedy to uprawnienie utraciła. W ocenie Sądu Okręgowego samo miejsce udzielenia świadczeń, czy też przyczyna utraty uprawnień, nie mogą przemawiać za tym, że przepis ten nie znajdował zastosowania do tego rodzaju przypadków. Należy jednak zwrócić uwagę, że przepis ten został wprowadzony do cyt. ustawy z dniem 1 stycznia 2013 roku ustawą z dnia 27 lipca 2012 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2012 roku, poz. 1016). Wcześniej, od dnia 29 września 2007 roku, w następstwie nowelizacji dokonanej ustawą z dnia 24 sierpnia 2007 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2007 roku, Nr 166, poz. 1172, ze zm.) obowiązywał podobnie brzmiący art. 49 ust. 8 cyt. ustawy. Należy zwrócić uwagę, że Centrala (...)wskazywała w piśmie z dnia 25 lutego 2010 roku (skierowanym do (...)Oddziału Wojewódzkiego (...)) taką podstawę prawną roszczenia o zwrot kosztów świadczeń niezasadnie udzielonych za granicą (k. 113-115). W pierwotnym brzmieniu cyt. ustawy tego rodzaju unormowania natomiast nie było, brak jest też przepisów przejściowych, które pozwalałyby zastosować to unormowanie do przypadków sprzed jego wprowadzenia (należy pamiętać o tym, że świadczenia zdrowotne zostały udzielone pozwanej w październiku 2004 roku).

Rodzi się wobec tego pytanie, czy oznacza to, że powód w ogóle nie może dochodzić od pozwanej zwrotu kosztów świadczeń udzielonych (zrefundowanych instytucji niemieckiej), czy też może takich świadczeń dochodzić na podstawie przepisów o bezpodstawnym wzbogaceniu (art. 405 k.c. i nast.).

W ocenie Sądu Okręgowego należy stwierdzić, że system ubezpieczeń zdrowotnych, ich finansowania oraz ewentualnie zwrotu kosztów udzielonych świadczeń zdrowotnych jest dziedziną prawa publicznego w sposób szczególnie regulującą zasady udzielania świadczeń zdrowotnych i ewentualnie zwrotu przez pacjentów kosztów świadczeń udzielanych nienależnie. Wobec tego (...)Fundusz (...) może dochodzić zwrotu takich kosztów tylko w wypadkach określonych w ustawie i nie może domagać się zwrotu tych kosztów na podstawie przepisów o bezpodstawnym wzbogaceniu w innych

przypadkach, w tym także w zakresie sytuacji, jakie miały miejsce przed wprowadzeniem opisanych wyżej unormowań. Z tego względu roszczenie powoda nie było zasadne.

Nie można natomiast przyjąć, aby w stosunku do takiego roszczenia mógł obowiązywać pięcioletni termin przedawnienia. Przepis art. 50 ust. 13 cyt. ustawy wyraźnie stanowi, że termin ten dotyczy takich sytuacji, gdy świadczenie zostało udzielone mimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej (np. dokumentem) i termin przedawnienia biegnie od końca terminu na potwierdzenie takich uprawnień (art. 50 ust. 11 cyt. ustawy). Przed dniem 1 stycznia 2013 roku, w poprzednim brzmieniu art. 50 cyt. ustawy w ust. 8 wskazano, że pięcioletni termin przedawnienia dotyczy sytuacji, gdy nie przedstawiono dokumentu ubezpieczenia, albo gdy płatnik nie odprowadził składki na ubezpieczenie społeczne. Każdy przepis szczególny wprowadzający termin przedawnienia ma charakter wyjątku od zasady ogólnej, a zatem zgodnie z zasadami wykładni nie może być interpretowany rozszerzająco. Oznacza to, że nie można przyjąć, by pięcioletni termin przedawnienia miał zastosowanie również do roszczenia wynikającego z obecnego art. 50 ust. 16 cyt. ustawy, a zgodnie z art. 118 k.c. należałoby uznać, iż do takich roszczeń znajduje zastosowanie dziesięcioletni termin przedawnienia.

Gdyby nawet przyjąć, że powód może domagać się zwrotu kosztów leczenia pozwanej wypłaconych instytucji niemieckiej na podstawie przepisów o bezpodstawnym wzbogaceniu, gdyż pokrył te koszty za pozwaną, czyli zmniejszył jej pasywa (w braku ubezpieczenia zdrowotnego pozwana powinna zapłacić za świadczenia udzielone jej w N.), to w okolicznościach niniejszej sprawy należałoby uznać roszczenie powoda za sprzeczne z art. 5 k.c.

Z ustalonego stanu faktycznego wynika, że pozwana przed wyjazdem do N. nie ubiegała się o dokument potwierdzający jej uprawnienia do świadczeń z polskiego ubezpieczenia zdrowotnego i pozostawała w przekonaniu, iż zostanie ubezpieczona przez pracodawcę niemieckiego. Do szpitala trafiła w sposób nagły, w sytuacji zagrożenia życia. Dokument (...) został wydany jej mężowi w realizacji prośby pracodawcy niemieckiego. Nic nie wskazuje, aby mąż pozwanej miał wiedzę, że pozwana nie powinna ubiegać się o ten dokument wobec podjęcia pracy sezonowej w N.. To pracodawca niemiecki złożył ten dokument w jednostce służby zdrowia, a pozwana przez bardzo długi okres czasu nie była tego świadoma i nie mogła dochodzić od pracodawcy niemieckiego wywiązania się ze swoich zobowiązań w zakresie ubezpieczenia bądź naprawienia szkody. Nie można zatem przyjąć, aby pozwana świadomie nadużyła swoich uprawnień, a wręcz przeciwnie – doszło do powołania się na te jej uprawnienia bez jej wiedzy. Tym samym w ocenie Sądu Okręgowego dochodzenie przedmiotowego roszczenia stoi w sprzeczności z zasadą słuszności.

Nic też nie wskazuje, aby można było w niniejszej sprawie przyjąć odpowiedzialność deliktową pozwanej na podstawie art. 415 k.c.

Skarżący nie sformułował żadnych zarzutów naruszenia przepisów prawa procesowego w zakresie rozstrzygnięcia o kosztach procesu, a Sąd Odwoławczy z urzędu uwzględnił tylko naruszenie prawa materialnego oraz nieważność postępowania (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 31 stycznia 2008 roku, sygn. II CSK 400/07, Lex nr 371445). Nie było zatem podstaw do zmiany tego rozstrzygnięcia.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Okręgowy orzekł w oparciu o art. 98 § 1 i § 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c. i art. 391 § 1 k.p.c. Apelacja powoda została oddalona, toteż powinien on zwrócić pozwanej koszty postępowania odwoławczego obejmujące wynagrodzenie pełnomocnika – radcy prawnego w stawce minimalnej.

Z tych wszystkich względów na podstawie art. 385 k.p.c. Sąd Okręgowy orzekł jak w sentencji wyroku.