

Sygn. akt II Ca 877/15

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 stycznia 2016 roku

Sąd Okręgowy w Szczecinie II Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Zbigniew Ciechanowicz (spr.)
Sędziowie:	SO Wiesława Buczek - Markowska SO Małgorzata Grzesik
Protokolant:	st. sekr. sąd. Dorota Szlachta

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 22 stycznia 2016 roku w S.

sprawy z powództwa Narodowego Funduszu Zdrowia w W.

przeciwko R. R.

o zapłatę

na skutek apelacji wniesionej przez powoda od wyroku Sądu Rejonowego Szczecin - Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie z dnia 24 marca 2015 roku, sygn. akt I C 1221/13

**I. oddala apelację;**

**II. zasądza od powoda Narodowego Funduszu Zdrowia w W. na rzecz pozwanego R. R. kwotę 1.200 (jeden tysiąc dwieście) złotych tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.**

SSO Wiesława Buczek – Markowska SSO Zbigniew Ciechanowicz SSO Małgorzata Grzesik

**Uzasadnienie wyroku z dnia 22 lutego 2016 r.:**

Wyrokiem z dnia 24 marca 2015 r. Sąd Rejonowy Szczecin- Prawobrzeże i Zachód w Szczecinie (sygn. akt: I C 1221/13) oddalił powództwo Narodowego Funduszu Zdrowia w W. o zapłatę przeciwko R. R., obciążając jednocześnie powoda kosztami postępowania.

Sąd Rejonowy wydał rozstrzygnięcie w oparciu o następujący stan faktyczny:

Pozwanemu wykonano w niemieckiej klinice dwie operacje kręgosłupa. Leczenie miało miejsce w dniach od 08.11.2009 roku do 12.11.2009 roku oraz od 27.11.2009 roku do 06.12.2009 roku. Łączny koszt zabiegów i leczenia wyniósł 10.440,76 euro. Koszty te pokrył Narodowy Fundusz Zdrowia.

Karta E 106 w okresie na jaki została wystawiona, uprawniała pozwanego do korzystania na terenie Niemiec ze świadczeń medycznych w pełnym zakresie, na takich zasadach jak obywatela Niemiec. Pierwsza karta E 106 wydana

pozwanemu w 2008 roku obejmowała okres od 29.07.2008 roku do 16.01.2009 roku, natomiast druga okres od 13.07.2009 roku do 30.09.2009 roku.

Powód pismem z dnia 10.03.2010 roku poinformował pozwanego, że z dniem 03.12.2009 roku pozwany utracił prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych przysługujących dotychczas pozwanemu.

W dniu 10.11.2011 roku powód wezwał pozwanego do dobrowolnej zapłaty kwoty 41.278,55 zł wraz z ustawowymi odsetkami za zwłokę od dnia 25.10.2011 roku do dnia zapłaty. Zgodnie z wystawioną przed powoda notą księgowo obciążeniową, powód domagał się od pozwanego zapłaty należności w kwocie 41.278,55 zł z tytułu zwrotu nienależnych kosztów świadczeń udzielonych na terenie Niemiec w okresie od 01.11.2009 roku do 06.12.2009 roku.

Od dnia 01.10.2009 roku do dnia 05.02.2010 roku pozwany posiadał prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych z tytułu pobierania zasiłku chorobowego na podstawie art. 67 ust. 6 ustawy z dnia 27.08.2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.). W powyższym okresie pozwanemu przysługiwało prawo do korzystania ze świadczeń medycznych na terenie państw UE/EFTA na podstawie europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego w przypadku nagłego zachorowania.

NFZ zwrócił się do niemieckiej kasy chorych ( (...)) z zapytaniem czy świadczenia udzielone pozwanemu w okresie 01.11.2009 r. – 07.12.2009 r. były następstwem nagłego zachorowania czy udzielone w trybie planowym. (...) pismem z dnia 26.01.2012r. udzieliła odpowiedzi, iż wskazane świadczenia rzeczowe udzielone w terminie od 01.11. do 07.12.2009 r. były następstwem nagłego zachorowania.

Według opinii wydanej na zlecenie NFZ przez Konsultanta Wojewódzkiego ds. Neurologii L. S. w przypadkach obu hospitalizacji podjęte leczenie operacyjne nie miało charakteru działania niezbędnego ze wskazań życiowych i mogło być podjęte w sposób planowy.

W tych okolicznościach faktycznych Sąd I Instancji uznał powództwo za niezasadne.

Sąd zważył, że powód wywodzi swoje roszczenie z tego, że leczenie pozwanego nie było przypadkiem nagłym. Tymczasem ze złożonego przez powoda dokumentu przekazanego przez niemiecką kasę chorych, która badała przypadek pozwanego i podjęła leczenie, wynika, że wykazane świadczenia rzeczowe udzielone w terminie od 08.11.2009 roku do 07.12.2009 roku były następstwem nagłego zachorowania, nie były zaś udzielone w trybie planowym natomiast koszty wynikające z powyższych formularzy E125 zostałyby rozliczone na podstawie europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego. Dokument ten wydany został w odpowiedzi na zapytaniem NFZ i nie jest kwestionowany przez strony. Ponadto dowodem wystarczającym na wykazanie przez powoda okoliczności, że leczenie pozwanego nie było przypadkiem nagłym nie mogą stanowić zeznania świadka L. S.. Środek dowodowy w postaci zeznań świadka opiera się na zdolności człowieka do postrzegania, zapamiętywania oraz komunikowania swych spostrzeżeń dotyczących różnorodnych zdarzeń, zachowań, stanów lub zjawisk i polega na złożeniu zeznań (oświadczenia wiedzy) co do posiadanych wiadomości na temat spornych, istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy faktów. Sąd zaznaczył, że świadek L. S. na rozprawie w dniu 24.03.2015 r. potwierdził jedynie fakt wydania opinii z dnia 10.01.2012r. na zlecenie NFZ, bez badania pozwanego, wyłącznie na podstawie dokumentacji medycznej. Mając na uwadze powyższe Sąd uznał, iż powód w toku niniejszego postępowania nie wykazał zasadności roszczenia. Dowód z zeznań świadka L. S. oraz wydana przez niego opinia z dnia 10.01.2012r., w świetle pisma (...) z dnia 26.01.2012r., nie może stanowić dowodu wystarczającego na wykazanie, że przypadek pozwanego nie wymagał leczenia natychmiastowego. Wobec zakwestionowania przez pozwanego stanowiska powoda co do charakteru leczenia pozwanego, w ocenie Sądu okoliczność powyższa mogła być wykazana wyłącznie dowodem z opinii biegłego sądowego, lecz wniosek taki nie został zgłoszony przez powoda.

Sąd wskazał nadto, że powód podstaw prawnych swojego roszczenia upatrywał w art. 415 k.c., czy w przepisach o bezpodstawnym wzbogaceniu. Sąd uznał jednak, iż w niniejszej sprawie nie zachodziły przesłanki wymienione w art. 415 k.c. Z zeznań pozwanego wynika, że pozwany był przekonany, że jest ubezpieczony i ma prawo do bezpłatnych świadczeń medycznych, gdyż od 30.09.2009 r. przebywał na zasiłku chorobowym. Ponadto pozwany wskazał na nagłe

pogorszenie stanu zdrowia w dniu 08.11.2009 r. i silny ból oraz obawę o własne życie, co skłoniło go do skorzystania z pomocy medycznej na terenie N.. W ocenie Sądu, w postępowaniu pozwanego brak jakiegokolwiek zawinienia czy naganności. Również powództwo powoda nie znajduje uzasadnienia w treści art. 405 k.c. Sąd stwierdził, że system ubezpieczeń zdrowotnych, ich finansowania oraz ewentualnie zwrotu kosztów udzielonych świadczeń zdrowotnych jest dziedziną prawa publicznego w sposób szczególny regulującą zasady udzielania świadczeń zdrowotnych i ewentualnie zwrotu przez pacjentów kosztów świadczeń udzielanych nienależnie. Wobec tego Narodowy Fundusz Zdrowia 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 znajduje uzasadnienia w przepisach o bezpodstawnym wzbogaceniu.

Niezależnie od tego Sąd uznał, że gdyby nawet przyjąć, że powód może domagać się zwrotu kosztów leczenia pozwanego wypłaconych instytucji niemieckiej, to w okolicznościach niniejszej sprawy należałoby uznać roszczenie powoda za sprzeczne z art. 5 k.c. Pozwanemu w okresie, w którym przeprowadzone zostały operacje przysługiwało prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych z tytułu pobierania zasiłku chorobowego. Zgodnie z ustawą z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2010 r. Nr 77, poz. 512 z późn. zm.) zasiłek chorobowy przysługuje osobie ubezpieczonej, która stała się niezdolna do pracy w okresie trwania ubezpieczenia chorobowego. art. 67 ust. 6 ustawy, który stanowi, iż osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia ma wraz z członkami rodziny, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w okresie pobierania przez tę osobę zasiłku przyznanego na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, którego nie zalicza się do podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne. Do przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym należy zaliczyć m.in. przepisy ustawy z dnia 25.06.1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2005 r. Nr 31, poz. 267 z późn. zm.). przykładem zasiłku jest z kolei m.in. zasiłek choroby i świadczenie rehabilitacyjne. A zatem w trakcie pobierania np. zasiłku chorobowego osoba zachowuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z ubezpieczenia zdrowotnego pomimo, że w tym okresie nie odprowadza składki na ubezpieczenie zdrowotne. Wspomniane uprawnienie zachowuje zarówno osoba pobierająca świadczenie w trakcie istnienia tytułu ubezpieczenia chorobowego, jak i po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego.

Pozwany był przekonany, że jest uprawniony do skorzystania ze świadczenia na terenie Niemiec, gdyż jest ubezpieczony. Nadto Sąd wskazał, że powód w piśmie z dnia 10.03.2010 roku poinformował pozwanego, że dopiero z dniem 03.12.2009 roku pozwany utracił prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych przysługujących dotychczas pozwanemu. Natomiast zgodnie z wystawioną przed powoda notą księgowo-obciążeniową powód domagał się od pozwanego zapłaty należności w kwocie 41.278,55 zł z tytułu zwrotu nienależnych kosztów świadczeń udzielonych na terenie Niemiec w okresie od 07.11.2009 roku do 06.12.2009 roku.

Pokrycie przez podmiot zobowiązany ustawowo do finansowania świadczeń medycznych udzielonych obywatelom RP kosztów leczenia osoby będącej w bezpośrednim zagrożeniu życia było zgodne z zasadą solidarności społecznej i moralnie słuszne. Z tych samych względów, a dodatkowo z uwagi na wyjątkowo trudną sytuację osobistą pozwanego wytoczenie powództwa, gdyby nawet okazało się ono zasadne należałoby, zdaniem Sądu, uznać za nadużycie prawa podmiotowego.

Sąd zważył, że pozwany podniósł także, zarzut przedawnienia. Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej określającą tę instytucję jako "państwową jednostkę organizacyjną posiadającą osobowość prawną" NFZ przedsiębiorcą nie jest. Nie można zatem przyjąć, aby w stosunku do takiego roszczenia mógł obowiązywać trzyletni termin przedawnienia. Przepis art. 50 ust. 13 cyt. ustawy wyraźnie stanowi, że termin pięcioletni 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 szczególnie wprowadzający termin przedawnienia

ma charakter wyjątku od zasady ogólnej, a zatem zgodnie z zasadami wykładni nie może być interpretowany rozszerzająco. Zdaniem Sądu 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. Wobec powyższego powództwo podlegało oddaleniu.

W punkcie II wyroku Sąd orzekł o kosztach procesu na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. Na koszty postępowania poniesione przez pozwanego złożyły się koszty zastępstwa procesowego obliczone zgodnie z § 6 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (tj. Dz.U. 2013 poz. 461 ze zm.).

Apelację złożył powód i zaskarżając wyrok w całości wniósł o jego zmianę i zasądzenie od pozwanego należności dochodzonej pozwem wraz z kosztami procesu za obie instancje ewentualnie jego uchylenie i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

Orzeczeniu zarzucił naruszeniem prawa materialnego, w szczególności art. 6 k.c. oraz art. 19 i 25 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w brzmieniu obowiązującym w dacie uzyskania przez pozwanego świadczeń medycznych w Niemczech poprzez przyjęcie, że zachorowanie pozwanego było przypadkiem nagłym uzasadniającym skorzystanie ze świadczenia medycznego za granicą bez zgody Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zdaniem powoda, ocenę pozostaje czy przypadek pozwanego był chorobą nagłą w rozumieniu art. 19 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a jeżeli nawet był, to czy wymagał natychmiastowej, kosztownej operacji w Niemczech. Jako podstawowy dowód, na którym oparł Sąd orzeczenie, było pismo niemieckiego (...) z dnia 9.II.2012 r. z którego wynikało, że podjęte leczenie było następstwem nagłego zachorowania. Wobec takiej rozbieżności ocen strony polskiej (rzeczoznawca L. S.) i niemieckiej kasy chorych ( (...))- Fundusz złożył oświadczenie do protokołu rozprawy, że konieczne jest przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego. Powód zgodził się ze stanowiskiem Sądu, że zeznania świadka, nawet specjalisty z określonej dziedziny, nie mogą stanowić równie poważnego dowodu jak opinia biegłego sporządzona w sprawie, jednakże domagał się, aby taki dowód - zgodnie z art. 6 k.c. - przeprowadzony został przez stronę pozwaną. Sąd nie podzielił tego stanowiska i uznał, że to Fundusz powinien przedłożyć opinię biegłego potwierdzającą brak przesłanek do uznania choroby pozwanego za przypadek nagły. Stanowiska tego powód nie akceptuje. Niewątpliwie powód, skoro dochodzi od pozwanego kosztów świadczenia medycznego w Niemczech, winien wskazać i udowodnić, że zapłacił za leczenie pozwanego za granicą (co wykazał w procesie) i wskazać na przepisy, które pozwany złamał poddając się kosztownemu zabiegowi za granicą. W pierwszym rzędzie Fundusz zarzucił w pozwie, że choroba nie miała charakteru nagłego w rozumieniu art. 19 u.ś.o.z., a, skoro tak, stosownie do postanowień art. 25 tej ustawy - jedynie Prezes NFZ mógł wyrazić zgodę na leczenie za granicą. Pozwany naruszył więc dwa przepisy u.ś.o.z. Natomiast na pozwanym spoczywał ciężar dowodu, że choroba miała charakter nagły i, co najistotniejsze, wymagała natychmiastowej operacji. Przerzucając na powoda ciężar udowodnienia, że to nie był przypadek nagły, Sąd Rejonowy rażąco naruszył postanowienia art. 6 k.c. co miało wpływ na wynik procesu.

Powód zaznaczył, że dyskopatia charakteryzuje się bólem, często bardzo silnym, ale nie zagraża życiu. Nie jest więc stanem nagłym w rozumieniu art. 3 § 8 ustawy z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. nr 191 poz. 1410 z późn. zm.). Wynika to jednoznacznie z opinii i zeznań konsultanta wojewódzkiego L. S.. Na zabiegi związane z dyskopatią oczekuje się w Polsce w kolejce. Taki zabieg kosztuje w kraju 40% kwoty, którą zapłacono niemieckiemu szpitalowi. Pozwany leczył się na dyskopatię już wcześniej w Polsce. Potwierdza to na podstawie dokumentacji medycznej konsultant wojewódzki (leczenie w 1999 i 2006 r.). Nie można więc zgodzić się z tym, co stwierdził Sąd Rejonowy, że silny ból pleców wywołał u pozwanego obawy o życie i, w konsekwencji, usprawiedliwione zlecenie przeprowadzenia operacji bez zgody Funduszu.

W odpowiedzi na apelację pozwany wniósł o jej oddalenie i zasądzenie na swoją rzecz kosztów postępowania apelacyjnego według norm przepisanych, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

### **Sąd Okręgowy zważył, co następuje:**

Apelacja podlega oddaleniu.

Sąd Rejonowy nie dopuścił się naruszenia prawa materialnego. W sposób prawidłowy przeanalizował materiał dowody i wyciągnął z niego właściwe wnioski. Ocena ta zasługuje na aprobatę Sądu Okręgowego, który w pełni podziela argumentację prawną, która legła u podstaw zaskarżonego orzeczenia.

Odnosząc do wstępu należy, że co do zasady Fundusz nie finansuje kosztów leczenia ubezpieczonego lub badań diagnostycznych poza granicami kraju. Wyjątek stanowią koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone ubezpieczonemu zgodnie z przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczonych świadczeń zdrowotnych, które wymienia art. 5 pkt 32 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Na gruncie tejże regulacji przyjęto rozwiązanie, zgodnie z którym zasadą jest, że warunkiem finansowania kosztów leczenia poza granicami kraju jest uprzednie wyrażenie zgody przez Prezesa Funduszu na to finansowanie. Sytuacje te zawężone zostały jednak jedynie do stanów nagłych, o których traktuje eksponowany w apelacji przepis art. 19 ustawy. Przepis ten głosi, że w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Spór w tej sprawie, zarówno przed Sądem I instancji, jak obecnie na etapie postępowania apelacyjnego, ogniskował się wokół ustalenia czy w analizowanym przypadku mamy do czynienia ze stanem nagłym.

Pojęcie stanu nagłego obejmuje swoim zakresem pomoc lekarską, która ma zapobiec ciężkim skutkom na zdrowiu pacjentów. W kontekście ziszczenia się przesłanek realizacji świadczenia w trybie określonym w art. 19 ust. 1 ustawy istotne znaczenie ma więc „natychmiastowość” i „bezpośredniość” zagrożenia, które uzasadniają niezwłoczne udzielenie pomocy. Przyjęty termin „stan nagły” nie może być rozumiany inaczej, niż określa to art. 3 pkt 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym w związku z art. 5 pkt 33 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, a jeżeli tak, to należy rozumieć, że sam fakt przyjęcia pacjenta bez skierowania właściwego lekarza do szpitala, z pominięciem procedury określonej w art. 20 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, oznacza, że pacjent znajduje się w stanie, w którym odmówienie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia lub życia, a więc w stanie nagłym, wymagającym niezwłocznego udzielenia świadczenia, chyba że z dokumentacji lekarskiej sporządzonej w dniu przyjęcia wynika co innego.

Przez świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w stanach nagłych, należy zatem rozumieć takie świadczenia, które są realizowane w stanie polegającym na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagającym podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Trzeba jednakowoż podkreślić, że w hipotezie art. 19 omawianej ustawy zawierają się nie tylko nagłe wypadki zagrożenia utratą życia, ale też nagłe wypadki zagrożenia utratą zdrowia (wyrok SN z 13 października 2006 r., III CSK 123/06, LEX nr 258671). Zagrożenie utratą życia lub zdrowia musi jednak w każdym wypadku być nagłe, co oznacza, że świadczeniami zdrowotnymi udzielanymi w sytuacjach nagłych nie będą takie, które co prawda ratują życie lub zdrowie, jednak stosowane są u chorych leczonych przewlekle, wymagających regularnego poddawania się zabiegom medycznym (wyrok SN z 4 stycznia 2007 r., V CSK 396/06, LEX nr 244455). Z przywołanej definicji stanu nagłego wynika więc, że chodzi o przypadek, w odniesieniu do którego nie istnieje możliwość odłożenia (przesunięcia) w czasie pomocy lekarskiej, mogącej według wiedzy i doświadczenia medycznego zapobiec powstaniu u pacjenta niekorzystnych skutków.

W analizowanym stanie faktycznym argumentacja powoda, iż leczenie pozwanego w dniach od 08.11.2009 r. do 12.11.2009 r. oraz od 27.11.2009 r. do 06.12.2009 r. na terenie Niemiec nie było wypadkiem nagłym, pozostają jedynie w sferze twierdzeń strony powodowej. Z zeznań pozwanego wynika, że dniach 8 i 27 listopada 2009 r. pojawiły się

u niego problemy z oddychaniem, kołatanie serca, niewydolność nerek oraz niskie ciśnienie. Dodatkowo pozwany miał problemy z samodzielnym poruszeniem się, odczuwał silny ból nogi lewego podudzia. W tym okolicznościach zwrócił się o udzielenie mu pomocy medycznej. Dolegliwości, które odczuwał uzasadniały przekonanie pozwanego co do poważnego stanu jego zdrowia. To subiektywne przekonanie pozwanego znalazło nadto odzwierciedlenie w okolicznościach zewnętrznych. Zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, w tym zwłaszcza dokumentacja przekazana przez niemiecką kasę chorych, która badała przypadek pozwanego i podjęła leczenie, wprost dowodzi, iż świadczenia rzeczowe udzielone pozwanemu były następstwem nagłego zachorowania. Pozwany niezwłocznie został bowiem zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego. Nie doszło więc do sytuacji, w której świadczenia te udzielone zostały w trybie planowanym. Mało tego materiał dowodowy wskazuje, że istotnie odroczenie w czasie pomocy medycznej mogło skutkować utratą zdrowia pozwanego. Dokumentacja medyczna, w oparciu o którą Sąd Rejonowy poczynił trafne ustalenia faktyczne wydana została w odpowiedzi na zapytaniem NFZ i nie była kwestionowana przez strony. Analiza materiału dowodowego zebranego w sprawie prowadzi więc do wniosku, iż wymóg bezpośredniego zagrożenia został spełniony. Podobnie zresztą jak i wymóg udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej. Przesłanka ta jest w orzecznictwie i doktrynie ujmowana jako przypadek niecierpiący zwłoki, w którym pomocy medycznej należy udzielić natychmiast. Taka sytuacja niewątpliwie zaś wystąpiła w analizowanym stanie faktycznym.

W świetle powyższego trafnie argumentował Sąd Rejonowy, że wystarczającym dowodem na wykazanie przez powoda okoliczności, że leczenie pozwanego nie było przypadkiem nagłym nie była opinia wydana przez konsultanta wojewódzkiego do spraw neurochirurgii L. S., a także jego zeznania w tym zakresie złożone na rozprawie w dniu 24 marca 2015 r.

Sąd Okręgowy zwraca uwagę, że opinia, na której treści swoje stanowisko oparł powód, ma charakter ekspertyzy prywatnej. Z tego względu może być potraktowana tylko jako stanowisko procesowe strony powodowej. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 9 maja 2007 r. (II CSK 77/07, LEX nr 485864) stwierdził, że nie może być traktowana, jako dowód w procesie opinia biegłego choćby był nim biegły sądowy, sporządzona na polecenie strony i złożona do akt sądowych. (...) opinie opracowane na zlecenie stron i przedłożone sądowi stanowią jedynie umotywowane stanowisko strony. Z tego względu gdyby taką ekspertyzę przyjęto za podstawę orzeczenia stanowiłoby to istotne uchybienie procesowe, które mogłoby być nawet podstawą skargi kasacyjnej. Z kolei w wyroku z dnia 15 stycznia 2010 r. (I CSK 199/09, LEX nr 570114) Sąd Najwyższy stwierdził, że jeżeli strona dołącza do pisma procesowego ekspertyzę pozasądową i powołuje się na jej twierdzenia i wnioski, ekspertyzę tę należy traktować, jako część argumentacji faktycznej i prawnej przytaczanej przez stronę. Gdy strona składa ekspertyzę z intencją uznania jej przez sąd za dowód w sprawie, wówczas istnieją podstawy do przypisania jej także znaczenia dowodu z dokumentu prywatnego. Z art. 245 k.p.c. wynika zaś, że dokument prywatny stanowi dowód tego, że osoba, która go podpisała, złożyła oświadczenie zawarte w dokumencie. Skoro więc załączony do akt postępowania dokument z dnia 10 stycznia 2012 r. nie ma mocy dowodu z opinii biegłego w rozumieniu art. 278 k.p.c., lecz traktowany mógł być jako prezentacja stanowiska strony powodowej, chociaż poparta wiedzą specjalną, nie mógł stać się podstawą czynionych ustaleń faktycznych w tej sprawie.

W tej sprawie, istotnie jak wskazuje Sąd Rejonowy, winien być przeprowadzony dowód z opinii biegłego sądowego. Potrzebę taką dostrzegły zresztą również strony tego postępowania, obowiązek zgłoszenia stosownego wniosku wzajemnie na siebie przerzucały. Zdaniem Sądu Okręgowego, w sytuacji jednak gdy pozwany zakwestionował stanowisko powoda co do charakteru leczenia pozwanego, obowiązek dopuszczenia dowodu z opinii biegłego sądowego obciążał apelującego. Powód wniosku takiego nie zgłosił. Bierność w powoływaniu dowodów nie może natomiast uzasadniać obecnie zarzutów apelacji, jak to ma miejsce w tej sprawie. Nie zobowiązuje to zwłaszcza sądów do poszukiwania dowodów z urzędu, gdyż w myśl zasady kontrydiktoryjności ciężar dowodu spoczywa na stronach. Przyjmuje się, że przedstawienie przez stronę dowodu w celu wykazania określonych twierdzeń o faktach, z których wywodzi dla siebie korzystne skutki, jest nie tyle jej prawem czy obowiązkiem procesowym, co ciężarem procesowym, wynikającym i zagwarantowanym przepisami prawa, przede wszystkim w jej własnym interesie. To strony są dysponentem toczącego się postępowania dowodowego i to one ponoszą odpowiedzialność za jego wynik. Powyższe jasno wynika z art. 3 k.p.c., który wskazuje, że to na stronach spoczywa obowiązek dawania wyjaśnień co do okoliczności sprawy zgodnie z prawdą i przedstawiania dowodów na ich poparcie. To interes strony nakazuje

jej podjąć wszelkie czynności procesowe w celu udowodnienia faktów, z których wywodzi korzystne skutki prawne. Należy przy tym pamiętać, że sąd rozstrzyga sprawę według właściwego prawa materialnego na podstawie koniecznych ustaleń faktycznych uzyskanych dzięki zebranych środkom dowodowym. Na te właśnie ustalenia składają się dowody, które przedstawiają w pierwszej kolejności same strony, zgodnie z brzmieniem art. 232 k.p.c. Powód działał z profesjonalnym pełnomocnikiem i nie stało więc na przeszkodzie, aby sprostał temu obowiązkowi.

W sprawie niniejszej brak zatem podstaw, by uznać, że zgłoszone roszczenie znalazło oparcie w art. 415 k.c. Materiał dowodowy wskazuje bowiem, że pozwany był przekonany, że jest ubezpieczony i ma prawo do bezpłatnych świadczeń medycznych. Ponadto pozwany w sposób szczegółowy wskazał na nagłe pogorszenie stanu zdrowia oraz obawę o własne życie, co skłoniło go do skorzystania z pomocy medycznej na terenie N.. Nie można w takiej sytuacji mówić o jakimkolwiek zawinieniu ze strony pozwanego czy naganności jego postępowania. Podobnie nie wypełniła się hipoteza normy art. 405 k.c. Rację ma Sąd Rejonowy, że system ubezpieczeń zdrowotnych, ich finansowania oraz ewentualny zwrot kosztów udzielonych świadczeń jest dziedziną prawa publicznego w sposób szczególny regulującą zasady udzielania świadczeń zdrowotnych i ewentualnie zwrotu przez pacjentów kosztów świadczeń udzielanych nienależnie. Narodowy Fundusz Zdrowia może dochodzić zwrotu kosztów tylko w wypadkach określonych w ustawie, a w braku spełnienia przesłanek co do tego nie może powoływać się na przepisy o bezpodstawnym wzbogaceniu.

W nawiązaniu do powyższego wniosku wskazać należy i na to, co uszło uwadze Sądu I instancji jak i stronom postępowania, że prawidłowo przeprowadzona wykładnia art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wskazuje na to, iż adresatami normy prawnej wynikającej z jego treści jest świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i który udziela opieki świadczeniobiorcy w stanach nagłych oraz NFZ. Przepis ten zatem opisuje warunki uzyskania zapłaty za wykonane świadczenie ze środków publicznych, a zatem nie dotyczy sytuacji cywilno - prawnej świadczeniobiorcy, który zgodnie z ust. 1 analizowanej regulacji ma prawo uzyskać niezwłocznie w stanach nagłych świadczenie opieki zdrowotnej. Sąd I instancji zasadniczo więc nie był zobligowany stosować norm wynikających z analizowanego przepisu, a w konsekwencji również i art. 25 tej ustawy, który nie dotyczy świadczeń o charakterze nagłym.

W konsekwencji apelację powoda w trybie art. 385 k.p.c. należało oddalić.

Zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu, koszty postępowania apelacyjnego, obowiązania są zwrócić przeciwnikowi powód jako strona przegrywająca sprawę (art. 98 § 1 k.p.c.). Do niezbędnych kosztów procesu strony reprezentowanej przez pełnomocnika zalicza się wynagrodzenie, jednak nie wyższe niż stawki opłat określone w odrębnych przepisach i wydatki jednego adwokata, koszty sądowe oraz koszty nakazanego przez sąd osobistego stawiennictwa strony (art. 98 § 3 k.p.c.). Na uiszczone przez pozwanego koszty postępowania odwoławczego złożyło się wynagrodzenie pełnomocnika w wysokości 1.200 zł obliczone stosownie do § 13 ust. 1 pkt 1 w zw. z § 6 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz. U. z 2013 r., poz., 461).

SSO Wiesława Buczek-Markowska SSO Zbigniew Ciechanowicz SSO Małgorzata Grzesik

Zarządzenia:

1. Odnotować,
2. Doręczyć pełn. powoda,
3. Po nadejściu zwrotek i upływie 20 dni akta zwrócić SR.

Dnia 28 stycznia 2016 r.